

Revue externe du
Programme de Renforcement de la Santé
Publique dans les districts de
Karongi et Rutsiro, Rwanda,
et du
Programme d'Appui au Système de Santé
dans la Province de Ngozi Burundi,
avec des
recommandations prospectives pour un
programme santé régional
(Rwanda, Burundi)

Version Finale

Mai 2012

Revue externe du
Programme de Renforcement de la Santé
Publique dans les districts de
Karongi et Rutsiro, Rwanda,
et du
Programme d'Appui au Système de Santé
dans la Province de Ngozi Burundi,
avec des
recommandations prospectives pour un
programme santé régional
(Rwanda, Burundi)

Consultants :

Josef Decosas (chef d'équipe)

Etienne Gasana (Rwanda)

Dorothée Ntakirutimana (Burundi)

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	v
1 Introduction.....	1
Les objectifs de l'évaluation.....	1
La méthodologie	1
2 Principaux résultats de la revue des programmes	2
2.1 Le Programme de renforcement de la santé publique au Rwanda (PSP).....	2
Contexte national.....	2
Contexte du programme	3
Axe d'intervention 1 : Le renforcement des mutuelles de santé.....	4
Axe d'intervention 2 : Organisation des districts sanitaires.....	5
Axe d'intervention 3 : Paquet minimum pour le couple mère-enfant.....	6
Axe d'intervention 4 : Promotion de la santé des jeunes	7
Thèmes transversaux	8
Résumé des conclusions au sujet de la mise en œuvre du PSP Rwanda	9
2.2 Le Programme d'appui au système de santé (PASS) Burundi.....	10
Contexte national.....	10
Contexte du programme	11
Composante 1 : L'amélioration de la qualité et de l'offre de soins de santé.....	12
Composante 2 : L'amélioration de l'accès aux soins de santé	14
Composante 3 : La prévention des maladies évitables	15
Thèmes transversaux	16
Résumé des conclusions au sujet de la mise en œuvre du PASS Burundi.....	16
2.3 Arrangements organisationnels et coûts-efficacité des programmes PSP et PASS.....	17
2.4 Le Programme d'appui au système de santé (PASS) Sud Kivu.....	18
3 Perspectives d'un programme régional Rwanda et Burundi.....	20
Comparaison des options 3 et 4.....	21
4 Recommandations.....	23
4.1 Pour le PSP Rwanda.....	23
4.2 Pour le PASS Burundi.....	24
4.3 Pour une future approche régionale	24
ANNEXES	26
Annexe 1. Termes de Référence	26
Annexe 2. Personnes rencontrées	34
Annexe 3. Programme de la mission.....	36
Annexe 4 : Aide-mémoire de fin de la mission.....	38
Annexe 5 : Présentation à la conférence de fin de la mission	54
Annexe 6 : Analyse des indicateurs du cadre logique du PSP Rwanda	58
Annexe 7 : Analyse des indicateurs du cadre logique du PASS Burundi	61

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les bureaux de la coopération Suisse à Kigali et à Bujumbura ainsi que les équipes des programmes à Kibuye, Ngozi et Uvira de leur assistance et de leur appui dans le bon déroulement de notre mission d'évaluation.

Notre reconnaissance va également aux nombreux partenaires, acteurs et bénéficiaires des programmes de la Coopération Suisse, allant des groupes de femmes dans les centres de santé ruraux au Ministre de la Santé à Bujumbura et au Secrétaire Permanent du Ministère de la Santé à Kigali, qui ont consacré une partie de leur temps précieux à répondre à nos multiples questions et à nous aider à atteindre nos objectifs.

Nous assumons la pleine responsabilité sur toutes les conclusions et recommandations figurant dans ce rapport, ainsi que sur d'éventuelles erreurs (y compris les erreurs résultant de mauvaises interprétations).

Josef Decosas
Etienne Gasana
Dorothee Ntakirutimana

Reet, mai 2012

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASC	Agent de santé communautaire
BDS	Bureau du district sanitaire
BPS	Bureau de la direction provinciale de la santé
CAM	Carte d'assistance médicale (Burundi)
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CDLS	Commission du district de lutte contre le Sida (Rwanda)
CDPF	Capacity Development Pool Fund
CHF	Franc suisse
CNJ	Conseil national des jeunes (Rwanda)
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatal
CS	Centre de santé
CTB	Coopération technique belge
DDC	Direction du développement et de la coopération suisse
DHSST	District Health System Strengthening Team (Rwanda)
DPSHA	Département de promotion de la santé, hygiène et assainissement (Burundi)
EDS	Enquête démographique et de santé
FBU	Franc burundais
FOSA	Formation sanitaire
FRW	Franc rwandais
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MII	Moustiquaire imprégné d'insecticide
MINALOC	Ministère de l'administration locale (Rwanda)
MMR	Maternité à moindre risque
Minisanté	Ministère de la santé (Rwanda)
MSPLS	Ministère de la santé publique et de lutte contre le Sida (Burundi)
PAISS	Programme d'appui institutionnel au secteur de la santé (CTB)
PASS	Programme d'appui au système de santé (Burundi, RDC)
PBF	Performance based financing
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PSP	Programme du renforcement du système de santé (Rwanda)
RDC	République démocratique du Congo
RWF	Franc rwandais
SIS	Système d'information sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
Swiss TPH	Institut tropical et de santé publique suisse
TPS	Technicien de la promotion de la santé (Burundi)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZS	Zone de santé (RDC)

RÉSUMÉ

Nous avons mené une mission d'évaluation du PSP Rwanda et du PASS Burundi du 5 mars au 3 avril 2012. Outre l'évaluation externe des deux programmes, l'objectif de la mission comportait la formulation des recommandations pour un futur programme régional de santé de la coopération suisse au Rwanda et au Burundi.

Le PSP est un programme solide d'appui au système de santé des districts de Karongi et Rutsiro qui est apprécié par le Ministère de la Santé. Après 10 ans de mise en œuvre le programme peut montrer des réalisations majeures dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé dans le district de Karongi.

Le district de Rutsiro continue d'avoir de gros besoins de développement, conséquence de son enclavement et du manque de développement d'infrastructures dans le district.

Nous recommandons un soutien continu aux deux districts par le financement d'un prochain programme, et l'extension du programme à un troisième district si des ressources suffisantes le permettent.

Le PSP a quatre axes d'intervention et un thème transversal majeur :

1. Le renforcement des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé de Karongi et Rutsiro ont presque atteint une couverture universelle et elles sont en mesure d'honorer les paiements des services de santé. Leurs bureaux de section et de district fonctionnent bien. Elles continuent de requérir des subsides importants du niveau central pour couvrir leurs coûts de fonctionnement. Une petite partie de ces subsides vient du PSP sous la forme d'un appui à des lignes budgétaires spécifiques. La mission recommande de continuer ces subsides mais de commencer à s'orienter vers un support budgétaire global pour ces mutuelles au niveau du district, et de supprimer progressivement cet appui lors de la prochaine phase de financement.

2. L'organisation des districts sanitaires

Le PSP appuie l'Unité santé de l'administration du district en tant qu'institution principale de la décentralisation du secteur de la santé. Bien que le PSP ait contribué à certaines avancées à Karongi grâce à son appui au District Health System Strengthening Team, les résultats sont en général décevants car le mandat et le rôle fonctionnel de l'Unité santé continuent d'être marginaux. Toutes les fonctions principales du management d'un district de santé continuent de relever de l'hôpital de district. Dans une prochaine phase, le PSP devra faire le choix entre continuer à appuyer l'Unité santé, institution décentralisée formelle de management de la santé, avec l'espoir qu'elle devienne fonctionnelle, ou d'appuyer l'équipe de district à l'hôpital de district.

3. Le paquet minimum pour le couple mère-enfant

L'appui principal du PSP à l'amélioration de la qualité des services se trouve sous cette composante. Il inclut un appui très efficace à la gestion des centres de santé, un appui en équipements et en formation pour les services de santé de la mère et de l'enfant, et quelques améliorations des infrastructures. C'est probablement la composante la plus efficace du PSP.

4. La promotion de la santé des jeunes

La composante « jeunes » du programme est mal conçue et sous-financée. Seule la mobilisation des jeunes par le point focal du centre de santé est opérationnelle (c'est aussi le seul aspect de la composante que la mission recommande de poursuivre). La création de services de santé « youth friendly » nécessiterait beaucoup plus de ressources financières et techniques que le PSP n'a pas.

Les activités « jeunes » en dehors des centres de santé, incluant la création de coopératives pour générer des revenus, sont au-delà de la capacité technique du PSP.

5. Thème transversal : Égalité du genre

Le thème de l'égalité du genre n'est généralement pas bien abordé. Il manque une analyse de l'existant (baseline) et un programme réellement structuré. Le seul indicateur du cadre logique relatif à ce thème n'est pas approprié et il n'a pas d'activités associées qui pourraient conduire à l'atteinte de l'objectif fixé.

Le PASS a permis des améliorations importantes dans l'administration, l'accès et la qualité des soins dans les trois districts de la province de Ngozi au Burundi, et l'amélioration des indicateurs clés (santé et services de santé) en sont la preuve. Cette situation est unanimement reconnue par les autorités sanitaires, du niveau local au niveau du Ministère. Le PASS œuvre en faveur de résultats durables en travaillant en partenariat étroit avec les autorités de district qui sont les principaux acteurs de la mise en œuvre du programme. Les fréquents mouvements du personnel décisionnaire (affectations) au niveau district et province constituent cependant une menace pour la bonne implémentation du programme. La mission recommande la continuation de l'appui du PASS à Ngozi pour assurer la consolidation des résultats. L'extension du programme à une autre province pourrait être examinée à condition que les ressources le permettent.

Le PASS comporte trois domaines d'intervention. Les thèmes transversaux sont mentionnés dans le document du programme mais n'ont pas été élaborés en termes opérationnels.

1. L'amélioration de la qualité et de l'offre de soins de santé

Sous cette composante, le PASS a permis des améliorations considérables en termes de management du district et des formations sanitaires. Les centres de santé de la province sont financièrement stables et la plupart des infrastructures ont été remises à niveau. L'information sanitaire, précise et opportune, est recueillie et analysée aux niveaux de la formation sanitaire, du district, et de la province. Les services ambulanciers pour les références d'urgence sont disponibles. Les membres de la communauté interviewés ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis des services.

2. L'amélioration de l'accès aux soins de santé

La programmation de cette composante avait mis l'accent principalement sur la participation de la communauté dans la gestion des centres de santé, sur le financement des services d'ambulance, et dans l'identification et le financement, par la communauté, des patients indigents. Il y a eu des avancées importantes dans les trois domaines, bien que l'autofinancement à base communautaire des services ambulanciers ne soit pas encore assuré. Les centres de santé traitent gratuitement les patients indigents identifiés par les COSA, mais il est à craindre que les critères d'indigence soient trop stricts, créant ainsi de nouvelles barrières d'accès aux soins pour les pauvres.

3. La prévention des maladies évitables

La contribution du PASS au contrôle très efficace de l'épidémie de paludisme de 2010-2011 est largement reconnue. Les autres activités de cette composante incluent l'éducation pour la santé, et notamment la santé sexuelle des adolescents et l'utilisation adéquate des latrines. Des points faibles ont été notés dans ces domaines, en lien avec la disponibilité et la capacité des techniciens de promotion de la santé (TPS). Le travail de sensibilisation des jeunes dans les écoles secondaires a commencé en 2010, mais n'a pas continué. Le programme s'efforce de chercher les voies et moyens de répondre aux objectifs de mobilisation des jeunes, mais il n'a ni les ressources humaines ni les ressources techniques pour mettre en œuvre un programme « jeunes » de qualité.

Au Rwanda et au Burundi, environ un tiers de l'appui de la coopération suisse au secteur de la santé est programmé au niveau national. Au Rwanda, l'instrument utilisé est le Capacity Development Pool Fund (fonds commun), tandis qu'au Burundi il s'agit principalement d'une contribution déléguée à un programme national de santé de la coopération belge. En dépit de quelques problèmes lors du démarrage, le fonds commun au Rwanda est un instrument qui est bien adapté aux objectifs et au volume de la coopération suisse. Au Burundi, la contribution déléguée est un choix moins heureux.

Il y a plusieurs possibilités pour le développement d'un programme régional couvrant le Rwanda et le Burundi. Parmi les options possibles, la mission recommande de privilégier celles qui continueraient d'appuyer une approche de mise en œuvre au niveau des districts, et ce dans les deux pays. Une perspective régionale peut être introduite à travers la gestion directe des deux sites d'implémentation à partir d'un seul bureau régional, ou à travers la création d'un bureau régional apportant un appui technique et une capacité de supervision à deux projets distincts. Un nombre de solutions hybrides existe également. Il y a quelques avantages évidents d'une approche régionale, mais il y a aussi des implications en termes de coûts qui devraient être modélisées durant la phase d'élaboration du programme.

1 INTRODUCTION

Les objectifs de l'évaluation

La Suisse contribue à trois programmes décentralisés d'appui aux systèmes de santé dans la région des Grands Lacs: le Programme de renforcement de la santé publique (PSP) au Rwanda et les Programmes d'appui au système de santé (PASS) au Burundi et en République démocratique du Congo (RDC). Le PSP Rwanda et le PASS Burundi en sont respectivement dans leur cinquième et troisième phase de financement. **Les objectifs de l'évaluation externe des deux programmes étaient de faire le bilan des résultats, d'évaluer la pertinence et l'efficacité de la mise en œuvre des programmes, et de fournir à la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) des informations et recommandations pour les nouvelles perspectives d'appui aux systèmes de santé rwandais et burundais.**¹

Le PASS Sud-Kivu est un programme plus récent qui a démarré suite à une phase initiale d'orientation effectuée en mai 2011. L'évaluation de ce programme ne faisait pas partie des termes de référence, mais une courte visite de certains sites d'implémentation du PASS Sud Kivu a été ajoutée au programme de la mission afin de dégager une description plus complète des défis liés au développement des systèmes de santé dans la région, et d'appuyer ainsi le deuxième objectif de la mission qui était de formuler des recommandations pour un futur programme régional de la coopération suisse pour le Rwanda et le Burundi. Les termes de référence de la mission sont repris à l'annexe 1.

La méthodologie

L'évaluation du PSP Rwanda et du PASS Burundi devait se concentrer sur les opérations au niveau des districts de santé, les réunions avec les ministères de la santé et avec les partenaires au développement au niveau central se sont limitées à trois jours à Kigali et un jour et demi à Bujumbura.

Au Rwanda, la mission a visité les Unités santé des deux districts, deux hôpitaux de district, cinq centres de santé, et a interviewé l'équipe d'implémentation du programme et les coordinateurs des mutuelles de santé. La mission a pu également avoir des discussions avec deux groupes de femmes présentes pour la vaccination de leurs enfants et avec deux groupes de jeunes gens participant aux activités des centres de santé.

Au Burundi, la mission a visité trois bureaux de district, un hôpital de district et sept centres de santé, et a interviewé l'équipe d'implémentation du programme et le directeur médical de la Province. La mission a pu également discuter avec trois groupes constitués de membres des Comités de santé (COSA) et d'agents de santé communautaire (ASC), et avec deux groupes de femmes présentes pour la vaccination de leurs enfants.

Les cadres logiques des deux programmes ont servi de base pour élaborer des checklists de visites (pour les formations sanitaires et les bureaux de districts) et des listes de thèmes/sujets pour les discussions de groupes qui ont été menées en Kinyarwanda (Rwanda) et en Kirundi (Burundi) par les consultants nationaux.

La visite du PASS Sud Kivu a été effectuée par le consultant international dans deux zones de santé (ZS) d'Uvira et de Rusizi. La mission a pu interviewer le coordinateur du programme du Swiss TPH à Uvira et visiter deux bureaux de zone de santé, deux hôpitaux de référence, un centre hospitalier et l'Espace santé jeunes d'Uvira. Ces visites et interviews n'étaient pas structurées.

¹ Termes de référence Santé GL version FINAL 03.02.2012 page 6

2 PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA REVUE DES PROGRAMMES

2.1 Le Programme de renforcement de la santé publique au Rwanda (PSP)

Contexte national

La santé de la population du Rwanda est sur une courbe prononcée d'amélioration, comme le montre l'évolution des indicateurs de santé présentés dans les deux enquêtes démographique et de santé (EDS) menées en 2005 et 2010:²

	EDS 2005	EDS 2010	% diminution
Mortalité néonatale	37 ⁰ / ₀₀	27 ⁰ / ₀₀	27%
Mortalité infantile	86 ⁰ / ₀₀	50 ⁰ / ₀₀	42%
Mortalité infanto-juvénile	152 ⁰ / ₀₀	76 ⁰ / ₀₀	50%
Mortalité maternelle (TMM)	750/100'000	487/100'000	35%

Comme la Suisse ne contribue que pour environ 0,3% du coût annuel de mise en œuvre du Plan stratégique national du secteur santé³ (budgétisé à environ 500M USD par an), il est impossible de mesurer le niveau de contribution du PSP à cette tendance positive. Néanmoins, l'EDS 2010 montre que les deux districts appuyés par la Coopération suisse ont de bons résultats en comparaison avec la moyenne nationale.

	Karongi	Rutsiro	National
Mortalité néonatale	19 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀	27 ⁰ / ₀₀
Mortalité infantile	50 ⁰ / ₀₀	47 ⁰ / ₀₀	50 ⁰ / ₀₀
Mortalité infanto-juvénile	68 ⁰ / ₀₀	75 ⁰ / ₀₀	76 ⁰ / ₀₀
Accouchements assistés dans une formation sanitaire	57.4%	70.3%	68.9%
Femmes avec au moins un problème d'accès aux soins	49.0%	43.3%	61.4%
Taux d'utilisation des services (hommes) (visites/pers./an)	0.9	0.7	1.5
Taux d'utilisation des services (femmes) (visites/pers./an)	1.1	1.1	1.8
Hommes avec assurance santé	92.5%	69.1%	66.7%
Femmes avec assurance santé	90.3%	70.4%	71.4%
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	18.2%	20.9%	18.9%
Enfants < 5 sous MII longue durée la nuit précédente	82.9%	74.4%	70.2%
Adolescentes 15-19 qui sont mères ou enceintes	3.4%	3.3%	6.1%

Les chiffres marqués en rouge dans le tableau ci-dessus mettent en évidence des valeurs plus faibles que la moyenne nationale. Le tableau montre également que, en général, Karongi a mieux progressé que Rutsiro, ce qui peut en partie s'expliquer par l'enclavement du district de Rutsiro.

² Rwanda Demographic and Health Survey 2005 (July 2006) and 2010 (December 2011)

³ Rwanda Health Sector Strategic Plan July 2009 to June 2012

Le secteur de la santé au Rwanda est marqué par un leadership solide du ministère de la santé qui a pu construire une confiance considérable de la part des partenaires au développement. Une part majeure de l'aide internationale est fournie sous forme d'appui budgétaire et au travers d'un mécanisme SWAP ; de plus, l'important portefeuille du Fonds mondial est implémenté par le MINISANTE. Cela a permis au MINISANTE d'atteindre une couverture universelle pour un certain nombre d'initiatives de politique sanitaire, notamment les mutuelles de santé et le système de financement basé sur la performance. La décentralisation est un autre thème important de la politique sanitaire rwandaise, mais les avancées dans ce domaine sont moins convaincantes.

L'appui de la coopération suisse aux systèmes de santé de districts depuis 2002 ne s'inscrit pas complètement dans un cadre de coopération qui viserait à maximiser l'appui budgétaire et le SWAP. Cependant, le MINISANTE, par l'intermédiaire de son Secrétaire permanent, a confirmé que l'appui ciblé sur des districts s'accordait bien avec l'agenda de partenariat du MINISANTE. Dans un souci d'équité régionale, le MINISANTE analyse régulièrement l'appui ciblé aux districts par les partenaires internationaux. Le Secrétaire permanent a assuré que l'appui de la coopération suisse à Karongi et Rutsiro continue de bien s'aligner sur les priorités nationales.

La décentralisation de la gouvernance et de l'administration du système de santé est un enjeu important pour un programme de coopération qui cible le niveau « district ». En théorie, les fonctions (ou rôles) au niveau du district sont réparties entre l'Unité santé, entièrement décentralisée et sous l'autorité administrative du Maire de district, et l'hôpital de district qui est sous l'autorité technique du MINISANTE. Les termes de référence de l'Unité santé sont produites par le ministère de l'administration locale (MINALOC) : ces termes de référence incluent toutes les fonctions clés d'une équipe cadre de district. Néanmoins, pratiquement toutes ces fonctions sont également allouées par le MINISANTE à l'hôpital de district qui, de fait, les exécute. Le PSP a tenté de combler cette lacune à Karongi en appuyant une équipe de renforcement du système de santé de district (« District Health Systems Strengthening Team » - DHSST) qui est un comité réunissant tous les acteurs pertinents. Le DHSST est donc plus comité de coordination qu'une « équipe » : il est utile pour les échanges d'informations mais il ne modifie aucun rôle ni arrangements de la mise en œuvre dans l'administration des services de santé de district.

Contexte du programme

Le PSP a démarré en 2002 comme projet d'appui au système de santé dans les districts de Karongi et Rutsiro, implémenté par le Swiss TPH. Il en est maintenant à sa cinquième phase, prévue de janvier 2010 à décembre 2012, avec un budget de 3.24M CHF.⁴ La gestion du programme a été transférée de Swiss TPH à la DDC au courant de la première année de cette cinquième phase. La possibilité d'un désengagement progressif de l'appui suisse au district de Karongi et Rutsiro est mentionnée dans le document du programme.⁵

En 2006, le PSP avait confié à un consultant l'analyse de situation concernant la mise en œuvre d'un système de mutuelles de santé et d'un système de contractualisation basé sur la performance à Karongi et Rutsiro, et de formuler des recommandations pour un appui du PSP à ces initiatives⁶. Les propositions du consultant ont été largement acceptées. Les initiatives se sont développées de manière significative depuis cette époque et il est sans doute temps d'avoir un autre regard sur cet appui du PSP aux mutuelles de santé.

⁴ Selon les TdR, la durée du projet a été prolongée jusqu'à mars 2013.

⁵ Programme de Renforcement du Système de Santé (PSP) des Districts de Karongi et Rutsiro, Province de l'Ouest, Rwanda - Phase 5 (01.01.2010 – 31.12.2012) page 6

⁶ Kagubare J. Analyse des appuis financiers et techniques consacrés à la mise en œuvre de l'approche contractuelle et au développement des mutuelles de santé dans les districts de Karongi et Rutsiro dans la province de l'Ouest et Propositions d'axes d'intervention pour le Programme de Santé Publique ; août 2006

Outre le PSP, la coopération suisse s'est engagée en 2009 dans le financement conjoint (avec la coopération belge et allemande) d'un fonds commun destiné à appuyer le développement des capacités (Capacity Development Pool Fund – CDPF), et ce pour une durée de trois ans et pour un montant de 1.8M CHF. La coopération anglaise (DFID) a rejoint ce fonds commun au travers d'un accord distinct. Le CDPF a traversé une période difficile où les ambitions et les objectifs n'étaient pas clairement définis : de plus l'administration du fonds a requis beaucoup de temps de la part des partenaires, et certaines dépenses avaient été faites qui s'inscrivaient en dehors des compétences du fonds. Néanmoins, au moment de la mission d'évaluation, le fonds s'était doté d'une stratégie et d'un budget à trois ans mettant l'accent sur l'amélioration des compétences au niveau des services de santé périphériques : infirmiers, sages-femmes, techniciens biomédicaux et assistants médicaux. Le contrôle financier a été renforcé, et le Secrétaire permanent nous a confirmé que le CDPF restait un instrument prioritaire de partenariat pour le MINISANTE. Avec le retrait de la coopération allemande du secteur de la santé, le futur du CDPF après 2012 n'est pas clair. Compte tenu de l'accent mis par la coopération suisse sur le développement des ressources humaines et le montant relativement limité de l'enveloppe budgétaire suisse pour le secteur de la santé, la mission est d'avis que le CDPF demeure un instrument intéressant de partenariat pour l'appui suisse au secteur de la santé au Rwanda après 2012.

Les sections suivantes présentent les résultats de l'évaluation de chaque composante du PSP, suivies par une évaluation générale. Une revue détaillée de chaque indicateur du cadre logique est présentée en annexe 6.

Axe d'intervention 1 : Le renforcement des mutuelles de santé

Selon les rapports du projet confirmés par les directeurs des mutuelles des deux districts, le taux d'adhésion à l'assurance-santé ont encore augmenté depuis l'enquête EDS 2010 cité ci-dessus. Le district de Karongi prétend avoir atteint une couverture de 100%, tandis que le district de Rutsiro a atteint 85%. Les bureaux des sections des mutuelles visités par les consultants fonctionnent bien. Ils avaient tous le personnel requis, des réserves suffisantes, des fiches de consultation, des cartes d'adhésion et les preuves de réunions de coordination régulières avec le centre de santé de leur section. Tous les titulaires des centres de santé ont confirmé que les centres reçoivent les paiements de toutes leurs factures par les mutuelles. Les hôpitaux avaient encore des factures impayées de l'année précédente, mais les factures actuelles sont payées rapidement.

Les mutuelles ne sont cependant pas encore en mesure de fonctionner sans le soutien financier du PSP. Le budget de l'État de 2M RWF (\approx 3'000 CHF) par an pour la mobilisation des communautés et la promotion des mutuelles est nettement insuffisant ainsi que la marge du revenu provenant des cotisations et du ticket modérateur qui peut être allouée aux salaires et aux dépenses de fonctionnement des bureaux de section. En 2012, le PSP a prévu une contribution de 12M RWF (\approx 19'000 CHF) pour le soutien de chacune des mutuelles de Karongi et Rutsiro. Une grande partie de ces fonds sont utilisés pour les achats des outils de gestion tels que les fiches de consultation qui sont à leur tour vendues par les mutuelles aux membres.

Le revenu provenant de la vente de ces articles est déposé dans un compte bancaire avec le but de créer une plus grande autonomie financière. Ces frais aux patients, cependant, sont une réintroduction cachée des frais aux utilisateurs. Ils ont besoin d'être analysés et revus au niveau politique. Si le revenu des mutuelles provenant des souscriptions n'est pas suffisant pour compenser totalement leurs coûts de fonctionnement et de promotion de leurs services, les mutuelles devraient soit recevoir une plus grande subvention ou la prime d'adhésion devrait être augmentée.

