Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale » au Burundi

Rapport Final

Consultants :

Dr Manassé NIMPAGARITSE

Dr Alain NDAYIKUNDA

Dr Ninos Frank SOKOROZA

Mars 2022

Ce rapport présente les résultats de l'« ***Evaluation finale du projet IZERE « santé mentale » au Burundi qui est mis en œuvre dans les Districts sanitaires de Buye et Kiremba de la Province sanitaire de Ngozi****» entre 2017 et 2021 sur financement de la* Direction Générale pour la coopération au Développement *(DGD). Les jugements apportés proviennent des entretiens et focus group des acteurs clés dans la mise en œuvre du projet aussi bien du niveau national jusqu'au niveau des bénéficiaires dans les Centres de santé de Gatsinda et Kiremba ainsi que les Hôpitaux de district de Buye et Kiremba .*

REMERCIEMENTS

Cette « ***Evaluation finale du projet IZERE « santé mentale » au Burundi*** a été commanditée par Louvain Coopération (LC). Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier le staff de LC aussi bien de la Direction Nationale (DN) à Bujumbura que celui de Ngozi, le Staff de Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire (BADEC)-Caritas Ngozi ainsi que du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) impliqués dans cette évaluation, et particulièrement ceux du Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PNILMCNT), pour leur collaboration.

Nous souhaitons également exprimer notre gratitude envers les assistants de recherche qui ont participé aux côtés des auteurs dans cette évaluation e pour leur aide remarquable durant la préparation, la collecte et l'analyse des données.

Nous nous en voudrons de ne pas remercier tous les participants à cette évaluation à tous les échelons pour les informations combien riches qu'ils nous ont fournies.

Enfin, nous souhaiterions remercier le staff de Louvain Coopération et tous les participants à l'atelier de restitution pour les observations combien pertinentes qu'ils ont apportées au rapport provisoire en vue de ce document final.

Rapport de mission

Date de démarrage de l'évaluation	**28 novembre 2021**
Titre de l'étude	Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale » au Burundi
Durée de l'étude:	20 jours ouvrables
Provinces d'étude	NGOZI
Client:	Louvain Coopération *Avenue Muyinga n°38* *Rohero I, Bujumbura- Burundi*
Consultants:	1. Dr Manassé NIMPAGARITSE, MD, MPH, PhD. (Expert Chef de Mission) Tél : (+257) 79968217 E-mail : mnimpagaritse@yahoo.fr Enseignant Chercheur/ INSP 2. Dr Alain NDAYIKUNDA, MD, MPH. : Expert Associé Tél : (+257) 79594805 E-mail : alainndayikunda2014@gmail.com 3. Dr Frank Ninos SOKOROZA, MD : Expert Associé Tel : (+257) 79995007 E-mail : sokosninos@yahoo.fr
Equipe Louvain Coopération	Dr Léonidas MBANZAMIHIGO, Directeur National LC Burundi Dr Jeanine KAMANA, Coordonnatrice santé mentale DN LC Burundi Mr Félix BANYANKINDAGIYE, Assistant Technique DN LC Burundi Mr Pacifique NDIMURUKUNDO, Responsable Administratif et Financier

Résumé exécutif

Contexte de l'évaluation

Les troubles mentaux constituent une des principales causes de morbidité et la première cause d'incapacité dans le monde et plus particulièrement dans des pays aussi fragiles que le Burundi .

Louvain Coopération (LC) est installée au Burundi depuis 2004 où elle intervient dans les domaines de la sécurité alimentaire et économique, la santé et l'accès aux soins de santé à travers des mutuelles de santé communautaires. De 2017 à 2021, LC a obtenu un financement de la Direction Générale de la coopération au Développement (DGD) dans le cadre du programme quinquennal 2017 – 2021 pour réaliser un projet pilote de santé mentale dénommée IZERE. Ce projet est mis en œuvre en partenariat avec le Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire, Association sans But Lucratif (BADEC-Caritas Ngozi asbl). Il s'agissait d'apporter un appui aux districts sanitaires de Buye (centre de santé de Gatsinda et l'hôpital de Buye) et de Kiremba (centre de santé et l'hôpital de Kiremba) pour contribuer à améliorer la santé mentale des populations de Ngozi. Comme la fin du projet est fixé au 31 décembre 2021, il était impératif de procéder à son évaluation externe. Cette évaluation constitue une opportunité de capitaliser les résultats du projet objet d'évaluation pour servir au projet TWITEHO AMAGARA dans son volet de santé mentale mais aussi d'informer et guider la planification future des actions de LC et d'autres intervenants en santé mentale. Bien plus, l'évaluation servira d'informer le bailleur de fonds principal (DGD) pour des fins des interventions ultérieures.

Objectif global de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation finale du projet IZERE était d'apprécier les performances réalisées en matière de prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale de la population bénéficiaire par rapport à l'objectif spécifique du projet en vue d'informer le bailleur de fonds et d'apporter des suggestions et recommandations permettant d'améliorer les interventions ultérieures.

Méthodologie

Pour la réalisation de cette évaluation finale du projet IZERE « santé mentale » au Burundi, il a été utilisé des méthodes mixtes (qualitative et quantitative). Premièrement, nous avons ciblé les informateurs clés ayant participé de près ou de loin au projet. Ainsi, toutes les parties prenantes impliquées dans le projet, choisies de façon raisonnée, ont été interviewés. De même, il a été organisé des focus group de discussion à l'endroit des bénéficiaires du projet regroupés en trois catégories à savoir : les malades, les accompagnants et les leaders associatifs. La collecte des informations a été faite à l'aide des guides d'entretien /discussion qui avaient été élaborés sur base des thématiques de l'évaluation. Ces guides d'entretien sont présentés en annexe du rapport (voir annexe n°1). La liste de toutes les parties prenantes ayant participé à l'évaluation est reprise en annexe du rapport (voir annexe 2)

Deuxièmement, il a été procédé à l'exploitation des rapports du projet et des données sur les activités de santé mentale dans les 4 formations sanitaires ciblées par le projet. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement conçue selon les informations quantitatives recherchées.

Dans tous les cas, l'évaluation était guidée par les critères CAD/OCDE (pertinence, efficacité, efficience, durabilité et impact) ainsi que ceux jugés d'intérêt particulier pour LC (cohérence entre les interventions éventuelles d'autres acteurs en santé mentale, genre, environnement et le caractère novateur des initiatives).

Résultats

D'abord s'agissant de la '***Pertinence'*** du projet, l'évaluation a trouvé que **le projet était très pertinent** car sa conception et ses objectifs cadraient avec les politiques nationales (*politique nationale de santé mentale, plan stratégique national de santé mentale, politique nationale de la santé 2016-2025*), s'alignaient aux prescrits des politiques internationales (*ODD3 cible 3.4, ODD17 cible 17 et ODD5 cible 5.C*) et répondait à un réel besoin des bénéficiaires comme certains participants à l'évaluation l'ont témoigné : '*les maladies mentales sont une réalité dans la zone et sont source de*

stigmatisation et avant le projet, les patients devaient être référés vers des centres spécialisés dans la prise en charge qui sont très éloignés de leurs domiciles'

Ensuite si on considère l'aspect ***'Cohérence',*** le niveau de cohérence du programme est jugé élevé. En effet, la cohérence interne était bonne car la logique d'intervention dégage une bonne cohérence entre les objectifs fixés, les approches mises en œuvre et les résultats visés. Aussi, la cohérence externe a été jugée satisfaisante car, non seulement l'objectif du projet IZERE était en parfaite cohérence avec l'objectif général de la politique nationale de santé mentale (*Réduire la charge de morbi mortalité liée à la maladie mentale, par des soins adaptés au contexte et accessibles à la communauté)* , mais également les actions du projet s'articulaient bien avec celles des autres intervenants en santé mentale au Burundi comme HealthNet TPO, consortium Memisa, CNPK, etc…

S'agissant de l' '***Efficacité***', l'évaluation note que le projet a amélioré la prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale (biologique, psychosociale et sociétale) de la population de la zone d'intervention. Malgré quelques insuffisances constatées, les approches mises en œuvre ont été très efficaces et les résultats visés ont été atteints.

En ce qui est de l'***'Efficience',*** le niveau d'efficience de la gestion du projet est jugé élevé malgré des faiblesses constatées dans l'allocation budgétaire. L'utilisation des ressources a globalement été rationnel et le rapport coût-efficacité de l'intervention (41.9 €/ cas traité ; soit 47.34 USD) permet de juger celle-ci de « coût-efficace ».

Si on considère par ailleurs le critère d'***'Impact',*** le programme a eu un impact élevé dans la zone d'intervention du projet.
En effet, au niveau communautaire, la communauté aura acquis de meilleures connaissances sur la santé mentale, la discrimination envers les malades mentaux a diminué et elle dispose des personnes pouvant aider dans l'orientation pour choisir les meilleures solutions en santé mentale.

Au niveau des formations sanitaires, des prestataires de soins ont été formés sur la santé mentale et les médicaments psychotropes et antiépileptiques rendus disponibles dans des FOSA. Cependant, il subsiste des problèmes liés à l'approvisionnement et à la

gestion de ces médicaments pour garantir une meilleure disponibilité et une meilleure accessibilité.

Enfin, BADEC-Caritas Ngozi a été renforcé au niveau organisationnel et technique.

Enfin, en considérant le critère de ***'Durabilité',*** il existe des preuves probantes de la durabilité des interventions au-delà de la durée du projet. Le degré d'appropriation des interventions par les parties prenantes est élevé et ces dernières ont été renforcées dans l'optique de leur permettre de devenir autonomes au-delà de la durée du projet. Cependant, des mesures adéquates doivent être prises pour les facteurs identifiés comme potentiellement nuisibles à la durabilité des résultats de ce projet.

Au chapitre des **critères transversaux**, l'évaluation a noté tout d'abord qu'en ce qui est du '***Genre',*** malgré l'absence de spécification des activités sur cette thématique au moment de sa conception, le projet a pris en compte la dimension « genre » et a contribué à réduire les violences domestiques durant sa mise en œuvre.

Ensuite sur le volet ***'Environnement',*** le projet a indirectement contribué à la protection de l'environnement par une réduction sensible des feux de brousse, de la déforestation et de la pollution du sol. Par ailleurs, la mise en œuvre du projet a contribué à l'amélioration de la fertilité du sol par le fumier issu de l'élevage du petit bétail et à la lutte contre l'érosion par le biais des fourrages plantés sur les courbes de niveau.

Enfin l'évaluation de l'***'Intégration dans les soins de santé primaires'*** note que le projet a permis d'insérer la prise en charge des maladies mentales dans les activités de soins de santé primaires menées dans la zone de mise en œuvre. En dépit de quelques insuffisances constatées, des résultats encourageants ont été obtenus au niveau micro systémique sur tous les piliers du système de santé excepté sur le pilier en rapport avec le système d'information sanitaire. En effet, l'évaluation a constaté que les indicateurs de santé mentale ne sont pas encore paramétrés dans le DHIS2 ; ce qui limite l'utilisation de l'information sur l'ampleur des troubles mentaux pour une prise de décisions.

Recommandations

Au terme de l'évaluation, les évaluateurs ont formulé des recommandations dirigées vers (i) la planification des activités en faveur des droits des personnes souffrant des maladies mentales pour les prochaines formulations, (ii) l'amélioration de l'approche de formation des prestataires en santé mentale, (iii) l'amélioration de la formation des ASC en santé mentale, (iv) l'amélioration de la mobilisation communautaire, (v) l'amélioration de l'approche associative des AGRs, (vi) une meilleure synergie garantissant l'accès aux psychotropes, (vii) l'amélioration du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments des maladies mentales, (viii) l'amélioration de l'approche des groupes de parole, (ix) une meilleure durabilité financière, (x) la réussite de l'intégration effective des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires ainsi que (xi) celles en rapport avec les formulations futures.

Par ailleurs, l'équipe d'évaluation fait une proposition de thématiques en santé mentale qui peuvent faire objet d'un focus de recherche.

Table des matières

REMERCIEMENTS i
Liste des abréviations x
Liste des tableaux xii
Liste des encadrés xiii
Définitions des principaux concepts utilisés xiv
1 INTRODUCTION 1
1.1 Problématique 1
1.2 Contexte de l'évaluation 2
1.3 Objectifs de l'évaluation 3
1.3.1 Objectif global 3
1.3.2 Objectifs spécifiques de l'évaluation 3
1.4 Champ de l'évaluation 4
2 Approche méthodologique 6
2.1 Méthodes d'évaluation 6
2.1.1 Volet qualitatif 6
2.1.2 Volet quantitatif 7
2.1.3 Processus d'évaluation 7
3 Les constatations 8
Pertinence 8
Cohérence 13
Efficacité 17
Efficience 33
Impact 36
Durabilité 47
Genre 52
Environnement 53
4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 59
4.1 Conclusion 59
4.2 Recommandations 61

5 ANNEXES I

Annexe 1 : Résumé des cas traités et des séances de sensibilisation..... I

Annexe 2 : Outils de collecte des données V

Annexe 3 : Termes de Référence de l'Evaluation finale du projet IZERE Santé mentale au Burundi XXVI

Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées XLII

Liste des abréviations

AGR	: Activités génératrices de revenu
ANAPRODM	: Association Nationale pour l'Accompagnement et la Protection des Droits des Malades mentaux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BADEC	: Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CAD	: Comité d'Aide au Développement
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS	: Centre de Santé
CNPK	: Centre NeuroPsychiatrique de Kamenge
DGD	:Direction Générale pour la coopération au Développement
DHIS2	: District Health Information Software 2
DODS	: Direction de l'Offre et de la Demande de Soins
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
DTF	: Document Technique et Financier
ECD	: Equipe Cadre de District
ECMS	: Education à la Citoyenneté Mondiale et Solidaire
ECP	: Equipe Cadre de Province
FG	: Focus-Group
FOSA	: Formation Sanitaire
HD	: Hôpital de District
ICER	: Incremental Cost-Effectiveness Ratio
INSP	: Institut National de Santé Publique
IOV	: Indicateur objectivement vérifiable
LC	: Louvain Coopération
MCD	: Médecin Chef de District
MD	: *Medical Doctor*
MPH	: *Master in Public Health*

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

MSV : Médecins Sans Vacances

MUSA : Mutuelle communautaire de Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

ODD : Objectifs de Développement Durable

ODK : Open Data Kits

ONG : Organisation non gouvernementale

OS : Objectif Spécifique

PEC : Prise en charge

PhD : *Philosophiæ Doctor*

PIB : Produit Intérieur Brut

PTFs : Partenaires Techniques et Financiers

RCEI : Ratio Coût-Efficacité Incrémental

RDC : République Démocratique du Congo

RTNB : RadioTélévision Nationale du Burundi

TPO : *Transcultural Psychosocial Organisation*

UCL : Université Catholique de Louvain

UCODE-AMR : Union pour la Coopération et le Développement-Appui au Monde Rural devenue Association Unissons les forces pour la Coopération, le Développement et Appui au Monde Rural asbl

USD : *United States Dollar*

VSF : Vétérinaires Sans Frontières

Liste des tableaux

Tableau 1 : Niveau de réalisation des activités 17
Tableau 2 : Allocation budgétaire du projet IZERE santé mental 33

Liste des encadrés

Encadré 1 : Ce qui aurait dû être fait pour une meilleure pertinence 12
Encadré 2 : Ce qui aurait dû être fait pour une meilleure Cohérence 16
Encadré 3 : Recommandations pour une meilleure efficacité de l'approche de formation des prestataires 19
Encadré 4 : Recommandations pour une meilleure efficacité de la formation des ASC 20
Encadré 5 : Recommandations pour une meilleure efficacité de la mobilisation communautaire..... 21
Encadré 6 : Recommandations pour une meilleure efficacité de l'approche formation des leaders religieux 22
Encadré 7: Recommandations pour une meilleure efficacité de l'approche associative des AGRs..... 25
Encadré 8 : Recommandations pour une meilleure synergie garantissant l'accès aux psychotropes..... 27
Encadré 9 : Recommandations pour améliorer l'efficacité du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments..... 29
Encadré 10 : Recommandations pour améliorer l'approche groupe de parole 30
Encadré 11 : Proposition de thématiques de recherche en santé mentale au Burundi..... 45
Encadré 12 : Recommandation pour une meilleure durabilité financière 49
Encadré 13 : Ce qui aurait dû être fait pour une meilleure Durabilité..... 51

Définitions des principaux concepts utilisés

Santé mentale

Selon l'OMS, la santé mentale correspond à un état de bien être mental dans lequel les personnes sont en mesure d'affronter les multiples sources de stress de la vie, d'atteindre leur plein potentiel, d'avoir une activité productive et féconde et de contribuer à la vie collective[1].

Troubles mentaux :

Selon l'OMS[2], les troubles mentaux se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Il existe toute une gamme de troubles mentaux, qui se manifestent sous des formes différentes. Ainsi, parmi les troubles mentaux figurent: la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du développement, y compris l'autisme.

Psychotropes :

D'une manière générale, un psychotrope est une substance chimique qui agit sur le psychisme. Un terme qui désigne donc à la fois les drogues et les médicaments. Mais dans ce dernier cas, le psychotrope est utilisé pour augmenter ou diminuer l'humeur d'un individu, c'est à dire pour la « normaliser ». Ces constations, issues de la définition, amènent à diviser les psychotropes en plusieurs catégories : Les antidépresseurs, les hypnotiques ou somnifères, les anxiolytiques ou tranquillisants, les neuroleptiques, les psychodysleptiques.

Groupes de paroles :

Un groupe de parole est une pratique de psychothérapie qui rassemble plusieurs patients, généralement autour d'un thème prédéfini et afin de permettre l'expression de conflits, de souffrances et éventuellement de réflexions sur les moyens de les résoudre.

---

[1] **OMS**. Préparation et action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID 19 ; CONSEIL EXÉCUTIF Cent quarante huitième session, IEB148/20, 8 Janvier 2021

[2] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#: consulté le 21 02 2022 à 13h.

Psychoéducation[3] :

La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Le périmètre de la psychoéducation varie selon les auteurs : certains sont plus restrictifs et la limitent a` des interventions par des professionnels pour des individus souffrant de troubles psychiques[4], alors que pour d'autres, des pairs peuvent intervenir, pour des familles et pour «faire face a` un défi significatif de l'existence»[5].

Les Critères du Comité d'Aide au Développement (CAD)[6] :

Pertinence :

Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue.

Cohérence :

Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution.

Efficacité :

Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations.

Efficience :

Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.

Impact :

---

[3] Favrod J, Bonsack C. Qu'est-ce que la psychoe´ducation ? Sante Mentale 2008;126:26–32.

[4] Goldman CR. Toward a definition of psychoeducation. Hosp Community Psychiatr 1988;39:666–8.

[5] Griffiths CA. The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. Int J Psychosoc Rehabil 2006;11:21–8.

[6] **OCDE :** Critères du CAD pour l'évaluation de l'aide au développement. https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-cad-evaluation.htm

Mesure selon laquelle l'intervention a produit des changements de vaste portée en termes d'importance, de potentiel transformateur, d'envergure ou d'échelle temporelle.

***Viabilité/durabilité* :**

Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.

1 INTRODUCTION

1.1 Problématique

La charge des troubles mentaux continue de croître et d'avoir une forte incidence sur la santé ainsi que des conséquences majeures sur le plan social, économique et des droits de l'homme dans tous les pays du monde. Les troubles mentaux constituent une des principales causes de morbidité et la première cause d'incapacité dans le monde et plus particulièrement dans des pays aussi fragiles que le Burundi. En effet, selon une revue systématique et une méta-analyse[7] réalisées en 2014 sur la mortalité par parmi les personnes atteintes de troubles mentaux et les implications sur la charge de morbidité mondiale a estimé que 14,3 % des décès dans le monde étaient attribuables aux troubles mentaux, soit environ 8 millions de décès chaque année. Par ailleurs, une étude conduite en 2017[8] a estimé que 792 millions de personnes vivaient avec un trouble de santé mentale quelconque, soit 10,7 % de la population mondiale ; les plus répandues étaient l'anxiété (284 millions de personnes, 3,8 % de la population) et la dépression (264 millions de personnes, 3,4 % de la population).

Une étude récente sur les problèmes de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19[9] a révélé que la prévalence mondiale était plus élevée qu'avant la pandémie. En effet, bien que les estimations varient considérablement d'un pays à l'autre, les données mondiales suggèrent 28,0 % pour la dépression ; 26,9 % pour l'anxiété ; 24,1 % pour les symptômes de stress post-traumatique ; 36,5 % pour le stress ; 50,0 % pour la détresse psychologique ; et 27,6 % pour les troubles du sommeil.

Au Burundi, selon l'enquête réalisée en 2018 par le ministère, en étroite collaboration avec la Coopération Suisse, dans 4 provinces du pays (Bujumbura Mairie, Gitega, Ngozi, Rumonge) et ayant ciblé 3000 ménages, plus de 6 personnes sur 10 enquêtées semblaient manifester une difficulté psychologique et plus de 4 personnes sur 10

[7] Elizabeth Reisinger Walker, Robin E McGee, Benjamin G Druss. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry . 2015 Apr;72(4):334-41.2015 Apr;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502

[8] Saloni Dattani, Hannah Ritchie and Max Roser (2021) - "Mental Health". *Published online at OurWorldInData.org.* Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/mental-health' [Online Resource]

[9] Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K. *et al.* Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* **11,** 10173 (2021). https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8

présentaient des troubles psychologiques dont 33,4% avaient connu des évènements traumatisants, 8,9% souffraient des troubles anxieux, 4,4% de la psychose aiguë, 4,5% de la schizophrénie, etc. D'après la même étude, les troubles mentaux enregistrés dans les trois centres neuropsychiatriques disponibles au pays(Bujumbura, Gitega et Ngozi) de 2015 à 2017 dépassent les 22000 cas.

1.2 Contexte de l'évaluation

Louvain Coopération au Développement, Louvain Coopération en abrégé, LC en sigle, est l'ONG de l'Université Catholique de Louvain (UCL) qui conçoit le développement comme un processus de transformation sociale permanent et dynamique qui donne aux populations les plus défavorisées la possibilité de construire une société plus juste où chacun se sent capable de réaliser son potentiel humain.

Afin de contribuer à cette vision du développement, LC mobilise les ressources humaines et scientifiques de la communauté universitaire pour apporter des compétences nécessaires à aider les populations nécessiteuses à réaliser leur potentiel et jouir d'une vie épanouie. Ainsi, LC contribue en Belgique à des actions d'Education à la Citoyenneté Mondiale et Solidaire (ECMS) et, au Sud, à l'appui des actions en santé, accès aux soins de santé et en sécurité alimentaire et économique.

Au Burundi, LC exerce ses activités depuis 2004 et mène actuellement 4 projets dans 6 provinces parmi lesquels se trouve un projet de santé mentale.