Actuellement, le PSP offre cette subvention par le biais du soutien d'un certain nombre de lignes budgétaires à un niveau d'environ 0,06 CHF par personne par an. La nécessité de cette subvention par le PSP est susceptible de persister pendant un certain temps. Cependant, le mode d'intervention pourrait glisser progressivement vers un appui budgétaire avec des contrôles appropriés. La mutuelle

de Rutsiro, qui est moins performante que celle de Karongi, est susceptible d'exiger un degré plus élevé d'affectation de ces fonds pour une période plus longue.

Axe d'intervention 2 : Organisation des districts sanitaires

Les Unités santé de district relèvent directement du Secrétaire exécutif du district, et secondairement du Vice-maire chargé des affaires sociales. Leurs termes de référence, établis par le MINALOC, sont vastes et comprennent toutes les fonctions qui sont associées normalement avec les fonctions d'une équipe cadre de district sanitaire. Les Unités, cependant, n'ont pas le personnel nécessaire pour remplir ces fonctions. L'Unité santé est coordonnée par un chargé santé ; à Rutsiro, c'est un agent avec un profil professionnel d'enseignant, le poste à Karongi est couvert par intérim par le coordonnateur de la Commission du district de lutte contre le Sida (CDLS). Les deux districts ont récemment reçu chacun l'affectation d'un agent de suivi et évaluation. Les deux n'étaient pas disponibles pour être interviewés, et ils étaient arrivés récemment et n'avaient encore produit aucune preuve de leur travail. En outre, le PSP prend en charge les postes des secrétaires/administrateurs pour les deux districts. En dehors des termes de référence généraux pour l'Unité de santé, il n'y avait pas de descriptions de tâches individuelles pour le personnel de l'Unité de santé disponibles dans leurs bureaux.

Un autre problème réside dans le fait que la plupart des éléments des termes de référence établis pour l'Unité santé de district par le MINALOC sont actuellement exécutés par les hôpitaux de district en vertu de leurs termes de référence attribués par le MINISANTE. Chaque hôpital, par exemple, dispose d'une unité de suivi et évaluation qui couvre toutes les formations sanitaires de sa zone de rayonnement, bien dotée et équipée avec l'appui du Fonds mondial et de la Coopération des États Unis, et qui rend compte directement au niveau central pour ce qui est du système d'information sanitaire. Le district reçoit des rapports d'information seulement.

A Karongi, l'Unité santé a établi un certain niveau de fonctionnalité qui est lié au fait qu'elle abrite le bureau du PSP et reçoit donc un appui technique et logistique considérable. En outre, Karongi dispose de trois hôpitaux de district et il y a donc une certaine logique pour une structure de consolidation de l'information et coordination des activités au niveau du district. Cela se fait par l'institution du DHSST, un comité de coordination établi avec l'aide du PSP. A Rutsiro, l'unité santé est située au bureau de l'administration du district, loin de l'hôpital de district, et elle est complètement marginalisée.

Le soutien financier apporté par le PSP au niveau du district se situe entre 10M et 15M FRW par an et par district (≈15'000 à 23'000 CHF). Environ 40% est alloué aux activités du district du Conseil national des jeunes (CNJ) qui est discuté ci-dessous. Une autre partie, environ 30%, est utilisée pour payer le salaire de la Secrétaire/Administratrice. Le reste couvre les frais de bureau, des activités de formation et des réunions de concertation.

Étant donné que la décentralisation de l'administration de la santé au niveau du district est une politique nationale au Rwanda, le soutien du PSP aux Unités santé de district est approprié. Toutefois, aussi longtemps que ces Unités ne seront pas suffisamment dotées ou pourvues de personnel, et aussi longtemps que les principales responsabilités opérationnelles (supervision, suivi et évaluation, contrôle de la qualité, gestion des données du système d'information sanitaire, surveillance des épidémies, gestion des ressources humaines, etc.) continueront d'être exécutées par les hôpitaux de district relevant du mandat du Ministère de la santé, le soutien des Unités santé de district ne générera pas de résultats appréciables. Le PSP pourrait bien être en mesure de répondre à tous les indicateurs du cadre logique formulés pour cet axe d'intervention, mais de sérieuses questions quant à l'efficacité, l'efficience, l'impact et la pérennisation des investissements en relation avec cet objectif resteront.

Axe d'intervention 3 : Paquet minimum pour le couple mère-enfant

Les activités de l'axe d'intervention 3 sont principalement financées par des transferts de fonds aux hôpitaux et aux centres de santé des deux districts. Les montants transférés aux formations sanitaires varient entre 25M FRW à l'Hôpital Murunda en 2011 et 0,9 M FRW au Centre de santé Mubuga en 2010 (~38'000 à 1'400 CHF). L'Hôpital Murunda a reçu un appui budgétaire élevé parce que le PSP a contribué à la construction d'un bâtiment pour le service de médecine interne. En général, la contribution du PSP a financé les matériaux et équipements médicaux et les activités de formation.

L'appui du PSP aux formations sanitaires est fourni sur la base d'un plan de travail annuel intégré et un budget qui comprend la contribution financière de toutes les sources. Le processus de planification et de budgétisation a reçu un important appui technique du PSP. Les centres de santé visités étaient en mesure de collecter toutes les recettes prévues au budget, bien que la contribution des subventions des programmes verticaux ne fût pas toujours prévisible. Les revenus des factures émises aux Mutuelles s'étaient stabilisés en 2011 et les centres sont donc en mesure de payer tous leurs coûts de fonctionnement. La situation des hôpitaux de district est un peu plus critique, car les Mutuelles ont encore de grosses dettes, principalement issues des années précédentes.

Le rapport de l'EDS 2010 mentionné ci-dessus suggère que l'appui du PSP a produit de bons résultats, bien que les données aient été recueillies au début de la phase actuelle. Nos visites des centres de santé et des hôpitaux ont confirmé un niveau uniformément élevé de qualité des services. Quatre sur cinq centres de santé visités étaient bien organisés, bien que certains d'entre eux aient encore à faire face à des contraintes majeures d'infrastructure, principalement dans les maternités. La plupart des nouvelles constructions observées concernaient des services VIH, financés par le Fonds mondial ou le Gouvernement des États-Unis. Il y avait, cependant, quelques nouveaux bâtiments de maternité financés par le Gouvernement du Rwanda, l'un d'entre eux était encore en cours de construction.

Toutes les maternités visitées avaient l'équipement nécessaire, les fiches APGAR étaient affichées sur les murs, l'utilisation du partogramme était universelle et les registres de la maternité et des services prénatals avaient été bien gardés. Chaque centre de santé avait au moins un membre du staff formé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), les manuels de la PCIME étaient à portée de main dans les salles de consultation et les registres appropriés étaient utilisés (même s'il y avait de nombreuses plaintes au sujet de la lourdeur excessive de ces registres).

Les centres de santé visités avaient des chargés de données compétents, la plupart d'entre eux financés par la subvention du Fonds mondial. Les données d'information sanitaire étaient disponibles et elles avaient été analysées au niveau local. La gestion des données du système d'information sanitaire est supervisée par les chargés du suivi et évaluation basés dans les hôpitaux de district, également sous contrats financés par le Fonds mondial.

Les pharmacies des centres de santé visités étaient généralement bien gérées, à l'exception d'un centre de santé où les fiches de stock n'étaient pas à jour. Nous avons noté la rupture des antipaludéens dans plusieurs établissements. Le personnel des centres de santé nous ont assuré qu'ils ont de moins en moins de patients avec paludisme. Le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans est traité par les ASC. Dans un centre, nous avons observé une grande quantité d'antipaludéens, spécialement emballé pour les ASC, qui étaient périmés, confirmant que l'incidence du paludisme est en recul.

Tous les centres de santé visités avaient des COSA actifs avec réunions trimestrielles bien documentées. Les procès-verbaux des réunions sont classés dans les bureaux des titulaires.

Nous avons identifié des problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans presque toutes les formations sanitaires visitées. La plupart d'entre elles avaient déjà été évaluées par le programme suisse d'eau et assainissement et les plans d'amélioration étaient en préparation.

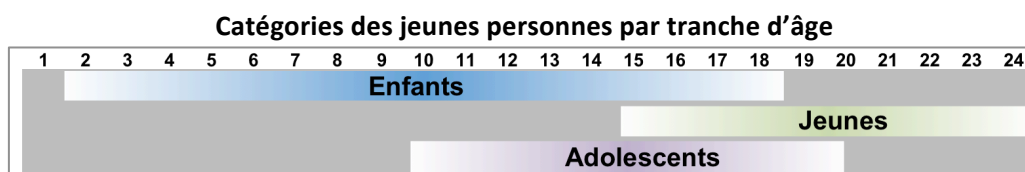
Les groupes de bénéficiaires, principalement des femmes, rencontrées dans deux centres de santé ont beaucoup apprécié les améliorations de l'accès et de la qualité des soins. Elles ont confirmé que les mères et les femmes enceintes fréquentent de plus en plus les centres de santé pour la vaccination des enfants, la planification familiale, la consultation prénatale et l'accouchement. Actuellement, les maris acceptent facilement d'accompagner leurs épouses à la consultation prénatale et pour le dépistage du VIH, contrairement à ce qui se faisait auparavant. Les maris commencent à accompagner leurs épouses à la consultation de la planification familiale. Les raisons de ce changement de comportement chez les maris sont les problèmes vécus actuellement par les familles nombreuses, l'insuffisance des ressources alimentaires, les frais scolaires des enfants, et les terrains et champs morcelés devenus trop petits.

Notre constat en général est que le PSP est un programme avec des résultats considérables en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et l'organisation des services de santé. La viabilité financière est encore fragile en raison d'un niveau élevé de dépendance aux subventions des programmes verticaux, notamment pour certains postes clés.

Axe d'intervention 4 : Promotion de la santé des jeunes

Les objectifs de cet axe d'intervention sont la diminution du nombre de grossesses précoces, l'offre d'un paquet intégré pour la santé reproductive des adolescents, des services de consultations prénuptiales, et la disponibilité des pilules du lendemain dans les formations sanitaires. Les thèmes transversaux d'inégalité des genres, de violences sexuelles, et de la réponse au VIH sont aussi inclus dans cet axe d'intervention.

Au Rwanda, la définition du groupe des « jeunes » est conforme à la Charte africaine de la jeunesse de 2006 et inclut le groupe d'âge de 15 à 35 ans.⁷ Le PSP a adopté la définition la plus couramment utilisée dans les programmes de la santé de la reproduction de 15 à 25 ans. Cependant, les personnes au-delà de l'âge de 19 ans ne peuvent plus être considérées comme des adolescents. Une grande proportion des femmes dans ce groupe d'âge au Rwanda sont mariées et ont des enfants. Si le programme a l'intention de cibler les adolescents comme décrit dans le document du programme, le groupe d'âge approprié serait entre 10 et 19 ans. Dans la littérature de la santé sexuelle des adolescents on fait souvent une distinction entre les « early adolescents » et les « late adolescents ». Il n'y a aucun signe que la question du ciblage ait été discutée dans l'élaboration du PSP. Les décisions semblent avoir été prises sur une base ad hoc.



Le PSP aborde la question de la santé sexuelle et reproductive des adolescents avec trois types d'activités distinctes mais liées:

1. Les activités visant à créer un lien entre le centre de santé et la jeunesse de la communauté à travers la mobilisation des jeunes par un staff du centre de santé désigné comme «point focal »;
2. L'inclusion des thèmes de santé dans les activités du CNJ au niveau du district par un appui de la section du district du CNJ;
3. L'offre d'un service clinique et de conseil adapté aux jeunes au centre de santé en créant des espaces où les jeunes peuvent accéder aux soins médicaux et psychologiques dans un environnement confidentiel.

⁷ OAU: Charte africaine de la jeunesse, 2006

Ce sont toutes des activités pertinentes, mais chacune a besoin d'un cadre conceptuel, un appui suffisant en ressources techniques et financières, ainsi que d'un cadre approprié de suivi et évaluation.

Nos visites aux centres de santé ont confirmé que la première activité est mise en œuvre. Les points focaux des jeunes ont été désignés dans chacun des centres de santé visités et ils organisent des réunions régulières des jeunes de la communauté. Les thèmes de ces réunions sont souvent étroitement liés aux programmes de prévention du VIH soutenus par les bailleurs du programme VIH. Dans un centre, par exemple, le point focal était le comptable qui a concentré son travail sur le recrutement de jeunes hommes pour la circoncision.

Le deuxième groupe d'activités est abordé à travers l'appui aux activités de la section district du CNJ pour un montant d'environ 4M RWF (\approx 6'000 CHF) par district par année. Le représentant de la jeunesse dans le district de Rutsiro interviewé par les consultants a indiqué qu'il organise surtout les matchs de football durant lesquels des thèmes pertinents sont discutés avec les joueurs et les spectateurs. Le CNJ est une organisation nationale forte avec plusieurs sources de financement, y compris des programmes de santé verticaux. L'efficacité de cette aide supplémentaire du PSP est très discutable. Le budget au titre de cette activité comprend également un soutien aux coopératives de jeunes. Bien qu'il existe une forte demande des jeunes pour la création d'activités génératrices de revenus, nous nous interrogeons sur la compétence technique des acteurs de mise en œuvre, le cadre conceptuel, et l'adéquation des ressources allouées pour développer une initiative de cette nature qui soit efficace et durable.

Le troisième groupe d'activités n'est pas abordé. Il n'y a pas un cadre dans la politique nationale de santé pour la création des « youth-friendly health services ». Le PSP n'a alloué aucun budget à cette activité, et il n'y a pas d'indicateurs de suivi dans le Système national d'information sanitaire. Tous les points focaux rencontrés par les consultants avaient un registre « fait maison » dans lequel ils ont enregistré les services offerts aux jeunes. Au cours des six derniers mois, ils avaient entre 5 et 10 consultations de jeunes enregistrés. Selon l'orientation particulière du point focal, les consultations étaient généralement homogène, par exemple tous concernaient des demandes de circoncision masculine, tous de dépistage du VIH, ou bien tous des demandes d'information sur les irrégularités des périodes menstruelles. Nous avons vu une seule entrée pour un viol présumé. Tous les clients étaient orientés vers les services appropriés du centre de santé, par exemple au centre de dépistage VIH ou à la clinique des soins prénataux.

Il n'est pas évident de pouvoir comprendre comment les activités dispersées du PSP pourraient contribuer de façon mesurable à la réalisation de la cible du cadre logique de la réduction des grossesses précoces. L'objectif de l'établissement des services prénuptiaux peut être atteint, car il s'inscrit dans le cadre de la politique nationale soutenue par le programme VIH. L'objectif d'offrir la pilule du lendemain n'est pas réaliste. L'offre de la pilule du lendemain fait partie du protocole national pour le traitement des victimes des viols et ceci se fait dans les hôpitaux. Au-delà il n'existe aucune directive nationale qui permet aux centres de santé d'inclure l'offre de ces médicaments aux jeunes clients.

Thèmes transversaux

Selon le document du projet de la cinquième phase, « les thèmes transversaux de la DDC seront intégrés dans les stratégies de mise en œuvre du programme. Les aspects genre seront systématiquement renforcés avec une ligne budgétaire spécifique pour chaque résultat attendu. »⁸ Ceci n'est pas très évident dans le cadre logique du projet. Les indicateurs ne sont pas désagrégés par sexe. Il y a un seul indicateur qui pourrait être considéré comme indicateur spécifique pour l'objectif

⁸ Programme de renforcement du système de Santé (PSP) dans les Districts de Karongi et Rutsiro au Rwanda ; 7F - 01171.05 ; Phase 5 (01.01.10 – 31.12.12)

d'égalité du genre : « Proportion des hommes qui accompagnent les enfants pour recevoir les soins de surveillance de la croissance ». Néanmoins, il n'y a pas d'activités associées directement à cet indicateur. De plus il n'y a pas de preuve que l'accompagnement des enfants aux services de surveillance de la croissance soit approprié dans le contexte de vie des populations rurales au Rwanda, et que l'augmentation de cette proportion apporterait une solution à l'inégalité existante.

Malgré le fait que plusieurs objectifs et activités du PSP apportent des solutions à la santé des femmes et des jeunes filles, la conception du programme souffre d'un manque d'analyse systématique « genre ». Dans le rapport de l'EDS 2010, on trouve suffisamment d'indicateurs d'inégalité entre les genres. On ne peut pas tout résoudre avec un programme santé, mais les actions ciblées pour la promotion de l'égalité genre dans l'accès et la qualité de soins de santé et dans les activités de promotion de la santé méritent une analyse des déterminants et de la pertinence et la priorisation des activités à mener.

Résumé des conclusions au sujet de la mise en œuvre du PSP Rwanda

Dans l'ensemble, le PSP est un programme très efficace du renforcement des systèmes de santé des districts de Rutsiro et Karongi. Cela a été reconnu lors de notre réunion avec le Ministère de la Santé à Kigali, et il est également évident dans le progrès des indicateurs sanitaires et du système de santé des deux districts. Le district de Rutsiro, en raison de son enclavement relatif, continue d'avoir plus de besoins de développement que le district de Karongi.

Il y a eu des avancées majeures dans le développement du système de l'assurance maladie au Rwanda en général, et avec le soutien du PSP dans les deux districts ciblés. Néanmoins, il doit être reconnu que le résultat principal de ce système est avant tout l'amélioration de l'équité de l'accès aux soins de santé. Les recettes perçues par les primes d'adhésion sont loin d'être suffisantes pour financer le système de santé, ou encore le coût de fonctionnement des mutuelles. Une subvention à partir des budgets nationaux et de l'aide internationale sera toujours nécessaire. Une faible proportion de cette subvention est accordée par le PSP au niveau des deux districts.

Le progrès dans la décentralisation de la gouvernance et de l'administration des services de santé est très lente, principalement en raison d'un défaut d'alignement entre l'impératif politique de décentraliser, et l'impératif opérationnel de maintenir un système déconcentré fonctionnel du MINISANTE. Le PSP soutient les Unités santé des districts qui sont des institutions dites de la « décentralisation administrative », mais qui continuent à avoir un rôle très marginal dans le système de santé des districts. Cela est particulièrement évident dans le district de Rutsiro.

Le développement du système de financement basé sur la performance (PBF) au Rwanda a contribué à la stabilisation des finances et des ressources humaines des formations sanitaires. Cependant, il porte principalement sur la quantité des services délivrés et sur le respect des normes et procédures. L'accent mis sur la qualité du service est moins évident. C'est un domaine dans lequel les deux districts continuent d'exiger un appui technique et financier.

L'affaiblissement relatif de la capacité technique du PSP dans le processus du changement des agences d'exécution au cours de la phase actuelle est préoccupante, comme l'indique le recours du PSP aux indicateurs du PBF dans ses activités de monitoring comme illustré par le « check-list monitoring » annexé au rapport de progrès de Juin 2011.⁹

La composante promotion de la santé des jeunes du PSP ainsi que le « thème transversal » de l'égalité genre ne sont pas traités de manière efficace et durable, principalement parce qu'ils ne sont pas basés sur une analyse de situation et un développement du programme robuste, et parce que le PSP n'a ni la capacité technique, ni des ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre des activités qui seraient en mesure de générer les résultats attendus selon le cadre logique.

⁹ PSP : Rapport de progrès - janvier 2011 à juin 2011

2.2 Le Programme d'appui au système de santé (PASS) Burundi

Contexte national

Le Burundi a fait de remarquables progrès vers la réalisation du quatrième objectif du millénaire pour le développement, celui de réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. Bien que les données du rapport préliminaire de l'EDS 2010 ne soient pas strictement comparables à celles de l'Enquête nationale à indicateurs multiples (Multiple Indicators Cluster Survey - MICS) de 2005 en raison des différences de méthode d'échantillonnage et d'analyse, l'ampleur de la réduction de la mortalité suggère que les avancées majeures en matière de santé publique ont été réalisées durant cette période de cinq ans.^{10 11}

	MICS 2005	EDS 2010	% diminution
Mortalité infantile	120 ⁰ / ₀₀	59 ⁰ / ₀₀	51%
Mortalité infanto-juvénile	176 ⁰ / ₀₀	96 ⁰ / ₀₀	45%

Les données provinciales de l'EDS 2010 ne sont pas encore disponibles, mais la Ministre de la santé et de lutte contre le Sida nous a confirmé verbalement que la province de Ngozi est parmi les plus développées en termes de système de santé et qu'elle réalise globalement les meilleurs résultats en termes de la santé publique.

En 2009, avant le début de la phase actuelle du PASS, le Comité de suivi de la mise en œuvre de l'approche contractuelle du Ministère de la santé et de lutte contre le Sida (MSPLS) a évalué la performance de huit provinces qui avaient mis en œuvre le système de financement basé sur la performance, le système qui depuis a été élargi à la couverture du pays entier.¹²

Le Bureau provincial de la santé de Ngozi venait en quatrième position avec un score de performance de 70%, nettement supérieur à la moyenne de 63% réalisés par les huit bureaux provinciaux. Les trois Bureaux des districts de Ngozi se positionnaient au milieu de la gamme des bureaux évalués, avec Buye (64%) juste en dessous du score moyen de 65% et Ngozi (67%) et Kiremba (77%) supérieurs à la moyenne. Il convient de noter que ces scores sont basés sur l'évaluation des indicateurs de processus qui ne fournissent pas nécessairement une image fidèle de la qualité des services. Nos visites dans les bureaux provinciaux et les districts montrent que si la même évaluation était répétée en 2012, les scores de performance de Ngozi et de ses trois districts seraient considérablement plus élevés.

Un résultat impressionnant qui a été réalisé par la Province de Ngozi avec l'appui du PASS est le contrôle de l'épidémie du paludisme de 2010/11 tel que documenté dans les statistiques sanitaires du District de Ngozi pour la période de janvier et février depuis 2007.

Nombre de cas du paludisme rapportés dans le district de Ngozi durant les mois de janvier et février de chaque année¹³

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de cas en 2 mois	10'322	7'030	12'892	58'988	40'482	2'839

¹⁰ Enquête démographique et de santé Burundi 2010 ; Rapport préliminaire ; avril 2011

¹¹ Enquête nationale d'évaluation des conditions de vie de l'enfant et de la femme au Burundi-2005 ; décembre 2008

¹² Rapport d'évaluation de la mise en œuvre de l'approche contractuelle d'achat des services de santé basée sur la performance pour le premier semestre 2009 (Nous avons recalculé les scores en éliminant deux indicateurs qui n'ont pas été recueillis systématiquement)

¹³ Information du BDS Ngozi

Une nouvelle initiative du MSPLS consiste en la réintroduction d'une assurance santé universelle à travers la Carte d'assistance médicale (CAM). Cette assurance santé a existé pendant de nombreuses années parallèlement à la mutuelle de santé pour les employés du secteur public, mais elle est devenue non-fonctionnelle pour toute une série de raisons. La réintroduction d'une CAM révisée est appuyée en premier lieu par le programme santé de l'Union européenne « Amagara Meza ». C'est une initiative stimulante qui nécessitera des changements importants et un appui technique intensif à tous les niveaux : provincial, district et formations sanitaires.

L'impact de ce développement sur le PASS n'est pas encore prévisible, mais c'est un enjeu dont il faudra tenir compte dans la prochaine phase du programme. Bien que le parallélisme entre les mutuelles de santé au Rwanda et la future CAM au Burundi ne puisse pas encore être dégagé, l'expérience rwandaise serait certainement utile lorsqu'il s'agira d'explorer les options d'implémentation ou de modéliser les coûts et bénéfices attendus. Le lien avec le PSP Rwanda qui pourrait être renforcé dans un futur programme régional constituerait un atout important pour le PASS.

Contexte du programme

Environ deux tiers de l'enveloppe de la coopération suisse pour le programme santé au Burundi de CHF 6M pour la période 2010-2013 était alloué au PASS. Le tiers restant devait être affecté à un fonds commun d'appui au secteur de la santé conjointement avec l'Union européenne, DFID, et la Coopération belge. Suite à l'échec de ce fonds commun, le budget fut réparti de la manière suivante : une partie fut utilisée pour financer une campagne de la pulvérisation intradomiciliaire en réponse à l'épidémie de paludisme de 2011 ; une partie fut allouée à la construction d'un centre maternel et infantile à l'hôpital régional de Ngozi en collaboration avec Fondazione Pro-Africa ; et un montant d'un million d'euros a été transféré au Programme d'appui institutionnel au secteur de la santé (PAISS) de la coopération belge (CTB), faisant de la coopération suisse un partenaire silencieux de ce programme belge et permettant d'élever le budget du PAISS à 18 millions euros pour la période 2011-2015. Le cadre logique et le budget du PAISS en furent subséquemment révisés en tenant compte des objectifs de la coopération suisse de (i) renforcer les capacités de la Direction des ressources humaines du MSPLS et des structures déconcentrées dans la gestion des ressources humaines et (ii) d'élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de formation continue du personnel de santé.¹⁴ Plusieurs questions se posent à propos de l'efficacité (value for money) de cette forme d'assistance déléguée, mais, étant donné l'échec de la négociation pour la mise sur pied d'un fonds commun, il y avait sans doute peu d'autres choix pour utiliser adéquatement cette contribution suisse.

Le PASS est un projet de développement du système de santé de district intégré, mise en œuvre par Swiss TPH, et couvrant les trois districts de la province de Ngozi. Il a démarré en 2006 avec une phase d'orientation de neuf mois et en est maintenant à sa troisième phase qui devrait se terminer fin 2013. Les sept objectifs clés du PASS, identifiés au démarrage du programme, sont les suivants :

1. Contribuer au renforcement des mesures préventives et curatives de lutte contre les principaux problèmes de santé de la population
2. Contribuer au développement de l'engagement et de la participation communautaire à tous les niveaux du système de santé
3. Contribuer à améliorer l'accès financier aux soins de santé
4. Contribuer à l'amélioration des infrastructures de santé
5. Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les FOSA du système de santé
6. Contribuer à améliorer l'approvisionnement et la gestion du système de santé
7. Soutenir l'initialisation de l'approche contractuelle dans le système de santé

¹⁴ Intégration des fonds de la Coopération suisse dans le Programme d'appui au secteur de la santé-PAISS ; 16 novembre 2011 (document PowerPoint)

Pour la phase actuelle du PASS, ces objectifs ont été regroupés sous trois composantes:

1. L'amélioration de la qualité et de l'offre de soins de santé
2. L'amélioration de l'accès aux soins de santé
3. La prévention des maladies évitables

La troisième phase du PASS a été planifiée en utilisant la méthode de la cartographie des incidences (Outcome Mapping). Il s'agit d'une méthode participative d'élaboration d'une « carte » des activités du programme et d'autres facteurs qui pourraient influencer l'atteinte des objectifs. Contrairement au processus de planification basé sur le cadre logique, cette méthode n'est pas restreinte par la logique linéaire et unidirectionnelle reliant les intrants (inputs) aux extrants (outputs), effets (outcomes) et impacts : elle permet d'inclure des facteurs externes dans la cartographie des incidences ainsi que des effets négatifs potentiels des activités programmées.