Dans le domaine de la santé mentale, Louvain Coopération met en œuvre depuis 2017, un projet dénommé « IZERE » dont l'objectif est de contribuer à la prise en charge médicale et psychosociale des patients souffrant de troubles mentaux et/ou de détresse psychologique des districts sanitaires de BUYE (plus particulièrement le centre de santé de GATSINDA et l'hôpital de district de BUYE) et de KIREMBA (spécifiquement le centre de santé et l'hôpital de district de KIREMBA) de la province NGOZI. Ce projet est mis en œuvre en partenariat avec le Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire, Association sans But Lucratif (BADEC-Caritas Ngozi ASBL), dont le siège social se trouve au bureau du Diocèse Catholique de Ngozi.

Ce projet utilise une approche holistique d'intervention en tenant compte des trois composantes : les troubles mentaux (sphère biologique), la détresse psychologique (sphère psychosociale) et la santé mentale positive (sphère sociétale). Il s'occupe de la sensibilisation de la communauté pour générer la demande de soins, de la lutte contre la stigmatisation de ces patients, du renforcement de la gouvernance à travers le plaidoyer pour la santé mentale auprès des instances de prise de décision, de la formation (ASC, prestataires de soins et prêtres) ainsi que de la fourniture de médicaments pour la prise en charge de qualité des patients souffrants de troubles mentaux.

Comme ce projet « IZERE » a pris fin en décembre 2021, cette évaluation externe de fin de projet a été commanditée pour en analyser les résultats/performances et tirer des leçons qui serviront au développement des projets ultérieurs dans le domaine de la santé mentale.

1.3 Objectifs de l'évaluation

1.3.1 Objectif global

L'objectif global de l'évaluation finale du projet IZERE (OS1) est d'apprécier les performances réalisées en matière de prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale de la population bénéficiaire par rapport à l'objectif spécifique en vue d'informer le bailleur de fonds et d'apporter des suggestions et recommandations permettant d'améliorer les interventions ultérieures.

1.3.2 Objectifs spécifiques de l'évaluation

D'une manière plus spécifique, la présente évaluation finale aura comme finalités de :

- Vérifier, sur la base de l'état d'avancement et des performances du projet, si les changements escomptés ont été atteints à l'échéance du projet, particulièrement en matière de prise en charge médicale et psychologique des patients ;
- Analyser les 5 critères CAD habituels suivants : pertinence, efficacité, efficience (utilisation rationnelle des ressources), impact et viabilité ;
- Analyser les approches (sensibilisation communautaire, appui en médicaments psychotropes et antiépileptiques aux formations sanitaires, formation du

personnel soignant, appui en activités de réintégration socio-économique dont les activités génératrices de revenus et les groupes de parole ainsi que les approches d'adhésion aux mutuelles de santé, identifier les bonnes pratiques à capitaliser et proposer des voies d'amélioration ;

- Evaluer la qualité des soins offerts aux malades souffrant des troubles mentaux ;
- Evaluer la qualité des données liées à la santé mentale dans le système d'information sanitaire (SIS) et proposer des améliorations ;
- Analyser la distribution actuelle des responsabilités des intervenants dans le processus d'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé et proposer des améliorations ;
- Analyser les effets des interventions des organisations en synergie avec LC dans le cadre du programme quinquennal financé par la DGD (Vétérinaires Sans Frontières - VSF Belgique et LC/Mutuelles de santé) sur la santé des bénéficiaires et proposer des améliorations ;
- Formuler des recommandations opérationnelles à partager avec l'équipe LC
- Analyser la prise en compte de l'aspect genre dans la mise en œuvre des actions et des services.
- Analyser la façon dont les actions du projet affectent l'environnement.

1.4 Champ de l'évaluation

Cette évaluation concerne tous les résultats du projet IZERE. Elle porte notamment sur les 5 résultats suivant :

- **Résultat 1** : La prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux est améliorée (Sphère BIOLOGIQUE).
- **Résultat 2** : Les personnes souffrant de détresse psychologique trouvent davantage de lieux et de personnes formées pour accueillir et prendre en charge cette détresse (Sphère PSYCHOSOCIALE).
- **Résultat 3** : Le réseau des intervenants contribue à la réinsertion socio-économique des patients ainsi qu'à l'évolution du regard de la communauté et des autorités politiques sur la santé mentale (Sphère SOCIETALE).

- **Résultat 4** : Les connaissances produites par le programme de santé mentale sont mises en évidence, valorisées et diffusées.
- **Résultat 5** : Le partenaire BADEC-Caritas est renforcé institutionnellement et assure la mise en œuvre et la durabilité des résultats du projet.

C'est une évaluation qui a été faite pour répondre aux enjeux d'efficacité et d'amélioration des pratiques. Pour y parvenir, il a été effectué une analyse des performances du projet selon les critères CAD et OCDE ainsi qu'une analyse de la prise en compte des thèmes transversaux (genre et environnement).

2 Approche méthodologique

2.1 Méthodes d'évaluation

Des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) ont été utilisées pour la réalisation de cette évaluation finale du projet IZERE « Santé mentale » au Burundi.

2.1.1 Volet qualitatif

Ce volet qualitatif a permis de nourrir les discussions par rapport au projet, son environnement et ses résultats.

Il a ciblé des informateurs clés ayant participé de près ou de loin au projet. Ainsi, nous avons ciblé toutes les parties prenantes impliquées dans le projet et un échantillonnage par choix raisonné nous a conduit à mener des discussions avec la Direction nationale de LC au Burundi, les autorités du MSPLS (Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles PNILMCNT), le secrétaire générale (SG) et l'équipe de BADEC-Caritas chargée de la mise en œuvre du projet sur le terrain à Ngozi, les bénéficiaires ou leurs délégués, les autorités administratives des communes concernées par le projet, le CNP Kamenge / Ngozi, les responsables des formations sanitaires concernées, les autorités sanitaires dans la province de NGOZI, les organisations et projets en synergie avec LC sur le projet (Vétérinaires Sans Frontières Belgique, le projet AMAGARA ARUTA AMAJANA/MUSA, Médecins Sans Vacances (MSV), les membres du consortium MEMISA du projet TWITEHO AMAGARA et les autres acteurs en santé mentale.

Des focus groupes ont été organisés pour les bénéficiaires du projet. Les autres informations recherchées ont été obtenues à l'aide des entretiens individuels auprès du reste des parties prenantes (voir annexe 2 du rapport). Des guides d'entretien avaient été élaborés et utilisés pour la collecte des informations qualitatives.

Les informations collectées ont été codées et analysées thématiquement. La triangulation de ces informations nous a permis de parfaire la compréhension de l'environnement du projet, ses résultats et son impact.

2.1.2 Volet quantitatif

Le volet quantitatif a spécifiquement permis d'apprécier les résultats et l'impact du projet. Les données quantitatives du projet ont été obtenues à partir des rapports du projet et dans les formations sanitaires. Une fiche de dépouillement avait été élaborée à cette fin.

2.1.3 Processus d'évaluation

L'évaluation a été conduite en 3 phases bien distinctes.

Phase d'exploitation documentaire

Après une réunion de cadrage avec la Direction nationale de LC, l'équipe a procédé à l'exploitation des différents documents du projet et une note de cadrage de l'évaluation a été produite et soumise à l'approbation conjointe avec LC et le partenaire BADEC-CARITAS Ngozi.

Phase de collecte des données sur terrain

Sur la base de la méthodologie d'évaluation validée par LC, il a été effectué des visites dans les FOSA et des entretiens avec les parties prenantes citées en haut.

Phase de synthèse

Durant cette phase, les informations collectées sur terrain ont été analysées pour en dégager les résultats sur les différentes questions d'évaluation, en tirer des conclusions et formuler des recommandations. Un rapport de l'évaluation a été rédigé et transmis à LC.

3 Les constatations

Pertinence

La pertinence du projet a été analysée en mettant un focus sur la conception et les objectifs du projet par rapport aux besoins et aux politiques du pays, aux politiques internationales (ODD), aux priorités des bénéficiaires, aux objectifs des partenaires de mise en œuvre (BADEC-CARITAS), au contexte local, aux priorités de la coopération belge.

Constatation n°1 : La conception du projet et les objectifs visés par celui-ci cadraient avec les politiques nationales.

D'abord, le résultat 1 « l*a prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux est améliorée (sphère BIOLOGIQUE) »* et le résultat 2 « l*es personnes souffrant de détresse psychologique trouvent davantage de lieux et de personnes formées pour accueillir et prendre en charge cette détresse (Sphère PSYCHOSOCIALE) »*choisis dans le cadre du projet santé mentale « IZERE » étaient pertinents par rapport à la politique nationale de santé mentale[10] dont la vision est « *une nation qui tient compte d'un état de bien être mental, le promouvoir, le protéger et prévenir tous troubles mentaux ;……* ».

Bien plus, l'objectif spécifique du projet santé mentale 'IZERE' « l*a prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale (biologique, psychosociale et sociétale) de la population de la zone du projet est améliorée »,* cadre bien avec l'objectif général de la politique nationale de santé mentale « *Réduire la charge de morbi-mortalité liée à la maladie mentale, par des soins adaptés au contexte et accessibles à la communauté* ».

Aussi, la conception du projet répondait aux objectifs spécifiques du plan stratégique national de la santé mentale[11] relatifs à l'intégration des soins de santé mentale dans les structures de soins, à l'amélioration du circuit d'approvisionnement en

[10] République du Burundi, MSPLS, Politique nationale de la santé mentale 2016-2025, p. 10-11
[11] République du Burundi, MSPLS, Plan stratégique nationale de la santé mentale 2016-2020, p. 14

psychotropes et à l'amélioration de l'accessibilité des populations aux services de santé mentale.

Par ailleurs, la conception du projet s'alignait à la politique nationale de la santé[12] dans son « *domaine prioritaire d'action II* » relatif à la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles, alinéa (4), où il est spécifié que « *…..la santé mentale, la traumatologie, la santé rééducative…….bénéficient d'une attention particulière et de la promotion des centres d'excellence pour leur prise en charge afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes de populations concernées* ». En effet, le projet IZERE a ciblé la santé mentale comme domaine d'intervention ; ce qui cadre directement avec le domaine prioritaire susmentionné. Pour cela, il a ciblé 2 CDS et 2 hôpitaux de la province sanitaire de Ngozi pour en faire des structures sanitaires d'Excellence pilotes dans la prise en charge des troubles mentaux en y rendant disponibles les médicaments (psychotropes et antiépileptiques) ainsi que des professionnels de soins qualifiés.

Constatation n°2 : La conception du projet et les objectifs visés par celui-ci s'alignaient aux prescrits des politiques internationales.

Plus spécifiquement, le projet est en phase avec les objectifs de développement durable (ODD) de l'organisation des Nations Unies[13].

Premièrement, le projet concourt à la réalisation de l'ODD3 dans son cible 3.4 qui vise à « *…réduire d'un tiers, par la prévention et par le traitement, le taux de mortalité par les maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être* ». Ceci se matérialise par l'action entreprise avec le projet IZERE de prendre en charge « *7.746 personnes soit 5% de la population de la zone d'action dans le but d'améliorer leur santé mentale dont 52% sont des femmes* ». En outre, des prêtres et ASC ont été formés sur l'écoute active en vue de la prévention primaire des troubles mentaux. Enfin, des interventions psychosociales (telles que le counseling) ont été réalisées par le projet dans le cadre de la prévention secondaire.

Deuxièmement, le projet est en harmonie avec l'ODD17 dans son cible 17.17 relatif au *partenariat public-privé* et au *partenariat avec la société civile*. Des synergies ont été

[12] République du Burundi, MSPLS, Politique nationale de la santé 2016-2025, p. 48
[13] Organisation des nations unies, les 17 objectifs de développement durable et leurs 169 cibles.

créées dans le cadre du projet avec différents acteurs pour répondre aux besoins de la population en soins de santé mentale. Ceci est mis en exergue par l'implication dans l'exécution du projet par les différents partenaires publics (CDS et Hôpitaux pilotes, BDS, BPS, PNLMCNT, administrations locales, ASC), privés (CNPK, CNP Ngozi), Eglise catholique (prêtres formés), organisation de la société civile (BADEC-Caritas Ngozi) et ONGs (LC, MSV, VSF,UCODE).

Dans tous les cas, le projet IZERE est en droite ligne avec l'objectif n°2 du Plan d'Action Global pour la santé mentale de l'OMS 2013-2020[14]-qui est par ailleurs reconduit jusqu'en 2030[15]- qui est de « *Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire* » en vue du but général de « *promouvoir le bien-être mental, prévenir les troubles mentaux, dispenser des soins, améliorer les chances de guérison, promouvoir les droits de l'homme et réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux* ».

Enfin, le projet a pris en compte la dimension genre dans la détermination de la place, l'attribution des rôles et la participation équitable des hommes et des femmes. Cela montre que le projet a été en faveur de la promotion de l'égalité entre hommes et femmes ce qui est en accord avec l'ODD 5 en son cible 5.c. qui préconise d'« *adopter des politiques bien conçues et des dispositions législatives applicables en faveur de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles à tous les niveaux et renforcer celles qui existent* ».

Constatation n°3 : La conception du projet et les objectifs visés par celui-ci répondaient aux besoins et priorités des bénéficiaires.

Lors des entretiens individuels et des discussions de groupe, tous les informateurs clés ont confirmé qu'ils trouvaient le projet adapté à leurs besoins et priorités.

[14] OMS : Plan d'action global pour la santé mentale 201 3-2020.
[15] WHO : Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. 2021

En effet, cette pertinence est d'abord relevée par les prestataires des soins qui faisaient face à ces cas de maladies mentales comme cela transparaît dans les propos de l'un d'entre eux suivants :

> *« Oui en effet le projet IZERE est venu répondre aux priorités en la matière si on considère la prévalence des maladies mentales qui étaient objectivées dans la rue comme au centre de négoce que vous avez vu, nous remarquons actuellement une nette diminution des cas de malades mentaux en détresse dans la rue et une augmentation des cas de consultation dans les structures de santé par des patients avec des troubles mentaux…… »*

Ceci est également confirmé par les responsables sanitaires bénéficiaires du projet comme l'exprime celui-ci :

« …les centres de prise en charge de ce genre de maladies sont rares et éloignés et si on doit référer la personne au CNPK, la majorité refusait carrément et abandonnaient les soins alors qu'actuellement ils sont pris en charge à proximité de leur domicile, …. »,

Bien plus, la pertinence du projet est saluée par la majorité des bénéficiaires finaux. Ceci ressort du récit ci-après de l'un des accompagnants des malades participant au focus group :

> *« …..Habituellement, nous avions l'habitude de discriminer un malade mental en lui refusant la parole, en lui refusant sa place dans la société ; mais nous avons finalement compris que c'était plutôt aggraver sa maladie. »*

L'équipe d'évaluation a constaté qu'à travers toutes les approches, le projet s'est attaqué aux problèmes prioritaires dégagés par l'analyse du contexte local de la santé mentale dans le plan stratégique national de la santé mentale[16].

En effet, dans le plan stratégique national de la santé mentale 2016-2020, il avait été mis en évidence plusieurs problèmes prioritaires dont la prévalence élevée des maladies mentales, la méconnaissance des problèmes de santé mentale par les décideurs et la communauté, la faible implication communautaire, l'inaccessibilité des

[16] Plan stratégique national de la santé mentale au Burundi 2016-2020, p.11

populations aux services de santé mentale et un problème de disponibilité des psychotropes dans les FOSA au Burundi.

En outre, comme indiqué dans les conclusions sur l'analyse du contexte local de l'étude de base du projet IZERE[17], il avait été relevé dans la zone de mise en œuvre du projet une fréquence élevée des maladies mentales, une absence de PEC des maladies mentales dans les CDS et HD, des barrières culturelles à l'expression des problèmes psychosociaux et de faibles connaissances de la population en matière de santé mentale.

Ainsi, les approches adoptées (sensibilisation communautaire, appui en AGR aux patients, les groupes de parole et l'appui en médicaments aux FOSA) ont permis de répondre à ces problèmes dans la zone de mise en œuvre du projet.

Encadré 1 : Ce qui aurait dû être fait pour une meilleure pertinence

La mission d'évaluation a constaté que certaines actions pertinentes prévues par le "*Comprehensive Mental Health Action Plan 2019-2030*" , n'ont pas été initiées pour le pilotage dans le cadre du projet IZERE. En effet, il est prévu dans ce plan notamment des actions visant à garantir le respect des droits des personnes souffrant de maladies mentales dans le cadre d'une prise en charge holistique (en référence aux instruments internationaux des droits de l'homme). C'est un aspect qui doit transparaître dans les documents nationaux en matière de santé mentale. Or, il a été constaté que de telles actions n'ont pas été envisagées par aucune approche de mise en œuvre.

En définitive, l'évaluation recommande que pour les prochaines formulations, cet agenda mondial soit pris en considération (plus spécifiquement en ce qui est de cette dimension juridique) pour aider le pays à atteindre les objectifs fixés. A cette fin, la mission d'évaluation propose une collaboration effective avec les Centres de Développement Familial et Communautaire (CDFC).

[17] Évaluation de l'état des lieux de la santé mentale en communes de MWUMBA et KIREMBA de la province NGOZI, 2017

Cohérence

L'analyse de la cohérence du projet vise à apprécier le degré avec lequel l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution. Le critère cherche à examiner comment d'autres interventions (en particulier des politiques) appuient ou affaiblissent l'intervention évaluée, et inversement.

L'évaluation de la cohérence a surtout porté sur :

- l'analyse de la cohérence de la logique d'intervention du projet,
- l'analyse de la cohérence des objectifs du projet avec ceux de la politique et la stratégie nationale de santé mentale
- l'évaluation de la cohérence des approches du projet IZERE avec celles proposées dans le plan stratégique de la santé mentale au Burundi et celles mises en œuvre par d'autres acteurs en santé mentale.

Constatation n°4 : La conception du projet présente une bonne cohérence interne.

En effet, la logique d'intervention dégage une bonne cohérence entre les objectifs fixés, les approches mises en œuvre et les résultats visés. Les indicateurs objectivement vérifiables et les sources de vérification sont bien visibles dans le DTF.

Bien plus, LC étant une ONG universitaire, il a un engagement de mettre les compétences universitaires en pratique pour relever les défis du développement. Ceci passe par un accompagnement des partenaires locaux (associations, organisations de la société civile ou ONG locales) dont ils assurent la formation et l'appui pour mener à bien les projets avec un objectif de renforcement des capacités locales et de durabilité des projets mis en œuvre. Ainsi, l'exécution du projet IZERE par BADEC-Caritas Ngozi qui, comme entité de Caritas Burundi, jouit de la personnalité juridique civile en vertu de l'article 3 §3 de l'Accord-cadre entre le Saint Siège et la République du Burundi sur les matières d'intérêt commun, est en harmonie avec le mode d'action de LC.

En outre, l'évaluation a noté que l'engagement de LC est une approche intégrée pour répondre durablement aux besoins des populations par des projets intégrés prenant en compte également les aspects 'environnement' et 'genre'. Il a été constaté que les approches utilisées pour la mise en œuvre du projet IZERE (Appui en médicaments aux Formations Sanitaires-FOSA-, sensibilisation communautaire, appui en AGR aux patients et groupes de parole), cadrent bien avec cet engagement.

Constatation n°5 : L'évaluation a noté que les objectifs/résultats du projet étaient cohérents avec la politique nationale et le plan stratégique national de la santé mentale.

Il apparait que l'objectif du projet santé mentale IZERE est en parfaite cohérence avec l'objectif général de la politique nationale de santé mentale[18] qui est de « *Réduire la charge de morbi mortalité liée à la maladie mentale, par des soins adaptés au contexte et accessibles à la communauté* ».

L'évaluation a également constaté que les résultats du projet IZERE[19] sont en cohérence avec les objectifs du plan stratégique national de santé mentale. Ainsi par exemple, le résultat 1 du projet IZERE « *La prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux est améliorée* » est en cohérence avec l'objectif spécifique 1 (« *Intégrer les soins de santé mentale dans au moins 20% des structures de soins* ») et l'objectif 5 (« *Renforcer les capacités des ressources humaines en qualité et en quantité* ») du plan stratégique national de santé mentale.

Constatation n°6 : Le projet s'articule correctement avec les actions mises en œuvre par d'autres intervenants en santé mentale au Burundi.

En ce qui concerne la cohérence entre les actions du projet IZERE avec celles des autres intervenants en santé mentale, l'évaluation a noté qu'il existe un cadre d'harmonisation des pratiques à travers les partenariats et les réunions d'échange d'expérience. C'est ainsi que, partageant son expérience acquise en santé mentale, LC a participé en 2018 à la rédaction d'un projet de santé suite à un appel à projets de l'Union Européenne

[18] Politique nationale de santé mentale, 2016-2025, p. 11.
[19] UNI4COOP, Programme commun 2017-2021, BURUNDI, p. 8

(UE) et elle l'a obtenu en collaboration avec les ONGs MEMISA, Médecins Sans Vacances (MSV) et ENABEL. Ce projet « TWITEHO AMAGARA » est mis en œuvre dès mai 2019 dans les provinces Bubanza, Karusi, Muyinga et Ngozi. Il est mené par ce consortium dont le chef de file est MEMISA avec le volet la santé mentale du niveau district sanitaire et au niveau communautaire confié à LC. Ce projet et le projet IZERE bénéficient du co-financement croisé dans la zone de recoupement géographique notamment dans les communes Mwumba et Kiremba de la province Ngozi.

Bien plus, les actions du projet IZERE sont en cohérence avec celles du projet de la coopération Suisse d'« *intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires au Burundi* », exécuté de 2019 à 2023 et dont l'objectif est '*contribuer à mettre en place un système fonctionnel de prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales post traumatiques au niveau communautaire et dans les structures de soins existantes des 4 provinces d'intervention de Bujumbura Mairie, Gitega, Ngozi et Rumonge ».* Les résultats attendus du programme sont notamment des prestataires formés (40 médecins généralistes et 360 infirmiers en santé mentale, 16 psychiatres, infirmiers psychiatres et psychologues cliniciens, 960 agents de santé communautaire (ASC)), des supervisions du personnel et une qualité des soins de santé mentale améliorée, des séances de sensibilisation et éducation des communautés à la santé mentale menées, une contribution à la mise à jour de documents de politiques de santé mentale avec un focus sur la sensibilité au genre ainsi que des actions de recherche, suivi et évaluations.

Par ailleurs, les approches utilisées dans la mise en œuvre du projet de santé mentale IZERE sont également en cohérence parfaite avec les actions prioritaires proposées dans le plan stratégique national de santé mentale[20]. Il s'agit des actions ciblées dans les cinq axes stratégiques du plan qui sont : (i) les services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire, (ii) l'accès aux médicaments psychotropes et antiépileptiques, (iii) le développement des ressources humaines, (iv) l'information, éducation et communication en matière de santé mentale ainsi que (v) le renforcement du système d'information, de la surveillance et de la recherche dans le domaine de la santé mentale.