Après la finalisation de la cartographie des incidences, il fut décidé de reconstruire un cadre logique dans sa forme classique. Ceci a été effectué comme un exercice post hoc de réassemblage des éléments de la cartographie dans un format de cadre logique. Le résultat n'est pas très fonctionnel, avec une confusion entre indicateurs et objectifs, des effets sans indicateurs, et des indicateurs sans effets.

Le document de programme de la phase 3 du PASS énumère la gouvernance et le genre comme thèmes transversaux qui doivent être abordés.¹⁵ En renforçant les institutions du système de santé, le PASS contribue certainement à la promotion de la bonne gouvernance. Il n'y a cependant pas d'élément permettant d'affirmer que le PASS aborde activement l'inégalité du genre. Le thème de l'égalité du genre apparaît comme ayant été ajouté au document de projet sans qu'il y ait eu d'analyse ou de réflexion proprement dites. Une indication de la nature « copier-coller » de l'insertion de ce thème est qu'un paragraphe réfère au PSP plutôt qu'au PASS.

Les sections suivantes présentent les résultats de l'évaluation de chaque composante du PASS, suivies par une évaluation générale. Une revue détaillée de chaque indicateur du cadre logique est présentée en annexe 7.

Composante 1 : L'amélioration de la qualité et de l'offre de soins de santé

L'objectif de cette composante du PASS est l'amélioration de l'offre de services de santé dans la province de Ngozi, en se concentrant sur la gestion et la fourniture de services de santé, l'amélioration de l'infrastructure et la mise en œuvre du système de contractualisation (performance-based financing – PBF). Le PBF a comme objectif le remboursement des coûts des prestations de santé fournies dans le cadre de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ainsi que la motivation financière du personnel de santé. L'organisation des références et contre-références est aussi incluse dans cette composante.

Dans le cadre de la mission, nous avons interviewé le médecin directeur de la province sanitaire et nous avons visité les trois bureaux de district (BDS). Le bureau provincial (BPS) et les BDS sont appuyés par le PASS au moyen d'un appui budgétaire fixe. En outre, PASS paye les primes de performance du BPS et des BDS accordées trimestriellement par le PBF.

Les trois BDS disposent d'un staff suffisant selon les normes nationales et ils sont bien gérés. Ils fonctionnent selon des plans de travail annuels budgétisés avec les sources de revenus clairement identifiées. Chaque bureau a un manuel de procédures détaillé, développé avec le soutien du PASS. Le manuel a été validé avec les parties prenantes au niveau provincial, mais les normes nationales actualisées n'existent pas encore. Les locaux du BDS Kiremba ont été construits avec le soutien du PASS. Au BDS Buye, le PASS a subventionné la construction de la pharmacie du district qui abrite

¹⁵ Document de Programme santé Burundi Phase III avril 2010 – mars 2013 ; janvier 2010

aussi les bureaux du médecin chef, du gestionnaire et de la chargée du système d'information sanitaire (SIS) du district.

Les BDS réalisent les supervisions mensuelles de tous les centres de santé. Les rapports des visites de supervision étaient disponibles et ils démontraient le suivi étroit des problèmes identifiés. Les BDS reçoivent mensuellement les rapports du système national d'information sanitaire (SNIS) de toutes les formations sanitaires. Ces rapports sont à jour et complets. Tout rapport qui contient des données potentiellement erronées est immédiatement suivi par le BDS. Le BDS organise une réunion mensuelle de tous les titulaires des centres de santé dans lequel les rapports du SIS sont examinés et analysés, et les activités sont planifiées en réponse à l'analyse. En général, notre évaluation du fonctionnement des BDS a été très positive. Le moins fonctionnel entre les trois est le BDS de Buye. Toutefois, le médecin chef n'était pas présent lors de notre visite et la chargée du SIS était en congé de maternité. Cela peut avoir influencé notre évaluation de ce BDS.

Le problème majeur qui affecte le fonctionnement des BDS est la mobilité des médecins chefs. Alors que la plupart du personnel est relativement stable, les médecins chefs sont souvent réaffectés. Le BDS Buye, a connu trois différents médecins chefs dans les deux dernières années.

Les liens opérationnels entre le système du PBF et l'administration des districts sanitaires ne sont pas forts. Bien qu'il y ait un comité qui dirige les activités de l'unité PBF provinciale auquel participent les médecins chefs des districts et la coordinatrice du PASS, il y a peu de contact sur le plan opérationnel entre les vérificateurs du PBF qui visitent les formations sanitaires mensuellement afin de vérifier la quantité des actes, et les superviseurs des BDS qui contrôlent la qualité. Un système d'évaluation des services hospitaliers par les pairs a été récemment introduit par le PBF. Nous avons examiné le rapport d'évaluation de l'hôpital de district Buye, le seul hôpital visité lors de notre mission. Le rapport semblait plutôt superficiel et plusieurs indicateurs qui n'étaient manifestement pas satisfaisants ont eu des scores de 100%.

La Province de Ngozi a une carte sanitaire à jour qui comprend la planification pour des nouvelles constructions de centres de santé selon les normes en cours de révision qui prévoient un centre de santé pour 15'000 habitants. Le PASS a considérablement investi dans la mise à jour des infrastructures des centres de santé existants, mais l'expansion prévue dépassera son budget disponible.

Seuls quelques centres de santé sont entièrement dotés de six infirmières selon les normes nationales. Tous les centres de santé visités étaient cependant fonctionnels. Les principaux problèmes d'infrastructures observés étaient dans le domaine de l'eau et de l'assainissement. Des améliorations dans ce domaine avaient déjà commencé dans certains centres de santé avec le soutien du programme suisse « eau et assainissement » également géré par le PASS.

Bien que le PASS ait soutenu l'élaboration d'un manuel de gestion des centres de santé qui a été validé au niveau provincial, aucun des centres de santé visités ne semble être au courant de ce document. Aucun des titulaires interviewés n'avait une copie des descriptions de tâches du personnel du centre, même si ceux-ci sont inclus dans le manuel.

Les finances des centres de santé visités étaient saines. Chaque centre avait deux comptes, un pour les médicaments, l'autre pour les revenus provenant des prestations de services et des primes de performance. Les deux comptes avaient suffisamment de fonds pour assurer le fonctionnement du centre. Les pharmacies étaient bien gérées par les gestionnaires engagés directement par les centres de santé. Nous n'avons pas observé de ruptures de médicaments essentiels. En revanche, toutes les pharmacies avaient des surstocks en antipaludiques, ce qui est probablement dû au fait qu'elles sont approvisionnées pour ces médicaments sur la base de la consommation moyenne mensuelle calculée en 2011 lorsque la province était encore à la fin de l'épidémie de paludisme.

Nous n'avons pas observé de problèmes liés à la référence des urgences médicales ou obstétricales aux hôpitaux de districts. Le service d'ambulance (décrit sous l'objectif 2) fonctionne bien. Les

centres de santé demandent une ambulance pour les transferts urgents à l'hôpital en moyenne entre 5 et 10 fois par mois. Dans les réunions de groupe avec les bénéficiaires, la disponibilité de ce service était mentionnée comme un changement très apprécié.

Composante 2 : L'amélioration de l'accès aux soins de santé

La composante 2 a trait à la demande en soins de santé. Cependant, les résultats attendus dans le cadre logique sont très limités. Ils se focalisent sur la cogestion des centres de santé par les communautés, sur la participation communautaire au financement des services ambulanciers, et sur la prise en charge des patients indigents. Il est difficile de faire le lien entre ces résultats et l'indicateur d'effet qui est le taux d'utilisation des services par la population. De plus, le taux global de fréquentation est fortement lié à la situation épidémiologique. Il est évident que s'il y avait plus de 70'000 cas de paludisme dans les deux premiers mois de 2011, et qu'il y a moins de 3'000 cas en 2012, la fréquentation des centres de santé en 2012 ne pourra pas être supérieure à celle de 2011.

Tous les centres de santé visités avaient des COSA actifs. Les COSA se réunissent tous les mois et les procès-verbaux des réunions étaient disponibles. Les entrevues avec les membres des COSA dans trois centres de santé ont confirmé qu'ils sont étroitement impliqués dans la gouvernance de la formation sanitaire, et qu'ils apprécient les nombreuses améliorations des infrastructures et des services qui ont été obtenus depuis le début du PASS. Les Batwa, ethnie minoritaire et marginalisée dans le pays et dans la province, sont impliqués dans les COSA. Une accoucheuse traditionnelle mutwa, membre du COSA, était présente dans une des rencontres de groupe avec les consultants. Elle a témoigné sur les changements positifs dans sa communauté depuis sa participation aux affaires du centre de santé.

Les patients indigents reçoivent des soins médicaux gratuits dans tous les centres de santé visités. Les coûts de ces services sont pris en charge par le centre de santé sur ses ressources propres. Les COSA ont la charge d'établir une liste d'indigents éligibles à la gratuité des soins. Dans la plupart des centres de santé visités la liste des indigents était affichée dans la zone de réception. Le nombre de personnes sur cette liste variait entre 21 dans un centre et plus de 300 dans un autre. Les discussions de groupe avec les membres du COSA ont révélé que les critères d'attribution du statut d'indigence sont parfois très sévères. Comme les COSA sont également chargés d'assurer la santé financière du centre, ils sont dans une certaine mesure en conflit d'intérêts pour établir la liste des indigents. Si les critères sont trop sévères, ils peuvent en fait créer de nouveaux obstacles d'accès aux soins pour les personnes pauvres qui sont incapables de payer, mais qui ne sont pas considérées comme indigentes. Un membre du COSA au centre de santé avec la liste la plus brève d'indigents a déclaré que « nous considérons qu'une personne est indigente quand même le chien qui s'introduit dans sa maison ne peut pas trouver quelque chose à manger ».

Les services d'ambulance sont bien organisés. Le district de Ngozi dispose de deux ambulances, les deux autres districts en ont chacun une. L'autorisation de mobiliser l'ambulance est obtenue par un appel téléphonique à un personnel de garde à l'hôpital de district ou au BDS. Le réseau de communication par ondes courtes installé par le PASS est devenu obsolète depuis l'expansion du réseau de téléphonie mobile à travers tout le pays. Le transfert par ambulance est gratuit pour les patients. La collecte des contributions de la communauté pour payer les frais de fonctionnement des ambulances a commencé en juillet 2011. Les fonds collectés sont déposés dans des comptes dépôts des BDS. Jusqu'à maintenant le PASS continue de payer tous les coûts de fonctionnement des ambulances. Les montants déposés à ce jour suggèrent que les BDS seront en mesure de couvrir entre 40% et 50% de ces coûts. Le commencement du financement conjoint est prévu pour juillet 2012. Les ambulances sont cependant déjà en service depuis 5 ou 6 ans et auront bientôt besoin d'être remplacées.

Composante 3 : La prévention des maladies évitables

Sous la composante 3 il y a trois effets attendus. Le premier cible l'utilisation des moustiquaires et des latrines par la population, mais il contient aussi un indicateur de l'utilisation des services prénataux. Le deuxième traite de la mobilisation des jeunes pour la santé à travers des activités socioculturelles. Le troisième met l'accent sur les activités de communication et sur l'offre des services pour les jeunes par les formations sanitaires.

La prévention du paludisme dans la province de Ngozi est assurée à travers la distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) qui a eu lieu en 2011 et à laquelle le PASS a contribué activement en apportant un soutien financier et logistique. Les MII sont également distribués en routine au centre de santé à toutes les femmes venues en CPN1 et celles ayant amené les enfants en vaccination anti-rougeoleuse. La mission n'a pas pu apprécier le niveau d'utilisation des MII au niveau des ménages. Les résultats de l'enquête quantitative ménages réalisée par le PASS en mai 2011 notent un taux d'utilisation de 24,7%. Une intervention du PASS qui a beaucoup contribué à la réduction des cas de paludisme est la pulvérisation intra domiciliaire : deux campagnes ont eu lieu en 2011.

Le PASS a contribué à l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement des centres de santé à travers la construction des latrines, des incinérateurs, des fosses à placenta et des fosses à cendres. Au sein des ménages, les bénéficiaires rencontrés affirment qu'actuellement, grâce à la sensibilisation de la population par les techniciens de la promotion de la santé (TPS), les COSA et les ASC, il y a une nette amélioration en matière de construction des latrines et de leur utilisation. Cependant, les résultats de l'enquête ménage PASS de 2011 montrent une proportion plus importante de ménages sans latrines (13%) par rapport à l'enquête ménage de 2006 (5,5%), probablement parce que l'enquête de 2011 s'est plu focalisée sur le milieu rural.

La mission a noté une augmentation de l'utilisation des autres services de prévention des maladies telles que la vaccination et la consultation prénatale.

Le volet mobilisation des jeunes par les activités socioculturelles n'a été que faiblement visible parmi toutes les interventions du PASS. La seule intervention concernant ce volet était le renforcement des capacités des clubs « Stop Sida » des écoles à travers la formation des éducateurs/encadreurs. Mais cette formation n'a pas été suivie d'actions concrètes visant l'amélioration de la santé des jeunes ni dans leur milieu scolaire ni en dehors de l'école. La coordination du PASS ne disposant pas des capacités techniques spécifiques pour appuyer le paquet d'intervention de services offerts aux jeunes n'a pas poussé loin dans la mise en place de ces derniers.

Dans les centres de santé visités, il n'y avait pas d'activités d'éducation sanitaire ou de communication ciblant spécifiquement les jeunes. Il n'existait pas non plus d'efforts particuliers pour accueillir les jeunes pour les services cliniques comme c'était spécifié dans le cadre logique du PASS. L'étude des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des jeunes menée par le PASS en 2011 constate que « les élèves des écoles secondaires expriment une bonne satisfaction à propos de la qualité des soins reçus, même lorsqu'il s'agit de soins reçus pour des maladies sexuellement transmissibles et des maladies autres que des IST ».¹⁶ Cela peut signifier que le résultat attendu dans le cadre logique n'est pas pertinent, ou qu'une enquête par questionnaire n'est pas l'outil approprié pour interagir avec une population de jeunes en vue de comprendre leurs besoins et leurs priorités. L'analyse de l'étude CAP est fondée sur des données recueillies auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ne peuvent certainement pas être considérés comme un groupe homogène avec des besoins de santé identiques.

Dans les centres de santé visités, nous avons observé des faiblesses en général dans le domaine de l'éducation pour la santé. Les infirmières et infirmiers offrent une séance d'éducation chaque matin

¹⁶ Rapport final de l'étude CAP sur la santé sexuelle des jeunes ; juin 2011

avant le début des activités cliniques. Les thèmes de ces sessions et le nombre de participants sont notés dans un registre. Il n'y a cependant pas de calendrier de planification de ces séances. Les TPS qui ont un rôle clé dans ce domaine couvrent souvent deux ou trois centres de santé en même temps, et ils sont également impliqués dans les activités cliniques, par exemple dans les séances de vaccination. Nous avons seulement rencontré deux TPS dans les sept centres de santé visités. Ils n'étaient pas en mesure de présenter un plan de travail, et ils n'ont pas donné l'impression d'un niveau élevé de capacités de planifier et de structurer leur travail.

Thèmes transversaux

Le thème transversal de la bonne gouvernance est abordé indirectement par le renforcement des structures d'administration des systèmes de santé aux niveaux local, district et province. Concernant le thème de l'égalité du genre, le rapport annuel 2010/2011 contient quelques statistiques de santé importantes ventilées par sexe et conclut que les services sont fournis de manière égale aux hommes et aux femmes, et que les femmes utilisent en fait ces services de santé plus que les hommes.¹⁷ Étant donné la manière superficielle dont ce thème est traité dans la conception du projet, ceci pourrait être considéré comme une « réponse de circonstance » adéquate. Cependant, si l'insertion d'un thème transversal dans la formulation du programme veut avoir un sens, elle devrait être accompagnée d'une analyse, d'actions spécifiques et d'un monitoring approprié.

Résumé des conclusions au sujet de la mise en œuvre du PASS Burundi

Notre appréciation générale est que le PASS a eu un succès extraordinaire dans le renforcement de l'administration et la prestation des soins de santé dans la province de Ngozi.

Les bureaux de santé provinciaux et de districts sont entièrement fonctionnels et répondent aux critères nationaux et internationaux de bonne performance.

L'autonomie de gestion des centres de santé, notamment la gestion financière, est une réalité dans la province avec l'implication de la communauté. Tous les centres de santé ont suffisamment d'argent sur leurs comptes pour assurer leur fonctionnement et pour les médicaments. Des nouveaux centres de santé ont été ouverts pour compléter la carte sanitaire de la province, et les centres existants ont été rendu fonctionnels par la construction de maternités et de logements pour le personnel. Ce qui reste à faire est un effort pour améliorer l'accès à l'eau potable, l'assainissement, et l'électrification.

Il y a une forte implication de la communauté dans l'offre de services à travers les COSA et les ASC. Les bénéficiaires rencontrés sont satisfaits de la qualité de l'accueil, de la qualité des soins et de la disponibilité des médicaments. Ils apprécient la mesure de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins de cinq ans et aussi l'organisation du système de référence avec l'ambulance du district sanitaire. Les indigents sont identifiés par les COSA et sont soignés gratuitement.

La campagne très réussie du contrôle de l'épidémie de paludisme à Ngozi avec l'aide incontournable du PASS est une preuve de la souplesse et de la pertinence du programme dans le contexte local.

Tout ceci a été réalisé en étroite collaboration avec les partenaires nationaux du niveau communautaire et du niveau national, cédant un maximum de responsabilité de prise de décision et de mise en œuvre à des partenaires. Le Swiss TPH a fourni une assistance technique étendue, mais a réussi à garder un profil bas qui a contribué à l'autonomisation des partenaires et à la durabilité potentielle des résultats obtenus. La principale menace pour la durabilité est l'instabilité du personnel décisionnaire, c'est à dire les médecins chefs des districts sanitaires et le médecin provincial.

¹⁷ Rapport annuel, Phase III, année 1 (2010-2011) ; Programme d'Appui au Système de Santé Province de Ngozi, Burundi

D'autre part, le programme pour les jeunes n'est pas perçu comme ayant eu un succès similaire. Il a été ajouté comme un élément supplémentaire en 2009. Bien que les buts et objectifs soient conformes à la pratique internationale, l'analyse de situation locale et le processus de planification participative pour cette composante ont été nettement insuffisants. Le PASS n'a ni la capacité technique, ni le budget nécessaire, ni les structures de partenariat local et national nécessaires pour mettre en œuvre un programme pour les jeunes qui pourrait atteindre les objectifs du cadre logique.

Le cadre logique du PASS est, de manière générale, problématique car il présente des lacunes structurelles qui empêchent d'identifier clairement la chaîne reliant les intrants aux résultats, effets et impacts. Ainsi il contient un décalage entre les indicateurs et les objectifs dans plusieurs domaines.

2.3 Arrangements organisationnels et coûts-efficacité des programmes PSP et PASS

Théoriquement, une évaluation du PSP Rwanda et du PASS Burundi permet une analyse de coûts-efficacité de la mise en œuvre directe des projets par la DDS par rapport à la mise en œuvre par une agence d'exécution, le Swiss TPH.

Il y a plusieurs similitudes dans les deux projets.

1. Chacun vise le renforcement des districts sanitaires ciblant deux districts au Rwanda et trois au Burundi ;
2. La taille de la population couverte est de 630'000 au Rwanda et de 660'000 au Burundi ;
3. Pour la phase actuelle, le budget d'activités sur trois ans est de CHF 2,1 M au Rwanda et de CHF 2,8 M au Burundi. 80% de la différence est prise en compte par le budget de construction plus élevé du PASS Burundi. Sans les coûts de construction, les deux projets appuient les services de santé à environ le même niveau de CHF 1,03 par personne par an.

Il y a, cependant, quelques différences majeures. Le PSP Rwanda se situe, depuis dix ans, dans un environnement de stabilité économique et sociale relative, tandis que le PASS Burundi, depuis six ans, s'exécute dans un environnement post-conflit et dans une situation de plus haute précarité économique.

Le PSP et le PASS dépensent environ un tiers de leur budget global aux lignes budgétaires d'administration, d'assistance technique et de suivi et évaluation des projets. Mais ces coûts du PSP par la mise en œuvre directe sont d'environ CHF 0,58 par personne par an, tandis que la mise en œuvre du PASS par le Swiss TPH est plus chère à environ CHF 0,70 par personne par an.

Ce type d'analyse ne peut pas répondre à la question si le coût supplémentaire de 20% (CHF 0,12 par habitant par an) au Burundi peut garantir une plus grande efficacité. Le système de santé au Burundi est plus fragile qu'au Rwanda, avec plus de contraintes en ressources humaines qui peuvent justifier un budget plus élevé. D'un part, notre évaluation a constaté que le leadership technique du PASS Burundi est plus fort que celle du PSP Rwanda, ce qui se reflète dans la qualité de certains des résultats observés (voir p. 9). D'autre part, le PSP Rwanda fonctionne entièrement avec du personnel national sans assistance technique internationale à long terme, ce qui est plus durable et présente une valeur additionnelle politique.

En conclusion, dans le cadre de cette évaluation il est impossible de présenter une analyse coût-efficacité purement basée sur l'évidence des deux projets, car il est impossible d'élaborer une seule échelle normalisée des effets qui s'appliquerait aux deux contextes différents. Par contre, l'analyse des coûts suggère que la réalisation du projet par une agence d'exécution internationale est légèrement plus coûteuse, mais cela peut être plus que compensé par la qualité supérieure des résultats obtenus dans un environnement potentiellement plus difficile.

2.4 Le Programme d'appui au système de santé (PASS) Sud Kivu

Une visite de deux jours du PASS Sud Kivu a été incluse dans le programme de la mission d'évaluation de manière à permettre de mieux cerner le contexte régional du programme de la coopération suisse. Le PASS Sud Kivu couvre huit zones de santé et son implémentation est répartie entre Swiss TPH (travaillant à partir d'Uvira) et Malteser International (travaillant à partir de Bukavu). Pour des raisons de logistique, la mission n'a pu visiter que le programme mis en œuvre par Swiss TPH dans les deux zones de santé les plus méridionales. Comme cette visite n'était pas une évaluation proprement dite, les observations qui suivent doivent être considérées plus comme des impressions que comme le résultat d'analyses fouillées.

Les services de santé du Sud Kivu ont un caractère marqué « d'entreprises commerciales », tant pour les formations sanitaires publiques que pour les formations confessionnelles. La grande majorité du personnel ne reçoit aucun salaire du gouvernement, à l'exception d'une petite « prime de risque ». La formation sanitaire confessionnelle visitée à Kiliba génère des revenus pour l'église pentecôtiste locale. Les revenus des formations sanitaires proviennent de la facturation des services aux patients.

Dans un tel contexte, l'appui donné par le PASS aux zones sanitaires rencontre beaucoup de difficultés. Les résultats du programme d'amélioration de l'infrastructure et des équipements, de support budgétaire, d'octroi de primes de performance au personnel, et de fourniture de médicaments sont clairement visibles et tout à fait appropriés. Cependant, il y a un risque non négligeable que cette assistance soit plus utilisée pour maximiser les revenus que pour améliorer l'accès aux soins. Ce risque doit être géré, une tâche qui requiert un effort considérable mais qui semble bien exécutée par le PASS.

Les deux bureaux de zones visités semblent bien fonctionner dans un environnement difficile. Les fonctions de planification et de supervision sont exécutées et le système de primes de performance est mis en place. En revanche, l'approvisionnement pharmaceutique est un domaine préoccupant. Le PASS s'approvisionne auprès de fournisseurs locaux qui sont pré-qualifiés par l'autorité provinciale. L'Inspection provinciale est supposée effectuer un contrôle de qualité, mais elle n'a à sa disposition qu'un mini laboratoire qui est insuffisant : des allégations de corruption circulent à propos de cette autorité provinciale. De nombreux rapports existent qui mentionnent la circulation de produits contrefaits, de produits volés, ou de produits périmés qui sont ré-étiquetés. L'Association régionale d'approvisionnements en médicaments essentiels (ASRAMES) basée à Goma au Nord Kivu est une source fiable de médicaments de qualité, mais elle n'est pas utilisée par le PASS car ses produits sont jusqu'à 30% plus chers que ceux proposés par les fournisseurs locaux.

Le système d'approvisionnement des formations sanitaires supportées par le PASS prévoit la fourniture d'un stock initial, avec un remboursement équivalent à 30% du coût réel une fois les médicaments vendus. Le recouvrement total des coûts n'est sans doute pas encore une option dans un système qui a tant souffert de manque de ressources. Toutefois, le système de paiement ex post plutôt qu'ex ante est contraire à la pratique commerciale qui devrait être bien connue dans un système tellement marqué par le caractère commercial. Le paiement ex post génère le risque inutile que les centres de santé ne soient pas en mesure de rembourser à cause de l'utilisation de l'argent à d'autres fins. Le changement vers un paiement ex ante ne devrait pas poser de problème. Le risque est grand que des produits pharmaceutiques subsidiés et achetés à très bas prix ne finissent dans les centaines de pharmacies locales, et les mécanismes pour réduire ce risque semblent fragiles.

La mission a également visité l'Espace santé jeunes ouvert par le PASS à Uvira. Il est un centre de jeunes très dynamique avec beaucoup d'activités diverses très appréciées par les adolescents et jeunes adultes. C'est, à beaucoup d'égards, un site de démonstration pour une initiative de mobilisation des jeunes couronnée de succès. Un second site est opérationnel à Ruzizi, mais dont on dit qu'il est moins dynamique. Cependant, le centre pour jeunes est clairement une institution du PASS. Les locaux sont loués par le programme, le personnel est payé par le programme, et les coûts

récurrents sont à charge du programme. Il n'y a aucun partenaire local impliqué, ni public ni provenant de la société civile. Il s'agit d'un sujet de préoccupation majeur. Il est peu probable que dans une région avec un service public aussi faible une institution d'état puisse exploiter un tel centre, même avec une assistance internationale substantielle. Une large proportion de cette assistance serait utilisée pour assurer la fonction d'administration bureaucratique. Toutefois, un tel centre pourrait être exploité avec succès par une organisation de la société civile nationale ou internationale, laïque ou confessionnelle, une institution qui aurait démontré son endurance dans la région, qui est susceptible de rester viable après la fin du financement du PASS, et qui aurait la capacité de générer des fonds à partir de sources multiples pour l'exploitation du centre. C'est une option qui devrait être explorée ; en fait, elle aurait dû être explorée avant la création du centre.