[20] République du Burundi, MSPLS, plan stratégique national de santé mentale 2016-2020, pges 16,20, 23, 26.

Encadré 2 : Ce qui aurait dû être fait pour une meilleure Cohérence

L'objectif n° 4 du Plan d'Action Global pour la santé mentale 2013-2020 visait à 'Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale'. Les actions qu'il était proposé aux partenaires internationaux et nationaux de mener comprenaient entre autres de 'soutenir la recherche visant à combler les lacunes des connaissances dans le domaine de la santé mentale, y compris sur la prestation des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux'.

L'objectif ainsi que les actions attendues des partenaires ont été reconduits dans le nouveau Plan d'Action Global avec un indicateur de mesure qui est '*Nombre d'articles publiés sur la recherche en santé mentale (définis comme des articles de recherche publiés dans les bases de données scientifiques*) ; ceci est en lumière de la cible mondiale 4.2 : *« les résultats de la recherche mondiale sur la santé mentale doublent d'ici 2030* » étant donné que les résultats contenus dans l'Atlas de santé mentale produit en 2020 montrent qu'au total, 64 646 articles de recherche sur la santé mentale ont été publiés en 2019 correspondant à 4,6 % de la production totale de la recherche en santé générale. Dans cette production, il est noté cependant des disparités entre d'une part les régions de l'OMS (le pourcentage le plus élevé étant enregistré dans la région européenne -8,2 % de la production totale de la recherche- alors que le plus faible l'est dans la région Afrique -2,0 % de la production totale de la recherche- ; et d'autre part les groupes de revenu de la Banque mondiale (le pourcentage était trois fois plus élevé dans les pays à revenu élevé -8 % de la production totale de la recherche- que dans les pays à faible revenu-2,7 % de la production totale de la recherche-.

La mission d'évaluation a constaté qu'il était prévu au Résultat 4 « *Les connaissances produites par le programme sont mises en évidence, valorisées et diffusées* » avec comme action de mener « *Recherche sur les déterminants connus et hypothétiques des problèmes de santé mentale dans le contexte burundais*'

Réalisé comme tel, cela serait en cohérence avec l'engagement de LC qui, comme ONG de l'UCL, se doit de mobiliser les énergies et les expertises universitaires en appui aux projets mis en œuvre ; en l'occurrence ici pour des productions scientifiques sur la thématique. Nous suggérons que pour des formulations futures, des projets de recherche conduits par les Enseignants de l'UCL soient conduits en partenariat avec les institutions académiques du pays.

Efficacité

L'analyse de l'efficacité a eu comme objet de vérifier la transformation des Produits en Effets. En effet, il s'agissait de connaître la mesure dans laquelle les objectifs et les résultats du projet ont été atteints et la part des approches utilisées ainsi que les facteurs ayant contribué à la réussite/échec. Nous avons focalisé notre attention les quatre critères suivants : La réalisation des indicateurs objectivement vérifiables, les changements dans l'offre des soins, les changements dans la communauté vis-à-vis des personnes souffrant des troubles mentaux.

Constatation N°7 : Les résultats escomptés ont été atteints et tous les indicateurs ont un taux de réalisation supérieur ou égal à 100%.

L'examen des rapports du projet a montré que les objectifs fixés ont été atteints sur toutes les activités mis en œuvre dans le projet avec un taux de réalisation supérieur ou égal à 100%.

Tableau 1 : Niveau de réalisation des activités

Indicateur objectivement vérifiable	Cible	Atteints	Désagrégation par sexe		Taux d'exécution
7.746 personnes soit 5% de la population de la zone d'action sont prises en charge dans le but d'améliorer leur santé mentale dont 52% sont des femmes (cumulatif)	7.746	9087	H	F	117 %
			4242	4598	
Nombre de prestataires de soins formés à l'utilisation du guide d'intervention mhGAP de l'OMS dont 50% sont des femmes (cumulatif)	16	19	H	F	119 %
			15	4	
Nombre de professionnels des soins de santé primaires (SSP) qualifiés au sein des 2 CDS et des 2 hôpitaux pilotes qui utilisent les psychotropes et les antiépileptiques (cumulatif)	12	13			108 %
Nombre d'interventions psychosociales (telles que le counseling) réalisées dans les 2 CDS et les 2 hôpitaux pilotes dont 52% pour des femmes (cumulatif)	1.743	2254	H	F	129 %
			930	1355	
Nombre de prêtres qui ont été formés à la santé mentale (cumulatif)	6	11			183 %
Il existe un Paquet Minimum d'Activités (PMA) lié à la santé mentale au sein du Paquet Minimum d'Activités Santé du Burundi (cumulatif)	1	1			100 %
Nombre de réunions de sensibilisation des autorités administratives (annuel)	10	10			100 %
Recherche sur les déterminants connus et hypothétiques des problèmes de santé mentale dans le contexte burundais (cumulatif)	1	2			200 %
Indice de renforcement des capacités du partenaire avec l'outil 'Questions pour le Renforcement des Capacités du Partenaire (QRCP) de LC cumulatif	70%	77%			110 %

Cependant, même si l'on note un bon niveau de résultats obtenus sur toutes les activités, il est nécessaire de signaler une progression variable sur les différents indicateurs.

Ainsi, même si elle a connu un bon niveau de réalisation, la PEC a souffert d'un retard de mise en œuvre car elle n'a débuté qu'au cours de la deuxième année de l'exécution du projet. Selon les informations recueillies auprès des gestionnaires du projet, cela était dû au retard de démarrage de la formation des prestataires de soins pour des raisons relatives à la contractualisation avec le partenaire en charge de la formation (CNPK). De même, la formation des prêtres a connu également le même retard.

Constatation N°8: L'approche de formation des prestataires de soins a été très efficace.

La formation des prestataires a permis la prise en charge des maladies mentales dans les FOSA de la zone d'intervention du projet. Elle a permis de renforcer les compétences des équipes médicales et d'assurer une prise en charge des cas de maladies mentales. Le nombre de prestataires qui devraient être formés l'a été.

Malgré des progrès obtenus, il convient de noter que selon les informations collectées auprès des prestataires et des responsables sanitaires, la continuité de la prise en charge des cas n'était pas assurée car un petit nombre de prestataires était formé (2 par CDS et 4 par HD soit 2 infirmiers et 2 médecins). Chaque fois qu'un cas se présentait, l'infirmier ou le médecin formé était le seul à être appelé pour la prise en charge. L'équipe d'évaluation émet l'hypothèse que l'approche de formation utilisée ne mettait pas un accent particulier sur la restitution auprès des autres prestataires du contenu de la formation reçue.

Les responsables sanitaires ont également signalé l'absence de psychologues dans les FOSA pour assurer la PEC psychologique des patients.

> *« …….nous avons demandé qu'on affecte des psychologues mais en vain, nous avons fait recours aux prestataires affectés dans la prise en charge du VIH pour qu'ils nous appuient en ce qui est du soutien psychologique…… »*

Ceci est ainsi au moment où, s'il est vrai que l'Atlas de santé mentale de 2020[21] a trouvé que de façon générale, la répartition des différentes catégories de ressources humaines pour la santé mentale était uniforme d'une région à l'autre et au sein groupes de revenu de la banque mondiale avec globalement les infirmières qui représentent 44 %, il a été une exception dans la région Amérique où la proportion de psychologues serait plus élevée que celle des infirmières et psychiatres (4,6 psychologues pour 100 000 habitants contre 3,6 infirmières et 1,9 psychiatre pour 100 000 habitants).

Encadré 3 : Recommandations pour une meilleure efficacité de l'approche de formation des prestataires

1. Faciliter les ateliers/réunions de restitution des formés envers leurs collègues ce qui va augmenter l'appropriation par les autres prestataires ;
2. Plaider pour l'intégration d'un module de santé mentale dans les curricula de formation des médecins et des infirmiers au Burundi ;
3. Organiser des formations sur la santé mentale pour les lauréats des facultés de médecine à l'instar des formations organisées sur la prise prise en charge du VIH/SIDA
4. Faire le plaidoyer pour que les « intervenants psychosociaux » dans le VIH soient également mis à profit dans la santé mentale
5. Imprimer et afficher les protocoles de prise en charge dans les services des urgences ;
6. Constituer des pools de prestataires-formateurs afin d'avoir des personnes ressources locales pouvant assurer la formation d'un plus grand nombre de prestataires ;
7. Organiser des formations professionnelles des prestataires infirmiers leur permettant d'acquérir des compétences dans le suivi et soutien psycho-thérapeutique des patients souffrant de troubles psychologiques pour pallier au problème de manque de psychologues.
8. Constituer des FOSA d'excellence locale pouvant servir de stage d'immersion des prestataires des autres FOSA.
9. Plaider pour l'affectation des Psychologues dans des structures de soins.

[21] WHO. Mental Health Atlas 2020. 2021

Constatation N°9 : La formation des ASC et la mobilisation communautaire ont été très efficaces.

Parmi les activités du projet, il était préconisé une formation des ASC sur le counseling en vue de leur permettre de venir en aide aux personnes se trouvant en détresse psychologique. L'équipe d'évaluation a ainsi noté que les ASC qui étaient ciblés ont tous été formés.

Ils ont joué un rôle central dans la mise en œuvre du projet en éveillant la communauté sur la réalité des maladies mentales par des animations communautaires, en détectant précocement ces maladies et en participant à leur prise en charge par des séances de counseling au niveau communautaire ou par une référence vers une formation sanitaire.

C'est une approche qui s'est révélée très efficiente car elle a permis de toucher plus de personnes à un moindre coût. Elle s'est révélée être à haut impact et s'inscrit dans la durabilité du projet. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a fait le constat que les modules de formation disponibles portent uniquement sur la sémiologie et les actions à prendre sur les maladies mentales. Il aurait été préférable de leur ajouter un module leur permettant d'avoir des compétences dans la conduite même des séances de sensibilisation communautaire.

Encadré 4 : Recommandations pour une meilleure efficacité de la formation des ASC

1. Concevoir et intégrer un module sur le déroulement d'une séance de sensibilisation (technique, durée, attitude, nombre de participants, …) selon les thématiques spécifiques.
2. Constituer des pools de TPS-formateurs afin d'avoir des personnes ressources locales pouvant assurer la formation d'un plus grand nombre d'ASC;
3. Constituer des Groupement d'Agents de Santé Communautaires (GASC) d'excellence locaux pouvant servir de stage d'immersion des ASC des autres aires de responsabilité.

Par ailleurs, l'équipe d'évaluation trouve qu'il y a d'autres canaux de sensibilisation qui pourraient permettre une mobilisation à large échelle et ainsi contribuer à une meilleure efficacité dans la prise en charge des maladies mentales

Encadré 5 : Recommandations pour une meilleure efficacité de la mobilisation communautaire

1. Utiliser des radios autres que « UMUCO FM » comme la RTNB qui est très écoutée en milieu rural au Burundi pour faire passer des messages radiophoniques et améliorer le rayonnement national du projet
2. Profiter du théâtre radiophonique « NINDE », émission la plus écoutée au Burundi pour sensibiliser le grand public.
3. Initier des « clubs santé mentale » dans les écoles pour améliorer l'efficacité, l'impact et la durabilité des interventions en santé mentale
4. Cibler les jeunes des mouvements d'action Catholique pour faire passer des messages en faveur des interventions en santé mentale ;
5. Cibler les guérisseurs traditionnels et les sensibiliser à toujours référer tout malade mental dans les formations sanitaires pour une meilleure prise en charge. En effet, les guérisseurs traditionnels sont une partie prenante importante qui est imposée par la représentation de la maladie mentale dans la société burundaise.

Constatation N°10 : Les prêtres formés sont devenus des acteurs clés de mobilisation communautaire et de PEC communautaire des cas.

Toujours dans l'optique de « *permettre aux personnes souffrant de détresse psychologique de trouver davantage de lieux et de personnes formées pour les accueillir et les prendre en charge »(Résultat 2)*, le projet IZERE a assuré la formation de 6 prêtres exerçant leur ministère dans la zone du projet.

Très écoutés et très respectés, ils ont sensibilisé le public durant leur homélie sur la santé mentale.

> *« ……Oui parce que les prêtres sont des gens qui ont toujours des personnes à recevoir y compris ceux qui sont en difficulté ; ce ne sont pas obligatoirement ces prêtres qui les soignent mais ils peuvent les orienter sur l'attitude à prendre mais également contribuent à la sensibilisation des gens lors des différents*

rassemblements à l'église sur la façon de considérer un malade mental et même sur la prévention de celles-ci…. »

Bien plus, ils ont assuré une prise en charge des cas simples de maladies mentale par écoute active et le counseling et en ont référés aux FOSA si besoin. Ils ont amélioré l'impact du projet en touchant une grande partie de la population lors des messes dominicales, les catholiques représentant 61.4% de la population au Burundi[22]. Le projet a atteint l'objectif par rapport à la cible. Néanmoins, l'équipe d'évaluation trouve qu'il y a une part non négligeable de la communauté non touchée par la sensibilisation via leurs leaders religieux.

L'évaluation des risques qui pourraient entraver l'efficacité de cette approche a trouvé que le risque majeur pour cette approche est la mutation des prêtres formés. Ceci milite alors en faveur de la constitution d'un grand nombre de prêtres formés et l'implication d'autres leaders religieux.

Encadré 6 : Recommandations pour une meilleure efficacité de l'approche formation des leaders religieux

1. Etendre la formation aux autres prêtres ; dans un premier temps à ceux de la zone d'intervention du projet et par la suite à ceux de toute la zone d'intervention du partenaire d'exécution (Diocèse Ngozi).
2. Cibler également les pasteurs de l'église protestante (les protestants représentent 21.4% de la population)
3. Cibler les cheiks musulmans (les musulmans représentent 2.5% de la population)

Constatation N°11 : Les Activités Génératrices de Revenus (AGR) ont joué un rôle crucial dans la réinsertion socioéconomique des bénéficiaires.

Dans le cadre de renforcer la cohésion et le soutien mutuel entre les bénéficiaires du projet et d'assurer la réinsertion socio-économique des patients guéris, stabilisés ou en

[22] Recensement général de la population et de l'habitat au Burundi, 2008, p. 56.

convalescence, des AGR ont été initiées en vue d'améliorer leurs capacités d'auto-prise en charge[23].

Entre autres AGRs subventionnées, on peut citer le petit commerce des vivres comme le haricot et les bananes, l'élevage de petit bétail (chèvres et des porcs) ainsi que la vente des articles divers dans des boutiques. En elles-mêmes, ces AGRs donnaient plus de poids à la réinsertion socio-économique que les autres interventions.

D'après les bénéficiaires participant aux FG , ces AGRs ont permis qu'ils recouvrent les anciennes habitudes d'avant la maladie et qu'ils se sentent valorisés car ils se retrouvaient souvent dépossédés de leur héritage par les membres de leurs familles non malades. Bien plus, il a été rapporté des cas de non accompagnement des malades par les membres de leurs propres familles ; ceux-ci voulant plutôt que ce malade reste dans cet état de maladie mentale afin qu'il ne puisse pas revenir et réclamer sa part d'héritage.

Les propos de ce responsable sanitaire rencontré illustrent cette problématique :

> *« ……ce que j'ajouterais c'est qu'il y a certaines familles suite peut être aux conflits familiaux qui existent, si ils remarquent que l'un d'eux développe un problème mental on dirait qu'ils ne sont pas contents s'il recouvre sa santé parce que probablement ils n'aimeraient pas qu'il revienne pour le partage des terres……. Je l'ai constaté quand j'ai demandé au frère d'un malade de venir rester à ses côtés à l'hôpital comme garde malade ; celui-ci a refusé et a demandé combien il allait être payé pour être garde malade, …… »*

De plus, ces AGR ont généré des bénéfices qui les ont aidé à acheter les médicaments, à adhérer aux mutuelles communautaires de santé et à améliorer leurs conditions de vie. Ceci est illustré par les propos de l'un des bénéficiaires :

> *Actuellement nous faisons recours aux structures de soins au lieu d'aller voir les tradipraticiens car avec les revenus tirés des AGRs, nous pouvons cotiser pour les mutuelles et nous acheter des médicaments même si ceux-ci sont très chers »*

Cela est confirmé par les propos de ce prestataire :

[23] Louvain Coopération : Approche d'appui en AGR aux patients guéris, stabilises ou en convalescence des communes de KIREMBA et MWUMBA.

> *« ….moi je pense que c'était indispensable car tomber malade est imprévisible et donc les bénéfices tirés du commerce ou de l'élevage ont permis à ce qu'ils puissent se faire soigner sans difficultés* ».

L'évaluation a trouvé que l'approche associative utilisée leur a permis de se soutenir mutuellement par la création de tontines qui ont contribué à subvenir aux besoins des plus démunis. Cet aspect est confirmé par les propos d'un des participants au focus groupe des leaders associatifs

> *« ……BADEC-Caritas nous a donné comme somme de démarrage, ……nous sommes associés et chacun contribuait 200FBU par mois, ……avec le fonds ainsi constitué, nous pouvions assister un d'entre nous en difficultés c'est-à-dire que celui-ci pouvait contracter un prêt et en plus on pouvait arriver à se départager l'argent épargné et chacun pouvait aller s'acheter soit des lapins ou des poulets pour commencer son élevage… ».*

Bref, les AGR ont été d'une grande importance dans ce projet. Elles ont contribué à l'augmentation de l'estime de soi, à la restauration de la considération sociale et à l'augmentation du revenu du ménage et du niveau social.

L'équipe d'évaluation estime que le succès enregistré avec ces AGR est en partie lié au fait de la formation préalable des leaders de ces AGRs sur la gestion de celles-ci et des associations en général.

L'équipe d'évaluation a noté que le choix des AGR s'est fait lors des séances de groupe de parole ayant ciblé principalement l'élevage des chèvres. Par ailleurs, l'équipe note que la constitution des groupes se faisait par proximité géographique ; faisant du coup que la personne seule sur une colline était appelée à se joindre aux autres de la colline voisine la plus proche de son domicile. Les évaluateurs estiment que ceci ne favorisait pas une pleine participation journalière de tous les membres du groupe dans la réalisation de l'activité en question. Or, ces stabilisés/guéris ont besoin de se soigner en travaillant (Ergothérapie) en vue de garantir leur réhabilitation psychomotrice. L'équipe suggère qu'il faudrait envisager ainsi des AGR répondant à cet impératif comme les petits métiers (tisserie, broderie, vannerie, …) qu'ils peuvent apprendre facilement une fois en voie de stabilisation et ainsi continuer à exercer une fois stabilisés ; ceci leur permettra de garantir leur autonomie financière.

Encadré 7: Recommandations pour une meilleure efficacité de l'approche associative des AGRs

Identifier les AGRs qui ont une répercussion évidente sur la continuité des soins (Ergothérapie en vue de la pleine réhabilitation psychomotrice) ainsi que l'autonomie financière

Constatation N°12 : Malgré quelques insuffisances, la synergie avec les différents intervenants a été un des facteurs déterminants pour l'atteinte des résultats.

Ce constat a été fait par les bénéficiaires, l'équipe BADEC-Caritas Ngozi et l'équipe de LC.

La synergie avec le Centre Neuro Psychiatrique (CNP) Ngozi et le Centre Neuro Psychiatrique de Kamenge (CNPK) a aidé dans la formation et dans l'accompagnement des prestataires, des ASC et des prêtres. En effet, cette formation a tiré profit de l'appui par Médecins Sans Vacances (MSV) au CNP Ngozi. Celui-ci a en effet contribué à la formation et à l'accompagnement des prestataires formés des 2 CDS et des 2 hôpitaux pilotes via les visites des volontaires spécialistes en santé mentale de MSV ; ce qui constituait un canal privilégié de transfert des connaissances en santé mentale.

Gestionnaire du projet « AMAGARA ARUTA AMAJANA » qui aide à l'accès aux soins de santé pour la population du secteur rural et informel, UCODE AMR a facilité l'accès aux soins en octroyant aux ménages des malades mentaux des cartes d'accès aux soins (par subvention du montant de la cotisation à la mutuelle de santé). En effet, 280 (en 2018 : 62 , en 2019 : 17 et en 2020 : 201) ménages affectés par les pathologies de santé mentale ont bénéficié des cartes mutuelles par le biais de UCODE AMR. Cependant cette synergie n'a pas été bénéfique quant à l'accès aux psychotropes car les mutuelles communautaires ne prennent pas en charge les maladies chroniques.

En outre, cette synergie a facilité dans la mise en œuvre des AGRs. En effet, les familles des bénéficiaires du projet Santé mentale qui répondaient aux critères de sélection du projet Développement du Petit Elevage (DEPEL) mis en œuvre par VSF-Belgique et son partenaire UCODE AMR ont bénéficié des animaux offerts par le projet pour pouvoir améliorer leurs conditions de vie et ainsi faire face aux besoins liés à la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux ou en détresse psychologique. A ce titre, 282 ménages affectés par les pathologies de santé mentale ont reçu des chèvres via VSF-Belgique[24].

[24] Louvain Coopération. Rapport annuel des activités 2021. Janvier 2022

L'équipe d'évaluation note l'insuffisance de la synergie à assurer l'accès aux psychotropes pour les malades avec troubles mentaux de la zone du projet.

Encadré 8 : Recommandations pour une meilleure synergie garantissant l'accès aux psychotropes

Identifier un partenaire potentiel pouvant subventionner la mutuelle communautaire en ce qui est des psychotropes

Constatation N°13 : Le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments psychotropes et antiépileptiques n'a pas été efficace.

D'abord, tout comme pour la prise en charge des patients, l'évaluation du projet a noté un retard d'approvisionnement des FOSA en médicaments psychotropes et antiépileptiques.

Dans un souci d'efficacité dans la PEC biologique des patients, un kit de démarrage en médicaments psychotropes et antiépileptiques a été fourni aux FOSA après avoir constaté que ces dernières n'en avaient pas. Ces médicaments devraient être vendus avec une certaine marge bénéficiaire pour assurer le réapprovisionnement, garantir une disponibilité régulière des médicaments et ainsi permettre au projet d'atteindre ses résultats.

Bien plus, une synergie avec le projet « Amagara Aruta Amajana ou 3A» avait été formée pour permettre aux malades d'accéder aux soins via les mutuelles communautaires de santé. Malheureusement, ces dernières ne couvrent pas les soins pour les maladies chroniques.

Globalement, les résultats escomptés n'ont pas été atteints pour plusieurs raisons :

- D'abord, pour cause d'indisponibilité sur le marché local (CAMEBU et autres pharmacies grossistes), les FOSA n'ont pas reçu tous les médicaments figurant sur la liste initialement validée

- Ensuite, les stocks reçus n'ont pas été renouvelés car certaines quantités ont soit été distribuées gratuitement soit ont périmé. Ceci ressort de l'entretien avec ce responsable sanitaire :

  « ……comme dans les centres de prise en charge qui existaient tout était gratuit, ils ont considéré qu'ici aussi tout allait être gratuit, ce qui posait le problème de continuité des soins, ……bien plus, il y a des médicaments qui ont périmé dans notre stock… ».

  En effet, les personnes indigentes (cas de la plupart des personnes présentant des maladies mentales de la zone d'intervention) reçoivent les médicaments sans paiement de ticket modérateur. Il en va de soi que les retards de paiement par la CAM et le régime des soins aux indigents entrainent des problèmes de renouvellement des stocks.

  En outre, suite à la non-disponibilité de certaines catégories de molécules, les quantités initialement estimées pour les molécules disponibles ont dues être revues à la hausse. Ainsi, les FOSA se sont retrouvées avec de grandes quantités qui ne tenaient pas compte de la demande réelle sur terrain. Bien plus, pour certains médicaments, l'achat n'a pas tenu compte de la période de péremption qui était de moins de trois mois pour certaines molécules. Ainsi, les grandes quantités fournies aux FOSA et le non prise en compte de la période de péremption ont entraîné la péremption de certains médicaments.

  Cependant, les quantités périmées auraient été importantes si l'équipe de coordination n'avait pas pris la décision de prêter ces médicaments au Centre Neuropsychiatrique de Ngozi quitte à les rembourser en nature dès que les FOSA en auront besoin[25].

- Enfin, la synergie avec le projet « 3A » n'a pas permis aux malades d'accéder aux médicaments psychotropes et antiépileptiques. En effet, non seulement les mutuelles communautaires de santé ne prennent pas en charge les pathologies chroniques, mais aussi elles proposent des soins hospitaliers plafonnés (100.000 Fbu), laissant souvent une grande partie aux malades comme paiement direct.

[25] Projet IZERE, Rapport d'activité trimestre 2 de 2020.

L'évaluation a trouvé qu'au final, malgré la dotation des FOSA en stock de démarrage, l'accès aux médicaments psychotropes et antiépileptiques est resté limité pour les patients souffrant de maladies mentales.

Encadré 9 : Recommandations pour améliorer l'efficacité du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments

1. Identifier un canal potentiel (Pharmacie de gros) pouvant garantir la disponibilité des médicaments psychotropes et antiépileptiques
2. Mener un plaidoyer pour que l'Etat subventionne les psychotropes et antiépileptiques,
3. Mener un plaidoyer pour que le ministère en charge de la protection sociale signe des contrats de collaboration avec les FOSA concernées pour le remboursement des médicaments délivrés aux malades mentaux vulnérables.
4. Mener un plaidoyer auprès des mutuelles communautaires de santé pour que les psychotropes et antiépileptiques soient intégrés dans la liste des produits à délivrer à leurs adhérents
5. Créer une plateforme de tous les intervenants en santé mentale qui aura comme objectif d'échanger sur les voies et les moyens qui permettraient de rendre disponible les médicaments psychotropes et antiépileptiques dans les FOSA.

Constatation N° 14: Les groupes de parole ont bien fonctionné.

D'après les documents du projet, la réalisation du résultat 3 « *Le réseau des intervenants contribue à la réinsertion socioéconomique des patients ainsi qu'à l'évolution du regard de la communauté et des autorités politiques sur la santé mentale (sphère sociétale)* » devrait s'appuyer sur des stratégies de mobilisation communautaire. Parmi les activités prévues, il y avait des groupes de parole.

Les groupes de parole étaient animés par des ASC une à deux fois par mois et réunissaient les malades stabilisés et les membres des familles ayant accompagné ces

derniers. Ces groupes de parole avaient pour objectif d'offrir à la fois un espace d'écoute et d'expression permettant de communiquer efficacement sur le vécu sur la maladie et sur les traitements.

L'évaluation s'est penchée sur le déroulement des séances et le rôle joué par ces groupes de parole dans la sensibilisation communautaire et la réinsertion des patients guéris.

Les différentes parties prenantes rencontrées ont confirmé l'importance de ces groupes de parole dans la réinsertion des patients stabilisés. Comme le montrent les propos des leaders associatifs participant dans ces groupes de parole :

> *« Ces groupes de parole sont d'une importance capitale car si le malade stabilisé participe, il rentre confiant en soi si avant il s'isolait, il remarque qu'il peut être avec les autres et ce qui peut contribuer au bon rétablissement de sa maladie »*

Une des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de cette activité est **l'absence de psychologues** dans l'animation des séances, comme c'était planifié dans le projet. Au-delà de cela, il convient de noter que les séances de groupes de parole étaient plutôt confondues à des séances de psychoéducation.

Encadré 10 : Recommandations pour améliorer l'approche groupe de parole

1. Concevoir un module de formation sur la conduite d'une séance de groupe de parole et de psychoéducation (technique, durée, attitude, nombre de participants, …) selon les thématiques spécifiques.
2. Animer séparément les groupes de parole et les séances de psychoéducation
3. Pour une future formulation, recruter des psychologues pour animer les séances de groupes de parole.

Constatation N° 15: Des facteurs externes ont eu une incidence (positive ou négative) sur l'efficacité du projet

La mise en œuvre du projet IZERE a été confrontée à des facteurs externes qui ont eu une incidence sur l'efficacité de celui-ci.

Les facteurs ayant eu une incidence positive sur le projet sont :

- **La signature et diffusion en octobre 2019, par le MSPLS des « Directives nationales des soins de santé mentale au Burundi »** : Cela a constitué une base légale pour l'action du projet IZERE.
- **Les recommandations de l'évaluation à mi**-parcours : Elles ont permis à l'équipe de mise en œuvre d'effectuer des ajustements utiles à l'amélioration de l'efficacité.
- **Le démarrage du projet TWITEHO AMAGARA** financé par l'UE et exécuté par le consortium LC, MEMISA, Médecins Sans Vacances (MSV) et ENABEL avec comme chef de file MEMISA. Ce projet mis en œuvre dès mai 2019 dans les provinces Bubanza, Karusi, Muyinga et Ngozi aura permis de compléter notamment le volet formation dans la zone de recoupement géographique notamment dans les communes Mwumba et Kiremba de la province Ngozi.

Les facteurs ayant eu une incidence négative sur le projet sont :

- **Rareté des devises** : Elle a en partie été à l'origine de l'indisponibilité des psychotropes sur le marché local. En effet, les grossistes potentiels opèrent une priorisation des médicaments à importer en fonction du montant des devises en leur possession. Cette priorisation s'explique en effet par la faiblesse du marché d'écoulement car les soins de santé mentaux ne sont décentralisés que dans peu de FOSA du pays.
- **L'instabilité des responsables de projet** : Durant sa mise en œuvre, le projet a connu un départ de trois Coordinateurs. Leur remplacement prenait toujours du temps, ce qui a eu un impact sur l'exécution des activités du projet
- **La nouvelle loi régissant les ONG au Burundi** : La mise en vigueur de cette loi a entrainé un retard de 3 mois dans la mise en œuvre des activités. Suspension de toutes les ONG en 2018, mais BADEC ayant une bonne assise locale a continué à travailler.
- **L'épidémie des petits ruminants** : a eu une influence négative sur les AGRs
- **Le retard de remboursent des prestations fournies aux utilisateurs de la CAM et du régime des indigents** : Ces retards entrainent un non-

renouvellement des stocks de médicaments psychotropes pour les FOSA par manque de liquidités.

- **L'instabilité des prestataires formés aura freiné la continuité et la permanence de l'offre des soins de santé mentale**
- **La pandémie de Covid 19 :** celle –ci a fait basculer l'attention des prestataires dans les structures sur cette pandémie au détriment des autres services ; ceci au moment où justement, selon la littérature, il fallait s'y attendre à plus de cas de troubles mentaux**.**
- **Le manque du médicament phénobarbital pendant plus d'une année dans le pays**

Cependant, le projet a fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation à ces facteurs externes. Il a capitalisé les bonnes pratiques et pris des mesures de mitigation des risques liés à ces facteurs en :

- Négociant une dérogation d'approvisionnement spécial en psychotropes
- S'appuyant sur ses partenaires pour résoudre certains problèmes (encadrement des AGRs, formation des autres prestataires dans le cadre d'un autre projet, …)
- Etc.

Efficience

L'analyse de ce critère s'est focalisée sur l'appréciation de la mesure selon laquelle l'intervention a été bien gérée. A cette fin, les évaluateurs ont apprécié si l'intervention a été mise en œuvre de la façon la plus économiquement avantageuse possible sous l'angle conversion des ressources en résultats. Ils dont dégagé les pistes d'amélioration pour avoir une plus grande efficience dans les projets ultérieurs.

Bref, l'efficience allocative et l'efficiente technique durant le projet ont retenu l'attention des évaluateurs. Par ailleurs, les évaluateurs ont été particulièrement attentifs au contexte spécifique de l'année 2020 et 2021 en tenant compte des retards causés par la pandémie de la COVID-19.

Constatation N°16 : Malgré quelques imperfections, le niveau d'efficience du projet est élevé

Le budget total du projet était de 476.076,55 €. La part plus grande du budget a été utilisée dans les dépenses du personnel, soit 56% du budget total.

Tableau 2 : Allocation budgétaire du projet IZERE santé mental

Rubrique	Budget Total	Pourcentage (%)
Investissement	68.674,30 €	14
Fonctionnement	141.257,22 €	30
Personnel	266.145,03 €	56
Total	476.076,55 €	100

En ce qui concerne l'efficience allocative, l'évaluation a constaté que la part du budget alloué au personnel est très élevée car elle représente 56% du budget total du projet. Il aurait peut-être été plus efficient de réserver un budget conséquent à l'investissement qui profite directement aux bénéficiaires finaux du projet.

Bien que cette partie du budget alloué au personnel soit grande, la mission d'évaluation trouve cela compréhensif pour un projet pilote d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires qui doit mobiliser des ressources humaines avec une expertise particulière pour la formation et l'encadrement des prestataires de soins.

Par rapport à l'efficience technique, nous avons noté à partir des entretiens qu'un assistant technique de LC avait été mis à la disposition de BADEC-Caritas Ngozi pour renforcer et épauler l'équipe avec une prise en charge de 50% par le projet. LC a apporté un logiciel de gestion comptable Winbooks à son partenaire BADEC gratuitement avec un renforcement des capacités de ses utilisateurs. Il a permis de suivre la gestion du budget du projet et la comptabilité en temps utile. Pour l'efficience en ressources humaines, l'évaluation a noté que les ressources humaines au niveau des coordinations de BADEC_Caritas Ngozi et de LC étaient partagées sur plusieurs autres projets pour alléger la pression sur le petit budget de IZERE SM.

Les répondants ont confirmé que les décaissements étaient effectués en temps voulu et que la logistique nécessaire à la mise en œuvre du projet était disponible.

Un problème soulevé durant les entretiens est qu'en raison d'un retard de contractualisation avec les partenaires qui devraient assurer la formation, il y a eu retard de formation des prestataires qui a, à son tour, entrainé un retard de mise en œuvre de l'approche prise en charge des malades.

Constatation N°17 : La mise en œuvre du projet a été très coût-efficace.

Comme susmentionné, le coût total du projet est de 476 076.55€.

Considérant l'objectif du projet qui est « *La prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale (biologique, psychosociale et sociétale) de la population de la zone du projet est améliorée* » nous pouvons prendre comme critère d'efficacité du projet « *le nombre de cas de santé mentale et de détresse psychologique traités* » et ce dernier est de 9087 cas de santé mentale et 2254 cas de détresse psychologique, soit un total de **11.341 cas**.

Ainsi, le rapport coût-efficacité devient :

$$\text{RCEI} = \frac{476\ 077€}{11\ 341\ cas} = \mathbf{41.9\ €/\ cas\ traité\ (soit\ 47.34\ USD^{26})}$$

[26] Selon le taux de change de la BRB au 22.01.2022

Selon l'OMS, une intervention est jugée « coût-efficace » si RCEI est inférieur à 3 fois le PIB/habitant du pays dans lequel se déroule l'intervention tandis qu'elle est qualifiée de « très coût-efficace » si son RCEI est inférieur à son PIB/habitant[27].

Ce seuil a été largement utilisé dans les analyses coût-efficacité mais, tout récemment, il a été remarqué qu'il était très élevé. A cet égard, sur base d'une étude menée dans plusieurs pays, Wood et col[28]. ont recommandé des seuils tenant compte du coût d'opportunité des interventions de santé. Ils ont ainsi proposé un seuil d'acceptabilité de 1 à 52% du PIB/habitant pour les pays à bas et moyen revenu et de 18 à 71% du PIB/habitant pour les pays à revenu moyen ou élevé.

Considérant un PIB/hab/an de 239 USD en 2020[29], nous pouvons conclure que l'intervention du projet IZERE en santé mentale a été « coût-efficace » car le RCEI est inférieur à 124.28 USD qu'on peut considérer comme seuil.

[27] MARSEILLE, Elliot, LARSON, Bruce, KAZI, Dhruv S., et al. Thresholds for the cost–effectiveness of interventions: alternative approaches. Bulletin of the World Health Organization, 2014, vol. 93, p. 118-124.
[28] WOODS, Beth, REVILL, Paul, SCULPHER, Mark, et al. Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research. Value in Health, 2016, vol. 19, no 8, p. 929-935.
[29] Banque Mondiale, https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD?locations=BI&most_recent_value_desc=false

Impact

L'analyse de l'impact du projet vise à apprécier les changements obtenus au niveau des bénéficiaires et de leurs organisations (en termes de conditions de vie et de comportements) ainsi qu'au niveau des partenaires (en termes de renforcement de leurs capacités). Il s'est agi d'évaluer si les stratégies d'intervention et typologies des activités ont permis d'apporter le changement souhaité et ainsi dégager les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet).

Les impacts attendus du projet lors de sa conception sont[30] :

- **Au niveau communautaire**

« La communauté aura acquis de meilleures connaissances concernant la santé mentale tant sur la détresse psychologique que sur les troubles mentaux et le regard de la société sur la personne en souffrance mentale (voir Analyse Contextuelle Commune (ACC) Burundi, p.30). La discrimination envers ces patients sera diminuée (voir ACC Burundi, p. 31) ainsi que le recours à des thérapies « obscures ». La communauté disposera de personnes comme les Agents de Santé Communautaires et les prêtres (voir ACC Burundi, p. 65) pouvant aider ses membres à mieux s'orienter pour choisir la solution la plus adaptée. Les patients bénéficieront d'une meilleure compréhension de leurs proches ; d'une assistance médicale et non médicale de qualité (voir CSC Burundi, approche 4D, p.7) ».

- **Au niveau des FOSA**

« Au sein des formations sanitaires, il y aura des prestataires de soins qualifiés dans le domaine de la Santé mentale (voir ACC Burundi, p.31 et p.65) disposant de médicaments adaptés. Ces services resteront sous la supervision régulière des structures du ministère de la santé (voir ACC Burundi, p.66). Avec l'intégration des soins de Santé mentale dans le paquet des Soins de Santé Primaires, la réduction du coût de prise en charge des soins de santé permettra d'économiser les ressources des ménages de personnes souffrant de troubles mentaux ou en détresse psychologique. Ces ressources contribueront à améliorer leurs conditions de vie ».

[30] UNI4COOP, Programme commun 2017-2021, Burundi, p.12

- **Au niveau du BADEC-Caritas Ngozi**

« *BADEC deviendra un des intervenants du domaine de la Santé mentale reconnu par le ministère de la santé (voir CSC Burundi, approche 1E, p. 5) et il restera membre du comité national de pilotage de Santé mentale. Il sera invité aux réunions des intervenants du domaine des maladies chroniques non transmissibles et sa voix contribuera à relever les défis liés à la situation de la Santé mentale. Il aura développé des techniques de management stratégique et de gestion des programmes. Il pourra même nouer d'autres partenariats grâce au renforcement institutionnel (voir CSC Burundi, approche 1C, p. 5)* ».

Pour l'ensemble de ces niveaux ci-haut cités, l'évaluation a conduit aux constatations suivantes :

Constatation N°18 : De plus en plus de personnes vivant dans la zone de mise en œuvre du projet osent parler en public de leurs problèmes mentaux

La majorité des parties prenantes interrogées ont confirmé que de plus en plus de personnes commencent à extérioriser leur vécu quotidien en témoignant en public sur leurs problèmes mentaux.

Ces dires des parties prenantes sont appuyés par l'augmentation des chiffres des personnes qui se confient à leurs soignants, aux prêtres et aux ASC pour solliciter le soutien psychologique ou une prise en charge biologique.

Bien plus, les témoignages des malades stabilisés ou guéris lors de la célébration de la journée mondiale dédiée à la santé mentale confirment l'impact du projet en termes d'expression publique des malades mentaux sur leurs problèmes quotidiens et leur vécu sur le traitement.

Constatation N°19 : Dans la zone de mise en œuvre du projet, la population a acquis plus de connaissances sur les maladies mentales et les mentalités par rapport à ces maladies ont évolué.

Après les multiples activités de sensibilisation communautaire (sensibilisation par les ASC, pièces de théâtre, panneaux publicitaires, concours de chansons, messages radiodiffusé, communiqués dans les églises, etc.) et les témoignages des malades

stabilisés, les populations de la zone de mise en œuvre du projet ont eu beaucoup de connaissances sur les maladies mentales, ce qui a amélioré sa compréhension sur ces maladies.

Les témoignages recueillis des participants aux focus group ont confirmé l'amélioration des connaissances sur les maladies mentales par l'évolution de la mentalité observable dans le changement des croyances et de la représentation sur la maladie mentale.

> *« …. Si je parle de mon propre cas, j'ai commencé à développer la maladie étant marié et ma première femme ne l'a pas supporté et elle m'a quitté. J'ai épousé une deuxième et comme nous étions en perpétuelle mésentente et recourrions aux féticheurs, elle est partie elle aussi. C'est après la sensibilisation par les ASC sur l'importance de faire recours aux structures de soins que j'ai épousé une troisième. Comme elle est venue alors que j'avais déjà commencé à prendre les médicaments , nous sommes actuellement en cohabitation pacifique. Il en était de même dans l'entourage tout le monde nous fuyait mais actuellement tout est en ordre car je suis stabilisé. »*

Des participants nous ont témoigné qu'actuellement, la représentation des maladies mentales a changé avec le projet et les malades mentaux s'adressent aux FOSA alors que précédemment ils s'adressaient aux féticheurs parce qu'ils croyaient que ces maladies étaient le résultat d'un ensorcellement.

En témoigne ce récit d'un participant à un focus-group :

> *« Il n'y a pas longtemps, des maladies mentales étaient considérées comme résultat d'un ensorcellement avec consultation systématique chez les féticheurs du village. Avec tout ce que le projet a fait sur notre colline, la population a compris et la représentation de ces maladies a changé. Les malades mentaux s'adressent actuellement aux FOSA pour demander de l'aide ».*

Constatation N°20 : Les personnes souffrant de troubles mentaux ne bénéficient pas toujours d'une assistance suffisante de leurs proches.

Dans le cadre du projet, l'organisation des groupes de parole pour les chefs de ménages ou des membres des ménages abritant les patients convalescents et les ayant

accompagnés pour leur traitement était faite pour obtenir un soutien et une assistance suffisante aux malades.

Nous avons cependant enregistré des témoignages des participants aux entretiens individuels et aux focus group relatant une faible implication des proches dans l'assistance des malades mentaux. Les enjeux liés à l'héritage et aux conflits familiaux ont été évoqués comme causes de cette assistance insuffisante.

> *« ……ce que j'ajouterais c'est qu'il y a certaines familles suite peut être aux conflits familiaux qui existent, si ils remarquent que l'un d'eux développe un problème mental on dirait qu'ils ne sont pas contents s'il recouvre sa santé parce que probablement ils n'aimeraient pas qu'il revienne pour le partage des terres……. Je l'ai constaté quand j'ai demandé au frère d'un malade de venir rester à ses côtés à l'hôpital comme garde malade ; celui-ci a refusé et a demandé combien il allait être payé pour être garde malade, …… »*

Ils nous ont cependant confié que les visites à domicile effectués par les ASC et l'implication de l'administration locale étaient en train d'inverser la tendance.

Constatation N°21 : La stigmatisation des malades mentaux a diminué.

Compte tenu des témoignages collectés lors des entretiens et des groupes de discussion, il existe des preuves d'une diminution de la stigmatisation des personnes en détresse psychique.

D'ailleurs, les malades stabilisés le confirment :

> *« …avant les personnes me fuyaient disant que si je pète à leur côté ils seront directement contaminés…. »*

Ils estiment que la réussite du traitement a amélioré le regard qu'avait la population sur la maladie mentale en la considérant comme les autres maladies mais que les cas de rechute augmentaient la méfiance de cette dernière.

L'évaluation a constaté que les AGR ont eu un impact positif sur la réduction de la stigmatisation des malades mentaux.

Constatation N°22 : La communauté dispose de personnes pouvant aider ses membres à mieux s'orienter pour choisir la solution la plus adaptée en matière de santé mentale

Au titre des impacts directs du projet, l'évaluation a constaté que le projet a permis à la communauté de disposer des personnes qui assurent le relais entre la communauté et le système de santé, qui aident dans l'orientation et le choix de solutions plus adaptées en matière de santé mentale.

Il s'agit de 74[31] ASC et de 11[32] prêtres formés qui jouent le rôle de sensibilisation communautaire, qui s'impliquent dans les interventions psychosociales (counseling) et qui orientent les malades vers les FOSA si nécessaire.

Constatation N°23 : Le projet a procédé au renforcement des FOSA partenaires dans une optique d'offrir des soins de qualité aux malades mentaux mais il s'observe toujours des insuffisances

Le projet a assuré la formation de 13 prestataires de soins qualifiés dans la prise en charge des maladies mentales (médecins et infirmiers) et 8 responsables sanitaires (2TPS, 3 superviseurs, 2 MCD et 1 MDPS).

Cependant, il ressort des différents entretiens avec les prestataires des FOSA de la zone d'intervention que l'effectif formé ne permet pas d'assurer le continuum des soins dans les structures sanitaires ciblées.

> *« ….Nous donnons des soins aux malades souffrant de troubles mentaux, notre personnel a été formé pour œuvrer dans ce sens mais on aimerait que le nombre de formé soit plus important pour assurer une bonne prise en charge »*

[31] Louvain Coopération. Rapport annuel interne 2020
[32] Louvain Coopération. Rapport annuel des activités 2021

Aussi, la formation des titulaires des FOSA a plombé l'impact du projet car ils sont souvent dans les réunions managériales et ne participent presque pas à la PEC des maladies mentales.