En résumé, la visite du PASS Sud Kivu a laissé une impression d'un programme produisant des résultats impressionnants dans un environnement très difficile auquel il a été forcé de s'adapter. Il y a un risque que quelques principes de bonne pratique de coopération internationale au développement soient malmenés dans ce processus d'adaptation. Une raison en est la très petite taille de l'équipe technique basée à Uvira, qui consiste en un spécialiste international en santé publique et un coordinateur pour la promotion de la santé recruté localement. Bien que nos termes de référence ne mentionnent pas le PASS Sud Kivu dans le contexte d'exploration d'options pour un programme régional, nous croyons que le programme pourrait grandement bénéficier d'un support fourni par un bureau régional dans des domaines techniques spécifiques comme l'approvisionnement et la distribution de produits pharmaceutiques et dans la mobilisation des jeunes.

3 PERSPECTIVES D'UN PROGRAMME RÉGIONAL RWANDA ET BURUNDI

Comme les phases actuelles du PSP Rwanda et du PASS Burundi approchent de leur terme, les termes de référence de la mission d'évaluation incluaient l'exploration de la possibilité d'un programme régional pour la phase suivante, couvrant les deux pays et potentiellement le Sud Kivu à un stade ultérieur. Le programme d'appui psychosocial de la coopération suisse géré depuis 2011 à partir d'un bureau régional à Bukavu (RDC) qui coordonne la mise en œuvre effectuée par les ONG internationales et nationales dans les trois pays pourrait servir d'exemple pour une telle approche régionale. La coordination des activités d'ONG n'a évidemment que très peu en commun avec un appui au développement des services de santé du secteur public. Ce n'est donc pas un bon modèle à utiliser pour un futur programme de santé.

Adopter une approche régionale peut avoir plusieurs significations distinctes.

1. Cela peut signifier un appui à une institution régionale de santé qui aurait un mandat multi-pays pour des problèmes tels que l'harmonisation des politiques de santé, comme le stipule l'objectif 4 du document de stratégie sanitaire 2012-2016 de la Communauté de l'Afrique de l'Est : « Développer et renforcer les systèmes de santé régionaux, les institutions et les infrastructures pour appuyer la coopération et l'intégration à l'intérieur du secteur de la santé dans la Communauté ». ¹⁸
2. Cela peut signifier la création et l'appui à un projet de santé régional qui, pour des raisons d'économies d'échelle ou parce qu'il aborde des problèmes transfrontaliers, serait géré de manière plus appropriée à un niveau régional. Le projet de la Banque mondiale sur le réseau de laboratoires de santé publique en Afrique de l'Est ou l'initiative des Grands Lacs sur les programmes de prévention du VIH le long des voies de transports internationaux en constituent de bons exemples.
3. Cela peut signifier l'établissement d'un bureau régional qui supervise et administre la contribution suisse d'appui au secteur de la santé mis en œuvre par des partenaires nationaux dans les pays concernés.
4. Ou cela peut signifier contracter une ou deux agences d'exécution séparément dans les deux pays pour la mise en œuvre des programmes d'appui aux districts, tout en gardant un bureau régional pour le backstopping technique.

Nous avons envisagé ces différentes options et nous en avons discuté avec les gouvernements et les partenaires internationaux. Nous avons abandonné les deux premières options assez tôt dans la mission : bien qu'elles offrent certaines possibilités théoriques, elles auraient conduit le programme de santé de la coopération suisse dans des territoires largement inexplorés avec une première expérience limitée et des bénéfices incertains. Néanmoins, une composante limitée d'un futur programme de développement pourrait être programmée à un niveau supranational, par exemple dans le domaine de l'approvisionnement et du contrôle de qualité des produits pharmaceutiques ou pour le contrôle des épidémies dans les zones frontalières. Ce type de programmes ne nécessiterait pas d'institution régionale mais pourrait être développé en partenariat tripartite avec les gouvernements des trois pays.

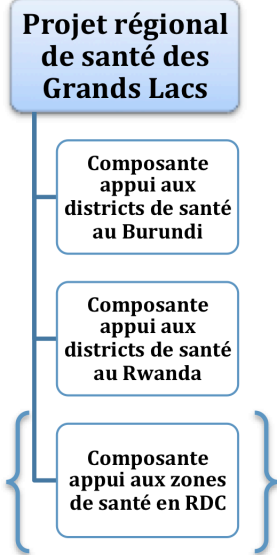
Les options 3 et 4 ne diffèrent pas substantiellement dans le sens où elles permettraient à la coopération suisse de continuer à mettre l'accent sur le renforcement des systèmes de santé au niveau district dans les deux pays, ce que nous recommandons. Ces options sont quasi obligatoires forcées en vertu de la grande similarité entre le PSP Rwanda et le PASS Burundi et de la convergence croissante des politiques sanitaires des deux pays. La différence résiderait dans le fait que l'option 3

¹⁸ East African Community Regional Health Sector Strategic Plan (2012-2016) ; (Draft for discussion)

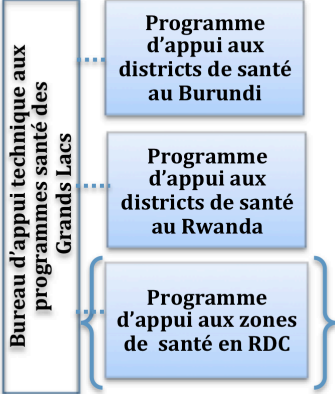
impliquerait une administration située dans un bureau régional au Rwanda ou au Burundi, tandis que la mise en œuvre continuerait dans les districts choisis des deux pays. L'assistance technique pourrait être située dans le bureau régional ou dans les districts. Sous l'option 4, il y aurait une structure de management dans chaque pays et peut-être aussi une troisième structure au niveau régional.

Comparaison des options 3 et 4

Option 3: Un seul projet santé régional avec deux (ou trois) sites de mise en œuvre

 <p>Projet régional de santé des Grands Lacs</p> <p>Composante appui aux districts de santé au Burundi</p> <p>Composante appui aux districts de santé au Rwanda</p> <p>Composante appui aux zones de santé en RDC</p>	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts de transaction moins élevés pour la DDC au niveau central et régional (un seul projet à administrer et à superviser) Économies d'échelle (moins de projets, donc coûts administratifs moins élevés) 	<ul style="list-style-type: none"> Une représentation suisse moins importante dans les discussions de la politique de santé nationales dans les deux pays Par conséquent, les coûts de transaction plus élevés pour les bureaux de pays de la DDC (l'expérience du CDPF au Rwanda)
	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure capacité à aligner avec d'autres initiatives régionales des Grands Lacs de la DDC Meilleure capacité de soutenir les synergies dans le développement des secteurs de la santé des deux pays 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés à négocier des accords avec les autorités nationales ; et difficultés d'inclure la RDC dans le programme régionale de la santé Plus faible capacité technique sur site entraînant une baisse de la qualité de la mise en œuvre Capacité réduite à participer à des initiatives nationales de développement du secteur et de la coordination des partenaires internationaux

Option 4: Deux (ou trois) projets de santé avec un bureau d'appui technique central

 <p>Bureau d'appui technique aux programmes santé des Grands Lacs</p> <p>Programme d'appui aux districts de santé au Burundi</p> <p>Programme d'appui aux districts de santé au Rwanda</p> <p>Programme d'appui aux zones de santé en RDC</p>	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> Une plus grande capacité à négocier des accords de coopération appropriés et pertinents avec chaque pays, y compris la RDC Plus d'opportunités pour mobiliser une assistance technique spécialisée qui pourrait être bénéfique à tous les trois programmes pays (par exemple pour les programmes santé jeunes) Les coûts de transaction moins élevés pour les délégations de la DDC (les projets peuvent soutenir le dialogue politique nationale - l'expérience du PASS Burundi) 	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts totaux des programmes plus élevés en raison de nécessité de soutenir un bureau régional d'assistance technique Les coûts de transaction plus élevés pour la DDC au niveau central et régional (plus de «projets» à administrer)
	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe technique régionale pourrait être une ressource pour des études comparatives du secteur santé (par exemple, des études comparatives sur l'assurance maladie, le financement de la santé, la contractualisation) 	<ul style="list-style-type: none"> Plus forte probabilité que les équipes d'assistance technique aux districts deviennent les exécutants plutôt que des assistants Par conséquent, une plus grande probabilité pour le développement de la dépendance et une menace pour la durabilité des résultats

Un certain nombre d'options « hybrides » pourraient également être analysées. Certaines fonctions d'assistance technique spécialisée, par exemple pour la programmation des composantes « jeunes » ou égalité du genre, pourraient être régionalisées, tandis que l'assistance pour le développement des systèmes de santé publique serait décentralisée. Un programme entièrement régional exigerait une agence d'exécution unique travaillant au niveau régional et au niveau des districts des deux pays (et peut-être aussi en RDC s'il est prévu d'intégrer ce dernier programme à un stade ultérieur). Chacune des autres options pourrait fournir une agence d'exécution responsable pour la coordination régionale et l'assistance technique, tandis que l'appui aux districts pourrait être théoriquement apporté par d'autres.

La décision sur le choix d'une option sera d'abord une question d'acceptabilité par les différentes autorités nationales et de coût-efficacité. Ainsi, les différents scénarios devront être explorés pendant l'élaboration du programme. Une programmation régionale peut entraîner des économies d'échelle, bien que les coûts additionnels d'un management régional doivent être pris en compte. Nous pensons qu'une équipe d'assistance technique présente sur chacun des sites devrait être maintenue, et même renforcée au Rwanda (selon nos recommandations pour le PSP). C'est une exigence qui permettra de répondre efficacement aux enjeux tels que le processus difficile de décentralisation au Rwanda, ou l'introduction de la carte d'assurance maladie ou l'instabilité du personnel en charge du management au Burundi. Comme le montre l'expérience du PASS Burundi, cette présence technique contribue également et de manière importante à la participation de la Suisse comme partenaire dans le développement de la politique de santé nationale.

4 RECOMMANDATIONS

4.1 Pour le PSP Rwanda

1. Nous recommandons que l'appui aux districts Rutsiro et Karongi continue pour une éventuelle prochaine phase. Les domaines suivants pourraient faire l'objet de recommandations pour le développement de cette phase :
 - L'appui aux mutuelles de santé au niveau district devrait bénéficier d'un appui budgétaire calculé par habitant avec une gestion conjointe du PSP et de la direction de la mutuelle du district. Un désengagement de l'appui PSP aux mutuelles de Karongi et Rutsiro pourrait être planifié en fin de la prochaine phase.
 - L'appui à l'administration sanitaire du district sera le plus grand défi à résoudre dans un éventuel prochain programme. Dans le développement du programme, deux options devraient être prises en considération :
 - Soit le PSP fournit un appui technique et financier important à l'unité santé et en même temps s'emploie à ce que le niveau central opère une décentralisation effective de façon à ce que l'unité santé joue un vrai rôle opérationnel dans la gestion sanitaire du district comme décrit dans les termes de référence du MINALOC. Ceci inclurait entre autre, la supervision de la qualité des soins et la gestion du SIS au niveau du district.
 - Ou alors si ceci n'est pas faisable, le PSP devrait transférer son appui vers l'hôpital de district de façon à renforcer les rôles techniques actuellement assurées par l'équipe cadre de l'hôpital de district.
 - L'appui à l'amélioration des infrastructures et de l'équipement et le renforcement des capacités des formations sanitaires qui sont actuellement regroupées sous la rubrique « paquet mère-enfant » devraient continuer et pourraient être considérés comme faisant partie d'un programme intégré d'amélioration de la qualité des soins. Il pourrait aussi inclure les transferts d'urgence en assurant le fonctionnement de la continuité du service ambulancier.
 - La composante « jeunes » devrait être révisée. Le seul aspect de cette composante que le PSP pourrait supporter efficacement est la mobilisation des jeunes au niveau du centre de santé à travers les réunions hebdomadaires encadrées par le point focal. Toutes les autres activités, à l'instar de l'appui au CNJ, ou la création des coopératives de jeunes, devraient soit être abandonnées ou alors mises dans un autre programme de jeunes distinct du PSP.
2. Le thème transversal de la coopération suisse, à savoir la réponse au VIH, est bien couvert par les programmes des grands bailleurs de fonds sur place. Par contre, le thème d'égalité genre mériterait une évaluation et une planification plus systématiques dans le développement éventuel d'une nouvelle phase du PSP.
3. Une extension de l'appui du PSP à un troisième district pourrait être envisagée mais seulement si le programme dispose suffisamment de ressources techniques, humaines et financières.
4. La capacité du PSP à fournir une assistance technique devrait être renforcée s'il est décidé de mener un prochain programme, spécialement dans le cadre des défis en relation avec le processus de décentralisation mentionné ci-dessus, et surtout si une extension géographique est envisagée.
5. Les futures contributions de la coopération suisse au « Capacity Development Pool Fund » vont dépendre largement des décisions des autres partenaires au développement. Si le Fonds

commun continue d'être abondé par d'autres partenaires, nous serions enclins à le considérer comme un bon instrument pour l'appui suisse au secteur de la santé au niveau central.

4.2 Pour le PASS Burundi

1. L'accent province/district du PASS Burundi est pertinent, il est efficace et efficient étant donné le volume financier du budget santé de la coopération suisse (même si l'efficacité est un concept relatif qui nécessite une comparaison). Il a démontré qu'il peut générer un impact et il porte la promesse de la pérennisation. Nous recommandons par conséquent de continuer cette modalité d'aide dans la prochaine période de financement. Dans la province de Ngozi, une continuation de l'assistance technique et financière devrait viser :
 - La consolidation et l'avancement des résultats dans l'amélioration de la qualité des soins qui ont déjà été réalisés.
 - La poursuite de l'assistance pour combler les écarts de l'infrastructure dans les centres de santé existants (y compris l'approvisionnement en électricité) ainsi que dans les nouveaux centres de santé qui sont prévus avec la mise à jour de la carte sanitaire de la province.
 - Un accent accru sur le niveau communautaire en insistant sur le renforcement de la capacité et l'amélioration de la qualité du travail des TPS et sur la continuation de la mobilisation des ASC.
 - Un accent sur le renforcement des capacités des districts pour gérer l'introduction du système du tiers payant par l'intermédiaire de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) au niveau district et de la formation sanitaire.
 - La poursuite de la mise en œuvre progressive du service d'ambulance en fixant des objectifs clairs pour le financement communautaire des coûts de fonctionnement qui devrait atteindre 100% dans une prochaine phase éventuelle du PASS. Les ambulances existantes devront être remplacées. L'amortissement de cet investissement devrait également être abordé dans l'éventuel futur programme.
2. Une expansion du PASS à une ou même deux provinces voisines est une option possible pour une phase ultérieure, mais il doit être étudié avec soin afin de ne pas trop disperser les ressources techniques et financières disponibles.
3. La composante du programme pour les jeunes devrait être profondément revue. La santé des jeunes est une priorité de la stratégie nationale de santé de la reproduction qui serait soutenue au niveau national par les coopérations allemande et néerlandaise. Une éventuelle phase ultérieure du PASS devrait s'orienter sur les politiques et les programmes développés au niveau national. La mobilisation de la jeunesse en dehors du contexte des services de santé, cependant, devrait seulement être incluse au programme si elle est soutenue avec suffisamment de ressources financières et techniques supplémentaires et, si elle est précédée par une étude détaillée de partenariats potentiels et par une analyse des besoins, capacités et priorités de la population cible.
4. L'appui délégué au PAISS de la CTB a été convenu jusqu'en 2015. Jusque-là, beaucoup de choses vont changer au Burundi et il est trop tôt pour avancer des recommandations pour la suite. Parmi les nombreuses options qui peuvent se présenter, le financement délégué serait probablement la moins souhaitable.

4.3 Pour une future approche régionale

En développant une approche programmatique régionale, la coopération suisse ne devrait pas abandonner l'approche de renforcement du système de santé de district qui a produit de très bons résultats au Rwanda et au Burundi. Cette approche répond à un besoin important dans le contexte

national de décentralisation des services de santé, elle est considérée comme une priorité par les ministères de la santé, elle fait contrepoids aux effets négatifs des programmes verticaux, et elle est appropriée étant donné le budget limité de la coopération suisse. Un futur programme régional devrait donc chercher à augmenter l'efficacité des programmes de districts dans les deux pays. Dans la phase d'élaboration du programme de développement, différentes options de management régional et d'assistance technique régionale devront être modalisées de manière à identifier les arrangements institutionnels les plus efficaces et efficaces. Au niveau de la mise en œuvre, le futur programme régional devrait permettre d'accroître les échanges techniques et de formation entre les programmes des districts des deux pays.

ANNEXES

Annexe 1. Termes de Référence

1. Introduction

La Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) œuvre dans la région des Grands Lacs au Rwanda, Burundi et à l'Est de la R.D. Congo. La coopération suisse s'effectue de façon coordonnée dans le cadre de la "Stratégie Grands Lacs 2009-2012", élaborée par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE). Elle s'efforce d'ancrer ses interventions dans une perspective régionale. L'objectif de la Suisse dans les Grands Lacs est de promouvoir la paix, la stabilité et la sécurité en contribuant à l'intégration régionale ainsi qu'au développement institutionnel et social des pays. Deux domaines d'action prioritaires de la Suisse dans les Grands Lacs ont été définis:

- Consolidation de la paix
- Amélioration de la santé

L'objectif santé décrit dans la Stratégie Grands Lacs est la suivante: les acteurs suisses et leurs partenaires contribuent à l'amélioration de la santé des populations, notamment des plus vulnérables. Ils participent ainsi à la lutte contre la pauvreté, qui est une des causes structurelles de conflit. Pour atteindre cet objectif, les approches suivantes sont retenues:

- Renforcement des capacités (développement institutionnel pour les formations, ressources humaines) ;
- Participation à la réhabilitation et au développement des systèmes de santé de base ;
- Renforcement de la promotion de la santé ;
- Soutien aux victimes des conflits et des crises selon les principes humanitaires ;
- Soutien à des initiatives régionales dans le domaine de la santé.

L'axe stratégique santé dans les Grands Lacs est aligné sur le draft de la future *Politique Santé* de la DDC dont l'objectif global est de renforcer les systèmes de santé des pays partenaires, y compris l'amélioration de la qualité des soins (*supply side*) et la participation des communautés et des utilisateurs des systèmes (*demand side*). Les priorités spécifiques seront définies ainsi: 1) réduire la charge des maladies transmissibles et non transmissibles; 2) améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants et 3) intervenir sur les déterminants de la santé.

Dans la région des Grands Lacs, la Suisse contribue à l'amélioration de la santé des populations vulnérables et vise ainsi à lutter contre la pauvreté. Dans le domaine de la santé, trois programmes **décentralisés d'appui aux systèmes de santé** sont conduits par la DDC au Rwanda (Districts Karongi et Rutsiro), Burundi (Province Ngozi) et RDC (Province Sud Kivu). Le programme régional « **eau et assainissement** » intervient en complémentarité avec le programme santé et vise à améliorer l'accès de la population à l'eau potable et à l'hygiène dans les structures sanitaires des zones d'intervention DDC. Un **programme régional de soutien psychosocial** aux femmes victimes de violences sexuelles est également mis en œuvre dans les zones d'interventions du programme DDC.

Sur le plan national, le **Rwanda** et ses partenaires de développement (dont la Suisse) ont signé un *Memorandum of Understanding for a Sector Wide Approach (SWAp) in Health* (2007). La Suisse contribue avec la Belgique, l'Allemagne (KfW) et le Royaume Uni (DFID) à un fond commun (basket fund) visant le renforcement des capacités du Ministère de la santé, inclus les ressources humaines en santé, et finance également le SWAp secrétariat. La DDC participe dans le dialogue sectoriel (politique et technique) où les expériences du PSP peuvent être relayées (Health System et sous-groupes décentralisation / gouvernance, ressources humaines, financement de la santé, qualité des soins).

Au **Burundi**, la Suisse appuie principalement les activités de la province sanitaire de Ngozi. Il était prévu de participer à un fonds commun spécifique d'appui à la mise en place du SWAp qui devait commencer en 2011 avec l'initiative de DFID, UE et CTB. Le Ministère de la santé n'est pas arrivé à mettre en place le SWAP. Il a décidé d'aller vers l'élaboration d'un compact qui non plus n'est pas encore finalisé à ce jour. C'est pourquoi la DDC a décidé de confier sa contribution à la Coopération Technique Belge (CTB) dans le cadre de son Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé (PAISS) en mettant plus l'accent sur le volet de renforcement des ressources humaines. La DDC participe au dialogue sur les politiques sectorielles en matière de santé à travers le cadre de coordination des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS) ainsi que dans différents groupes thématiques, particulièrement au niveau de la décentralisation et des ressources humaines.

En **RDC**, les interventions de la Suisse sont plus récentes. La phase II du projet PASS Sud Kivu a effectivement commencé en début 2011, après la signature de la convention entre la DDC et le gouvernement congolais.

Les projets et programmes sont planifiés en coordination avec le bureau régional de coopération de la DDC situé à Kigali ; les deux bureaux de programmes à Bujumbura (Burundi) et Bukavu (Sud Kivu) sont responsables du suivi de la mise en œuvre avec un appui thématique régional (Kigali). La DDC Grands Lacs a développé une approche régionale visant à renforcer les échanges et synergies entre les programmes au Rwanda, Burundi et l'Est de la RD Congo. Au Rwanda, le Programme de Renforcement de la Santé Publique (PSP) est opérationnel dans les districts de Karongi et Rutsiro depuis 2002. Il est dans sa 5ème et dernière phase qui a débutée en janvier 2010 et qui prend fin en mars 2013. Au Burundi, le Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) a été lancé dans la Province de Ngozi en 2006. Il est dans sa 3ème phase qui a commencé en avril 2010 et qui s'achève en mars 2013. Dans tous les deux programmes une évaluation de fin de la phase est planifiée.

Les résultats des phases des deux programmes seront mesurés selon les 5 critères CAD : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, la durabilité et selon les cadres logiques respectifs. L'ensemble de la revue externe devra permettre à la DDC de tirer des leçons des approches et activités mise en œuvre jusque-là au regard des hypothèses de départ et des objectifs fixés dans le domaine de la santé et fournir des recommandations par rapport aux orientations futures à prendre pour la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire au Rwanda et Burundi, en s'appuyant sur les acquis et en respectant le principe d'alignement sur la politique nationale de santé publique et les priorités de la DDC en matière de santé. En ce qui concerne l'Est de la RD Congo, les conditions institutionnelles et la situation sociopolitique sont différentes. Il n'est pas encore prévu de l'intégrer dans le programme régional santé. Par contre, les consultants vont quand même brièvement visiter les zones de santé d'Uvira et Ruzizi afin de gagner un survol sur le programme, et afin de pouvoir apprécier des possibles apprentissages des programmes Rwanda et Burundi pour la RD Congo. Par ailleurs, les potentiels et limites d'une approche régionale seront aussi évalués dans une vision ex ante.

2. Contexte

Au **Rwanda**, l'enquête Démographique 2010 a confirmé d'importantes améliorations des indicateurs de santé. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 76 pour mille contre 196 en 2000. Le taux de mortalité maternelle est de 364 pour 100'000 naissances en 2010 contre 750 en 2005. Mais en dépit de récents progrès, le Rwanda se situe encore en dessous de la moyenne africaine des indicateurs de santé: taux de mortalité maternelle, espérance de vie, santé reproductive, etc. La Politique Nationale de Santé du Rwanda s'est fixé comme objectif l'organisation d'un système de santé basé sur le district, articulé autour de la décentralisation des services et de l'autonomisation des formations sanitaires. Cette politique se focalise sur les 6 composantes du système de santé selon l'OMS constituant ainsi les grands piliers pour l'élaboration des plans stratégiques pour le renforcement du système de santé au Rwanda. Dans le cadre d'amélioration d'accès aux soins, le

système d'assurance maladie a été mis en place en 1999 avec, différents types d'assurances maladies pour le personnel de l'Etat, les militaires, la communauté (mutuelle de santé) et les assurances maladies privées. L'adhésion à l'assurance maladie a été rendue obligatoire par décret la loi n°62/2007 du 30 décembre 2007. En 2011, le taux d'adhésion était à 91% au niveau du pays et le taux d'utilisation des services de 95% contre 37% en 2005. En plus du financement du secteur de santé à travers les assurances maladies et les partenaires, en 2011 le gouvernement a alloué 16.4% du budget national, y injecte une part du budget national et en 2010, il a contribué avec un taux de 10.2%. Les régions rurales restent marquées par une grande précarité économique et une insécurité alimentaire chronique ; les zones les plus reculées souffrent de carence en personnel qualifié. La politique de la santé reproductive est mise en évidence dans le cadre de la limitation des naissances et en 2010 les statistiques dégagent un taux qui est entre 4 et 5 enfants par ménage contre 6 en 2005. Les efforts réalisés dans ce secteur ont amélioré le taux de prévalence contraceptive qui est passé de 27% en 2005 à 46% en 2010. Dans le cadre de mobiliser les futures parents à avoir une parenté responsable et étant donné que la population rwandaise est en majorité juvénile, un programme axé sur la santé reproductive des jeunes adolescents a été mis en place au niveau des formations sanitaires avec l'objectif de les aider à avoir accès aux programmes de santé reproductive et de lutte contre des fléaux, tels que le VIH/Sida et les autres maladies sexuellement transmissibles.

Le Rwanda vient de parcourir 3 phases de réformes administratives et leur mise en œuvre a affecté tous les secteurs, y compris la santé. Dans la première phase qui date de 1994 jusqu'en 1998, la décentralisation du secteur santé avait comme unité opérationnelle la Région Sanitaire qui était calquée aux limites de la préfecture (province actuelle). C'est cette entité qui devait assurer la gestion du secteur santé. La 2ème phase (de 1999 jusqu'en 2006) a remplacé les régions sanitaires par la création d'unité opérationnelle au niveau décentralisé des districts de santé qui étaient dans les limites de la zone de rayonnement des hôpitaux de districts. Dans la 3ème phase de décentralisation qui a débuté en 2006 les cartes sanitaires et administratives ont été harmonisées avec l'intégration du secteur santé dans l'organigramme du District administratif avec l'unité chargée de la santé qui fonctionne en collaboration avec les hôpitaux de district et les autorités administratives. Toutes ces phases ont influencé des nouveaux découpages et des modifications dans la gestion du système. L'actuelle phase a fait que les structures au niveau décentralisé se concertent pour une planification, la mise en œuvre et le suivi intégrés.