L'évaluation a également noté l'absence de psychologues dans les structures sanitaires ciblées par le projet ce qui a eu un impact négatif dans la PEC et le suivi psychologique des patients comme en témoignage ce récit d'un responsable sanitaire. Ce constat est confirmé par les prestataires rencontrés comme le font ressortir les propos de celui-ci :

> *« …On a besoin qu'on dote nos services de soins de psychologues, les gens ont été sensibilisés à différentes maladies mentales, lorsqu'ils arrivent et trouvent une longue file d'attente chez un seul psychologue, ce n'est pas facile, il y a même des formations sanitaires qui n'ont pas de psychologues ».*

Enfin, l'évaluation a noté que le projet n'avait pas eu l'impact escompté sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments psychotropes. L'indisponibilité de ces médicaments sur le marché local, leur coût élevé et le non-remboursement par la protection sociale sont autant de facteurs qui ont eu une influence négative sur l'impact escompté.

Constatation N°24 : BADEC-Caritas Ngozi, partenaire de mise en œuvre du projet IZERE, est devenu un des intervenants du domaine de la Santé mentale reconnu au niveau national et international

Les résultats le plus remarquables du projet IZERE ont fait de BADEC-Caritas Ngozi un partenaire incontournable qui est de plus en plus reconnu dans le domaine de santé mentale au Burundi.

Par ailleurs, au niveau international, le fait que BADEC-Caritas Ngozi ait été retenu parmi les 15 organisations et états qui ont eu le prix de l'OMS en 2020 en marge de l'Assemblée Générale des Nations Unies, est une preuve éloquente qu'il est aussi mondialement reconnu pour ses actions en santé mentale.

Constatation N°25 : Le projet a contribué à la diminution de la vulnérabilité des populations bénéficiaires

Le projet avait fait une bonne analyse de la situation de base en identifiant les vrais facteurs de vulnérabilité de la population dans la zone d'intervention. En effet, il avait été identifié des facteurs de vulnérabilité au niveau social (pauvreté), culturel (mauvaise représentation de la maladie et recours aux pratiques obscures), institutionnels (faible implication des autorités dans la lutte contre les maladies mentales), sanitaire (manque d'expertise dans le traitement des maladies mentales) et économique (précarité économique des bénéficiaires du projet).

L'équipe d'évaluation a constaté que **les approches utilisées et les activités menées dans le projet ont contribué à la réduction des risques** en s'attaquant à ces différents facteurs de vulnérabilité ce qui a amélioré la résilience des populations bénéficiaires du projet.

Les effets de réduction des vulnérabilités constatées portent sur l'amélioration des potentialités économiques (via les activités génératrices de revenus), le renforcement de l'expertise des formations sanitaires (par la formation du personnel), la protection de la population contre les chocs économiques liés à la maladie (attribution des cartes des mutuelles communautaires de santé) et le renforcement des opportunités sociales (par la formation des prêtres et des ASC).

Constatation N°26 : Le projet a contribué au renforcement des associations des malades.

Pour atteindre son résultat « *Le réseau des intervenants contribue à la réinsertion socio-économique des patients ainsi qu'à l'évolution du regard de la communauté et des autorités politiques sur la santé mentale (Sphère SOCIETALE)* », le projet a encouragé les malades stabilisés ou convalescents à créer des associations et à entreprendre des activités génératrices des revenus. Ainsi, BADEC-Caritas Ngozi a appuyé et suivi 37 associations des malades stabilisés ou guéris[33].

L'équipe d'évaluation a procédé à une appréciation du degré de renforcement opéré par LC/BADEC envers ces associations et il s'est avéré que toutes les associations des malades créées l'avaient été sous l'impulsion de LC/BADEC et avaient reçu des

[33] Louvain Coopération-Burundi. Rapport annuel des activités 2021

subventions de la part de ce dernier. Ces 37 associations ont reçu un appui financier de 18.500.000 BIF (cumulatif) soit 9.250€ pour démarrer les AGRs et leurs leaders ont eu une formation en gestion des associations et des AGRs.

> *« …. Au départ le projet IZERE nous a octroyé des mutuelles de santé pendant une année puis on a reçu un capital, les uns ont fait du petit commerce d'autres de l'élevage du petit bétail, grâce à l'encadrement qu'on a eu du programme IZERE, actuellement c'est nous qui nous achetons ces cartes de santé ».*

Ce constat et ces témoignages confirment l'impact qu'a eu BADEC sur les associations des malades.

Constatation N°27 : BADEC-Caritas Ngozi a été renforcé dans ses capacités institutionnelles et techniques.

Dans la conception du projet, l'équipe d'évaluation a constaté que le renforcement du BADEC-Caritas Ngozi avait été planifié, comme en témoigne le résultat 5 du projet[34] : « *Le partenaire BADEC est renforcé institutionnellement et assure la mise en œuvre et la durabilité des résultats du projet* ».

Une approche de renforcement de BADEC-Caritas Ngozi a été adoptée par LC lors de la mise en œuvre du projet. Cette approche était essentiellement axée sur l'implication effective de BADEC-Caritas Ngozi durant tout le cycle du projet.

Cette consolidation est observable au niveau organisationnel par le renforcement de son équipe et au niveau opérationnel par la maîtrise technique des activités. D'ailleurs, une évaluation du renforcement des capacités avec l'outil QRCP effectuée par LC a conclu à un niveau de renforcement très satisfaisant[35].

Le constat est partagé à la fois par BADEC-Caritas Ngozi et LC dans les entretiens avec leurs responsables :

[34] Document technique et financier du projet, p. 8
[35] Louvain Coopération Burundi. Rapport annuel interne 2020, p.7

« ….les capacités opérationnelles, organisationnelles et institutionnelles de BADEC-Caritas Ngozi ont été renforcées au cours du projet IZERE et nous pensons que la mise en œuvre du programme futur sera facilitée par ces renforcements ».

« …..Sur le plan opérationnel, au niveau de BADEC-Caritas Ngozi on a pu tirer de l'expérience par rapport à l'implémentation des activités et à la gestion du budget ».

Constatation N°28 : Le projet a eu un rayonnement national.

Au-delà de la zone de mise en œuvre, le projet peut se prévaloir d'avoir eu un rayonnement national. En effet, le staff impliqué dans la mise en œuvre du projet IZERE a été sollicité pour son expérience à la rédaction des « Directives nationales pour l'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi [36]» et à la rédaction du « Manuel de l'Agent de santé communautaire ». Il a toujours participé dans toutes les réunions stratégiques nationales sur la santé mentale notamment celles organisées pour la formulation des indicateurs de la santé mentale dans le PNDS, celles organisées par PNILMCNT pour l'évaluation trimestrielle des interventions ou le niveau central du MSPLS pour l'organisation des cérémonies liées à la célébration de la journée internationale de la santé mentale. Ce staff est sollicité pour participer aux fora internationaux de présentation et discussion de la situation de santé mentale en Afrique et dans le monde. Il contribue également aux discussions avec les académiques notamment l'Université du Burundi et les Universités de Belgique notamment celle de Hainaut. Aussi, le staff du projet a contribué par son expertise dans les formations / recyclages organisés au niveau national et dans le développement des approches en santé mentale.

« … a participé à l'élaboration des directives nationales d'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi et a contribué à…..».

Constatation N°29 : La contribution du projet IZERE à la recherche sur la santé mentale au Burundi a été limitée.

[36] Directives nationales pour l'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi, p.38

Dans le domaine de la recherche, les résultats du projet ont inspiré deux travaux de recherche. Ces études portaient sur les « *Troubles psychiatriques et épileptiques dans un hôpital rural : aspect épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif* » et « *La vulnérabilité par rapport à la maladie mentale et aux problèmes psychosociaux comme pour les autres maladies aussi, est lié au niveau de vie socioéconomique et à la situation sociopolitique vécue.* »

On peut également ajouter à la liste des contributions du projet à la recherche, l'étude de capitalisation des approches des interventions communautaires en santé mentale effectuée par les professeurs de l'université du Burundi / Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education.

L'insuffisance constatée par l'évaluation dans la contribution du projet IZERE à la recherche sur la santé mentale est l'absence de contrat de partenariat institutionnel entre LC et les institutions universitaires engagées dans la recherche. Ces contrats auraient permis d'avoir une contribution plus élevée sur la recherche en suscitant des études sur des thématiques de recherche en santé mentale surtout pour des étudiants en master en vue d'accumuler des évidences devant guider la politique du pays qui se trouve engagé vers l'intégration de la santé mentale dans les FOSA.

Encadré 11 : Proposition de thématiques de recherche en santé mentale au Burundi

1. Analyse de l'état des lieux de l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires au Burundi
2. Etude de l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux au Burundi.
3. Etude des obstacles/barrières à l'utilisation des services de santé mentale au Burundi
4. Etude d'impact budgétaire de l'intégration de la prise en charge des maladies mentales dans le paquet offert par les mutuelles communautaires
5. Etude des déterminants de la réinsertion socio-économique des patients guéris bénéficiaires du projet IZERE

Constatation N°30 : Le projet IZERE a inspiré les autres intervenants en santé mentale au Burundi.

Le projet IZERE a inspiré le volet santé mentale du projet « TWITEHO AMAGARA/UE ». Les approches et les méthodologies du projet IZERE ont été répliquées dans la composante santé de ce projet.

D'ailleurs, les personnes ressources contactées nous ont confirmé que le financement du volet santé mentale de ce projet a été adopté après les résultats encourageants obtenus avec le projet IZERE.

> *« …. Les approches d'intervention du projet IZERE ont été prises pour modèle par l'UE/MEMISA-Belgique dans le cadre du consortium dans sa composante santé mentale, elles ont également été mises à contribution par d'autres intervenants notamment ceux qui envoient leurs assistants sociaux apprendre auprès du programme IZERE ».*

Durabilité

L'évaluation de ce critère a porté l'attention sur la mesure selon laquelle les effets et les bénéfices du projet perdureront dans le temps après l'achèvement du projet.

L'évaluation de la durabilité s'est basée sur des preuves et des données éloquentes montrant que les interventions du projet pourraient se poursuivre au-delà de la durée du projet.

Ainsi, au cours de l'évaluation du projet IZERE, nous avons essayé de relever des éléments sur le caractère pérenne des activités du projet, le degré d'appropriation et la capacité des parties prenantes à poursuivre les actions au-delà du projet. Enfin, nous avons essayé d'identifier les facteurs favorables et les risques à la poursuite normale des actions.

Constatation N°31 : Il existe des preuves de pérennisation au niveau institutionnel.

L'hypothèse de la durabilité au niveau institutionnel est fondée sur l'appropriation des interventions du projet par le Programme National de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PNILMCNT) et les structures décentralisées du ministère de la santé publique découlant de leur implication effective dès la conception du projet. Dans les documents de planification du projet, le rôle de ces institutions était clair et central[37].

Afin d'assurer la durabilité institutionnelle, les données issues des entretiens individuels nous ont confirmé la création d'un cadre de concertation au niveau provincial à NGOZI qui est dénommé « *réunion de coordination des intervenants en santé mentale* » comme en témoigne ce récit du coordinateur du projet à NGOZI :

> *« Il a été créé, ici à NGOZI, au deuxième semestre de l'année 2021 un cadre de concertation appelé "* ***réunion de coordination des intervenants en santé***

[37] Document technique et financier du projet (DTF), p. 12

***mentale"**. Ce cadre rassemble l'équipe cadre du BPS, les équipes cadres des districts concernés, l'administration provinciale, BADEC-Caritas Ngozi et les autres PTFs impliqués en santé mentale. Ce cadre de coordination est présidé par le médecin directeur de la province sanitaire et sa durabilité est garantie par l'inscription de la tenue des réunions dans les programmes des institutions concernées »*.

Constatation N°32 : Le projet a mis en place un réseau d'alliances stratégiques avec d'autres acteurs en santé mentale pour garantir la durabilité des interventions.

Pour atteindre les objectifs fixés et garantir la durabilité des interventions, le projet a travaillé en réseau avec les autres acteurs en santé mentale.

Ainsi, LC/BADEC-Caritas Ngozi a signé des accords de partenariat avec le Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE (CNPK) et son antenne de Ngozi (CNP Ngozi) dans le cadre de la formation et de partage d'expérience.

Il existe aussi des liens très renforcés entre LC et le Consortium MEMISA (MEMISA, LC, MSV, Enabel) dont LC est membre, à travers le programme résilience- composante santé « TWITEHO AMAGARA ».

Enfin, LC/BADEC-Caritas Ngozi est en réseau avec des ONGs locales et internationales intervenant dans le domaine de la santé mentale comme l'Association Nationale pour l'Accompagnement et la Protection des Droits des Malades mentaux (ANAPRODM), Coopération suisse, HealthNet TPO (devenue Health Works) ainsi que son partenaire NTURENGAHO.

Tout ce réseau permet de consolider la position de LC/BADEC-Caritas Ngozi et d'échanger les informations et l'expérience.

Constatation N°33 : Il existe des preuves probantes de durabilité politique.

L'équipe de l'évaluation du projet a trouvé que **la durabilité politique du projet trouve sa base dans l'élaboration des documents stratégiques** (politique nationale de santé mentale 2016-2025, plan stratégique national en santé mentale et directives d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires 2019) qui

proposent des stratégies/approches en phase avec les approches du projet et qui s'inscrivent dans la durée.

Ici, il faut aussi mentionner que le discours politique témoigne de l'appropriation de la thématique santé mentale par les responsables politiques et sanitaires ainsi que leur engagement pour sa promotion. Cependant, il est possible de se questionner si ça va se traduire en pratique (continuité, adoption du même langage lors des différentes réunions, …)

Constatation N°34 : Des stratégies ont été adoptées pour garantir la durabilité financière à tous les niveaux.

Selon les données recueillies au cours des entretiens, le renforcement à l'endroit de BADEC-Caritas Ngozi a été effectué dans l'optique de lui permettre de devenir autonome et de pouvoir soumissionner aux appels à proposition de projets pour financement auprès de bailleurs de fonds.

Au niveau communautaire, les leaders associatifs ont été formés en gestion des associations et des AGRs. Ces associations ont déjà commencé à générer des bénéfices et ces derniers assureront la durabilité des activités au-delà de la durée du projet.

Cependant, dans toutes les FOSA visitées durant les missions de terrain, il ressort des entretiens avec les responsables qu'il y a des incertitudes sur leurs capacités financières à renouveler les stocks des psychotropes au-delà du soutien du projet au vue de leur prix exorbitant.

L'évaluation a également noté l'absence d'une stratégie claire de renforcement/désengagement financier dans les documents de base du projet.

Bien plus, la question d'accessibilité aux médicaments qui avait commencé à se poser même en cours d'exécution va continuer du moment que ; s'il est vrai que l'autonomisation est possible avec les AGRs, le régime de mutuelles auquel cette catégorie de populations a droit ne leur permet pas de s'acheter des médicaments. ; ce qui compromet la chaîne de soins.

Encadré 12 : Recommandation pour une meilleure durabilité financière

Définir une stratégie claire de désengagement financier dès la conception

Constatation N°35 : Le renforcement des partenaires tel qu'il a été fait dans le projet leur permettra de devenir autonomes et de pouvoir continuer les actions au-delà du projet.

De prime abord, le choix des partenaires de mise en œuvre a été pertinent pour assurer une meilleure durabilité des actions au-delà du projet, notamment BADEC-Caritas Ngozi qui est un partenaire jouissant d'une légitimité incontestée dans la zone du projet.

La qualité élevée des formations données aux prestataires/ASC/Prêtres et le suivi assuré pour les guider vers l'acquisition des compétences escomptées leur a permis de devenir autonomes et de pouvoir continuer les actions au-delà du projet.

Mis à part la pertinence du choix des partenaires, leur bonne formation et leur suivi, plusieurs autres facteurs en faveur de la durabilité du projet ont été identifiés durant l'évaluation du projet. Il s'agit de:

- Intégration horizontale et pas verticale de la santé mentale dans le système de santé qui garantira la continuité des soins aux malades mentaux
- Le choix des ASC a été effectué parmi ceux qui étaient déjà actifs comme ASC au niveau de l'aire de responsabilité de la FOSA
- Mise en place des encadreurs zonaux pour animer les associations des malades et des groupes de parole
- Engagement des autorités administratives qui permettra de maintenir les changements communautaires acquis par des sensibilisations continues durant les réunions avec la population
- Du partenariat avec le CNP Ngozi et le CNPK qui sera essentiel dans la formation continue
- La disposition des responsables sanitaires à intégrer dans leur Plans d'Action Annuels (PAA) des activités de santé mentale ce qui assurera la pérennisation des acquis dans les FOSA

Constatation N°36 : Des facteurs internes et externes pourraient affecter la durabilité des interventions du projet si des mesures de mitigation ne sont pas prises

L'équipe d'évaluation a relevé des risques qui peuvent menacer la durabilité du projet et qui méritent une attention particulière. Parmi ces risques, on peut citer :

- Le départ/mutation des prestataires formés,
- La mutation des prêtres formés,
- La mauvaise gestion des AGRs
- L'absence de stratégie de développement des AGRs pour les nouveaux malades
- La non-disponibilité des psychotropes.

Constatation N°37 : Le degré d'appropriation par les différentes parties prenantes est très élevé.

Les informations recueillies lors de l'évaluation ont montré que le niveau d'appropriation des approches/techniques/activités du projet par différentes parties prenantes (BADEC-Caritas Ngozi, ASC, prêtres, malades) est très élevé. Comme ils l'ont expliqué, leur implication depuis la planification, la mise en œuvre et le suivi des actions du projet a facilité cette appropriation.

Selon eux, l'implication des communautés à la base dans le projet a également joué un grand rôle.

Encadré 13 : Ce qui aurait dû être fait pour une meilleure Durabilité

S'il est vrai que les documents politiques témoignent de la bonne volonté d'évoluer vers l'intégration des soins de santé mentale dans les FOSA, ces dernières éprouveront des difficultés de garantir la disponibilité des médicaments et leur accessibilité par les populations.

Le partenaire local a en effet été renforcé pour répondre aux appels à proposition, mais il lui faut bien penser les AGRs qui doivent rentrer dans l'Ergothérapie et être initiées pendant que le patient est stabilisé. Ceci doit être systématique pour chaque patient qui rentre dans la file active ; restera que sa mutuelle puisse couvrir les médicaments une fois que le plaidoyer aura été mené en ce qui est de la disponibilité des psychotropes et leur remboursement par les mécanismes de paiement qui existent.

Genre

Constatation N°38 : La dimension « genre » a été prise en compte dans la conception et la mise en œuvre du projet.

Dans ses pages 12, 16 et 22, le document technique du projet (DTF) mentionne le genre comme thématique transversale sans spécifier des activités à mettre en œuvre.

La mission d'évaluation a fait le constat que la dimension genre a été prise en compte dans la mise en œuvre du projet lors de l'identification des ASC et lors de l'identification des participants aux différentes activités. D'ailleurs, les résultats du projet sont désagrégés par sexe dans les rapports.

En ce qui concerne l'effet sur la dimension genre, les personnes qui ont participé dans les focus group nous ont affirmé que la sensibilisation communautaire sur la santé mentale a réduit les violences basées sur le genre (violences domestiques). Selon eux,

> « *les conjoints ont compris que la violence domestique envers leurs épouses pouvait être source de maladie mentale* ».

Mieux encore, un élu local nous a confié que :

> « *certaines femmes sensibilisées ont dénoncé la violence domestique qu'elles subissent de la part de leurs maris et cela a contribué à réduire les violences basées sur le genre* ».

Environnement

Constatation N°39 : Le programme a indirectement contribué à la protection de l'environnement.

Tout comme pour le genre, il n'y avait pas d'activités spécifiques à la protection de l'environnement dans la conception du projet.

Selon les témoignages recueillis, une réduction sensible des feux de brousse a été constatée dans la zone d'intervention du projet suite à l'amélioration de l'état clinique des malades en détresse psychologique car ces derniers étaient souvent à leur origine.

> *« .....le programme IZERE a été très utile dans la protection de l'environnement, certains patients à problèmes mentaux pouvaient spontanément mettre du feu aux brousses car impossible de les contrôler mais avec le traitement médical, l'environnement a plus que soufflé ».*

De même, aux dires des bénéficiaires du projet, le projet a indirectement contribué à la réduction de la déforestation. En effet, les ménages faisaient souvent recours à la vente des arbres pour faire face aux dépenses de santé mais leur participation au projet leur a permis de souscrire aux mutuelles communautaires de santé ce qui a réduit les coûts des soins et permis aux ménages d'abandonner la coupe des arbres.

> *« ....les mutuelles de santé nous aident à payer les frais de soins, avant on n'avait pas de choix on vendait tout ce qui était à notre portée ».*

Enfin, l'élevage du petit bétail reçu avec le projet IZERE leur a permis d'avoir du fumier et de diminuer le recours aux engrais chimiques et cela a contribué à la réduction de la pollution du sol.

L'élevage des cochons (comme AGR), qui sont des animaux consommant les déchets ménagers et les restes de cuisine, a contribué à l'amélioration de l'hygiène et la gestion des déchets dans les ménages.

L'élevage des chèvres (comme AGR) a amené les éleveurs à planter les herbes fixatrices sur les courbes de niveau servant aussi à nourrir le bétail. Cela a contribué à la réduction de l'érosion provoquant ainsi une meilleure conservation de l'eau et du sol qui sont des éléments favorables à la sauvegarde de l'environnement.

Intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires

L'évaluation de la situation d'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires a été effectuée selon les piliers du système de santé à son niveau micro systémique. Les principales constatations par pilier peuvent être résumées comme suit :

- **Prestation des services de santé**

La mission d'évaluation a constaté que la prestation des services est effective dans les FOSA soutenues par le projet IZERE.

L'analyse de la situation de la prestation des services de santé mentale nous a conduit à relever les défis suivants :

- Les services de prise en charge psychologique sont limités du fait du manque de psychologues dans les FOSA.
- Absence de mécanisme de contre référence vers la communauté dans le cadre d'une prise en charge holistique
- Manque d'infrastructures adaptées pour la préparation de la référence pour une prise en charge en hospitalisation des cas de détresse psychologique

Ainsi, en plus de la recommandation sur l'affectation des psychologues formulée ci-dessus, l'équipe d'évaluation suggère que (i) il y ait un cadre attestant le transfert des soins du prestataire de l'HD/CNP au prestataire du CDS et de celui-ci à l'ASC pour le malade mental stabilisé ainsi que (ii) la définition et la distribution d'un équipement adapté pour la prise en charge des patients avec maladies mentales.

- **Personnel de santé/ressources humaines en santé mentale**

Le projet IZERE a été la première initiative de santé mentale dans la zone de sa mise en œuvre. L'évaluation globale des ressources humaines en santé mentale nous a conduit à constater que le nombre des prestataires formés est insuffisant.