Au **Burundi**, la situation sanitaire est encore faible et le système de santé burundais reste fragile avec notamment l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et de nombreux défis liés à la qualité des soins. Le Burundi est dans un contexte post-conflit fragile et la reconstruction de son système de santé fait partie des défis prioritaires dans le développement du pays. Les années de conflit interne ont fortement affaibli la capacité institutionnelle du pays en général et plus particulièrement celle du secteur de la santé, déstructurant le système dans son ensemble et détruisant les infrastructures médicales et les services de santé. Cette situation a favorisé la fuite de ressources humaines qualifiées, la détérioration des conditions de vie, la recrudescence des maladies épidémiques et la chute de la plupart des indicateurs de santé. Les résultats de l'Enquête Démographique Santé 2010 montrent que l'espérance de vie à la naissance est estimée à 49 ans dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes, le taux brut de mortalité est estimé à 16,5 pour 1000, le taux de mortalité infantile de 59 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 96 pour 1000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est de 500 pour 100'000 naissances, le taux de malnutrition globale est de 59 pour 100.

Le MSPLS, à travers son Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS II), s'est engagé renforcer les acquis du PNSD I (2006-2010) et à accroître son leadership et assurer le pilotage du secteur basé sur la décentralisation. La réforme organisationnelle qui a créé 17 provinces sanitaires subdivisées en 45 districts sanitaires a facilité l'organisation de l'appui technique et du système de gestion des ressources humaines, matérielles et financières. L'exécution de la réforme a également contribué à l'amélioration des relations entre les bureaux de districts sanitaires (BDS) et les centres

de santé (CS) grâce à l'efficacité de la supervision, du suivi mensuel des indicateurs et de la formation du personnel. Le MSPLS est en train d'élaborer un compact (2011-2015) spécifiant les engagements du Gouvernement et ceux des partenaires dans la mise en œuvre du PNDS II. Les actions prioritaires du PNDS II sont centrées sur l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, le renforcement de la lutte contre le VIH/Sida dans une approche multisectorielle, le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition, l'accroissement de la demande des soins de santé, le renforcement du système de santé et la pérennisation du financement basé sur la performance associé à la gratuité des soins.

En RDC, la situation sanitaire est précaire. A titre d'exemple, lors du début des activités de la DDC, le taux de mortalité infantile au Sud Kivu s'élevait à 126/1'000, et le taux de mortalité maternelle à 1'100/100'000. Le Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu (PASS Sud Kivu) s'inscrit dans la stratégie congolaise pour le Renforcement du Secteur de la Santé (2006), qui veut organiser le système de santé de base qui soit global, continu, intégré, efficace et efficient. Le Plan Provincial de Développement Sanitaire (2010-2014) fait aussi référence aux priorités de la DDC.

3. Les programmes du PSP Rwanda et du PASS Burundi

3.1. Programme de Renforcement de la Santé Publique (PSP) Rwanda :

Lancé en 2002, le programme a connu 4 phases complètes, dont certaines marquées par des réformes administratives et sanitaires importantes. Le PSP est actuellement dans sa 5ème et dernière phase qui prend fin en mars 2013: Jusqu'à fin 2010, le PSP a été exécutée par le Swiss TPH, après une phase *phasing out* la DDC à repris la gestion directe du programme début 2011. Alignée aux Politique et Stratégies nationales, la stratégie adoptée par le PSP a consisté en une approche innovante d'appui au système de deux districts de la Province de l'Ouest visant à améliorer l'accès aux soins pour les plus pauvres ainsi que la qualité des services, à renforcer les capacités des acteurs (prestataires de soins, gestionnaires, agents de santé communautaire, agents des districts sanitaires), afin d'améliorer la gestion et la performance des formations sanitaires et d'appuyer les districts dans leur rôle d'organisation des prestations de services et de coordination avec les acteurs du système de santé et à développer la participation communautaire à tous les niveaux du système de santé.

Chaque phase a poursuivi la même finalité du programme : Réduire durablement, dans les districts de Rutsiro et Karongi, la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables et / ou facilement traitables et ainsi contribuer à la lutte contre la pauvreté. **L'objectif général** : La population de Rutsiro et Karongi participe à la prévention des maladies évitables et a accès à un système de santé renforcé qui offre des soins de qualité.

Les acquis et les réalisations de la quatrième phase ont permis d'orienter et de consolider les interventions du PSP à partir de janvier 2010 axées essentiellement sur:

1. Le renforcement des capacités de gestion des organes chargés des mutuelles de santé qui demeurent faibles ;
2. Le renforcement de la coordination et des **capacités des autorités sanitaires** du district
3. L'amélioration de la **qualité des soins** en termes d'organisation, de prise en charge (disponibilité de personnel qualifié et des plateaux techniques) notamment pour le **couple** mère-enfant ;
4. La **sensibilisation des jeunes** à l'adoption de comportements favorables à la santé et l'offre de services « youth friendly ».

Sur le plan régional, des échanges et synergies entre le PSP et les programmes de santé au Burundi et au Sud-Kivu ont été initiés. Un premier atelier régional organisé en 2009 à Ngozi (Burundi) ciblant les équipes des programmes et leurs partenaires a conduit à une meilleure intégration/ harmonisation et au renforcement de la composante « jeunes » dans les programmes.

3.2 Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) Burundi :

Le PASS a démarré en 2006 au Burundi. Deux phases ont été exécutées jusqu'en mars 2010. La troisième phase en cours depuis avril 2010 prendra fin en mars 2013.

Le Programme santé de la DDC est en phase avec les politiques sectorielles en matière de santé du Gouvernement burundais et contribue à l'atteinte des objectifs du PNDS II qui vise «l'amélioration de l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé».

La première phase du PASS était à cheval entre l'humanitaire et le soutien au développement dans le sens d'un appui au renforcement du système de santé de la province Ngozi. La deuxième phase avait pour but de contribuer à la réalisation des objectifs du PNDS dans la province de Ngozi en appuyant les niveaux intermédiaire (BPS et BDS) et périphérique (centres de santé) par le renforcement des compétences des professionnels du système de santé, l'amélioration de l'accès aux services de santé de la population (préventif et curatif), l'amélioration de la qualité des soins et le développement de la participation communautaire.

La finalité du programme dans sa 3ème phase : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population du Burundi en réduisant le poids des principales causes de morbi-mortalités actuelles.

L'objectif général : Contribuer à l'atteinte des objectifs du système de santé de la Province de Ngozi en appuyant et en développant les structures, les ressources, les outils, l'organisation et la gestion.

Les acquis et les réalisations de la seconde phase ont permis d'orienter et de consolider les interventions du PASS à partir d'avril 2010 axées essentiellement sur:

1. L'amélioration de la qualité des soins à travers le renforcement des capacités des partenaires clés et leurs infrastructures médicales ainsi que l'amélioration de l'offre de soins ;
2. L'amélioration de l'accès aux soins à travers une cogestion active des services de santé et leur utilisation par les bénéficiaires ;
3. La prévention des maladies évitables par l'utilisation des moyens de prévention (moustiquaires, latrines, assainissement), la promotion de la santé des jeunes et la mobilisation communautaire en vue d'améliorer l'hygiène, la santé et l'assainissement dans les ménages de la province sanitaire de Ngozi.

Précisons qu'en matière d'accès à l'eau et d'amélioration de l'assainissement dans les formations sanitaires pour lutter contre les maladies liées à une mauvaise hygiène un programme régional eau et assainissement a été initié depuis avril 2011, au Burundi sous la responsabilité directe du PASS Ngozi. Le Swiss TPH exécute le PASS au Burundi.

3.3 Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) Sud Kivu :

En RD Congo, l'appui de la DDC a débuté fin 2008 avec une première phase du PASS dans les zones de santé d'Uvira et Ruzizi. L'exécution de cette première phase a été confiée à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH). Pour mieux répondre à la situation particulière en RDC et accroître son impact, la DDC a décidé d'étendre son appui à une zone géographique plus importante (Nyantende, Nyangezi, Kaziba, Mwana, Mwenga et Kamituga) en élargissant sa collaboration à un deuxième partenaire, l'ONG Malteser International. La deuxième phase actuelle du PASS a effectivement commencée en début 2011, après la signature des conventions de collaboration avec le gouvernement congolais.

La finalité du programme dans sa 2ème phase : Contribuer durablement dans les zones de santé d'intervention à la réduction de la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables et / ou facilement traitables. L'objectif général : La performance, l'accessibilité et la qualité du système sanitaire dans la province du Sud Kivu et en particulier dans les zones de santé d'intervention sont durablement améliorées, ainsi que la promotion de santé des jeunes.

4. Les objectifs et résultats attendus de l'évaluation externe PSP et PASS

L'évaluation externe des Programmes PSP Rwanda et PASS Burundi intervient à un moment clé dans le déroulement des programmes. Il s'agit de la phase finale pour le PSP et d'une phase du PASS qui requiert une procédure de passation de marché pour le mandat d'exécution selon les instructions du DFAE. Dans chaque Programme, une évaluation externe a été planifiée. Elle vise à faire le bilan des résultats, la pertinence et l'efficacité ainsi que la performance de l'exécution (DDC et Swiss TPH) et de fournir à la DDC des informations et recommandations pour les nouvelles perspectives d'appui aux systèmes de santé rwandais et burundais.

4.1. Objectifs

Partie A : Évaluation des effets des Programmes PSP et PASS

- Documenter et analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (output / outcomes) selon le cadre logique de chaque Programme et au-delà en se prononçant sur la durabilité de ses effets.
- Apprécier la performance de l'appui fourni par les Programmes (DDC et Swiss TPH) aux partenaires directs (Formations Sanitaires, Unité de Santé, Mutuelles de Santé, Districts/District Sanitaire, Province) ;
- Analyser la performance de la gestion des Programmes (arrangements organisationnels, efficacité, coûts, structures, setup, etc.) ;
- Analyser les facteurs ayant facilité ou limité le niveau d'atteinte des résultats ;
- Collecter et analyser la perception et la satisfaction des parties prenantes (population, districts) des Programmes concernant la pertinence, la valeur ajoutée, la pérennité des actions et les approches des deux programmes ;
- Analyser la chaîne de transmission des leçons apprises au niveau des Programmes dans le dialogue thématique et politique au niveau décentralisé (District, Joint Action and Development Forum JADF) et central (Ministère, groupes techniques).
 - Analyser les résultats obtenus par les fonds communs (basket ou avec CTB) dans le domaine des HR.
 - Identifier la valeur ajoutée de cette approche de fond commun, et en discuter la pertinence dans les recommandations prospectives.
 - Évaluer la position de la DDC et son potentiel d'influence dans le groupe des donateurs ainsi que dans les foras techniques et politiques.
- Apprécier les contacts et synergies développés avec les autres programmes de la DDC en général (Décentralisation) et avec les Programmes dans le domaine de la Santé (WatSan et Psychosocial)
- Documenter et analyser les résultats atteints concernant la promotion des aspects Genre (intégration dans les activités des Programmes dans le reporting et le budgeting) Apprécier le niveau d'alignement sur les Politiques nationales de Santé de chaque pays et le degré de coordination avec les autres intervenants (partenaires) dans les mêmes zones ;

Les résultats des deux programmes seront mesurés selon les 5 critères CAD.

Partie B : Recommandations prospectives pour un nouveau programme régional Rwanda et Burundi

- Réaliser une analyse prospective et émettre des recommandations en vue de définir les orientations stratégiques pour de futures interventions de la DDC dans le domaine de la Santé Publique au niveau régional en respectant le principe d'alignement sur les Politiques nationales et les priorités de la DDC en matière de santé.
- Comparer la dynamique de décentralisation des deux pays et identifier les possibilités de synergies entre les approches.
- Discuter la place des fonds communs dans le futur programme régional, ainsi que le positionnement de la DDC dans le groupe des donateurs et dans le dialogue technique et politique.

- Analyser les niches d'intervention pour la Suisse dans la configuration des partenaires intervenants dans la santé et formuler des recommandations pour un appui au niveau district et au niveau national.
- Identifier les complémentarités des systèmes de santé des deux pays, les grands lignes des enjeux communs et proposer un montage institutionnel d'un programme régional qui répond à cet impératif. Il s'agirait notamment d'analyser les aspects relatifs aux mutuelles de santé, au financement basé sur la performance, à la décentralisation du système de santé, à la gestion des ressources humaines, à la gestion des médicaments, à la référence contre référence, au watsan, etc.

4.2. Résultats attendus de l'évaluation

4.2.1. Produits attendus

- Un rapport d'évaluation de 30 pages au maximum sans les annexes, à rendre 8 jours ouvrables après le travail de terrain. Le rapport comportera un résumé exécutif de trois pages maxima. Le contenu du rapport devra satisfaire les objectifs formulés au point 4.1 afin que l'évaluation réponde aux effets attendus par la DDC et ses partenaires ;
- Une restitution des résultats de la revue (aide-mémoire) à la DDC et ses partenaires dans la région des Grands Lacs (Kigali ou Bujumbura) et éventuellement au siège à Berne.

5. Déroulement de l'évaluation

L'évaluation sera conduite par un team de consultants international et national. Ces derniers seront désignés d'un commun accord entre les Ministère de la santé et la DDC. Le consultant international assumera la coordination de l'équipe et la responsabilité de l'évaluation.

5.1. Profil du Team de consultants :

Un/e consultant/e international/e:

Chef de mission, chargé de la coordination global du mandat. Connaissances approfondies du domaine de la santé publique des pays en développement et des contextes fragiles; bonnes connaissances de l'approche SWAp et de la santé de base au niveau rural. Expériences de travail avec des agences de développement. Solides compétences méthodologiques pour le monitoring et l'évaluation. Bonnes connaissances de l'Afrique orientale et australe et idéalement de la région des Grands Lacs. Excellentes maîtrise orales et rédactionnelles en français et anglais.

Deux consultants nationaux (Rwanda et Burundi) :

Connaissances du système de santé rwandais/burundais décentralisé et national et des enjeux de santé publique. Expérience en matière d'évaluation. Connaissances des partenaires intervenants dans le secteur de la santé au Rwanda/Burundi.

Langues : français, anglais et kinyarwanda/kirundi.

5.2. Méthodologie :

Le consultant international en concertation avec les consultants nationaux (burundais et rwandais) fait une offre technique et proposition de calendrier (méthodologie, responsabilités, demande des informations nécessaire de la DDC et des partenaires locales) dans lequel seront spécifiées les responsabilités de chaque membre de l'équipe. Cette offre précisera les informations que la DDC (Centrale et Buco), les partenaires rwandais, burundais et congolais devront fournir aux consultants avant le début du travail sur le terrain. La mission de terrain débutera à Kigali par un briefing régional en présence du consultant national. En fin de mission, des débriefings du même type seront organisés.

6. Contreparties/Collaborations

- Bureau de coopération Suisse à Kigali et à Bujumbura : responsabilité générale du processus d'évaluation, choix des consultants, fournitures des informations et documents, financement de l'évaluation, organisation et facilitation de la mission.
- DDC et Swiss TPH (responsables des projets au Rwanda, respectivement au Burundi) : appui pour faciliter l'évaluation, fourniture des informations et des documents. Représentants de systèmes sanitaires aux différents niveaux (National, Provinces, Districts, FOSA): appui pour faciliter le déroulement de l'évaluation, fourniture d'information et de documents nécessaires.

Annexe 2. Personnes rencontrées

Au Rwanda

BYABARABANDI, Anastase	PSP	Coordonnateur adjoint
BYIRINGIRO, Apollinaire	Hôpital Kibuye	Administrateur
CLAVEL, Jean-Marc	DDC	Directeur régional résident
GAKWAYA, Jean	DFID	Conseiller santé
GATETE, Michel	Ministère de la santé	Coordonnateur des partenaires et ONG
GILBRIN, Marie	DDC	Conseillère régional santé
GIRRBACH, Elisabeth	GIZ	Coordonnatrice santé
HABIYAMBERE, Jean-Philippe	District Rutsiro	Chargé de la santé
HAIZUZU, Jean	CS Kinunu	Point focal jeunes
IYAKAREMYE, Vénant	CS Musasa	Titulaire
KANYANGE, Francine	CS Mubuga	Titulaire
KAYUMBA, Bernard	District Karongi	Maire
LAMBEAU, Jean Louis	LuxDev	Assistant technique
LEPOINTE, Gricha	LuxDev	Représentant
MBONANKIRA, Julienne	CS Kinunu	Titulaire
MUKAKIGERI, Daphy	Ministère de la santé	Directrice générale, Admin. et ressources humaines
MUKAMUNANA, Chantal	CS Mubuga	Gestionnaire des données
MUKANTABANA, Anne-Marie	District Rutsiro	Directrice, Mutuelle de santé
MUNYEHIRWE, Jean-Marie	CS Kirambo	Point Focal Jeunes
MURASANDONYI, Godelieve	Hôpital Kibuye	Chef du staff médical
MUSABYIMANA, Théoneste	Hôpital Kibuye	Chargé suivi évaluation
NARAME, Virginie	CS Kirambo	Titulaire
NAYILI, Malachie	District Rutsiro	Chargé de al jeunesse, sport et culture
NDAGIJIMANA, Jean	PSP	Administrateur financier
NDAGIJIMANA, Uzziel	Ministère de la santé	Secrétaire permanent
NGIRABEGA, Jean de Dieu	Ministère de la santé	Directeur général des services cliniques
NIYODUSHIMA, Jocelyne	PSP	Coordonnatrice
NTEZIRIZAZA, Jean Désiré	Hôpital Murunda	Chargé suivi évaluation
NTILIVAMUNDA, Sylvestre	Hôpital Murunda	Directeur
NYIRABAGURINZIRA, Jacqueline	District Rutsiro	Vice-maire, Affaires sociales
NYIRANDABABONA, Alphonsine	CS Mubuga	Comptable
RIBERAKURORA, Charles	CS Mushubati	Titulaire
RUDAKANGWA, Diogène	CS Musasa	Vice-président COSA
RUDASINGWA, Silas	District Karongi	Chargé de la santé
SCAVÉE, Gaëtane	Ambassade Belge	Première secrétaire développement
STOESSEL, Marcel	DDC	Coordonnateur adjoint
TURATIMANA, Philippe	District Karongi	Directeur, Mutuelle de santé
UHAWENIMANA, Innocent	District Rutsiro	Chargé de la mobilisation, Mutuelle de santé
UWIMANA, Emmanuel	District Karongi	Secrétaire-Comptable, Pharmacie du district

WELLERS, Ndukiye	DDC	Chargé, Programme eau et assainissement
Au Burundi		
BAZOMPORA, Polycarpe	CS Musenyi	Titulaire
BIZINDAVYI, Léandre	BDS Buye	Chargé, Pharmacie du district
BOREUX, Guy	Ambassade Belge	Premier secrétaire développement
CABORE, Joseph	OMS	Représentant
CIZA, Jeanine	BDS Buye	Secrétaire comptable
DUSABE, Claudine	BDS Ngozi	Chargée du SIS
GEYSELS, Luc	CTB	Coordonnateur, Programme santé
HASSAN, Asmine	BDS Ngozi	Médecin chef du district
IRANDAGIYE, Pascal	BDS Buye	Gestionnaire
MAHENEHEME, Barnabé	MSPLS	Directeur, Ressources humains
MAHIMANA, Cyprien	BDS Buye	Superviseur polyvalent
MAJAMBERE, Éric	CS Rukeco	Titulaire
MANARIYO, Marie Goreth	CS Gakere	Titulaire
MBARUSHIMANA, Jean-Claude	Swiss TPH	Chef d'administration et chargé projet WATSAN
NDARIBAZIMANA, Générose	CD Buye	Titulaire
NDAYISENGA, Zéphyrin	CS Mwumba	Titulaire
NDAYIZEYE, Aimé	BPS Ngozi	Médecin directeur
NIYOMWUNGERE, Claude-François	Swiss TPH	Assistant technique, PASS Ngozi
NIYONZIMA, Jean-Claude	CS Musasa	Titulaire
NKESHIMANA, Bertin	BDS Buye	Superviseur polyvalent
NKURABAGAYA, Thierry	BDS Kiremba	Médecin chef du district
NKURUNZIZA, Donatien	DDC	Chef, Programme santé
NTAKARUTIMANA, Sabine	MSPLS	Ministre
NZOHABONAYO, Copeus	CS Ruhororo	Titulaire
POSE, Barbara	Swiss TPH	Coordinatrice, PASS Ngozi
SCHWARZ, Joëlle	Swiss TPH	Chercheur, PASS Ngozi
SIGA, Alice	Hôpital Buye	Gestionnaire
TOGNOLA, Claudio	DDC	Directeur résident
En RDC		
BABIKIRE, Byamungu Delphin	Zone de santé de Ruzizi	Médecin chef de la zone
KAPAMA, Buluye Aloys	Zone de santé d'Uvira	Médecin chef de la zone
KASINGA, Ramazani	CS Kasenge État	Titulaire
KIZA, Martin Longolongo	PASS Sud Kivu	Chargé de la promotion de santé et des CODESA
LUHANDE, Imani	Centre hospitalier Kiliba CEPAC	Médecin
RUDHAYA, Pazzo Ntakwinja	Hôpital de Sangé	Directeur
SAVADOGO, Bonaventure	PASS Sud Kivu	Coordonnateur

Annexe 3. Programme de la mission

5/3	Préparation de la mission
7/3	Préparation de la mission
9/3	Préparation de la mission
11/3	Voyage Rostock – Kigali
12/3	Briefing, Bureau de la coopération suisse Entrevue LuxDev
13/3	Entrevue GIZ Entrevue Ministère de la santé ; Secrétaire permanent
14/3	Entrevue DFID Entrevue Ambassade belge Entrevue Directeur régional DDC
15/3	Briefing Bureau PSP Kibuye Vice maire, district Rutsiro Unité santé & Mutuelle de santé, district Rutsiro Hôpital Murunda
16/3	Centre de santé Kinunu Centre de santé Musasa Entrevue Coordinatrice PSP
17/3	Centre de santé Mushubati
18/3	Transcription des notes de terrain Maire, district Karongi
19/3	Unité santé & Mutuelle de santé, district Karongi Hôpital Kibuye Centre de santé Mubuga
20/3	Centre de santé Kirambo Voyage à Bujumbura
21/3	Briefing, Bureau de la coopération suisse Entrevues Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida (Ministre, Directeur Ressources Humains) Entrevue, Représentant OMS Entrevue, Programme Santé CTB Burundi
22/3	Entrevue, Ambassade belge Voyage à Ngozi
23/3	Briefing, Projet PASS Centre de santé Mwumba Centre de santé Buye Hôpital de Buye Bureau du district sanitaire de Buye
24/3	Transcription des notes de terrain

25/3	Transcription des notes de terrain
26/3	Bureau du district sanitaire de Ngozi
	Centre de santé Rukeco
	Centre de santé Ruhororo
27/3	Bureau du district sanitaire de Kiremba
	Centre de santé Musasa
	Centre de santé Gakere
	Centre de santé Musenyi
	Entrevue, Directeur de la province sanitaire de Ngozi
28 /3	Entrevue, Coordinatrice PASS Ngozi
	Voyage à Bujumbura
29/3	Briefing PASS Sud Kivu
	Bureau central de la zone de santé d'Uvira
	Hôpital général de référence d'Uvira
	Centre de santé Kasenge État
	Espace santé des jeunes d'Uvira
30/3	Centre hospitalier de Kiliba
	Bureau central de la zone de santé de Ruzizi
	Hôpital général de référence Sangé
31/3	Voyage à Kigali
	Rédaction de l'aide-mémoire
1/4	Rédaction de l'aide-mémoire
2/4	Préparation de la conférence de fin de la mission
3/4	Conférence de fin de la mission
4/4	Voyage Kigali – Rostock

Annexe 4 : Aide-mémoire de fin de la mission

Déroulement de la mission d'évaluation

La mission d'évaluation a été effectuée entre le 12 mars et le 3 avril 2012 par le consultant international, le Dr. Josef Decosas de HERA, et les consultants nationaux le Dr. Etienne Gasana au Rwanda et le Dr. Dorothee Ntakirutimana au Burundi. La mission a inclus également une visite d'information de deux jours par le consultant international au projet PASS Sud-Kivu.

Les termes de référence de la mission étaient de :

- b) évaluer les effets du PSP Rwanda et du PASS Burundi, et de
- c) élaborer des recommandations prospectives pour un nouveau programme régional Rwanda et Burundi. (Ceci sera adressé dans le rapport final)

Contexte

Le Programme du renforcement du système de santé (PSP), programme bilatéral de coopération entre le Rwanda et la Suisse, est mis en œuvre dans les districts de Karongi et Rutsiro depuis 2002. Le PSP est dans sa cinquième phase qui se terminera en mars 2013. Il a été exécuté par l'Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH) jusqu' au début 2011 quand la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) a pris la gestion directe du programme. Le budget opérationnel de la phase actuelle de trois ans est de 3.24M CHF (≈2,100M FRW) auquel s'ajoute une contribution suisse au niveau national qui, depuis 2011, est versée à un fond commun de renforcement des capacités en santé, le Capacity Development Pool Fund (CDPF).

Le Programme d'appui au système de santé (PASS), programme bilatéral de coopération entre le Burundi et la Suisse, est mis en œuvre dans la Province de Ngozi depuis 2006. Le PASS est dans sa troisième phase qui se terminera en mars 2013. Il est exécuté par le Swiss TPH avec un budget sur trois ans de 4.2M CHF (≈5,800M FBW) auquel s'ajoute une contribution suisse au niveau national qui, depuis 2012, est gérée par la Coopération technique Belge (CTB) comme fonds délégués au Programme d'appui institutionnel au secteur de la santé publique (PAISS), programme bilatéral entre le Burundi et la Belgique. L'enveloppe de la coopération suisse en santé au Burundi inclut aussi une collaboration avec la Fondazione Pro-Africa, fondation italienne travaillant en partenariat avec l'Université privée de Ngozi pour la formation du personnel médical et paramédical.

Les contributions suisses au niveau national au Rwanda et au Burundi ne faisaient pas l'objet de nos termes de référence. Néanmoins, ils sont mentionnés dans la discussion des options pour des futurs programmes suisses de coopération en santé au Rwanda et au Burundi.

Les autres programmes régionaux de coopération suisse avec impact sur la santé de la population incluent le programme en eau et assainissement ciblant en premier lieu les formations sanitaires dans les zones du PSP et du PASS, et le programme psychosocial ciblant la prévention de la violence basée sur le genre et les services aux victimes de la violence sexuelle. Ils ont été pris en considération lors de la formulation des recommandations.