Les défis suivants ont été relevés sur l'analyse en ce qui est des ressources humaines pour la santé mentale :

- Manque de stratégie de développement des ressources humaines en santé mentale
- Instabilité du personnel de santé liée aux mutations
- Absence de stratégie de rétention du personnel formé dans les FOSA

L'équipe d'évaluation a déjà soulevé en haut la problématique de l'actuelle stratégie de formation continue des prestataires de soins. Les recommandations y relatives sont reprises dans l'Encadré n°1.

- **Système d'information sanitaire**

Les données sur la santé mentale sont collectées dans les registres des FOSA mais ne sont pas saisies dans la base des données DHIS2 utilisée pour la gestion des données sanitaires.

Une réunion de définition des indicateurs de santé mentale a été organisée et les indicateurs validés mais leur paramétrage n'a pas été effectué.

L'équipe d'évaluation suggère de "continuer le plaidoyer auprès de la DSNIS pour le paramétrage des indicateurs de santé mentale".

Par ailleurs, le niveau communautaire est actuellement connu pour offrir des soins aux nécessiteux. Il est important qu'on établisse les indicateurs de performance des ASC par rapport aux troubles mentaux. Le rapportage sur ces indicateurs complétera les données pour avoir des informations fiables sur l'ampleur de ce problème de santé publique.

- **Produits médicaux**

Les médicaments psychotropes sont disponibles dans les FOSA visitées. Toutefois, certaines molécules ne sont pas disponibles dans les FOSA pour raison de leur indisponibilité sur le marché burundais.

La réussite sur la disponibilité effective des médicaments pour les soins de santé mentale ne sera possible qu'une fois les recommandations soulevées dans l'Encadré n°7 sont prises en compte.

- **Système de financement de la santé**

Au Burundi il existe plusieurs mécanismes de prépaiement des soins de santé. Cependant, certains mécanismes ne couvrent pas les psychotropes (comme les mutuelles communautaires de santé), d'autres ne les remboursent pas à leur juste valeur ce qui entraine des pertes importantes pour les FOSA (comme la CAM).

Cela pose des problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé pour les malades mentaux avec comme conséquences les dépenses catastrophiques de santé et le renoncement aux soins de santé.

Ainsi, il est clair que la solution à ce problème passera inévitablement par la mise en œuvre des recommandations de l'Encadré n°7.

- **Direction et gouvernance**

Dans la zone d'intervention du projet, les autorités sanitaires sont impliquées dans la mise en œuvre du projet. Cependant, il nous semble important qu'un pas doit être franchi si on veut que l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires réussisse. Ainsi, les activités en rapport avec l'intégration de la santé mentale doivent apparaître dans les documents opérationnels des ECD, ECP et FOSA (PAA, PAS, Calendriers de supervision, ….)

En dépit des insuffisances constatées, le projet a effectué un travail remarquable dans l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires

Effets non attendus du projet

Suite à la prise en charge de l'épilepsie, certains enfants guéris qui avaient abandonné l'école pour cause d'épilepsie y sont retournés et certaines femmes épileptiques qui étaient menacées d'être répudiées par leurs maris se sont finalement réconciliées et leurs couples sont restés unis suite à l'amélioration de l'état de leur santé.

4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1 Conclusion

Au terme de cette évaluation, il est constaté que malgré quelques insuffisances et un budget limité, les performances de ce projet pilote de santé mentale ont été très bonnes. Les conclusions suivantes résument les constats de l'évaluation :

Conclusion N°1 : Pertinence du projet

L'évaluation a trouvé que le projet était très pertinent car sa conception et ses objectifs cadraient avec les politiques nationales, s'alignaient aux prescrits des politiques internationales et répondait à un réel besoin des bénéficiaires. Cependant, il a été constaté qu'aucune activité en faveur des droits des personnes souffrant des maladies mentales, dans le cadre d'une prise en charge holistique, n'a été envisagée par aucune approche de mise en œuvre.

Conclusion N°2 : Cohérence

Le niveau de cohérence du programme est jugé élevé. La cohérence interne était bonne car la logique d'intervention dégage une bonne cohérence entre les objectifs fixés, les approches mises en œuvre et les résultats visés. Aussi, la cohérence externe a été jugée satisfaisante car, non seulement l'objectif du projet IZERE était en parfaite cohérence avec l'objectif général de la politique nationale de santé mentale, mais également les actions du projet s'articulaient bien avec celles des autres intervenants en santé mentale au Burundi.

Conclusion N°3 : Efficacité

Le projet a amélioré la prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale (biologique, psychosociale et sociétale) de la population de la zone d'intervention. Malgré quelques insuffisances constatées, les approches de mise en œuvre ont été très efficaces et les résultats visés ont été atteints.

Conclusion N°4 : Efficience

Malgré des faiblesses constatées dans l'allocation budgétaire, le niveau d'efficience de la gestion du projet est jugé élevé. L'utilisation des ressources a globalement été

rationnelle et le rapport coût-efficacité de l'intervention permet de juger celle-ci de « coût-efficace ».

Conclusion N°5 : Impact

Le programme a eu un impact élevé dans la zone d'intervention du projet.

> Au niveau communautaire, la communauté aura acquis de meilleures connaissances sur la santé mentale, la discrimination envers les malades mentaux a diminué et elle dispose des personnes pouvant aider dans l'orientation pour choisir les meilleures solutions en santé mentale.
>
> Au niveau des formations sanitaires, des prestataires de soins ont été formés sur la Santé mentale et les médicaments psychotropes et antiépileptiques rendus disponibles dans des FOSA. Cependant, il subsiste des problèmes liés à l'approvisionnement et à la gestion de ces médicaments pour garantir une meilleure disponibilité et une meilleure accessibilité.
>
> Enfin, BADEC-Caritas a été renforcé au niveau organisationnel et technique.

Conclusion N°6 : Durabilité

Il existe des preuves probantes de la durabilité des interventions au-delà de la durée du projet. Le degré d'appropriation des interventions par les parties prenantes est élevé et ces dernières ont été renforcées dans l'optique de leur permettre de devenir autonomes au-delà de la durée du projet. Cependant, des mesures adéquates doivent être prises pour les facteurs identifiés comme potentiellement nuisibles à la durabilité des résultats de ce projet.

Conclusion N°7 : Genre

Malgré l'absence de spécification des activités sur la thématique « genre » au moment de sa conception, le projet a prise en compte la dimension « genre » et a contribué à réduire les violences domestiques durant sa mise en œuvre.

Conclusion N°8 : Environnement

Le projet a indirectement contribué à la protection de l'environnement par une réduction sensible des feux de brousse, de la déforestation et de la pollution du sol ; une amélioration de l'hygiène des ménages bénéficiaires des AGR ainsi qu'une diminution de l'érosion de leurs sols.

Conclusion N°9 : Intégration dans les soins de santé primaires

Le projet a permis d'insérer la prise en charge des maladies mentales dans les activités de soins de santé primaires menées dans la zone de mise en œuvre. En dépit de quelques insuffisances constatées, des résultats encourageants ont été obtenus au niveau micro systémique sur tous les piliers du système de santé excepté sur le pilier en rapport avec le système d'information sanitaire.

4.2 Recommandations

Au terme de l'évaluation, les recommandations suivantes peuvent être formulées pour des programmations futures :

- Planifier des activités en faveur des droits des personnes souffrant des maladies mentales pour les prochaines formulations.
- Envisager la formulation d'une phase de sortie permettant dans l'entre temps aux partenaires locaux (BADEC-Caritas Ngozi) et les BDS d'entamer l'intégration dans toute la zone d'intervention
- Revoir la méthodologie de formation des prestataires et ASC
- Déterminer une stratégie claire de renforcement financier des partenaires pour garantir la durabilité des interventions
- Etablir des partenariats stratégiques pour assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments psychotropes dans les FOSA
- Tenir compte de l'efficience allocative dans l'allocation du budget
- Nouer des partenariats avec les institutions universitaires pour améliorer la contribution du projet à la recherche en santé mentale et ainsi garantir la mise en œuvre des interventions basées sur l'évidence
- Elargir les cibles visées par les interventions pour améliorer l'impact du projet
- Elaborer un manuel pratique d'animation des séances de sensibilisation pour les ASC

- Planifier des activités en rapport avec le genre et l'environnement pour une meilleure prise en compte de ces thématiques durant la mise en œuvre.

5 ANNEXES

Annexe 1 : Résumé des cas traités et des séances de sensibilisation.

LES CAS PRIS EN CHARGE DANS LES DEUX COMMUNES

DONNEES SANTE MENTALE	Troubles Mentaux			Epilepsie			Détresse/ Counseling			Total		
	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H+F
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	137	156	293	914	953	1867	345	517	862	1396	1626	**3022**
Synthèse 2019	124	149	273	1028	835	1863	321	431	752	1473	1416	**2889**
Synthèse 2020	26	39	65	626	565	1188	90	149	239	742	753	**1495**
Synthèse 2021	44	39	84	626	646	1271	185	263	448	855	948	**1803**
Total cas traités	**331**	**383**	**715**	**3194**	**2999**	**6189**	**941**	**1360**	**2301**	**4466**	**4743**	**9209**

LES CAS PRIS EN CHARGE PAR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES ET LES PRESTAIRES DES FORMATIONS SANITAIRES

KIREMBA

	Troubles Mentaux			**Epilepsie**			**Détresse/ Counseling**			**Total**		
	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	**H+F**
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	73	87	160	500	511	1011	182	271	453	755	869	**1624**
Synthèse 2019	73	97	170	675	450	1125	183	238	421	931	785	**1716**
Synthèse 2020	21	31	52	305	267	572	53	92	145	379	390	**769**
Synthèse 2021	32	29	62	393	367	749	91	133	224	516	529	**1045**
Total cas traité	**199**	**244**	**444**	**1873**	**1595**	**3457**	**509**	**734**	**1243**	**2581**	**2573**	**5154**

MWUMBA

	Troubles Mentaux			**Epilepsie**			**Détresse/ Counseling**			**Total**		
	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H+F
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	64	69	133	414	442	856	163	246	409	641	757	**1398**
Synthèse 2019	51	52	103	353	385	738	138	193	331	542	631	**1173**
Synthèse 2020	5	8	13	321	298	616	37	57	94	363	363	**726**
Synthèse 2021	12	10	22	233	279	522	94	130	224	339	419	**758**
Total cas traités	**132**	**139**	**271**	**1321**	**1404**	**2732**	**432**	**626**	**1058**	**1885**	**2170**	**4055**

LES CAS PRIS EN CHARGE PAR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

KIREMBA

	Troubles Mentaux			Epilepsie			Détresse/ Counseling			Total		
	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H+F
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	54	49	103	327	334	661	176	262	438	557	645	**1202**
Synthèse 2019	55	71	126	370	281	651	183	238	421	608	590	**1198**
Synthèse 2020	4	3	7	110	92	202	53	92	145	167	187	**354**
Synthèse 2021	6	2	8	189	207	396	91	133	224	286	342	**628**
Total cas traités	**119**	**125**	**244**	**996**	**914**	**1910**	**503**	**725**	**1228**	**1618**	**1764**	**3382**

MWUMBA

	Troubles Mentaux			Epilepsie			Détresse/ Counseling			Total		
	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H+F
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	46	43	89	255	279	534	160	233	393	461	555	**1016**
Synthèse 2019	49	48	97	128	149	277	138	193	331	315	390	**705**
Synthèse 2020	0	2	2	82	89	171	37	57	94	119	148	**267**
Synthèse 2021	7	5	12	118	167	285	94	130	224	219	302	**521**
Total cas traités	**102**	**98**	**200**	**583**	**684**	**1267**	**429**	**613**	**1042**	**1114**	**1395**	**2509**

LES CAS PRIS EN CHARGE PAR LES PRESTAIRES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

KIREMBA

	Troubles Mentaux			Epilepsie			Détresse/ Counseling			Total		
	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H et F	H	F	H+F
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	19	38	57	173	177	350	6	9	15	198	224	**422**
Synthèse 2019	18	26	44	305	169	474	0	0	0	323	195	**518**
Synthèse 2020	17	28	45	195	175	370	0	0	0	212	203	**415**
Synthèse 2021	26	27	53	164	160	324	0	0	0	190	187	**377**
Total cas traités	**80**	**119**	**199**	**837**	**681**	**1518**	**6**	**9**	**15**	**923**	**809**	**1732**

MWUMBA

	Troubles Mentaux			Epilepsie			Détresse/ Counseling			Total		
	H	F	H etF	H	F	Tot H et F	H	F	H et F	H	F	H+F
Synthèse 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Synthèse 2018	18	26	44	159	163	322	3	13	16	180	202	**382**
Synthèse 2019	2	4	6	226	236	462	0	0	0	228	240	**468**
Synthèse 2020	5	6	11	239	209	448	0	0	0	244	215	**459**
Synthèse 2021	5	5	10	115	112	227	0	0	0	120	117	**237**
Total cas traités	**30**	**41**	**71**	**739**	**720**	**1459**	**3**	**13**	**16**	**772**	**774**	**1546**

Annexe 2 : Outils de collecte des données

Outils d'évaluation

« EVALUATION FINALE PROJET IZERE –SANTE MENTALE

1. Guide d'entretien / Louvain Coopération

Informations générales

NUMERO : _____

PLACE : _____

NOM DE L'ENTITE : _____

DATE : _____

HEURE DE DEBUT : _____

HEURE DE FIN :

Présentation et contexte de l'étude

Bonjour et bienvenu dans cet entretien. Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à nous pour échanger au sujet du projet IZERE « santé mentale ».

Je m'appelle ……et mon collègue est ……

Il s'agit d'une étude organisée par Louvain Coopération dans le but de mener l' « **Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale »**. Les informations ainsi collectées permettront d'avoir un état des lieux de la situation finale en ce qui est des résultats atteints avec le projet». Elles permettront en outre d'avoir les opinions des uns et des autres quant à la mise en œuvre, l'atteinte des résultats et les différentes appréciations.

Consentement

Vous avez été identifié en tant que **Acteur-clé du projet IZERE _Santé mentale** pour répondre aux questions prévues dans cette évaluation. Les réponses et les informations que vous allez donner sont anonymes et ne seront utilisées que dans le strict contexte de cette évaluation ; aucune conséquence ne pourra donc découler du fait que vous nous aurez partagé vos idées. Je voudrais bien enregistrer notre discussion ; mais personne d'autre ne pourra l'écouter à part moi-même et mon assistant.

Etes-vous d'accord de continuer la participation aux discussions ? **Oui /__/ (les échanges peuvent avoir lieu) Non /__/ (l'entretien s'arrête ici !)**

1. Pertinence

Q1. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les objectifs des partenaires de mise en œuvre ?

- Pertinence entre problématique et les objectifs
- Légitimité du partenaire de mise en œuvre (BADEC Caritas)
- Moyens mis en œuvre vs enjeux de développement pris en considération
- Valeur ajoutée du projet peut-il se prévaloir dans la zone où il est mis en œuvre

Q2. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les politiques nationales et internationales ?

- Pertinence par rapport aux contextes, aux politiques nationales, internationales (ODD) et aux priorités de la coopération au développement belge
- Pertinence par rapport aux actions mises en œuvre par d'autres acteurs
- Apport des Mutuelles de santé dans ce projet
- Dans quelle mesure le projet AMAGARA ARUTA AMAJANA a-t-elle l'accès aux soins pour les malades mentaux ?
- Apport de la protection sociale dans la prise en charge des maladies mentales

Q3. La conception et les objectifs du projet sont-ils pertinents avec les priorités des bénéficiaires et le contexte local ?

- Est-ce une bonne option de former des prêtres, agents de santé communautaire, etc. ?
- Est-ce que LC + partenaires locaux sont reconnus comme référents ?
- Le projet apporte-t-il une réponse appropriée aux problèmes prioritaires des bénéficiaires ?
- Le projet s'appuie-t-il sur des dynamiques locales voulues et portées par les bénéficiaires?
- La conception tient compte des spécificités culturelles locales
- Pertinence des thèmes de recherche et/ou d'études liés à ce projet
- Sujets de recherche pertinents en lien avec la santé mentale compte-tenu du contexte
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande pertinence ?

2. Efficacité

Q4. Mesure selon laquelle les objectifs spécifiques du projet ont été réalisés

- Degré de réalisation des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) ?
- Changement de méthodologie de suivi des IOV?
- Effets non attendus (non spécifiés par les indicateurs) ?
- Facteurs de réussite ou facteurs d'échec ?
- Le projet fait-il preuve d'une bonne capacité d'adaptation ?
- Comment le projet intègre-t-il les facteurs externes ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour une meilleure efficacité ?

Q5. Changements dans l'offre des soins aux bénéficiaires

- Efficacité des formations du personnel soignant/ASC ?
- Efficacité du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments?
- Niveaux d'utilisation et d'efficacité des services dans les FOSA soutenues?
- Niveau de la qualité perçue de soins dans ces FOSA ?

Q6. Changements observés dans la communauté

- Déclaration publique des problèmes mentaux ?

- Evolution de la mentalité populaire par rapport aux troubles mentaux ?
- Assistance et réintégration des personnes souffrant des troubles mentaux ?
- Stigmatisation des personnes en détresse psychique ?

Q7. Mesure selon laquelle les approches ont été efficaces

- Fonctionnement des groupes de parole ?
- Utilité des Activités Génératrices des Revenus dans ce projet ?
- Rôle des autres acteurs dans la qualité et l'accessibilité des soins ?
- Efficacité de l'appui en médicaments aux FOSA ?
- Plus-value de la formation du personnel soignant dans la qualité des soins ?

3. **Efficience**

Q8. Quel est le degré d'efficience technique et allocative ?

- Appréciation de la relation activités-ressources-résultats
- Appréciation de la gestion du temps et du budget
- Appréciation de la gestion des relations avec les autres acteurs en santé mentale et avec la synergie
- Y'a-t-il eu des mutualisations (en Ressources financières, en RH, en logistique) avec d'autres projets ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande efficience ?

4. **Impact**

Q9. Quel est l'impact du projet sur les bénéficiaires et leur communauté ?

- Est-ce que les stratégies d'intervention ont permis d'apporter le changement souhaité ?
- Quels sont les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet) ?
- Le projet contribue-t-il à une diminution de la vulnérabilité sanitaire des populations bénéficiaires ?
- Le projet contribue-t-il à renforcer de façon effective les organisations des bénéficiaires ?

Q10. Quel est l'impact du projet sur les partenaires ?

- Contribution du projet au renforcement des organisations partenaires dans une optique d'offrir des services appropriés aux groupes cibles ? A quels niveaux (organisationnel, opérationnel)?
- Communication de l'expérience en dehors de la sphère d'activités du programme ?
- Appropriation des approches par les partenaires dans le cadre d'autres collaborations ?
- Pour avoir un impact plus grand quelles sont les autres approches qui auraient dû être utilisées
-

Q11. Quel est l'impact du projet en dehors de la zone de mise en œuvre du projet ?

- Rayonnement national/régional du projet?
- Contribution à la recherche sur la santé mentale au Burundi ?
- Inspiration pour les autres intervenants en santé mentale ?

5. **Durabilité**

Q12. Niveau de durabilité institutionnelle

- Niveau d'engagement (personnel) et institutionnel des parties prenantes ?
- Mise en réseau du projet avec d'autres acteurs en santé mentale ?
- Appropriation par les autorités publiques ou d'autres organisations des résultats du programme ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q13. Niveau de durabilité politique

- Appropriation des résultats du projet par les autorités publiques ?
- Est-ce que les données des programmes apparaissent dans les documents officiels ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q14. Niveau de durabilité financière

- Allocations de fonds futures envisageables par les FOSA ?
- Fonds (internes et externes) pour l'entretien des équipements octroyés par le projet ?
- Fonds (internes et externes) pour poursuivre (en tout ou en partie) les activités?
- Capacités de mobilisation de ressources financières additionnelles
  - capacités du BADEC de soumission de projets et/ou de dossiers de financement auprès de bailleurs externes ?
  - capacité du projet à créer des activités créatrices de revenus ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q15. Niveau de durabilité technique

- Capacité des partenaires à continuer les actions au-delà du projet ?
- Appropriation par les prestataires de soins ?
- Mesures prises pour la rétention du personnel formé au sein des FOSA ?

Q16. Niveau de durabilité sociale

- Degré d'appropriation au niveau local ?

6. Cohérence

Q17. Quel est le degré de cohérence du projet avec les autres interventions menées au Burundi ?

- Cohérence avec les politiques nationales notamment la politique nationale en rapport avec la santé mentale ?
- Cohérence avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence ?

Q18. Quel est le degré de cohérence interne du projet?

- Le projet véhicule-t-il une logique de développement cohérent avec les valeurs de l'organisation ?
- Le caractère universitaire de l'ONG est-il reflété de façon évidente sur le terrain ?

7. Environnement

Q19. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la protection de l'environnement ?

8. Genre

Q20. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la promotion du genre ?

Q21. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la lutte contre les inégalités liées au genre et des VSBG ?

9. Collaboration académique

Q22. Quelle est l'adéquation et la plus-value des collaborations académiques dans la réalisation des différents objectifs du programme ?

10. Approches de mise en œuvre

Q23. Quelles sont les bonnes pratiques à capitaliser et les voies d'amélioration ?

11. Soins offerts aux malades mentaux

Q24. Quel est le niveau de la qualité des soins offerts aux malades mentaux ?

12. Données liées à la santé mentale

Q25. Quelle est la qualité des données liées à la santé mentale dans le système d'information sanitaire (SIS) ? Quelles sont les améliorations à effectuer ?

13. Intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé

Q26. Quelle est la situation de l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé ?

14. Synergie avec LC

Q27. - Quels sont les effets des interventions des organisations en synergie avec LC sur la santé des bénéficiaires ? Quelles sont les améliorations à faire ?

« EVALUATION FINALE PROJET IZERE –SANTE MENTALE

2. Guide d'entretien / Bénéficiaires, communauté, leaders religieux et leaders associatifs

Informations générales

NUMERO : _____

PLACE : _____

NOM DE L'ENTITE : _____

DATE : _____

HEURE DE DEBUT : _____

HEURE DE FIN :

Présentation et contexte de l'étude

Bonjour et bienvenu dans cet entretien. Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à nous pour échanger au sujet du projet IZERE « santé mentale ».

Je m'appelle ……et mon collègue est ……

Il s'agit d'une étude organisée par Louvain Coopération dans le but de mener l' « **Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale »**. Les informations ainsi collectées permettront d'avoir un état des lieux de la situation finale en ce qui est des résultats atteints avec le projet». Elles permettront en outre d'avoir les opinions des uns et des autres quant à la mise en œuvre, l'atteinte des résultats et les différentes appréciations.

Consentement

Vous avez été identifié en tant que **Acteur-clé du projet IZERE _Santé mentale** pour répondre aux questions prévues dans cette évaluation. Les réponses et les informations que vous allez donner sont anonymes et ne seront utilisées que dans le strict contexte de cette évaluation ; aucune conséquence ne pourra donc découler du fait que vous nous aurez partagé vos idées. Je voudrais bien enregistrer notre discussion ; mais personne d'autre ne pourra l'écouter à part moi-même et mon assistant.

Etes-vous d'accord de continuer la participation aux discussions ? **Oui /__/ (les échanges peuvent avoir lieu) Non /__/ (l'entretien s'arrête ici !)**

1. **Pertinence**

Q1. La conception et les objectifs du projet sont-ils pertinents avec les priorités des bénéficiaires et le contexte local ?

- Est-ce une bonne option de former des prêtres, agents de santé communautaire, etc. ?
- Le projet apporte-t-il une réponse appropriée aux problèmes prioritaires des bénéficiaires ?
- Le projet s'appuie-t-il sur des dynamiques locales voulues et portées par les bénéficiaires?
- La conception tient compte des spécificités culturelles locales
- Pertinence des thèmes de recherche et/ou d'études liés à ce projet
- Sujets de recherche pertinents en lien avec la santé mentale compte-tenu du contexte
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande pertinence ?

2. **Efficacité**

Q2. Changements dans l'offre des soins aux bénéficiaires

- Efficacité des formations du personnel soignant/ASC ?
- Efficacité du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments?
- Niveaux d'utilisation et d'efficacité des services dans les FOSA soutenues?
- Niveau de la qualité perçue de soins dans ces FOSA ?

Q3. Changements observés dans la communauté

- Déclaration publique des problèmes mentaux ?
- Evolution de la mentalité populaire par rapport aux troubles mentaux ?
- Assistance et réintégration des personnes souffrant des troubles mentaux ?
- Stigmatisation des personnes en détresse psychique ?

Q4. Mesure selon laquelle les approches ont été efficaces

- Fonctionnement des groupes de parole ?
- Utilité des Activités Génératrices des Revenus dans ce projet ?
- Rôle des autres acteurs dans la qualité et l'accessibilité des soins ?
- Efficacité de l'appui en médicaments aux FOSA ?
- Plus-value de la formation du personnel soignant dans la qualité des soins ?

3. **Impact**

Q5. Quel est l'impact du projet sur les bénéficiaires et leur communauté ?

- Est-ce que les stratégies d'intervention ont permis d'apporter le changement souhaité ?
- Quels sont les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet) ?
- Le projet contribue-t-il à une diminution de la vulnérabilité sanitaire des populations bénéficiaires ?
- Le projet contribue-t-il à renforcer de façon effective les organisations des bénéficiaires ?

4. **Durabilité**

Q6. Niveau de durabilité politique

- Appropriation des résultats du projet par les autorités publiques ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q7. Niveau de durabilité sociale

- Degré d'appropriation au niveau local ?

5. <u>Cohérence</u>

Q8. Quel est le degré de cohérence interne du projet?

- Le projet véhicule-t-il une logique de développement cohérent avec les valeurs de l'organisation ?
- Le caractère universitaire de l'ONG est-il reflété de façon évidente sur le terrain ?

6. <u>Environnement</u>

Q9. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la protection de l'environnement ?

7. <u>Genre</u>

Q10. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la promotion du genre ?

Q11. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la lutte contre les inégalités liées au genre et des VSBG ?

8. <u>Approches de mise en œuvre</u>

Q12. Quelles sont les bonnes pratiques à capitaliser et les voies d'amélioration ?

9. <u>Soins offerts aux malades mentaux</u>

Q13. Quel est le niveau de la qualité des soins offerts aux malades mentaux ?

10. <u>Intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé</u>

Q14. Quelle est la situation de l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé ? (*politique, contexte, ressources humaines, services, communauté, etc.*)

11. <u>Synergie avec LC</u>

Q15. - Quels sont les effets des interventions des organisations en synergie avec LC sur la santé des bénéficiaires ? Quelles sont les améliorations à faire ?

« EVALUATION FINALE PROJET IZERE –SANTE MENTALE

3. Guide d'entretien / Administration

Informations générales

NUMERO : _____

PLACE : _____

NOM DE L'ENTITE : _____

DATE : _____

HEURE DE DEBUT : _____

HEURE DE FIN :

Présentation et contexte de l'étude

Bonjour et bienvenu dans cet entretien. Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à nous pour échanger au sujet du projet IZERE « santé mentale ».

Je m'appelle ……et mon collègue est ……

Il s'agit d'une étude organisée par Louvain Coopération dans le but de mener l' « **Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale »**. Les informations ainsi collectées permettront d'avoir un état des lieux de la situation finale en ce qui est des résultats atteints avec le projet». Elles permettront en outre d'avoir les opinions des uns et des autres quant à la mise en œuvre, l'atteinte des résultats et les différentes appréciations.

Consentement

Vous avez été identifié en tant que **Acteur-clé du projet IZERE _Santé mentale** pour répondre aux questions prévues dans cette évaluation. Les réponses et les informations que vous allez donner sont anonymes et ne seront utilisées que dans le strict contexte de cette évaluation ; aucune conséquence ne pourra donc découler du fait que vous nous aurez partagé vos idées. Je voudrais bien enregistrer notre discussion ; mais personne d'autre ne pourra l'écouter à part moi-même et mon assistant.

Etes-vous d'accord de continuer la participation aux discussions ? **Oui /__/ (les échanges peuvent avoir lieu) Non /__/ (l'entretien s'arrête ici !)**

1. **<u>Pertinence</u>**

Q1. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les objectifs des partenaires de mise en œuvre ?

- Pertinence entre problématique et les objectifs
- Légitimité du partenaire de mise en œuvre (BADEC Caritas)
- Valeur ajoutée du projet peut-il se prévaloir dans la zone où il est mis en œuvre

Q2. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les politiques nationales et internationales ?

- Pertinence par rapport aux contextes, aux politiques nationales, internationales (ODD) et aux priorités de la coopération au développement belge
- Pertinence par rapport aux actions mises en œuvre par d'autres acteurs
- Apport des Mutuelles de santé dans ce projet
- Dans quelle mesure le projet AMAGARA ARUTA AMAJANA a-t-elle l'accès aux soins pour les malades mentaux ?
- Apport de la protection sociale dans la prise en charge des maladies mentales

Q3. La conception et les objectifs du projet sont-ils pertinents avec les priorités des bénéficiaires et le contexte local ?

- Est-ce une bonne option de former des prêtres, agents de santé communautaire, etc. ?
- Est-ce que LC + partenaires locaux sont reconnus comme référents ?
- Le projet apporte-t-il une réponse appropriée aux problèmes prioritaires des bénéficiaires ?
- Le projet s'appuie-t-il sur des dynamiques locales voulues et portées par les bénéficiaires?
- La conception tient compte des spécificités culturelles locales
- Pertinence des thèmes de recherche et/ou d'études liés à ce projet
- Sujets de recherche pertinents en lien avec la santé mentale compte-tenu du contexte
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande pertinence ?

2. **<u>Efficacité</u>**

Q4. Changements dans l'offre des soins aux bénéficiaires

- Efficacité des formations du personnel soignant/ASC ?
- Efficacité du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments?
- Niveaux d'utilisation et d'efficacité des services dans les FOSA soutenues?
- Niveau de la qualité perçue de soins dans ces FOSA ?

Q5. Changements observés dans la communauté

- Déclaration publique des problèmes mentaux ?
- Evolution de la mentalité populaire par rapport aux troubles mentaux ?
- Assistance et réintégration des personnes souffrant des troubles mentaux ?
- Stigmatisation des personnes en détresse psychique ?

Q6. Mesure selon laquelle les approches ont été efficaces

- Fonctionnement des groupes de parole ?
- Utilité des Activités Génératrices des Revenus dans ce projet ?
- Rôle des autres acteurs dans la qualité et l'accessibilité des soins ?
- Efficacité de l'appui en médicaments aux FOSA ?
- Plus-value de la formation du personnel soignant dans la qualité des soins ?

3. **Impact**

Q7. Quel est l'impact du projet sur les bénéficiaires et leur communauté ?

- Est-ce que les stratégies d'intervention ont permis d'apporter le changement souhaité ?
- Quels sont les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet) ?
- Le projet contribue-t-il à une diminution de la vulnérabilité sanitaire des populations bénéficiaires ?
- Le projet contribue-t-il à renforcer de façon effective les organisations des bénéficiaires ?

Q8. Quel est l'impact du projet sur les partenaires ?

- Contribution du projet au renforcement des organisations partenaires dans une optique d'offrir des services appropriés aux groupes cibles ? A quels niveaux (organisationnel, opérationnel)?
- Communication de l'expérience en dehors de la sphère d'activités du programme ?
- Appropriation des approches par les partenaires dans le cadre d'autres collaborations ?
- Pour avoir un impact plus grand quelles sont les autres approches qui auraient dû être utilisées

4. **Durabilité**

Q9. Niveau de durabilité institutionnelle

- Niveau d'engagement (personnel) et institutionnel des parties prenantes ?
- Mise en réseau du projet avec d'autres acteurs en santé mentale ?
- Appropriation par les autorités publiques ou d'autres organisations des résultats du programme ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q10. Niveau de durabilité politique

- Appropriation des résultats du projet par les autorités publiques ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q11. Niveau de durabilité technique

- Capacité des partenaires à continuer les actions au-delà du projet ?
- Mesures prises pour la rétention du personnel formé au sein des FOSA ?

Q12. Niveau de durabilité sociale

- Degré d'appropriation au niveau local ?

5. **Cohérence**

Q13. Quel est le degré de cohérence du projet avec les autres interventions menées au Burundi ?

- Cohérence avec les politiques nationales notamment la politique nationale en rapport avec la santé mentale ?
- Cohérence avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence ?

Q14. Quel est le degré de cohérence interne du projet?

- Le projet véhicule-t-il une logique de développement cohérent avec les valeurs de l'organisation ?
- Le caractère universitaire de l'ONG est-il reflété de façon évidente sur le terrain ?

6. Environnement

Q15. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la protection de l'environnement ?

7. Genre

Q16. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la promotion du genre ?

Q17. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la lutte contre les inégalités liées au genre et des VSBG ?

8. Approches de mise en œuvre

Q18. Quelles sont les bonnes pratiques à capitaliser et les voies d'amélioration ?

9. Soins offerts aux malades mentaux

Q19. Quel est le niveau de la qualité des soins offerts aux malades mentaux ?

10. Intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé

Q20. Quelle est la situation de l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé ?

11. Synergie avec LC

Q21. - Quels sont les effets des interventions des organisations en synergie avec LC sur la santé des bénéficiaires ? Quelles sont les améliorations à faire ?

« EVALUATION FINALE PROJET IZERE –SANTE MENTALE

4. Guide d'entretien / Responsables Sanitaires et Prestataires

Informations générales

NUMERO : _____

PLACE : _____

NOM DE L'ENTITE : _____

DATE : _____

HEURE DE DEBUT : _____

HEURE DE FIN :

Présentation et contexte de l'étude

Bonjour et bienvenu dans cet entretien. Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à nous pour échanger au sujet du projet IZERE « santé mentale ».

Je m'appelle ……et mon collègue est ……

Il s'agit d'une étude organisée par Louvain Coopération dans le but de mener l' « **Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale »**. Les informations ainsi collectées permettront d'avoir un état des lieux de la situation finale en ce qui est des résultats atteints avec le projet». Elles permettront en outre d'avoir les opinions des uns et des autres quant à la mise en œuvre, l'atteinte des résultats et les différentes appréciations.

Consentement

Vous avez été identifié en tant que **Acteur-clé du projet IZERE _Santé mentale** pour répondre aux questions prévues dans cette évaluation. Les réponses et les informations que vous allez donner sont anonymes et ne seront utilisées que dans le strict contexte de cette évaluation ; aucune conséquence ne pourra donc découler du fait que vous nous aurez partagé vos idées. Je voudrais bien enregistrer notre discussion ; mais personne d'autre ne pourra l'écouter à part moi-même et mon assistant.

Etes-vous d'accord de continuer la participation aux discussions ? **Oui /__/ (les échanges peuvent avoir lieu) Non /__/ (l'entretien s'arrête ici !)**

1. **<u>Pertinence</u>**

Q1. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les objectifs des partenaires de mise en œuvre ?

- Pertinence entre problématique et les objectifs
- Légitimité du partenaire de mise en œuvre (BADEC Caritas)
- Moyens mis en œuvre vs enjeux de développement pris en considération
- Valeur ajoutée du projet peut-il se prévaloir dans la zone où il est mis en œuvre

Q2. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les politiques nationales et internationales ?

- Pertinence par rapport aux contextes, aux politiques nationales, internationales (ODD) et aux priorités de la coopération au développement belge
- Pertinence par rapport aux actions mises en œuvre par d'autres acteurs
- Apport des Mutuelles de santé dans ce projet
- Dans quelle mesure le projet AMAGARA ARUTA AMAJANA a-t-elle l'accès aux soins pour les malades mentaux ?
- Apport de la protection sociale dans la prise en charge des maladies mentales

Q3. La conception et les objectifs du projet sont-ils pertinents avec les priorités des bénéficiaires et le contexte local ?

- Est-ce une bonne option de former des prêtres, agents de santé communautaire, etc. ?
- Est-ce que LC + partenaires locaux sont reconnus comme référents ?
- Le projet apporte-t-il une réponse appropriée aux problèmes prioritaires des bénéficiaires ?
- Le projet s'appuie-t-il sur des dynamiques locales voulues et portées par les bénéficiaires?
- La conception tient compte des spécificités culturelles locales
- Pertinence des thèmes de recherche et/ou d'études liés à ce projet
- Sujets de recherche pertinents en lien avec la santé mentale compte-tenu du contexte
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande pertinence ?

2. **<u>Efficacité</u>**

Q4. Mesure selon laquelle les objectifs spécifiques du projet ont été réalisés

- Facteurs de réussite ou facteurs d'échec ?
- Le projet fait-il preuve d'une bonne capacité d'adaptation ?
- Comment le projet intègre-t-il les facteurs externes ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour une meilleure efficacité ?

Q5. Changements dans l'offre des soins aux bénéficiaires

- Efficacité des formations du personnel soignant/ASC ?
- Efficacité du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments?
- Niveaux d'utilisation et d'efficacité des services dans les FOSA soutenues?
- Niveau de la qualité perçue de soins dans ces FOSA ?

Q6. Changements observés dans la communauté

- Déclaration publique des problèmes mentaux ?
- Evolution de la mentalité populaire par rapport aux troubles mentaux ?
- Assistance et réintégration des personnes souffrant des troubles mentaux ?

- Stigmatisation des personnes en détresse psychique ?

Q7. Mesure selon laquelle les approches ont été efficaces

- Rôle des autres acteurs dans la qualité et l'accessibilité des soins ?
- Efficacité de l'appui en médicaments aux FOSA ?
- Plus-value de la formation du personnel soignant dans la qualité des soins ?

3. <u>Impact</u>

Q9. Quel est l'impact du projet sur les bénéficiaires et leur communauté ?

- Est-ce que les stratégies d'intervention ont permis d'apporter le changement souhaité ?
- Quels sont les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet) ?
- Le projet contribue-t-il à une diminution de la vulnérabilité sanitaire des populations bénéficiaires ?
- Le projet contribue-t-il à renforcer de façon effective les organisations des bénéficiaires ?

Q10. Quel est l'impact du projet sur les partenaires ?

- Contribution du projet au renforcement des organisations partenaires dans une optique d'offrir des services appropriés aux groupes cibles ? A quels niveaux (organisationnel, opérationnel)?
- Communication de l'expérience en dehors de la sphère d'activités du programme ?
- Appropriation des approches par les partenaires dans le cadre d'autres collaborations ?
- Pour avoir un impact plus grand quelles sont les autres approches qui auraient dû être utilisées

Q11. Quel est l'impact du projet en dehors de la zone de mise en œuvre du projet ?

- Rayonnement national/régional du projet?
- Contribution à la recherche sur la santé mentale au Burundi ?
- Inspiration pour les autres intervenants en santé mentale ?

4. <u>Durabilité</u>

Q12. Niveau de durabilité institutionnelle

- Niveau d'engagement (personnel) et institutionnel des parties prenantes ?
- Mise en réseau du projet avec d'autres acteurs en santé mentale ?
- Appropriation par les autorités publiques ou d'autres organisations des résultats du programme ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q13. Niveau de durabilité politique

- Appropriation des résultats du projet par les autorités publiques ?
- Est-ce que les données des programmes apparaissent dans les documents officiels ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q14. Niveau de durabilité financière

- Allocations de fonds futures envisageables par les FOSA ?
- Fonds (internes et externes) pour l'entretien des équipements octroyés par le projet ?
- Fonds (internes et externes) pour poursuivre (en tout ou en partie) les activités?

- Capacités de mobilisation de ressources financières additionnelles
  - capacités du BADEC de soumission de projets et/ou de dossiers de financement auprès de bailleurs externes ?
  - capacité du projet à créer des activités créatrices de revenus ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q15. Niveau de durabilité technique

- Capacité des partenaires à continuer les actions au-delà du projet ?
- Appropriation par les prestataires de soins ?
- Mesures prises pour la rétention du personnel formé au sein des FOSA ?

Q16. Niveau de durabilité sociale

- Degré d'appropriation au niveau local ?

5. Cohérence

Q17. Quel est le degré de cohérence du projet avec les autres interventions menées au Burundi ?

- Cohérence avec les politiques nationales notamment la politique nationale en rapport avec la santé mentale ?
- Cohérence avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence ?

Q18. Quel est le degré de cohérence interne du projet?

- Le projet véhicule-t-il une logique de développement cohérent avec les valeurs de l'organisation ?
- Le caractère universitaire de l'ONG est-il reflété de façon évidente sur le terrain ?

6. Environnement

Q19. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la protection de l'environnement ?

7. Genre

Q20. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la promotion du genre ?

Q21. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la lutte contre les inégalités liées au genre et des VSBG ?

8. Approches de mise en œuvre

Q22. Quelles sont les bonnes pratiques à capitaliser et les voies d'amélioration ?

9. Soins offerts aux malades mentaux

Q23. Quel est le niveau de la qualité des soins offerts aux malades mentaux ?

10. Données liées à la santé mentale

Q24. Quelle est la qualité des données liées à la santé mentale dans le système d'information sanitaire (SIS) ? Quelles sont les améliorations à effectuer ?

11. Intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé

Q25. Quelle est la situation de l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé ?

« EVALUATION FINALE PROJET IZERE –SANTE MENTALE

5. Guide d'entretien / Partenaires en synergie

Informations générales

NUMERO : _____

PLACE : _____

NOM DE L'ENTITE : _____

DATE : _____

HEURE DE DEBUT : _____

HEURE DE FIN :

Présentation et contexte de l'étude

Bonjour et bienvenu dans cet entretien. Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à nous pour échanger au sujet du projet IZERE « santé mentale ».

Je m'appelle ……et mon collègue est ……

Il s'agit d'une étude organisée par Louvain Coopération dans le but de mener l' « **Évaluation finale du projet IZERE « santé mentale »**. Les informations ainsi collectées permettront d'avoir un état des lieux de la situation finale en ce qui est des résultats atteints avec le projet». Elles permettront en outre d'avoir les opinions des uns et des autres quant à la mise en œuvre, l'atteinte des résultats et les différentes appréciations.

Consentement

Vous avez été identifié en tant que **Acteur-clé du projet IZERE _Santé mentale** pour répondre aux questions prévues dans cette évaluation. Les réponses et les informations que vous allez donner sont anonymes et ne seront utilisées que dans le strict contexte de cette évaluation ; aucune conséquence ne pourra donc découler du fait que vous nous aurez partagé vos idées. Je voudrais bien enregistrer notre discussion ; mais personne d'autre ne pourra l'écouter à part moi-même et mon assistant.

Etes-vous d'accord de continuer la participation aux discussions ? **Oui /__/ (les échanges peuvent avoir lieu) Non /__/ (l'entretien s'arrête ici !)**

1. **Pertinence**

Q1. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les objectifs des partenaires de mise en œuvre ?

- Pertinence entre problématique et les objectifs
- Légitimité du partenaire de mise en œuvre (BADEC Caritas)
- Valeur ajoutée du projet peut-il se prévaloir dans la zone où il est mis en œuvre

Q2. La conception et les objectifs du projet sont pertinents avec les politiques nationales et internationales ?

- Pertinence par rapport aux contextes, aux politiques nationales, internationales (ODD) et aux priorités de la coopération au développement belge
- Pertinence par rapport aux actions mises en œuvre par d'autres acteurs
- Apport des Mutuelles de santé dans ce projet
- Dans quelle mesure le projet AMAGARA ARUTA AMAJANA a-t-elle l'accès aux soins pour les malades mentaux ?
- Apport de la protection sociale dans la prise en charge des maladies mentales

Q3. La conception et les objectifs du projet sont-ils pertinents avec les priorités des bénéficiaires et le contexte local ?

- Est-ce une bonne option de former des prêtres, agents de santé communautaire, etc. ?
- Est-ce que LC + partenaires locaux sont reconnus comme référents ?
- Le projet apporte-t-il une réponse appropriée aux problèmes prioritaires des bénéficiaires ?
- Le projet s'appuie-t-il sur des dynamiques locales voulues et portées par les bénéficiaires?
- La conception tient compte des spécificités culturelles locales
- Pertinence des thèmes de recherche et/ou d'études liés à ce projet
- Sujets de recherche pertinents en lien avec la santé mentale compte-tenu du contexte
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande pertinence ?

2. **Efficacité**

Q4. Mesure selon laquelle les objectifs spécifiques du projet ont été réalisés

- Effets non attendus (non spécifiés par les indicateurs) ?
- Facteurs de réussite ou facteurs d'échec ?
- Le projet fait-il preuve d'une bonne capacité d'adaptation ?
- Comment le projet intègre-t-il les facteurs externes ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour une meilleure efficacité ?

Q6. Changements observés dans la communauté

- Déclaration publique des problèmes mentaux ?
- Evolution de la mentalité populaire par rapport aux troubles mentaux ?
- Assistance et réintégration des personnes souffrant des troubles mentaux ?
- Stigmatisation des personnes en détresse psychique ?

3. **Efficience**

Q8. Quel est le degré d'efficience technique et allocative ?

- Appréciation de la gestion des relations avec les autres acteurs en santé mentale et avec la synergie

- Y'a-t-il eu des mutualisations (en Ressources financières, en RH, en logistique) avec d'autres projets ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande efficience ?

4. Impact

Q9. Quel est l'impact du projet sur les bénéficiaires et leur communauté ?

- Quels sont les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet) ?
- Le projet contribue-t-il à une diminution de la vulnérabilité sanitaire des populations bénéficiaires ?
- Le projet contribue-t-il à renforcer de façon effective les organisations des bénéficiaires ?

Q10. Quel est l'impact du projet sur les partenaires ?