Méthodologie

Les évaluations des projets sont basées sur les indicateurs des cadres logiques des phases en cours. Les visites de terrain auprès de 5 centres de santé, 2 hôpitaux de district et 2 unités santé des districts Karongi et Rutsiro au Rwanda, et de 7 centres de santé, 1 hôpital de district, 3 directions des districts sanitaires et de la direction provinciale de la Province sanitaire de Ngozi au Burundi, ainsi que des interviews des bénéficiaires des services mère-enfants, groupes des jeunes, comités de santé (COSA) et agents de santé communautaire (ASC) ont permis de contextualiser les résultats rapportés, mais il n'y a pas eu d'échantillonnage systématique et suffisamment grand pour vérifier ces résultats. Les interviews au niveau central avec les ministères et les partenaires internationaux ont servi à

contextualiser les programmes suisses dans les politiques nationales de santé des deux pays et d'explorer les options pour les programmes futurs.

Le PSP Rwanda

Résumé des constats au sujet de la mise en œuvre du PSP

Dans l'ensemble, le PSP est un programme très efficace du renforcement des systèmes de santé des districts de Rutsiro et Karongi. Cela a été reconnu lors de notre réunion avec le Ministère de la Santé à Kigali, et il est également évident dans le progrès des indicateurs sanitaires et du système de santé des deux districts. Le district de Rutsiro, en raison de son enclavement relatif, continue d'avoir des besoins beaucoup plus de développement que le district de Karongi.

Il y a eu des avancées majeures dans le développement du système de l'assurance maladie au Rwanda en général, et avec le soutien du PSP dans les deux districts ciblés. Néanmoins, il doit être reconnu que le résultat principal de ce système est avant tout l'amélioration de l'équité de l'accès aux soins de santé. Les recettes perçues par les primes d'adhésion sont loin d'être suffisantes pour financer le système de santé, ou encore le coût de fonctionnement des mutuelles. Une subvention à partir des budgets nationaux et de l'aide internationale sera toujours nécessaire. Une faible proportion de cette subvention est accordée par le PSP au niveau des deux districts.

Le progrès dans la décentralisation de la gouvernance et de l'administration des services de santé est très lente, principalement en raison d'un défaut d'alignement entre l'impératif politique de décentraliser, et l'impératif opérationnel de maintenir un système déconcentré fonctionnel du Ministère de la Santé. Le PSP soutient les unités santé des districts qui sont des institutions dites de la « décentralisation administrative », mais qui continuent à avoir un rôle très marginal dans le système de santé des districts. Cela est particulièrement évident dans le district de Rutsiro.

Le développement du système de financement basé sur la performance (PBF) au Rwanda a contribué à la stabilisation des finances et des ressources humaines des formations sanitaires. Cependant, il porte principalement sur la quantité des services délivrés et sur le respect des normes et procédures. L'accent mis sur la qualité du service est moins évident. C'est un domaine dans lequel les deux districts continuent d'exiger un appui technique et financier.

L'affaiblissement relatif de la capacité technique du PSP dans le processus du changement des agences d'exécution au cours de la phase actuelle est préoccupante, comme l'indique le recours du PSP aux indicateurs du PBF dans ses activités de monitoring comme illustré par le « check-list monitoring » annexé au rapport de progrès de Juin 2011.

La composante promotion de la santé des jeunes du PSP ainsi que le « thème transversal » de l'égalité genre ne sont pas traités de manière efficace et durable, principalement parce qu'ils ne sont pas basés sur une analyse de situation et un développement du programme robuste, et parce que le PSP n'a ni la capacité technique, ni des ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre des activités qui seraient en mesure de générer les résultats attendus selon le cadre logique.

Contexte national

La santé de la population du Rwanda est sur une courbe prononcée d'amélioration, le mieux documenté avec les indicateurs de santé présentés dans les deux successives Enquêtes démographique et de santé (EDS) menées en 2005 et 2010:

	EDS 2005	EDS 2010	% diminution
Mortalité néonatale	37 ⁰ / ₀₀	27 ⁰ / ₀₀	27%
Mortalité infantile	86 ⁰ / ₀₀	50 ⁰ / ₀₀	42%
Mortalité infanto-juvénile	152 ⁰ / ₀₀	76 ⁰ / ₀₀	50%
Mortalité maternelle (TMM)	750/100'000	487/100'000	35%

Il est impossible de mesurer le niveau d'attribution du programme de la Coopération suisse à cette tendance positive, surtout parce que la Suisse ne contribue que pour environ 0,3% du coût annuel de mise en œuvre du Plan stratégique national du secteur santé budgétisé à environ 500M USD par an. Néanmoins, l'EDS 2010 montre que les deux districts appuyés par la Coopération suisse ont de bons résultats en comparaison avec la moyenne nationale.

	Karongi	Rutsiro	National
Mortalité néonatale	19 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀	27 ⁰ / ₀₀
Mortalité infantile	50 ⁰ / ₀₀	47 ⁰ / ₀₀	50 ⁰ / ₀₀
Mortalité infanto-juvénile	68 ⁰ / ₀₀	75 ⁰ / ₀₀	76 ⁰ / ₀₀
Accouchements assistés dans une formation sanitaire	57.4%	70.3%	68.9%
Femmes avec au moins un problème d'accès aux soins	49.0%	43.3%	61.4%
Taux d'utilisation des services (hommes) (visites/pers./an)	0.9	0.7	1.5
Taux d'utilisation des services (femmes) (visites/pers./an)	1.1	1.1	1.8
Hommes avec assurance santé	92.5%	69.1%	66.7%
Femmes avec assurance santé	90.3%	70.4%	71.4%
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	18.2%	20.9%	18.9%
Enfants < 5 sous MII longue durée la nuit précédente	82.9%	74.4%	70.2%
Adolescentes 15-19 qui sont mères ou enceintes	3.4%	3.3%	6.1%

Les indicateurs qui sont en dessous de la moyenne nationale sont marqués en rouge. Le tableau montre également que, en général, Karongi a progressé plus loin que Rutsiro, ce qui peut en partie s'expliquer par l'enclavement du district de Rutsiro.

Axe d'intervention 1 : Gestion des mutuelles de santé

Selon les rapports du projet confirmés par les directeurs des mutuelles des deux districts, le taux d'adhésion à l'assurance-santé ont encore augmenté depuis l'enquête EDS 2010 citée ci-haut. Karongi prétend avoir atteint une couverture de 100%, tandis que Rutsiro a atteint 85%. Les bureaux des sections des mutuelles visités par les consultants fonctionnent bien. Ils avaient tous le personnel requis, des réserves suffisantes, des fiches de consultation, des cartes d'adhésion et les preuves de réunions de coordination régulières avec le centre de santé de leur section. Tous les titulaires des centres de santé ont confirmés que les centres reçoivent les paiements de toutes leurs factures par les mutuelles. Les hôpitaux avaient encore des factures impayées de l'année précédente, mais les factures actuelles sont payées promptement.

Les mutuelles ne sont cependant pas encore en mesure de fonctionner sans le soutien financier du PSP. Le budget de l'État de 2M RWF (≈ 3'000 CHF) par an pour la mobilisation des communautés et la promotion des mutuelles est nettement insuffisant ainsi que la marge du revenu provenant des cotisations et du ticket modérateur qui peut être allouée aux salaires et aux dépenses de

fonctionnement des bureaux de section. En 2012, le PSP a prévu une contribution de 12M RWF (≈19'000 CHF) pour le soutien de chacune des mutuelles de Karongi et Rutsiro. Une grande partie de ces fonds sont utilisés pour les achats des outils de gestion tel que les fiches de consultation et les cartes d'adhésion qui sont à leur tour vendus par les mutuelles aux membres en cas de perte de la carte d'adhésion par le membre. Toutes les fiches de consultation sont également payantes.

Le revenu provenant de la vente de ces articles est déposé dans un compte bancaire avec le but de créer une plus grande autonomie financière. Ces frais aux patients, cependant, sont une réintroduction cachée des frais aux utilisateurs. Ils ont besoin d'être analysés et revus au niveau politique. Si le revenu des mutuelles provenant des suscriptions n'est pas suffisant pour compenser totalement leurs coûts de fonctionnement et de promotion de leurs services, les mutuelles devraient soit recevoir une plus grande subvention ou la prime d'adhésion devrait être augmentée.

Actuellement, le PSP offre cette subvention par le biais du soutien d'un certain nombre de lignes budgétaires à un niveau d'environ 0,06 CHF par personne par an. La nécessité de cette subvention par le PSP est susceptible de persister pendant un certain temps. Le mode de livraison, cependant, pourrait changer progressivement vers un appui budgétaire avec des contrôles appropriés. La mutuelle de Rutsiro, qui est moins performante que celle de Karongi, est susceptible d'exiger un degré plus élevé du « earmarking » de ces fonds pour une période plus longue.

Axe d'intervention 2 : Organisation des districts sanitaires

Les unités santé de district relèvent directement du Secrétaire exécutif du district, et secondairement du Vice-maire chargé des affaires sociales. Leurs termes de référence, établis par le Ministère de l'administration locale (MINALOC), sont vastes et comprennent toutes les fonctions qui sont associées normalement avec les fonctions d'une équipe cadre de district sanitaire. Les unités, cependant, n'ont pas le personnel nécessaire pour remplir ces fonctions. L'unité santé est coordonnée par un chargé santé ; à Rutsiro, c'est un agent avec un profil professionnel d'enseignant, le poste à Karongi est couvert par intérim par le coordonnateur de la Commission du district de lutte contre le Sida (CDLS). Les deux districts ont récemment reçu chacun l'affectation d'un agent de suivi et évaluation. Les deux n'étaient pas disponibles pour être interviewés, et ils étaient arrivés récemment et n'avaient pas encore produit aucune preuve de leur travail. En outre, le PSP prend en charge les postes des secrétaires/administrateurs pour les deux districts. Autre que les termes de référence généraux pour l'unité de santé par le MINALOC, il n'y avait pas de descriptions de tâches individuelles pour le personnel de l'unité de santé disponible dans leurs bureaux.

Un autre problème réside dans le fait que la plupart des termes de référence établis pour l'unité santé de district par le MINALOC sont actuellement exécutés par les hôpitaux de district en vertu de leurs termes de référence attribués par le Ministère de la santé. Chaque hôpital, par exemple, dispose d'une unité de suivi et évaluation qui couvre toutes les formations sanitaires de sa zone de rayonnement, bien dotée et équipée avec l'appui du Fonds mondial et de la Coopération des États Unis, et qui rend compte directement au niveau central pour ce qui est du système d'information sanitaire. Le district reçoit des rapports d'information seulement.

A Karongi, l'unité santé a établi un certain niveau de fonctionnalité qui est lié au fait qu'elle est co-localisée avec le bureau du PSP et reçoit donc un appui technique et logistique considérable. En outre, Karongi dispose de trois hôpitaux de district et il y a donc une certaine logique pour une structure de consolidation de l'information et coordination des activités au niveau du district. Cela se fait par l'institution de comités de coordination établis avec l'aide du PSP. A Rutsiro, l'unité santé est située au bureau de l'administration du district, loin de l'hôpital de district, et elle est complètement marginalisée.

Le soutien financier apporté par le PSP au niveau du district se situe entre 10M et 15M FRW par an et par district (≈15'000 à 23'000 CHF). Environ 40% est alloué aux activités du district du Conseil national des jeunes (CNJ) qui est discuté ci-dessous. Une autre partie, environ 30%, est utilisée pour

payer le salaire de la Secrétaire/Administratrice. Le reste couvre les frais de bureau, des activités de formation et des réunions de concertation.

Étant donné que la décentralisation de l'administration de la santé au niveau du district est une politique nationale au Rwanda, le soutien du PSP aux unités santé de district est approprié. Toutefois, aussi longtemps que ces unités ne seront pas suffisamment dotées ou pourvues de personnel, et aussi longtemps que les principales responsabilités opérationnelles (supervision, suivi et évaluation, contrôle de la qualité, gestion des données du système d'information sanitaire, surveillance des épidémies, gestion des ressources humaines, etc) continueront d'être exécutées par les hôpitaux de district relevant du mandat du Ministère de la santé, le soutien des unités santé de district ne générera pas de résultats appréciables. Le PSP pourrait bien être en mesure de répondre à toutes les indicateurs du cadre logique formulé pour cet axe d'intervention, mais de sérieuses questions quant à l'efficacité, l'efficience, l'impact et la pérennisation des investissements en relation avec cet objectif resteront.

Axe d'intervention 3 : Paquet minimum pour le couple mère-enfant

Les activités de l'axe d'intervention 3 sont principalement financées par des transferts des fonds aux hôpitaux et aux centres de santé des deux districts. Les activités de formation supplémentaires ont pu être financées directement par le PSP. Les montants transférés aux formations sanitaires varient entre 25M FRW à l'Hôpital Murunda en 2011 et 0,9 M FRW au Centre de santé Mubuga en 2010 (≈38'000 à 1'400 CHF). L'Hôpital Murunda a reçu un appui budgétaire élevé parce que le PSP a contribué à la construction d'un bâtiment pour le service de médecine interne. En général, la contribution du PSP a financé les matériaux et équipements médicaux et les activités de formation.

L'appui du PSP aux formations sanitaires est fourni sur la base d'un plan de travail annuel intégré et un budget qui comprend la contribution financière de toutes les sources. Le processus de planification et de budgétisation a reçu un important appui technique du PSP. Les centres de santé visités étaient en mesure de collecter toutes les recettes prévues au budget, bien que la contribution des subventions des programmes verticaux n'était pas toujours prévisible. Les revenus des factures émises aux Mutuelles s'étaient stabilisés en 2011 et les centres sont donc en mesure de payer tous leurs coûts de fonctionnement. La situation des hôpitaux de district est un peu plus critique, car les Mutuelles ont encore de grosses dettes, principalement issues des années précédentes.

Le rapport de l'EDS 2010 mentionné ci-haut suggère que l'appui du PSP a produit de bons résultats, bien que les données aient été recueillies au début de la phase actuelle. Nos visites des centres de santé et des hôpitaux ont confirmé un niveau uniformément élevé de qualité des services. Quatre sur cinq centres de santé visités étaient bien organisés, bien que certains d'entre eux aient encore à faire face à des contraintes majeures de l'infrastructure, principalement dans les maternités. La plupart de nouvelles constructions observées concernaient des services VIH, financés par le Fonds mondial ou le Gouvernement des États-Unis. Il y avait, cependant, quelques nouveaux bâtiments de maternité financés par le Gouvernement du Rwanda, l'un d'entre eux était encore en cours de construction.

Toutes les maternités visitées avaient l'équipement nécessaire, les fiches APGAR étaient affichées sur les murs, l'utilisation du partogramme était universelle et les registres de la maternité et des services prénatals avaient été bien gardés. Chaque centre de santé avait au moins un membre du staff formé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), les manuels de la PCIME étaient à portée de main dans les salles de consultation et les registres appropriés étaient utilisés. (Même s'il y avait de nombreuses plaintes au sujet de la lourdeur excessive de ces registres).

Les centres de santé visités avaient des chargés de données compétentes, la plupart d'entre eux financés par la subvention du Fonds mondial. Les données d'information sanitaire étaient disponibles et elles avaient été analysées au niveau local. La gestion des données du système d'information sanitaire est supervisée par les chargés du suivi et évaluation basés dans les hôpitaux de district, également sous contrats financés par le Fonds mondial.

Les pharmacies des centres de santé visités étaient généralement bien gérées, à l'exception d'un centre de santé où les fiches de stock n'étaient pas à jour. Nous avons noté la rupture des antipaludéens dans plusieurs établissements. Le personnel des centres de santé nous ont assuré qu'ils ont de moins en moins des patients avec paludisme. Le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans est traité par les ASC. Dans un centre, nous avons observé une grande quantité des antipaludéens spécialement emballé pour les ASC qui étaient périmés, confirmant que l'incidence du paludisme est en recul.

Tous les centres de santé visités avaient des COSA actifs avec réunions trimestrielles bien documentées. Les procès-verbaux des réunions sont classés dans les bureaux des titulaires.

Nous avons identifié des problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans presque toutes les formations sanitaires visitées, mais la plupart d'entre elles avaient déjà été évaluées par le programme suisse d'eau et assainissement et les plans d'amélioration étaient en préparation.

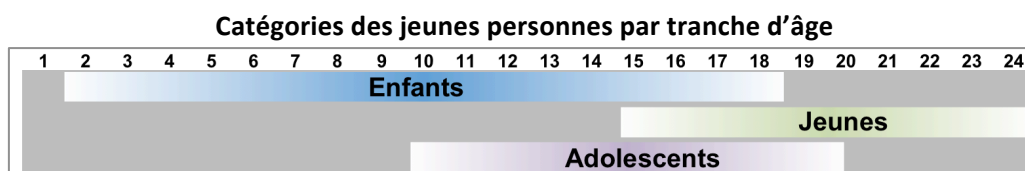
Les groupes de bénéficiaires, principalement des femmes, rencontrées dans deux centres de santé ont beaucoup apprécié les améliorations de l'accès et de la qualité des soins. Elles ont confirmé que les mères et les femmes enceintes fréquentent de plus en plus les centres de santé pour la vaccination des enfants, la planification familiale, la consultation prénatale et l'accouchement. Actuellement, les maris acceptent facilement d'accompagner leurs épouses à la consultation prénatale et pour le dépistage du VIH, contrairement à ce qui se faisait auparavant. Les maris commencent à accompagner leurs épouses à la consultation de la planification familiale. Les raisons de ce changement de comportement chez les maris sont les problèmes vécus actuellement par les familles nombreuses, l'insuffisance des ressources alimentaires, les frais scolaires des enfants, les terrains et champs morcelés devenus trop petits pour nourrir les familles nombreuses.

Notre constat en général est que le PSP est un programme avec des résultats considérables en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et l'organisation des services de santé. La viabilité financière est encore fragile en raison d'un niveau élevé de la dépendance aux subventions des programmes verticaux, notamment pour certains postes clés.

Axe d'intervention 4 : Promotion de la santé des jeunes

Les objectifs de cet axe d'intervention sont la diminution du nombre des grossesses précoces, l'offre d'un paquet intégré pour la santé reproductive des adolescents, des services de consultations prénuptiales, et la disponibilité des pilules du lendemain dans les formations sanitaires. Les thèmes transversaux d'inégalité des genres, des violences sexuelles, et de la réponse au VIH sont aussi inclus dans cet axe d'intervention.

Au Rwanda, la définition du groupe des « jeunes » est conforme à la Charte africaine de la jeunesse de 2006 et inclut le groupe d'âge de 15 à 35 ans. Le PSP a adopté la définition la plus couramment utilisée dans les programmes de la santé de la reproduction de 15 à 25 ans. Cependant, les personnes au-delà de l'âge de 19 ans ne peuvent plus être considérées comme des adolescents. Une grande proportion des femmes dans ce groupe d'âge au Rwanda sont mariées et ont des enfants. Si le programme a l'intention de cibler les adolescents comme décrit dans le document du programme, le groupe d'âge approprié serait entre 10 et 19 ans. Dans la littérature de la santé sexuelle des adolescents on fait souvent une distinction entre les « early adolescents » et des « late adolescents ». Il n'y a aucune évidence que la question du ciblage ait été discutée dans l'élaboration du PSP. Les décisions semblent avoir été prises sur une base ad hoc.



Le PSP aborde la question de la santé sexuelle et reproductive des adolescents avec trois types d'activités distinctes mais liées:

1. Les activités visant à créer un lien entre le centre de santé et la jeunesse de la communauté à travers la mobilisation des jeunes par un staff du centre de santé désigné comme «point focal »;
2. L'inclusion des thèmes de santé dans les activités du CNJ au niveau du district par un appui de la section du district du CNJ;
3. L'offre d'un service clinique et de conseil adapté aux jeunes au centre de santé en créant des espaces où les jeunes peuvent accéder aux soins médicaux et psychologiques dans un environnement confidentiel.

Ce sont toutes des activités pertinentes, mais chacune a besoin d'un cadre conceptuel, un appui suffisant en ressources techniques et financières, ainsi que d'un cadre approprié de suivi et évaluation.

Nos visites aux centres de santé a confirmé que la première activité est mise en œuvre. Les points focaux des jeunes ont été désignés dans chacun des centres de santé visités et ils organisent des réunions régulières des jeunes de la communauté. Les thèmes de ces réunions sont souvent étroitement liés aux programmes de prévention du VIH soutenus par les bailleurs du programme VIH. Dans un centre, par exemple, le point focal était le comptable qui a mis le focus de son travail sur le recrutement de jeunes hommes à la circoncision.

Le deuxième groupe d'activités est abordée à travers l'appui aux activités de la section district du CNJ pour un montant d'environ 4M RWF (\approx 6'000 CHF) par district par année. Le représentant de la jeunesse dans le district de Rutsiro interviewé par les consultants a indiqué qu'il organise surtout les matchs de football durant lesquels des thèmes pertinents sont discutés avec les joueurs et les spectateurs. Le CNJ est une organisation nationale forte avec plusieurs sources de financement, y compris des programmes de santé verticaux. L'efficacité de cette aide supplémentaire du PSP est très discutable. Le budget au titre de cette activité comprend également un soutien aux coopératives de jeunes. Bien qu'il existe une forte demande des jeunes pour la création d'opportunités génératrices de revenus, nous nous interrogeons sur la compétence technique des acteurs de mise en œuvre, le cadre conceptuel, et l'adéquation des ressources allouées pour développer une initiative de cette nature qui soit efficace et durable.

Le troisième groupe d'activités n'est pas abordé. Il n'y a pas un cadre dans la politique nationale de santé pour la création des « youth-friendly health services ». Le PSP n'a pas alloué aucun budget à cette activité, et il n'y a pas d'indicateurs de suivi dans le Système national d'information sanitaire. Tous les points focaux rencontrés par les consultants avaient un registre fabriqué à la main dans lequel ils ont enregistré les services offerts aux jeunes. Au cours des six derniers mois, ils avaient entre 5 et 10 consultations des jeunes enregistrés. Selon l'orientation particulière du point focal, les consultations étaient généralement homogène, par exemple tous étaient des demandes de circoncision masculine, tous de dépistage du VIH, ou bien tous des demandes d'information sur les irrégularités des périodes menstruelles. Nous avons vu une seule entrée pour un viol présumé. Tous les clients étaient orientés vers les services appropriés du centre de santé, par exemple au centre de dépistage VIH ou à la clinique des soins prénataux.

Il n'est pas évident de pouvoir comprendre comment les activités dispersées du PSP pourraient contribuer de façon mesurable à la réalisation de la cible du cadre logique de la réduction des grossesses précoces. L'objectif de l'établissement des services prénuptiaux peut être atteint, car il s'inscrit dans le cadre de la politique nationale soutenue par le programme VIH. L'objectif d'offrir la pilule du lendemain n'est pas réaliste. L'offre de la pilule du lendemain fait partie du protocole national pour le traitement des victimes des viols et ceci se fait dans les hôpitaux. Au-delà il n'existe aucune directive nationale qui permet aux centres de santé d'inclure l'offre de ces médicaments aux jeunes clients.

Thème transversal : Égalité du genre

Selon le document du projet de la cinquième phase, « les thèmes transversaux de la DDC seront intégrés dans les stratégies de mise en œuvre du programme. Les aspects genre seront systématiquement renforcés avec une ligne budgétaire spécifique pour chaque résultat attendu. » Ceci n'est pas très évident dans le cadre logique du projet. Les indicateurs ne sont pas désagrégés par sexe. Il y a un seul indicateur qui pourrait être considéré comme indicateur spécifique pour l'objectif d'égalité du genre : « Proportion des hommes qui accompagnent les enfants pour recevoir les soins de surveillance de la croissance ». Néanmoins, il n'y a pas d'activités associées directement à cet indicateur. En plus il n'y a pas d'évidence que l'accompagnement des enfants aux services de surveillance de la croissance soit approprié dans le contexte de vie des populations rurales au Rwanda, et que l'augmentation de cette proportion apporterait une solution à l'inégalité existante.

Malgré le fait que plusieurs objectifs et activités du PSP apportent des solutions à la santé des femmes et des jeunes filles, la conception du programme souffre d'un manqué d'analyse systématique genre. Dans le rapport de l'EDS 2010, on trouve suffisamment d'indicateurs d'inégalité entre les genres. On ne peut pas tout résoudre avec un programme santé, mais les actions ciblées pour la promotion de l'égalité genre dans l'accès et la qualité de soins de santé et dans les activités de promotion de la santé méritent une analyse des déterminants et de la pertinence et la priorisation des activités à mener.

La contribution suisse au niveau national au Rwanda

Une des principales contraintes du développement du secteur santé au Rwanda est la pénurie de ressources humaines qualifiées. Une étude citée dans la Stratégie nationale des ressources humaines 2009 a révélé que 83% des postes dans le secteur public ont été remplis, mais a également souligné d'importantes lacunes en capacités. Dans seulement un des cinq centres de santé visités par les consultants il y avait deux infirmières avec une formation de niveau A1 (équivalent : licensed nurse with college diploma) et il n'y avait pas des sages-femmes. Dans les deux hôpitaux de district visités 15 sur 18 médecins étaient des expatriés congolais.

Depuis 2009, la Suisse a contribué avec l'Allemagne, la Belgique et le Royaume-Uni au Capacity Development Pool Fund (CDPF) qui a été établi sous la forme d'un "mini-SWAp" pour combler les lacunes de compétences au niveau périphérique. Le CDPF a eu une période difficile de démarrage, mais les problèmes initiaux semblent avoir été résolus. Il est un instrument de développement du secteur santé approprié et pertinent qui est considéré comme une priorité par le gouvernement du Rwanda.

L'approche district du PSP est parfois l'objet de critiques parce qu'il ressemble trop à « l'approche projet », tandis que les agences d'aide internationales se dirigent vers un appui budgétaire sectoriel ou même général. Ceci est particulièrement pertinent pour le Rwanda, qui est considéré comme un pays de faible risque pour ce type d'aide au développement. Cependant, le soutien au district fourni par la Coopération suisse continue d'être une approche valable et nécessaire. Ceci a été confirmé par le Secrétaire permanent du Ministère de la santé lors de l'entretien avec les consultants. Un programme délimité géographiquement et intégré horizontalement comme le PSP continue d'être une bonne option pour une coopération avec des ressources limitées qui seraient noyées dans un budget au niveau national.

Recommandations préliminaires pour le PSP Rwanda

6. Nous recommandons que l'appui des districts Rutsiro et Karongi continue pour une éventuelle prochaine phase. Les domaines suivants pourraient faire l'objet des recommandations pour le développement de cette phase :
 - L'appui aux mutuelles de santé au niveau district devrait bénéficier d'un appui budgétaire calculé par capita avec une gestion conjointe du PSP et de la direction de la mutuelle du

district. Un désengagement de l'appui PSP aux mutuelles de Karongi et Rutsiro pourrait être planifié en fin de la prochaine phase

- L'appui à l'administration sanitaire du district sera le plus grand défi à résoudre dans une éventuelle prochaine phase. Dans le développement du programme, deux options devraient être prises en considération :
 - Soit le PSP fournit un appui technique et financier important à l'unité santé et en même temps s'emploie à ce que le niveau central opère une décentralisation effective de façon à ce que l'unité santé joue un vrai rôle opérationnel dans la gestion sanitaire du district comme décrit dans les termes de référence du MINALOC. Ceci inclurait entre autre, la supervision de la qualité des soins et la gestion du SIS au niveau du district.
 - Ou alors si ceci n'est pas faisable, le PSP devrait transférer son appui vers l'hôpital de district de façon à renforcer les rôles techniques actuellement assurées par l'équipe cadre de l'hôpital de district.
 - L'appui à l'amélioration des infrastructures et de l'équipement et le renforcement des capacités des formations sanitaires qui sont actuellement regroupées sous la rubrique "paquet mère-enfant" devrait continuer et pourrait être considéré comme faisant partie d'un programme intégré d'amélioration de la qualité des soins. Il pourrait aussi inclure les transferts d'urgence en assurant le fonctionnement de la continuité du service ambulancier.
 - La composante jeunes devrait être révisé. Le seul aspect de cette composante que le PSP pourrait supporter efficacement est la mobilisation des jeunes au niveau du centre de santé à travers les réunions hebdomadaires encadrées par le point focal. Toutes les autres activités, à l'instar de l'appui au CNJ, ou la création des coopératives des jeunes, devraient soit être abandonnées ou alors mis dans un autre programme de jeunes distinct du PSP.
7. Le thème transversal de la coopération suisse de la réponse au VIH est bien couverte par les programmes des grands bailleurs des fonds sur place. Par contre, le thème d'égalité genre mériterait une évaluation de et une planification plus systématique dans le développement éventuel d'une nouvelle phase du PSP.
 8. Une extension de l'appui du PSP au District de Nyamasheke pourrait être envisagée mais seulement si le programme dispose suffisamment de ressources techniques, humaines et financières.
 9. La capacité du PSP à fournir une assistance technique devrait être renforcée s'il est décidé de mener une prochaine phase, spécialement dans le cadre des défis en relation avec le processus de décentralisation ci-haut mentionné, et surtout si une extension au district de Nyamasheke est envisagée.
 10. Les perspectives pour une programmation à l'échelle régionale seront explorées dans le rapport final. Mais nous ne développerons pas des options qui se substituerait à la modalité d'appui district. L'approche actuelle offre des nombreuses possibilités pour la coopération régionale tels que les formations conjointes, les visites d'étude transfrontalières et les échanges d'apprentissage qui pourraient impliquer le placement de personnel pour des périodes de un à deux mois dans une institution du pays voisin.

Le PASS Burundi

Résumé des conclusions au sujet de la mise en œuvre du PASS

Notre appréciation générale est que le PASS a eu un succès extraordinaire dans le renforcement de l'administration et la prestation des soins de santé dans la province de Ngozi.

Les bureaux de santé provincial et de districts sont entièrement fonctionnels et répondent aux critères nationaux et internationaux de bonne performance.

L'autonomie de gestion des centres de santé, notamment la gestion financière est une réalité dans la province avec l'implication de la communauté. Tous les centres de santé ont suffisamment d'argent sur leurs comptes pour assurer leur fonctionnement et pour les médicaments. Des nouveaux centres de santé étaient ouverts pour compléter la carte sanitaire de la province, et les centres existants ont été rendu fonctionnels par la construction des maternités et des résidences du personnel. Ce qui reste à faire est un effort pour améliorer l'accès à l'eau potable et une amélioration de l'assainissement.

Il y a une forte implication de la communauté dans l'offre des services à travers les COSA et les ASC. Les bénéficiaires rencontrés sont satisfaits de la qualité de l'accueil, de la qualité des soins et de la disponibilité des médicaments. Ils apprécient la mesure de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins de cinq ans et aussi l'organisation du système de référence avec l'ambulance du district sanitaire. Les indigents sont identifiés par les COSA et sont soignés gratuitement.

La campagne très réussie du contrôle de l'épidémie de paludisme à Ngozi avec l'aide incontournable du PASS est une preuve de la souplesse et de la pertinence du programme dans le contexte local.

Tout ceci a été réalisé en étroite collaboration avec les partenaires nationaux du niveau communautaire et du niveau national, cédant un maximum de responsabilité de prise de décision et de mise en œuvre à des partenaires. Le Swiss TPH a fourni une assistance technique extensive, mais a réussi à garder un profil bas qui a contribué à l'autonomisation des partenaires et à la durabilité potentielle des résultats obtenus. La principale menace pour la durabilité est l'instabilité du personnel au niveau de prise de décision, c'est à dire les médecins chefs des districts sanitaires et le médecin provincial.

Le programme pour les jeunes, d'autre part, n'est pas marqué avec un succès similaire. Il a été ajouté comme un élément supplémentaire en 2009. Bien que les buts et objectifs sont conformes à la pratique internationale, l'analyse de situation locale et le processus de planification participative pour cette composante a été nettement insuffisante. Le PASS n'a ni la capacité technique, ni le budget nécessaire, ni les structures de partenariat local et national nécessaires pour mettre en œuvre un programme pour les jeunes qui pourraient atteindre les objectifs du cadre logique.

Le cadre logique du PASS en général est problématique car il présente des lacunes dans la logique qui devrait mener des intrants vers les résultats, les effets et à l'impact. Ainsi il contient un décalage entre les indicateurs et les objectifs dans plusieurs domaines.

Contexte national

Le Burundi a fait de remarquables progrès vers la réalisation du quatrième objectif du millénaire pour le développement, celui de réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. Bien que les données du rapport préliminaire de l'EDS 2010 ne sont pas strictement comparables à celles de l'Enquête Nationale à Indicateurs Multiples (Multiple Indicators Cluster Survey - MICS) de 2005 en raison des différences de méthode d'échantillonnage et d'analyse, l'ampleur de la réduction de la mortalité suggère que les avancées majeures en matière de santé publique ont été réalisées durant cette période de cinq ans.

	MICS 2005	EDS 2010	% diminution
Mortalité infantile	120 ⁰ / ₀₀	59 ⁰ / ₀₀	51%
Mortalité infanto-juvénile	176 ⁰ / ₀₀	96 ⁰ / ₀₀	45%

Les données provinciales de l'EDS 2010 ne sont pas encore disponibles, mais la Ministre de la santé et de lutte contre le Sida nous a confirmée verbalement que la province de Ngozi est parmi les plus développées en termes de système de santé et qu'elle réalise globalement les meilleurs résultats en termes de la santé publique.

En 2009, avant le début de la phase actuelle du PASS, le Comité de suivi de la mise en œuvre de l'approche contractuelle du Ministère de la santé et de lutte contre le Sida (MSPLS) a évalué la performance de huit provinces qui avaient mis en œuvre le système de financement basé sur la performance, le système qui depuis a été élargi à la couverture du pays entier.

Le Bureau provincial de la santé de Ngozi venait en quatrième position avec un score de performance de 70%, nettement supérieur à la moyenne de 63% réalisés par les huit bureaux provinciaux.¹⁹ Les trois Bureaux des districts de Ngozi se positionnaient au milieu de la gamme des bureaux évalués, avec Buye (64%) juste en dessous du score moyen de 65% et Ngozi (67%) et Kiremba (77%) supérieure à la moyenne. Il convient de noter que ces scores sont basés sur l'évaluation des indicateurs de processus qui ne fournissent pas nécessairement une image fidèle de la qualité des services. Nos visites dans les bureaux provincial et des districts indiquent que si la même évaluation était répétée en 2012, les scores de performance de Ngozi et de ses trois districts seraient considérablement plus élevés.

Un résultat impressionnant qui a été réalisé par la Province de Ngozi avec l'appui du PASS est le contrôle de l'épidémie du paludisme de 2010/11 tel que documenté dans les statistiques sanitaires du District de Ngozi pour la période de janvier et février depuis 2007.

Nombre de cas du paludisme rapportés dans le district de Ngozi durant les mois de janvier et février de chaque année

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de cas en 2 mois	10'322	7'030	14'892	58'988	70'482	2'839

Le cadre logique du PASS

Le cadre logique du PASS a été développé post-hoc, après que le programme a été initialement conçu de manière participative en utilisant la méthodologie du « outcome mapping ». Tous les indicateurs du cadre ne sont pas clairement mesurables et il existe parfois une confusion entre indicateurs, activités et objectifs. Dorénavant, les relations entre les objectifs et les indicateurs ne sont pas toujours très évidentes. Par exemple, sous le thème de la référence et contre-référence, il n'y a que deux indicateurs : la tenue d'un atelier et l'augmentation des urgences obstétriques référées. Or, parallèlement si au niveau des centres de santé le programme met le paquet sur l'amélioration des services, on ne doit pas avoir une augmentation des cas de transferts pour urgences obstétricales.

Composante 1 : L'amélioration de la qualité et de l'offre de soins de santé

L'objectif de cette composante du PASS est l'amélioration de l'offre des services de santé dans la province de Ngozi, en se concentrant sur la gestion et la livraison des services de santé, l'amélioration de l'infrastructure et la mise en œuvre du système de contractualisation (performance-based financing – PBF). Le PBF a comme objectif le remboursement des coûts des prestations de santé livrés dans le cadre de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ainsi que la motivation financière du personnel de santé. L'organisation des références et contre-références est aussi inclus dans cette composante.

Dans le cadre de la mission, nous avons interviewé le médecin directeur de la province sanitaire et nous avons visité les trois bureaux des districts (BDS). Le bureau provincial (BPS) et les BDS sont

¹⁹Nous avons recalculé les scores en éliminant deux indicateurs qui n'ont pas été recueillis systématiquement

appuyés par PASS avec un appui budgétaire fixe. En plus, PASS paye les primes de performance accordées trimestriellement par le PBF.

Les trois BDS dispose d'un staff suffisant selon les normes nationales et ils sont bien gérés. Ils travaillent selon des plans de travail annuels budgétisés avec les sources de revenu clairement identifiées. Chaque bureau a un manuel de procédures détaillé, développé avec le soutien du PASS. Le manuel a été validé avec les parties prenantes au niveau provincial, mais les normes nationales actualisées n'existent pas encore. Les locaux du BDS Kiremba ont été construits avec le soutien PASS. Au BDS Buye, le PASS a subventionné la construction de la pharmacie du district qui abrite aussi les bureaux du médecin chef, du gestionnaire et de la chargée du système d'information sanitaire (SIS) du district.

Les BDS réalisent les supervisions mensuelles de tous les centres de santé. Les rapports des visites de supervision étaient disponibles et ils démontraient le suivi étroit des problèmes identifiés. Les BDS reçoivent les rapports du système national d'information sanitaire (SNIS) de toutes les formations sanitaires chaque mois. Ces rapports sont à jour et complets. Tout rapport qui contient des données potentiellement erronées est immédiatement suivi par le BDS. Le BDS organise une réunion mensuelle de tous les titulaires des centres de santé dans lequel les rapports du SNIS sont examinés et analysés, et les activités sont planifiées en réponse à l'analyse. En général, notre évaluation du fonctionnement des BDS a été très positive. Le moins fonctionnel entre les trois est le BDS de Buye. Toutefois, le médecin chef n'était pas présent lors de notre visite et la chargée du SIS était en congé de maternité. Cela peut avoir influencé notre évaluation de ce BDS.

Le problème majeur qui affecte le fonctionnement des BDS est la mobilité des médecins chefs. Alors que la plupart du personnel est relativement stable, les médecins chefs sont souvent réaffectés. Le BDS Buye, a connu trois différents médecins chefs dans les deux dernières années.

Les liens opérationnels entre le système du PBF et l'administration des districts sanitaires ne sont pas forts. Bien qu'il y a un comité au niveau provincial avec la participation des médecins chefs des districts et la coordinatrice du PASS qui dirige les activités de l'unité PBF provinciale, sur le plan opérationnel il y a peu de contact entre les vérificateurs du PBF qui visitent les formations sanitaires mensuellement afin de vérifier la quantité des actes, et les superviseurs des BDS qui contrôlent la qualité. Un système d'évaluation des services hospitaliers par les pairs a été récemment introduit par le PBF. Nous avons examiné le rapport d'évaluation de l'hôpital de district Buye, le seul hôpital visité lors de notre mission. Le rapport semblait plutôt superficiel et plusieurs indicateurs qui n'étaient manifestement pas satisfaisants ont eu des scores de 100%.

La Province de Ngozi a une carte sanitaire à jour qui comprend la planification pour des nouvelles constructions de centres de santé selon les normes en cours de révision qui prévoient un centre de santé pour 15'000 habitants. Le PASS a considérablement investi dans la mise à jour des infrastructures des centres de santé existants, mais l'expansion prévue dépassera son budget disponible.

Seuls quelques centres de santé sont entièrement dotés de six infirmières selon les normes nationales. Tous les centres de santé visités étaient cependant fonctionnels. Les principaux problèmes d'infrastructures observés étaient dans le domaine de l'eau et l'assainissement. Des améliorations dans ce domaine avaient déjà commencés dans certains centres de santé avec le soutien du programme suisse d'eau et assainissement également géré par le PASS.

Bien que le PASS ait soutenu l'élaboration d'un manuel de gestion des centres de santé qui a été validé au niveau provincial, aucun des centres de santé visités semblent être au courant de ce document. Aucun des titulaires interviewés n'avait une copie des descriptions de tâches du personnel du centre, même si ceux-ci sont inclus dans le manuel.

Les finances des centres de santé visités étaient en bon état. Chaque centre avait deux comptes, un pour les médicaments, l'autre pour les revenus provenant des prestations de services et des primes

de performance. Les deux comptes avaient suffisamment de fonds pour assurer le fonctionnement du centre. Les pharmacies étaient bien gérées par les gestionnaires engagés directement par les centres de santé. Nous n'avons pas observé des ruptures des médicaments essentiels. Par contre, toutes les pharmacies avaient des surstocks en antipaludiques (les ACT) probablement dû au fait qu'elles sont approvisionnées pour ces médicaments sur la base de la consommation moyenne mensuelle calculée en 2011 lorsque la province était encore à la fin de l'épidémie de paludisme.

Nous n'avons pas observé de problèmes liés à la référence des urgences médicales ou obstétricales aux hôpitaux de districts. Le service d'ambulance (décrit sous l'objectif 2) fonctionne bien. Les centres de santé demandent une ambulance pour les transferts urgents à l'hôpital en moyenne entre 5 et 10 fois par mois. Dans les réunions de groupe avec les bénéficiaires, la disponibilité de ce service était mentionnée comme un changement très apprécié.

Composante 2 : L'amélioration de l'accès aux soins de santé

La composante 2 adresse la demande aux soins de santé. Cependant, les résultats attendus dans le cadre logique sont très limités. Ils se focalisent sur la cogestion des centres de santé par les communautés, sur la participation communautaire au financement des services ambulanciers, et sur la prise en charge des patients indigents. Il est difficile de faire le lien entre ces résultats et l'indicateur d'effet qui est le taux d'utilisation des services par la population. En plus, le taux global de fréquentation est fortement lié à la situation épidémiologique. Il est évident que s'il avait plus de 70'000 cas de paludisme dans les deux premiers mois de 2011, et qu'il y a moins de 3'000 cas en 2012, la fréquentation des centres de santé en 2012 ne pourra pas être supérieur à celle de 2011.

Tous les centres de santé visités avaient des COSA actifs. Les COSA se réunissent tous les mois et les procès-verbaux des réunions étaient disponibles. Les entrevues avec les membres des COSA dans trois centres de santé ont confirmé qu'ils sont étroitement impliqués dans la gouvernance de la formation sanitaire, et qu'ils apprécient les nombreuses améliorations des infrastructures et des services qui ont été obtenus depuis le début du PASS. Les Batwa, ethnie minoritaire et marginalisée dans le pays et dans la province, sont impliqués dans les COSA. Une accoucheuse traditionnelle Mutwa, membre du COSA, était présente dans une des rencontres de groupe avec les consultants. Elle a témoigné sur les changements positifs dans sa communauté depuis sa participation aux affaires du centre de santé.

Les patients indigents reçoivent des soins médicaux gratuits dans tous les centres de santé visités. Les coûts de ces services sont pris en charge par le centre de santé avec ses propres ressources. Les COSA sont en charge d'établir une liste des indigents éligibles à aux services de santé gratuits. Dans la plupart des centres de santé visités une liste des indigents était affichée dans la zone de réception. Le nombre de personnes sur cette liste variait entre 21 dans un centre et plus de 300 dans un autre. Les discussions de groupe avec les membres du COSA révélaient que les critères d'attribution du statut d'indigence sont parfois très sévères. Comme les COSA sont également chargés d'assurer la santé financière du centre, ils sont dans une certaine mesure en conflit d'intérêts pour établir la liste des indigents. Si les critères sont trop sévères, ils peuvent en fait créer de nouveaux obstacles d'accès aux soins pour les personnes pauvres qui sont incapables de payer, mais qui ne sont pas considérés comme indigents. Un membre du COSA au centre de santé avec la plus courte liste des indigents a déclaré que « nous considérons une personne est indigent quand même le chien qui s'introduit dans sa maison ne peut pas trouver quelque chose à manger ».

Les services d'ambulance sont bien organisés. Le district de Ngozi dispose de deux ambulances, les deux autres districts ont une chacun. L'autorisation de mobiliser l'ambulance est obtenu par un appel téléphonique à un personnel de garde à l'hôpital de district ou au BDS. Le réseau de communication par ondes courtes installé par le PASS est devenu obsolète depuis l'expansion du réseau de téléphonie mobile à travers tout le pays. Le transfert par ambulance est gratuit pour les patients. La collecte des contributions de la communauté pour payer les frais de fonctionnement des ambulances a commencé en juillet 2011. Les fonds collectés sont déposés dans des comptes dépôts des BDS.

Jusqu'à maintenant le PASS continue à payer tous les coûts de fonctionnement des ambulances. Les montants déposés à ce jour suggèrent que les BDS seront en mesure de couvrir entre 40% et 50% de ces coûts. Le commencement du financement conjoint est prévu pour juillet 2012. Les véhicules d'ambulances sont, cependant déjà en service depuis 5 à 6 ans et auront bientôt besoin d'être remplacés.

Composante 3 : La prévention des maladies évitables

Sous la composante 3 il y a trois effets attendus. Le premier cible l'utilisation des moustiquaires et des latrines par la population, mais il contient aussi un indicateur de l'utilisation des services prénataux. Le deuxième traite de la mobilisation des jeunes pour la santé à travers des activités socioculturels. Le troisième met le focus sur les activités de communication et sur l'offre des services pour les jeunes par les formations sanitaires.

La prévention du paludisme dans la province de Ngozi est assurée à travers la distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) qui a eu lieu en 2011 et le PASS y a contribué activement en apportant un soutien financier et logistique pour cette activité. Les MII sont également distribués en routine au centre de santé à toutes les femmes venues en CPN1 et celles ayant amené les enfants en vaccination anti-rougeoleuse (VAR). La mission n'a pas pu apprécier le niveau d'utilisation des MII au niveau des ménages. Les résultats de l'enquête ménages quantitative réalisée par le PASS en mai 2011 notent un taux d'utilisation de 24,7%. Une intervention du PASS qui a beaucoup contribué à la réduction des cas de paludisme est la pulvérisation intra domiciliaire : deux campagnes ont eu lieu en 2011.

Le PASS a contribué à l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement des centres de santé à travers la construction des latrines, des incinérateurs, des fosses à placenta et des fosses à cendre. Au sein des ménages, les bénéficiaires rencontrés affirment qu'actuellement, grâce à la sensibilisation de la population par les techniciens de la promotion de la santé (TPS), les COSA et les ASC, il y a une nette amélioration en matière de construction des latrines et de leur utilisation. Cependant, les résultats de l'enquête ménage de PASS de 2011 notent une proportion plus importante de ménages sans latrines (13%) par rapport à l'étude ménage de 2006 (5,5%), probablement parce que l'enquête de 2011 s'est intéressée plus au milieu rural.

La mission a noté une augmentation de l'utilisation des autres services de prévention des maladies telles que la vaccination et la consultation prénatale.

Le volet mobilisation des jeunes par les activités socioculturels n'a été que faiblement visible parmi toutes les interventions du PASS. La seule intervention concernant ce volet était le renforcement des capacités des clubs « Stop Sida » des écoles à travers la formation des éducateurs/encadreurs des écoles. Mais cette formation n'a pas été suivie d'actions concrètes visant l'amélioration de la santé des jeunes ni dans leur milieu scolaire ni en dehors de l'école. La coordination de PASS ne disposant pas des capacités techniques spécifiques pour appuyer le paquet d'intervention de services offerts aux jeunes n'a pas poussé loin dans la mise en place de ces derniers.

Dans les centres de santé visités, il n'y avait pas des activités d'éducation sanitaire ou de la communication qui ciblent spécifiquement les jeunes. Il n'existait pas non plus des efforts particuliers pour accueillir les jeunes pour les services cliniques comme spécifié dans le cadre logique du PASS. L'étude des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des jeunes menée par le PASS en 2011 constate que « les élèves des écoles secondaires expriment une bonne satisfaction avec la qualité des soins reçus, même lorsqu'il s'agit de soins reçus pour des maladies sexuellement transmissibles et des maladies autres que des IST ». Cela peut signifier que soit le résultat attendu dans le cadre logique n'est pas pertinent, ou qu'une enquête par questionnaire n'est pas l'outil approprié pour interagir avec une population de jeunes en vue de comprendre leurs besoins et leurs priorités. L'analyse de l'étude CAP est fondée sur des données recueillies auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans

qui ne peut certainement pas être considérés comme un groupe homogène avec des besoins de santé identiques.

Dans les centres de santé visités, nous avons observé des faiblesses en général dans le domaine de l'éducation pour la santé. Les infirmières et infirmiers offrent une séance d'éducation chaque matin avant le début des prestations cliniques. Les thèmes de ces sessions et le nombre de participants sont notés dans un registre. Il n'y a, cependant, pas de calendrier de planification de ces séances. Les TPS qui ont un rôle clé dans ce domaine couvrent souvent deux ou trois centres de santé au même temps, et ils sont également impliqués dans les activités cliniques, par exemple dans les séances de vaccination. Nous avons seulement rencontré deux TPS dans les sept centres de santé visités. Ils n'étaient pas en mesure de présenter un plan de travail, et ils n'ont pas donné l'impression d'un niveau élevé de capacités de planifier et de structurer leur travail.

La contribution suisse au niveau national au Burundi

Bien qu'il s'agisse essentiellement d'un projet de soutien au développement/renforcement des districts sanitaires, le PASS a une présence considérable dans les discussions nationales de politique de santé. La coordinatrice du projet participe à plusieurs groupes techniques nationaux, et le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida a affirmé que les leçons et les expériences des initiatives prises avec l'assistance du PASS dans la province de Ngozi ont contribué à façonner les décisions politiques nationales, par exemple dans la mise en œuvre de l'approche contractuelle et dans le développement d'algorithmes de traitement notamment la « Stratégie Plaintes-Traitement ». Le manuel de formation des ASC développé et piloté par le PASS à Ngozi était capitalisé par le Département de Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement (DPSHA) du MSPLS pour la mise en place d'un manuel intégré et harmonisé qui sera utilisé par tous les intervenants.

Auparavant, le soutien de la Suisse auprès du Ministère de la Santé au niveau central a consisté principalement en un appui financier et technique à la Direction des ressources humaines. En 2011, la Coopération suisse a délégué cette contribution au programme PAISS de la Coopération belge avec une contribution d'un million d'Euros au budget global de 18 millions d'Euros sur quatre ans. Selon les informations fournies par la Coopération suisse, cette contribution continue d'être « soft earmarked » pour le développement des capacités des ressources humaines. Le programme PAISS est encore à la phase de démarrage. Un aperçu du budget obtenu par les consultants montre que 190'000 EUR de la contribution suisse sont affectés à la mise en place d'un système décentralisé de gestion des ressources humaines du MSPLS. La catégorie à laquelle le budget principal de la contribution suisse est affecté (580'000 EUR) est pour le résultat 4 du PAISS: « La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée ». Cet objectif se focalise sur le renforcement des capacités, mais le document de projet PAISS laisse l'impression que les activités ciblent principalement les deux provinces soutenues directement par la CTB. C'est une question qui nécessite une clarification. (Les consultants ne pouvaient pas obtenir plus de précisions, car le coordonnateur de la PAISS et celui du programme santé de la Coopération suisse interviewés avaient pris leur poste après la négociation de la convention de l'appui délégué.)

Recommandations préliminaires pour le PASS Burundi

5. L'accent province/district du PASS Burundi est pertinent, il est efficace et efficient étant donné le volume financier du budget santé de la coopération suisse (même si l'efficacité est un concept relatif qui nécessite une comparaison). Il a démontré qu'il peut générer d'impact et il porte la promesse de la pérennisation. Nous recommandons par conséquent de continuer cette modalité d'aide dans la prochaine période de financement. Dans la province de Ngozi, une continuation de l'assistance technique et financière devrait viser :

- La consolidation et l'avancement des résultats dans l'amélioration de la qualité des soins qui ont déjà été réalisés.

- La poursuite de l'assistance pour combler les écarts de l'infrastructure dans les centres de santé existants (y compris l'approvisionnement en électricité) ainsi que dans les nouveaux centres de santé qui sont prévus avec la mise à jour de la carte sanitaire de la province.
 - Un accent accru sur le niveau de la communauté en insistant sur le renforcement de la capacité et l'amélioration de la qualité du travail des TPS et sur la continuation de la mobilisation des ASC.
 - Un accent sur le renforcement des capacités des districts pour gérer l'introduction du système du tiers payant par l'intermédiaire de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) au niveau district et de la formation sanitaire.
 - La poursuite de la mise en œuvre progressive du service d'ambulance en fixant des objectifs clairs pour le financement communautaire des coûts de fonctionnement qui devrait atteindre 100% dans une prochaine phase éventuelle du PASS. Les ambulances existantes devront être remplacées. L'amortissement de cet investissement devrait également être abordé dans l'éventuel futur programme.
6. Une expansion du PASS aux provinces de Kayanza et / ou de Muyinga est une option possible pour une phase ultérieure, mais il doit être étudié avec soin afin de ne pas trop disperser les ressources techniques et financières disponibles.
 7. La composante du programme pour les jeunes devrait être profondément revue. La santé des jeunes est une priorité de la stratégie nationale de santé de la reproduction qui serait soutenu au niveau national par les coopérations allemande et néerlandaise. Une éventuelle phase ultérieure du PASS devrait s'orienter sur les politiques et les programmes développés au niveau national. La mobilisation de la jeunesse en dehors du contexte des services de santé, cependant, devrait seulement être incluse au programme si elle est soutenue avec suffisamment de ressources financières et techniques supplémentaires et, si elle est précédée par une étude détaillée de partenariats potentiels et par une analyse des besoins, capacités et priorités de la population cible.
 8. L'appui au niveau central délégué au PAISS de la CTB a été convenu jusqu'en 2015. Jusque-là, beaucoup de choses vont changer au Burundi et il est trop tôt pour avancer des recommandations pour la suite. Parmi les nombreuses options qui peuvent survenir, le financement délégué serait probablement la moins souhaitable.
 9. Les perspectives pour une programmation à l'échelle régionale seront explorées dans le rapport final. Mais nous ne développerons pas des options qui se substitueraient à la modalité d'appui district. L'approche actuelle offre des nombreuses possibilités pour la coopération régionale tels que les formations conjointes, les visites d'étude transfrontalières et les échanges d'apprentissage qui pourraient impliquer le placement de personnel pour des périodes de un à deux mois dans une institution du pays voisin.


Kigali, le 2 avril 2012

Josef Decosas

Etienne Gasana

Dorothee Ntakirutimana

Annexe 5 : Présentation à la conférence de fin de la mission



**Évaluation externe du
PSP Rwanda et du PASS Burundi
de la Coopération Suisse**

Debriefing
Kigali, 3 avril 2012

www.hera.eu

1




Mission du 12 mars au 3 avril 2012

- **Dr. Josef Decosas**, consultant international de HERA
- **Dr. Etienne Gasana**, consultant national au Rwanda
- **Dr. Dorothée Ntakirutimana**, consultante national au Burundi

Déroulement de la mission

2



Termes de référence

- Évaluer les effets du PSP Rwanda et du PASS Burundi
- Élaborer des recommandations prospectives pour un nouveau programme régional Rwanda et Burundi

Déroulement de la mission

3



Visites effectuées

- **Au Rwanda**: Le MSP; les partenaires au développement; 5 centres de santé; 2 hôpitaux de district; 2 unités santé des districts; entrevues des groupes des bénéficiaires, COSA et ASC
- **Au Burundi**: Le MSPLS; les partenaires au développement; 7 centres de santé; 1 hôpital de district; 3 BDS; le BPS; entrevues des groupes des bénéficiaires, COSA et ASC

Déroulement de la mission

4




Le PSP Rwanda: Constat général

- Un programme efficace du renforcement des systèmes de santé des districts de Rutsiro et Karongi
- L'impact est documenté par les indicateurs de santé de l'EDS 2005 et de l'EDS 2010

Le PSP Rwanda

5



La gestion des mutuelles de santé

- Couverture presque universel
- Gestion transparente
- Revenu suffisante pour payer les services
- Coûts de fonctionnement hautement subventionnés par le niveau central
- Subvention du PSP au niveau district de 0.06 CHF par capita

Le PSP Rwanda


6



L'organisation des districts sanitaires

- Support des Unités santé politiquement correcte mais inefficace
- Un peu plus d'espoir à Karongi qu'à Rutsiro
- Fonctions de l'équipe cadre de district sont exécutées par les hôpitaux
- Supervision de la qualité des services aux centres de santé est relativement faible

Le PSP Rwanda 7



Le paquet pour le couple mère-enfant

- CDS bien organisés (plan de travail, budgets, manuel des procédures, finances, données)
- Qualité des services acceptable, PCIME mis en œuvre, un peu trop de focus sur la quantité des prestations contrôlé par les vérificateurs du PBF
- COSA fonctionnelles
- Bénéficiaires satisfaits
- Besoins d'amélioration de l'infrastructure persistent

Le PSP Rwanda 8



La promotion de la santé des jeunes

- Mobilisation des jeunes par les P.F. des CDS mais questions sur la tranche d'âge
- Subvention au CNJ peu efficace
- Services cliniques spécialisés pour les jeunes non-existant
- Chevauchement entre les programmes VIH hautement financés et le soutien PSP
- Pas de compétence pour l'appui des coopératives


Le PSP Rwanda 9



Thème transversal : Égalité du genre

- Thème transversal VIH hautement financé par les grands bailleurs
- Pas d'analyse genre
- Pas de budget genre
- Un seul indicateur dans le cadre logique et cela n'est pas collecté est probablement inapproprié


Le PSP Rwanda 10



Recommandations 1

- Continuer l'appui district du PSP avec nouvelle phase
- Appui budgétaire aux mutuelles avec un horizon bien définie
- Réexaminer la cible de l'appui pour l'organisation des districts
- Réviser le programme jeunes

Le PSP Rwanda 11



Recommandations 2

- Évaluer et planifier l'approche au thème transversal d'égalité genre
- Extension du PSP au District Nyamasheke possible si ressources sont suffisantes
- Renforcer la capacité du PSP en termes de l'assistance technique
- Eventuel approche régional ne devrait pas se substituer à la modalité d'appui district


Le PSP Rwanda 12



Capacity Development Pool Fund

- Cela n'était pas inclus dans notre termes de référence, mais la ciblage et l'instrument semblent appropriés et le CDPF est considéré comme priorité du Ministère de la santé


Rwanda: Appui au niveau central 13



Le PASS Burundi: Constat général

- Un programme efficace du renforcement des systèmes de santé des districts avec des résultats exceptionnels qui sont reconnus par le MSPLS
- Mise en œuvre exemplaire par l'appui des partenaires locaux
- Un cadre logique peu fonctionnel


Le PASS Burundi 14



L'amélioration de la qualité et de l'offre

- Organisation exemplaire des BDS (planification, finances, supervision, gestion et analyse des données)
- CDS bien gérés et en bonne santé financière
- Maternités conformes aux normes
- Service d'ambulance fonctionnel
- Problèmes d'eau et assainissement abordés


Le PASS Burundi 15




L'amélioration de l'accès

- COSA étroitement impliqués dans la gestion des CDS
- Indigents identifiés par les COSA et prise en charge avec les ressources des CDS
- Bénéficiaires satisfaits des services
- Diminution du taux de fréquentation liée au succès du contrôle du paludisme dans la province

Le PASS Burundi 16




La prévention des maladies évitables



- volet mobilisation des jeunes faiblement visible et probablement inapproprié pour un programme d'appui au système de santé


Le PASS Burundi 17



Recommandations 1

- Continuer l'approche district du PASS Burundi
- Consolider et avancer les résultats dans l'amélioration de la qualité des soins
- Comblent les écarts de l'infrastructure
- Accent accru sur le niveau de la communauté
- Appui à l'introduction de la CAM restructurée


Le PASS Burundi 18



Recommandations 2

- Poursuivre la mise en œuvre progressive du service d'ambulance financé localement
- L'expansion du PASS à Kayanza et/ou Muyinga est possible si suffisamment des ressources
- Revoir profondément la composante du programme pour les jeunes

Le PASS Burundi 19



La contribution suisse au niveau national

- Présence considérable du PASS dans les discussions nationales de politique de santé
- L'appui délégué est probablement le moins efficace parmi des différentes options d'assurer une présence au niveau national

Le PASS Burundi 20



Le photo obligatoire



Le PASS Burundi 21

Annexe 6 : Analyse des indicateurs du cadre logique du PSP Rwanda²⁰

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats ²¹	Commentaires
FINALITE DU PROGRAMME				
Mortalité maternelle	750/100'000	600/100'000	487 /100'000	Cible atteint en 2010 selon EDS 2010
Mortalité Infantile	62/1'000	50/1'000	50/1'000	Cible atteint en 2010 selon EDS 2010
Mortalité infanto-juvénile	103/1'000	70/1'000	76/1'000	Cible presque atteint en 2010 selon EDS 2010
OBJECTIF GENERAL DU PROGRAMME				
Taux d'adhésion de la population y compris des indigents	93%	100%	Karongi : 100% Rutsiro : 85%	Cible atteint à Karongi selon rapport annuel 2011. Diminution du taux d'adhésion à Rutsiro en comparaison avec 2010
70% des services médicaux pour le couple mère-enfant correspondent aux normes et procédures en utilisant les ressources disponibles de façon efficiente pour satisfaire les besoins clés de la population-cible	40%	70%	Paquet disponible pour la maternité à moindre risque dans 82% des FOSA visitées	Indicateur complexe difficile à mesurer. Les services des centres de santé visités étaient généralement appropriés mais il y avait aussi quelques manques, spécialement dans l'infrastructure des maternités
Les jeunes adoptent des comportements favorables à la santé	Baseline (CAP) dans les 3 premiers mois de la phase	Étude CAP à la fin de la phase	Les études n'ont pas été réalisées	Voir commentaires sur l'axe d'intervention 4
Axe d'intervention 1 : Gestion des mutuelles de santé				
90% des mutuelles de la zone du programme disposent des outils de gestion, du personnel et des moyens logistiques selon les standards définis d'ici 2012	40% (selon les standards, particulièrement en ce qui concerne le personnel tel que prévu dans la loi)	90%	Le rapport intermédiaire 2011 souligne des manques de personnel à Rutsiro au niveau des districts et sections	Les sites visités indiquent que certains de ces manques à Rutsiro ont déjà été comblés et que d'autres doivent encore l'être.
80% des mutuelles dans les districts du programme fonctionnent selon les critères définis par le niveau national d'ici 2012	30% (selon les standards)	80%	Cible atteinte selon le rapport annuel 2011	Pas de problème observé dans les CS visités par la mission d'évaluation
70% des mutualistes se déclarent satisfaits des services offerts par leurs sections mutuelles d'ici 2012	ND	70%	Cible atteinte en 2010	Les réunions des évaluateurs avec les membres de la communauté confirment le haut degré de satisfaction

²⁰ Selon annexe 4 du document du PSP phase 5. Le rapport annuel du PSP utilise un cadre logique qui a été modifié bien qu'il ne soit pas clair sur quelle base cette modification a été faite.

²¹ La source de la plupart de ces résultats est le draft du Rapport annuel du PSP de janvier 2011 à décembre 2011

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats ²¹	Commentaires
Axe d'intervention 2 : Organisation des districts sanitaires				
100% du personnel et responsable de gestion des structures de santé au niveau district connaissent et disposent d'une description écrite/Affichée de leur postes de responsabilités et de la réglementation en vigueur relatives aux tâches et rôles d'ici fin 2012	45%	100%	Cible atteint selon le rapport annuel	Résultat confirmé dans les FOSA visitées par les évaluateurs
Un cadre et des mécanismes de coordination (rencontres et réunions statutaires) sont mis en place d'ici 2011 entre les instances du système santé de district (ECD-titulaires-ASC-Partenaires)	Cadre actuel non formalisé et faiblement fonctionnel	Cadre existe et est fonctionnel	Comités DHSST existent et ils ont des réunions régulières	L'efficacité du comité est discutable, spécialement à Rutsiro (voir section sur l'axe d'intervention 2)
% de FOSAs/Districts qui font une planification et budgétisation consolidées	5%	50%	Planification et budgétisation intégrée dans 100% des FOSA	Résultat confirmé dans les FOSA visitées par les évaluateurs
% de FOSA qui analysent et exploitent les données collectées et produites à leur niveau d'ici 2012	30%	100%	100% atteint	Résultat confirmé dans les FOSA visitées par les évaluateurs
% d'agents de santé formés pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles dans les FOSA	0	2 agents par FOSA	Problème d'instabilité du personnel	2 des 5 CS visités avaient seulement un membre du personnel formé en soins et conseils pour les victimes de violence sexuelle, à cause des mouvements de personnel. Selon le protocole national, toutes les victimes de viol sont référées à l'hôpital de district.
Axe d'intervention 3 : Paquet minimum pour le couple mère-enfant				
80% des FOSA assurent la provision du paquet minimum pour la MMR et la PCIME d'ici fin 2012	30%	80%	64% selon rapport annuel 2011	Indicateur complexe difficile à mesurer. Tous les CS visités avaient du personnel formé en PCIME ; les manuels et registres étaient disponibles. Les maternités avaient en général suffisamment de personnel et d'équipements, mais l'infrastructure était souvent déficiente.
Proportion des hommes qui accompagnent les enfants pour recevoir les soins de surveillance de la croissance	ND	30%	5% selon « sondage » mais résultat douteux	indicateur inapproprié
80% des formations sanitaires disposent d'un service de maternité fonctionnel qui répond aux normes d'ici fin 2012.	45%	80%	90% des CS disposent de maternité fonctionnelle mais les normes en termes d'infrastructures et équipements restent à améliorer	Voir ci-dessus

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats ²¹	Commentaires
Au moins 60% des accouchements attendus ont lieu en milieu médicalisé d'ici fin 2012	48%	60%	Selon rapport annuel : 70% Karongi 60% Rutsiro	Selon EDS 2010 : 57% Karongi 70% Rutsiro
40% des femmes utilisent des moyens contraceptifs	26%	40%	Selon rapport annuel : 29% Karongi 27% Rutsiro	Selon EDS 2010 : 40% Karongi 41% Rutsiro
Axe d'intervention 4 : Promotion de la santé des jeunes				
Le nb de grossesses précoces (moins de 18 ans) diminuent d'ici 2012	ND	Diminution de 15%	Données 2011 pas encore disponible	Cet indicateur n'est pas collecté en routine par le SIS. Le staff du PSP collecte le nombre directement à partir des registres CPN. L'indicateur et la méthode de collecte sont discutables.
60% des jeunes de 14 à 25 ans participent aux activités d'animation	25%	60%	Non disponible	Quel est le dénominateur ? Comment est définie la « participation » ?
au moins 75% des activités promotionnelles ciblent la participation des jeunes femmes au même prorata que des jeunes hommes	40%	75%	Non disponible	Pourquoi seulement 75% ?
50% des FOSA offrent un paquet intégré pour santé reproductive des adolescentes et adolescents	0%	50%	100% des FOSA disposent d'un point focal chargé des activités liées à la promotion de la santé des jeunes	Tous les centres de santé visités avaient un « point focal », mais aucun n'a offert un « paquet intégré pour santé reproductive des adolescentes et adolescents »
Disponibilité des services de consultations prénuptiales dans au moins 30% des FOSA	15%	30%	60%	Services de consultations prénuptiales seulement disponibles dans les CS soutenus par le programme VIH (source de financement ?)
Au moins 25% des FOSA offrent des pilules du lendemain avec conseil (PF) d'ici 2012.	0%	25%	La prescription de la pilule reste autoriser seulement aux hôpitaux dans les cas de viols sexuels	Indicateur et cible inappropriés

Annexe 7 : Analyse des indicateurs du cadre logique du PASS Burundi²²

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats	Commentaires
OBJECTIF GENERAL DU PROGRAMME				
90% des infrastructures médicales dans les districts de la province de Ngozi correspondent aux normes sanitaires à la fin de la phase	39%	90%	La revue à mi-parcours du PASS de février 2011 documentait des améliorations majeures depuis le début du programme en 2006.	Signes d'amélioration de l'infrastructure dans toutes les formations sanitaires visitées. La construction de nouvelles formations selon la nouvelle carte sanitaire révisée va faire diminuer le score de cet indicateur.
70% des plans communaux de développement communautaire adressent des problèmes clés de la santé communautaire		70%	Pas atteint	Les activités à faire en collaboration avec le programme suisse « Programme d'appui à la décentralisation (PAD) » n'ont pas encore commencé.
60% des enfants moins 5 ans dorment sous MII à la fin de la phase	10% (approximative)	60%	68% selon l'enquête ménage du PASS de 2010. ²³	Suite à la distribution de masse de moustiquaires en 2011, une nouvelle enquête sur l'utilisation des moustiquaires est prévue. Cela devrait faire partie du protocole d'évaluation de la distribution de masse du programme national de lutte contre le paludisme.
80% des accouchements dans la province de Ngozi sont assistés par le personnel qualifié	57%	80%	68% selon l'enquête ménage du PASS de 2010.	Les rapports de routine utilisent le dénominateur « naissances attendues » qui peut être surestimé suite à l'augmentation de l'utilisation des moyens contraceptifs.
Composante 1 : Qualité des soins				
Effets attendus				
Existence d'une équipe cadre fonctionnelle (BDS) avec gestion financière autonome effective d'ici 2011	BDS: fonctionnement des équipes cadres au niveau des districts est assuré par le PASS	Fonctionnement des BDS assuré par le système de santé d'ici 2011	Absent des rapports	Les 3 BDS de Ngozi sont entièrement fonctionnels, mais ils continuent de recevoir un appui budgétaire et le paiement de primes de performance du PASS.

²² Document de programme santé Burundi phase III avril 2010 – mars 2013; Annexe 3 ; Janvier 2010 (Le rapport annuel de juillet 2011 pour la première année du programme suit un cadre logique différent et d'origine incertaine, et le rapport intermédiaire Avril-Septembre 2011 utilise des outcomes attendus mais pas les indicateurs retenus. Ceci constitue une indication sur le problème associé au cadre logique).

²³ Enquête quantitative sur la situation socio-sanitaire après quatre ans d'intervention du PASS dans la province de Ngozi ; mai 2010 (rapport draft non encore publié)

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats	Commentaires
La qualité des soins correspond aux normes et directives nationales et internationales dans les infrastructures sanitaires.	Non disponible	70% des FOSA d'ici fin 2012	Absent des rapports	Cet indicateur pourrait être mesuré à travers des études périodiques de qualité des services en utilisant une méthode standard. Mais ce n'est pas réellement une approche faisable. Les scores PBF pourraient être utilisés, mais l'évaluation de la qualité dans le PBF est faible.
Taux de satisfaction (perception) des bénéficiaires de la qualité des soins reçus à la fin de la phase	38% estiment le tps d'attente trop long et 22% rapportent que les médicaments ne sont pas disponibles (enquête ménages PBF oct08)	70% d'ici 2012	L'enquête ménage qualitative de 2010 devrait fournir une première réponse. Les données de cette enquête sont toujours en cours d'analyse.	Données non disponibles, mais dans les quelques interviews de focus groupes avec les bénéficiaires nous avons noté un haut degré de satisfaction (ceci n'a pas valeur de représentativité).
Résultats				
Tout le personnel de l'équipe cadre du BPS dispose de description des tâches, rôles et responsabilités	Descriptions des tâches /ordre règlement intérieur non adoptés	100% des postes décrits d'ici fin 2011	Pas encore fait	PASS attend la publication des normes sanitaires nationales avant de s'attaquer à ce problème.
Le personnel des BDS et les titulaires des CDS effectuent les supervisions régulières de manière autonome	Supervisions avec l'appui du PASS	Supervisions régulières et formatives effectuées d'une manière autonome (sans un appui du PASS) d'ici 2011	atteint	Vérifié. Système de supervision bien organisé et bien documenté.
Les CDS gèrent les comptes bancaires pour les actes et médicaments respectant les procédures et outils d'ici la fin de la phase	La capacité des CDS en planification, gestion et finances est affaiblie par la fluctuation du personnel. La formation continue n'est pas établie	100% est recyclé d'ici fin 2011	atteint	La planification et la gestion financière excellentes dans les formations sanitaires visitées.
Les responsables des BDS et FOSA sont formés à la gestion du SIS, et analysent et exploitent les données collectées et produites à leur niveau	Les données du SIS ne sont pas exploitées de façon optimale pour la gestion du système (e.g. pour la planification annuelle)	Les BDS et FOSA analysent et exploitent les données collectées pour adapter leurs activités d'ici fin 2011	atteint	Les données du SIS sont analysées au niveau des formations sanitaires et au niveau des districts. C'est renforcé par des réunions mensuelles. Cependant, le personnel SIS au niveau des BDS manque de compétence de base en informatique.
Les besoins en infrastructure des CDS sont identifiés, mis en commun et priorisé	Le dernier inventaire a été fait en fin 2008	Inventaire et priorités d'ici mi-2010	atteint	Une carte sanitaire mise à jour existe avec des priorités identifiées pour le développement de l'infrastructure.

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats	Commentaires
Les hôpitaux et les CDS ont des infrastructures qui répondent aux normes sanitaires	Manques : HOP: maternité, home du personnel, pharmacie, morgue, pédiatrie, laboratoire, générateur), BDS : Kiremba ; CDS : système de captation des eaux pluviales, blocs d'accouchement, salles de vaccination, homes du personnel, salle et lits pour l'hospitalisation	HOP, BDS et CDS sont conformes aux normes d'ici fin 2012	Voir la revue à mi-parcours du PASS de février 2011 ²⁴ (cité ci-dessus)	De manière générale nous avons trouvé des infrastructures adéquates, mais il y a encore des manques, notamment à l'hôpital de district de Buye.
Un atelier de travail sur le processus de référence et contre référence généralisé à toutes les pathologies est tenu les procédures sont révisées	Procédures ne sont pas disponibles dans toutes les FOSA	Atelier : 2010	atteint	L'atelier a eu lieu (mais ce n'est pas un indicateur utile).
Le nombre de complications / urgences de la grossesse et de l'accouchement diagnostiquées et référées correctement est augmenté	33% des références pour les accouchements sont appropriées (enquête ménage PBF oct.08)	70% d'ici 2012	Données non disponible	L'indicateur demande un nombre total de cas référés, mais le rapport baseline et cibles utilise la proportion de références correctes. Cet indicateur pourrait servir pour une étude intéressante d'évaluation, mais il n'est pas très utile pour le suivi de routine.
Le personnel des BDS est sensibilisé sur leurs rôles dans le système du PBF	0% du personnel responsable de la supervision du PBF est sensibilisé	100% d'ici fin 2011	Atteint selon les rapports de formation	Bien que tous les superviseurs aient été formés, il y a toujours des problèmes relatifs à la séparation stricte entre la supervision et la vérification des données PBF.
Composante 2 : Accès aux soins				
Effets attendus				
taux d'utilisation des services par la population	0.9 contact / habitant / an	1.5 contact / habitant / an d'ici fin 2012	Pas atteint	Les taux de fréquentation ont augmenté fortement jusqu'à 2010, puis ont baissé rapidement à cause du succès de la campagne de prévention du paludisme. La proportion de consultations avant 2011 était principalement pour motif de paludisme. Il n'est pas surprenant qu'avec le succès de la campagne le nombre de consultations ait diminué.
Résultats				
Une réunion par mois de cogestion COSA et CDS avec PV est tenue tout au long de la phase	COSA fonctionnels dans chaque FOSA, mais faible poids dans les décisions	1 réunion par mois avec PV	atteint	Vérifié

²⁴ Les formations sanitaires du premier niveau dans la province de Ngozi et leur conformité aux normes sanitaires du Burundi ; étude à mi-parcours ; février 2011

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats	Commentaires
La liste des indigents pour tous les CDS est actualisée une fois par semestre.	La liste des indigents a été établie en 2009	Liste actualisée chaque semestre d'ici 2011	atteint	Vérifié
Un système de gestion des ambulances est développé et est fonctionnel	Les ambulances sont gérées par les BDS et les frais de fonctionnement pris en charge par le PASS	Les ambulances sont gérées et financées conjointement et convenablement par le MSP, les Communes et la communauté d'ici fin 2012	partiellement atteint	La gestion et le financement des ambulances vont encore requérir des ressources considérables du PASS d'ici fin 2012, mais le processus de transfert a démarré.
	85 % de demandes d'évacuation répondue	95% d'ici fin 2012	données non disponible	Les CS visités ont dit que toutes les demandes avaient reçu réponse
Prise en charge des indigents par le système de santé (MSP et communes)	100% de prise en charge par le PASS	50% d'ici fin 2012	atteint	100% de prise en charge par les Centres de santé
Composante 3 : Prévention des maladies évitables				
Effets attendus				
70% des enfants moins 5 ans et femmes enceintes dorment sous MII à la fin de la phase	28% des ménages savent utiliser les MII et 19% savent les renouveler (enquête PBF, oct. 08)	60% utilisation et 60% renouvellement	atteint	voir objectif générale ci-dessus
taux de femmes enceintes qui font la CPN 1 au cours du premier trimestre de la grossesse	29% (Enquête ménages 2006)	50% d'ici 2012	données non collectées	Il n'y a pas de système pour collecter cette information et l'information collectée dans l'enquête ménages n'est pas fiable.
taux des ménages qui utilisent une latrine hygiénique	58% (Enquête ménages 2006)	90% d'ici 2012	pas atteint	L'enquête ménage de 2010 indique que l'utilisation des latrines est plus faible (l'enquête 2006 avait un « biais urbain »)
Résultats				
Taux de jeunes de 7 à 14 ans scolarisés touchés par des activités de sensibilisation à l'hygiène et assainissement	<p><i>Le CoPIL du 14 juillet de 2011 a pris une décision concernant le Volet Santé jeune qui concerne le logframe du programme et les outputs.</i></p> <p><i>Consensus du CoPIL : « il faut une collaboration avec les communes pour établir une activité suivant le modèle de la Tanzanie : les centres jeunes sont appuyés par des prestataires des CDS les plus proches pour offrir le service de planning familial ou de dépistage 1 à 2 fois par semaine au sein du centre jeune communal. »</i></p> <p><i>Ce consensus du CoPIL met fin aux outputs/indicateurs : taux des jeunes de 7-14 ans scolarisé touché par des activités de sensibilisation à l'hygiène et assainissement et taux des jeunes 15-24 ans scolarisés touchés par des activités de sensibilisation à la santé sexuelle (VIH, Sida, IST).</i></p> <p><i>Rapport semestriel, avril à septembre 2011</i></p>			
Taux de jeunes 15-24 ans scolarisés touchés par des activités de sensibilisation à la santé sexuelle (VIH, Sida, IST)				

Indicateurs	Baseline 2009	Cible 2012	Résultats	Commentaires
80% du personnel des FOSA sont formés en techniques de communication et conseils pour la santé des jeunes	Pas de personnel formé	100% des titulaires sont sensibilisés et formés au concept de services ouverts aux jeunes d'ici 2011	pas atteint	La formation a ciblé les écoles secondaires mais ne pas les centres de santé
Des horaires sont réservés aux consultations des jeunes dans les FOSA	Pas d'horaire différentiel	30% des FOSA ont des horaires pour les jeunes d'ici 2012	pas atteint	Pas de programmation pour atteindre cet indicateur
Pourcentage des jeunes qui fréquentent les centres de santé et qui se déclarent satisfaits des services reçus.	Non disponible	70% des jeunes dont 35% de jeunes femmes se déclarent satisfaits de l'utilisation des services dans FOSA	atteint	L'étude CAP de 2010 démontre un haut niveau de satisfaction ²⁵

²⁵ Rapport final de l'étude CAP sur la santé sexuelle des jeunes ; juin 2011