- Contribution du projet au renforcement des organisations partenaires dans une optique d'offrir des services appropriés aux groupes cibles ? A quels niveaux (organisationnel, opérationnel)?
- Communication de l'expérience en dehors de la sphère d'activités du programme ?
- Appropriation des approches par les partenaires dans le cadre d'autres collaborations ?
- Pour avoir un impact plus grand quelles sont les autres approches qui auraient dû être utilisées

Q11. Quel est l'impact du projet en dehors de la zone de mise en œuvre du projet ?

- Rayonnement national/régional du projet?
- Contribution à la recherche sur la santé mentale au Burundi ?
- Inspiration pour les autres intervenants en santé mentale ?

5. Durabilité

Q12. Niveau de durabilité institutionnelle

- Niveau d'engagement (personnel) et institutionnel des parties prenantes ?
- Mise en réseau du projet avec d'autres acteurs en santé mentale ?
- Appropriation par les autorités publiques ou d'autres organisations des résultats du programme ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q13. Niveau de durabilité politique

- Appropriation des résultats du projet par les autorités publiques ?
- Est-ce que les données des programmes apparaissent dans les documents officiels ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q14. Niveau de durabilité financière

- Allocations de fonds futures envisageables par les FOSA ?
- Fonds (internes et externes) pour l'entretien des équipements octroyés par le projet ?
- Fonds (internes et externes) pour poursuivre (en tout ou en partie) les activités?
- Capacités de mobilisation de ressources financières additionnelles
    - capacités du BADEC de soumission de projets et/ou de dossiers de financement auprès de bailleurs externes ?
    - capacité du projet à créer des activités créatrices de revenus ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Q16. Niveau de durabilité sociale

- Degré d'appropriation au niveau local ?

6. **Cohérence**

Q17. Quel est le degré de cohérence du projet avec les autres interventions menées au Burundi ?

- Cohérence avec les politiques nationales notamment la politique nationale en rapport avec la santé mentale ?
- Cohérence avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence ?

Q18. Quel est le degré de cohérence interne du projet?

- Le caractère universitaire de l'ONG est-il reflété de façon évidente sur le terrain ?

7. **Environnement**

Q19. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la protection de l'environnement ?

8. **Genre**

Q19. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la promotion du genre ?

Q20. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la lutte contre les inégalités liées au genre et des VSBG ?

9. **Approches de mise en œuvre**

Q22. Quelles sont les bonnes pratiques à capitaliser et les voies d'amélioration ?

10. **Intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé**

Q25. Quelle est la situation de l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé ?

11. **Synergie avec LC**

Q27. - Quels sont les effets des interventions des organisations en synergie avec LC sur la santé des bénéficiaires ? Quelles sont les améliorations à faire ?

Annexe 3 : Termes de Référence de l'Evaluation finale du projet IZERE « Santé mentale » au Burundi

A.1 CONTEXTE DE L'ÉVALUATION :

Louvain Coopération au Développement, Louvain Coopération en abrégé, LC en sigle, est l'ONG de l'Université Catholique de Louvain (UC Louvain). Elle a son siège à Louvain-la-Neuve en Belgique avec pour le Burundi une Direction nationale à Bujumbura. Pour LC, le développement est un processus de transformation sociale permanent et dynamique qui donne aux populations les plus défavorisées la possibilité de construire une société plus juste où chacun se sent capable de réaliser son potentiel humain. La spécificité de LC est de contribuer à cette vision du développement en mobilisant les ressources humaines et scientifiques de la communauté universitaire. Au Sud, LC appuie des actions en santé, accès aux soins de santé et en sécurité alimentaire et économique, en Afrique Centrale (RDC et Burundi), en Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo), en Amérique Andine (Bolivie), en Afrique Australe (Madagascar) et en Asie (Cambodge). Au Nord, LC contribue aussi à des actions d'Education à la Citoyenneté Mondiale et Solidaire (ECMS).

LC est installée au Burundi depuis 2004 où elle intervient dans les domaines de la sécurité alimentaire et économique, la santé et l'accès aux soins de santé à travers des mutuelles de santé communautaires. La Direction Nationale (DN) pour le Burundi se trouve à Bujumbura avec cinq antennes installées chez les partenaires : Bubanza, Cibitoke, Karusi, Muyinga et Ngozi. LC mène actuellement 4 projets dans 6 provinces du Burundi.

Dans le domaine de la santé mentale en particulier, LC intervient en Bolivie, au Cambodge, en RDC et au Burundi. Plus particulièrement au Burundi, LC a mené une intervention de 2008 à 2010 qui n'a pas été poursuivie faute de financement. De 2017 à 2021, LC a obtenu un financement de la Direction Générale de la coopération au Développement (DGD) dans le cadre du programme quinquennal 2017 - 2021 pour réaliser un projet de santé mentale dénommée IZERE. Ce projet est mis en œuvre en partenariat avec le Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire, Association sans But Lucratif (BADEC-Caritas Ngozi asbl), dont le siège social se trouve au bureau du Diocèse Catholique de Ngozi.

Le projet IZERE est venu apporter un appui aux districts sanitaires de Buye (plus particulièrement le centre de santé de Gatsinda et l'hôpital de Buye) et de Kiremba (spécifiquement le centre de santé et l'hôpital de Kiremba) et vise à améliorer la santé mentale des populations de Ngozi. A noter que les troubles mentaux constituent une des principales causes de morbidité dans le monde et plus particulièrement dans des pays aussi fragiles que le Burundi. C'est ainsi que le projet IZERE a adopté une approche holistique d'intervention en tenant compte des trois composantes : les troubles mentaux (sphère biologique), la détresse psychologique (sphère psychosociale) et la santé mentale positive (sphère sociétale).

Ainsi, le projet IZERE contribue à la prise en charge médicale et psychosociale des patients souffrant de troubles mentaux et/ou de détresse psychologique. Il s'occupe de la sensibilisation de la communauté pour générer la demande de soins et lutter contre la stigmatisation de ces patients et enfin du renforcement de la gouvernance à travers le plaidoyer pour la santé mentale auprès des instances de prise de décision. BADEC-Caritas Ngozi bénéficie d'un appui technique et financier de LC et de la collaboration avec le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK) pour la mise en œuvre de ce projet.

Le démarrage des activités du projet IZERE a eu lieu le 1 janvier 2017. Une étude de base pour faire un rapide état des lieux sur les problèmes de santé mentale dans la zone a été menée aux mois de septembre et octobre 2017 par un consultant local. Les rapports des activités des années 2017 à 2020 du projet ont été produits et soumis à la DGD. En octobre 2019, un consultant international a fait une évaluation à mi-parcours du projet et il a émis des recommandations pour la suite du projet. Aux mois de janvier-février 2020, Jean-Michel POCHET, directeur général de LC a également effectué une mission de travail pour rencontrer les autorités, les partenaires techniques et financiers et voir l'état d'avancement du programme de LC au Burundi dont le projet faisant l'objet de la présente évaluation.

Grâce à l'expérience acquise en santé mentale entre autres avec le projet IZERE, en 2018, LC, en consortium avec les ONGs MEMISA, Médecins Sans Vacances (MSV) et ENABEL a répondu à un appel à projets de l'Union Européenne (UE) dans le cadre du programme "Mesure d'appui à la résilience des populations du Burundi", "Composante 2 : Santé". Le consortium dont l'ONG MEMISA est chef de file a obtenu le financement.

Ce projet dénommé TWITEHO AMAGARA qui couvre 4 provinces dont Ngozi a démarré en mai 2019 et LC s'occupe de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires y compris le niveau communautaire.

En avril et mai 2021 et en collaboration avec le projet TWITEHO AMAGARA, les professeurs de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation à l'Université du Burundi ont mené une étude de capitalisation des approches utilisées dans le projet IZERE. Une séance de restitution des résultats a eu lieu le 26 mai 2021. Ils ont produit un rapport de cette étude et celui-ci est en cours de validation.

Comme le projet IZERE prend fin en décembre 2021, il est impératif de l'évaluer par un consultant externe. Cette mission d'évaluation servira également à capitaliser des résultats du projet IZERE pour servir au projet TWITEHO AMAGARA dans son volet de santé mentale mais aussi pour informer et guider la planification future des actions de LC et d'autres intervenants en santé mentale.

A.2. OBJECTIF, CHAMP ET UTILISATEUR(S) DE L'ÉVALUATION

A.2.1. OBJECTIFS / RÉSULTATS DE LA MISSION :

L'objectif global de l'évaluation finale du projet IZERE (OS1) est d'apprécier les performances réalisées en matière de prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale de la population bénéficiaire par rapport à l'objectif spécifique en vue d'informer le bailleur de fonds et d'apporter des suggestions et recommandations permettant d'améliorer les interventions ultérieures.

D'une manière plus spécifique, la présente évaluation finale aura comme finalités de :

- Vérifier, sur la base de l'état d'avancement et des performances du projet, si les changements escomptés ont été atteints à l'échéance du projet, particulièrement en matière de prise en charge médicale et psychologique des patients ;
- Analyser les 5 critères CAD habituels suivants : pertinence, efficacité, efficience (utilisation rationnelle des ressources), impact et viabilité ;
- Analyser les approches (sensibilisation communautaire, appui en médicaments psychotropes et antiépileptiques aux formations sanitaires, formation du personnel soignant, appui en activités de réintégration socio-

économique dont les activités génératrices de revenus et les groupes de parole ainsi que les approches d'adhésion aux mutuelles de santé, identifier les bonnes pratiques à capitaliser et proposer des voies d'amélioration ;

- Evaluer la qualité des soins offerts aux malades souffrant des troubles mentaux ;
- Evaluer la qualité des données liées à la santé mentale dans le système d'information sanitaire (SIS) et proposer des améliorations ;
- Sur base de la distribution actuelle des responsabilités des intervenants dans le processus d'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé, faire une analyse de la situation et proposer des améliorations ;
- Analyser les effets des interventions des organisations en synergie avec LC dans le cadre du programme quinquennal financé par la DGD (Vétérinaires Sans Frontières - VSF Belgique et LC/Mutuelles de santé) sur la santé des bénéficiaires et proposer des améliorations ;
- A la fin de la mission, formuler des recommandations opérationnelles à partager avec l'équipe LC et les partenaires de mise en œuvre et des recommandations stratégiques à partager au cours d'un atelier de restitution avec les intervenants dans le domaine de la santé mentale au Burundi et les autorités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS). Les recommandations et les observations des participants à la séance de restitution des résultats de l'évaluation finale seront intégrées dans le rapport final de l'évaluation.

Les thèmes transversaux (genre et environnement) feront l'objet d'une analyse de l'évaluateur qui donnera des éléments de réponses sur la prise en compte de l'aspect genre dans la mise en œuvre des actions et des services. En outre, il montrera la façon dont les actions du projet affectent l'environnement.

A.2.2 UTILISATEURS PRINCIPAUX :

- Louvain Coopération comme ACNG impliqué dans la réalisation du programme DGD/P5 ;
- La DGD qui est le bailleur de fonds principal ;
- BADEC – CARITAS Ngozi comme partenaire d'exécution du projet IZERE sur terrain ;

- CNPK (et - son centre satellite de Ngozi) comme partenaire technique ayant contribué à la formation des prestataires et à leur accompagnement sur terrain ;
- Le MSPLS qui a signé avec LC une convention d'exécution du projet et va utiliser les résultats de l'évaluation pour l'élaboration des documents stratégiques et opérationnels ;
- Les organisations en synergie dans le cadre du P5 qui sont VSF Belgique, UCODE AMR et Médecins Sans Vacances (MSV) ;
- Les membres du Consortium MEMISA qui mettent en œuvre le projet TWITEHO AMAGARA financé par l'UE (MEMISA, MSV, ENABEL et LC) ;
- Les autres directions nationales et régionales de LC qui ont la composante Santé mentale dans leur programme ;
- Les membres d'UNI4COOP et du cadre stratégique commun (CSC)1 Burundi : les conclusions et leçons apprises seront partagées avec ces acteurs ;
- Autres acteurs intervenant en santé mentale qui vont utiliser les résultats de cette évaluation.

A.2.3. PÉRIODE CONCERNÉE PAR L'ÉVALUATION :

L'évaluation couvrira l'ensemble de la durée du projet à partir du démarrage du programme quinquennal 2017-2021 qui va du 1/1/2017 au 31/12/2021.

A.3. TYPE D'ÉVALUATION :

Il s'agit d'une évaluation externe à réaliser à la fin du projet IZERE dans toute sa zone d'intervention.

A.4. APPROCHE GLOBALE

Une première version des TDR a été établie par le personnel de la Direction Nationale au Burundi et partagée avec notre partenaire BADEC. Ce document a été soumis au siège de LC pour avis et complément. Enfin, le Comité aux Evaluations d'Uni4Coop a émis des recommandations sur la formulation des questions d'évaluation et le choix des méthodes et outils. Comme le stipule la règlementation en vigueur, ils ont également été soumis à l'approbation de la DGD.

Les critères d'évaluation à privilégier sont :

-Les critères CAD : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et impact ainsi que la contribution au CSC santé.

-Liés à nos centres d ' intérêt : la cohérence entre les interventions éventuelles d'autres acteurs en santé mentale, la mise en œuvre d'une approche genre, le caractère novateur des initiatives.

QUESTIONS CLÉS DE L'ÉVALUATION

L'évaluateur rendra explicite la manière dont les parties prenantes s'y prennent pour induire les changements de comportements nécessaires pour améliorer la capacité de résilience des bénéficiaires. Son analyse globale doit permettre de mieux comprendre les éléments déclencheurs d'un changement chez les bénéficiaires, compte tenu de leurs différents profils. Il s'agit également de relever les éventuels freins et obstacles à l'adoption de nouveaux comportements. Cette évaluation devra prendre en compte les hypothèses sous-jacentes à la Théorie du changement énoncé dans le document de projet initial pour répondre aux questions d'évaluation.

Hypothèse 1 : La déstigmatisation des problèmes de santé mentale auprès des populations aboutit rapidement chez celles-ci à une forte augmentation de la demande de soins (CARE), souvent exprimée en premier lieu par les femmes (80 %), ensuite par les hommes et finalement par les familles.

Hypothèse 2 : Dans un pays aussi instable que le Burundi, les organisations confessionnelles sont capables de soutenir la population dans le domaine de la santé mentale.

Hypothèse 3 : La typologie des 3 cercles (bio-psycho-sociétal) est un modèle simple, clair, puissant et reconnu aujourd'hui par la société scientifique (OMS) pour faire passer les concepts clés de santé men tale aux intervenants de ce domaine.

Hypothèse 4 : La partie mentale des maladies a trop souvent été oubliée et nécessite une attention particulière jusqu'à ce qu'elle fasse entièrement partie des soins de santé primaires.

Hypothèse 5 : Dans les pays fragiles, les systèmes locaux de santé restent les structures les plus efficientes pour assurer les soins de santé de base auprès des populations totalement démunies.

Question centrale relative à l'Objectif Spécifique (OS) du projet :

Intitulé de l'OS : La prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale (biologique, psychosociale et sociétale) de la population de la zone du projet est améliorée.

Questions spécifiques relatives aux différents Résultats attendus du projet :

Le projet avait comme ambition d'atteindre les résultats suivants :

Résultat 1 : La prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux est améliorée (Sphère BIOLOGIQUE). Résultat 2 : Les personnes souffrant de détresse psychologique trouvent davantage de lieux et de personnes formées pour accueillir et prendre en charge cette détresse (Sphère PSYCHOSOCIALE).

Résultat 3 : Le réseau des intervenants contribue à la réinsertion socio-économique des patients ainsi qu'à l'évolution du regard de la communauté et des autorités politiques sur la santé mentale (Sphère SOCIETALE).

Résultat 4 : Les connaissances produites par le programme de santé mentale sont mises en évidence, valorisées et diffusées.

Résultat 5 : Le partenaire BADEC est renforcé institutionnellement et assure la mise en œuvre et la durabilité des résultats du projet.

Cette évaluation devra faire la lumière sur tous les critères CAD (l'efficacité, l'efficience, la durabilité, l'impact et la pertinence) des stratégies développées par LC et ses partenaires locaux dans la mise en œuvre du programme po ur l'atteinte de l'objectif spécifique.

Efficacité

L'analyse de l'efficacité aura comme objet de vérifier la transformation des Produits en Effets. Plus spécifiquement, la mission visera à répondre aux questions clefs suivantes :

- Quel est le degré de réalisation des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) ? La méthodologie pour le suivi des IOV a-t-elle changé au cours du programme ?
- Les formations du personnel soignant dans les formations sanitaires et celles des agents de santé communautaires ont- elles été efficaces ?

- Le système d'approvisionnement et de gestions des médicaments psychotropes et antiépileptiques est-il efficace ? Quels sont les niveaux d'utilisation et d'efficacité des services offerts par les partenaires /structures soutenues ?
- Est-ce que les malades reçoivent les soins de qualité dans les structures de soins ? Est-ce que les groupes de parole fonctionnent bien ?
- Est-ce que les personnes osent parler en public de leurs problèmes personnels ou vécu quotidien ? Les mentalités de la population évoluent-elles par rapport aux troubles psychologiques ?
- Les personnes souffrant de troubles mentaux, bénéficient-elles de l'assistance de leurs proches en suffisance ? Y a-t-il moins de stigmatisation des personnes en détresse psychique ?
- Quel est le rôle des Activités Génératrices des Revenus dans ce projet ? Sont-elles nécessaires et utiles ?
- La mobilisation, concertation et collaboration rapprochée entre les acteurs publics, associatifs et communautaires ont- elles joué un rôle dans la qualité et l'accessibilité des soins ?
- Quels facteurs externes ont eu une incidence (positive ou négative) sur l'efficacité des produits/effets compte tenu de leur importance relative ?
- Le projet fait-il preuve d'une bonne capacité d'adaptation ? Comment le projet intègre-t-il les facteurs externes ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour une meilleure efficacité ?

Efficience

L'efficience se réfère à la manière dont le projet a transformé les ressources de l'intervention en produits attendus, grâce aux activités mises en œuvre. L'évaluation devra analyser si les ressources (financières, humaines, matérielles et l'information) ont été allouées d'une manière optimale pour atteindre les résultats escomptés.

- Y'a-t-il eu des mutualisations (en Ressources financières, en RH, en logistique) avec d'autres projets ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande efficience ?

Impact

L'analyse de l'impact du projet vise à apprécier les changements obtenus au niveau des bénéficiaires et de leurs organisations (en termes de conditions de vie et de comportements) ainsi qu'au niveau des partenaires (en termes de renforcement de leurs capacités).

- Les stratégies d'intervention et typologies des activités permettaient elles d'apporter le changement souhaité ?
- Quels sont les effets perçus par les bénéficiaires (nature des changements : effets positifs ou négatifs, directs ou indirects générés par le projet) ?

- Le projet contribue-t-il à une diminution de la vulnérabilité sanitaire des populations bénéficiaires ? Le projet contribue-t-il à renforcer de façon effective les organisations des bénéficiaires ?
- Le projet contribue-t-il au renforcement des organisations partenaires dans une optique d'offrir des services appropriés aux groupes cibles ?
- A quels niveaux ce renforcement est-il observable : capacités organisationnelles (renforcement de l'organisation, de ses procédures, de son équipe, de sa structuration), capacités opérationnelles (maîtrise technique des activités, capacité de financement) ?
- Est-ce que le programme et/ou les partenaires ont communiqué leur expérience en dehors de la sphère d'activités du programme afin d'avoir un impact plus grand ?
- Est-ce que les approches et méthodologies impulsées par l'intervention ont-elles été implémentées par les partenaires dans le cadre d'autres collaborations ?
- Pour avoir un impact plus grand quelles sont les autres approches qui auraient dû être utilisées lors de la mise en œuvre de cette intervention ?

Durabilité

- Les effets observés chez les bénéficiaires sont-ils durables sur le plan organisationnel, économique, technique, social, politique ?
- Au niveau des partenaires : Le renforcement des partenaires tel que fait dans le projet leur permettrait-il de devenir autonomes et de pouvoir continuer les actions au-delà du projet ?
- Quel est le degré d'appropriation au niveau local et au niveau national ?
- Au niveau de l' environnement institutionnel : Est-ce-que les autorités publiques ou d'autres organisations de la société civile se sont approprié certains résultats ou produits du programme ?
- Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande durabilité ?

Pertinence

La pertinence du projet sera analysée sous les angles suivants :

- Du point de vue général,
  - est-ce que les résultats choisis étaient pertinents par rapport aux contextes, aux politiques nationales, internationales (ODD) et aux priorités de la coopération au développement belge ?
  - Est-ce une bonne option de former des personnes qui ne sont pas initialement dédiées à la prise en charge psychosociale de personnes en difficultés (prêtres, agents de santé communautaire, etc …) ?
  - Le projet s'articule-t-il correctement avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence ?

- ❖ Sommes-nous (LC + partenaires locaux) partie prenante, voire reconnus comme référents dans des espaces de concertation et d'articulation du développement local ?
- ❖ L'appui aux adhésions aux Mutuelles de santé est-il pertinent dans ce projet ? Y a-t-il une plus-value de cette activité dans ce projet ?
- ❖ Les moyens mis en œuvre sont-ils à la hauteur des enjeux de développement pris en considération ? De quelle valeur ajoutée le projet peut-il se prévaloir dans la zone où il est mis en œuvre ?

- ➢ Du point de vue des partenaires de développement :
  - ❖ Le choix du/des partenaires est-il cohérent avec la problématique et les objectifs ?
  - ❖ Les partenaires bénéficient-ils dans leur environnement institutionnel de la légitimité nécessaire pour la mise en œuvre du projet ?
- ➢ Du point de vue des bénéficiaires :
  - ❖ Le projet apporte-t-il une réponse appropriée aux problèmes prioritaires et aux ambitions des bénéficiaires ?
  - ❖ Le projet s'appuie-t-il sur des dynamiques locales voulues et portées par les bénéficiaires (les bénéficiaires sont-ils sujets ou acteurs des projets, l'aide vient-elle en complément d'une mobilisation effective des bénéficiaires, l'aide est-elle proportionnelle à la capacité de mobilisation locale ?
  - ❖ Le projet est-il conçu en tenant compte des spécificités culturelles dans lequel il est mis en œuvre ?
- ➢ Est-ce que les thèmes de recherche et/ou d'études liés à ce projet sont pertinents ?
- ➢ Quels pourraient être les sujets de recherche les plus intéressants en lien avec la santé mentale compte-tenu du contexte social, économique et politique actuel du Burundi ?
- ➢ Qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande pertinence ?

Cohérence

L'analyse de la cohérence du projet vise à apprécier le degré avec lequel l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution. Le critère cherche à examiner comment d'autres interventions (en particulier des politiques) appuient ou affaiblissent l'intervention évaluée, et inversement.

- ➢ Au niveau de la cohérence externe :
  - ❖ Le projet est-il cohérent avec les politiques nationales notamment la politique nationale en rapport avec la santé mentale ?

- ❖ Le projet s'articule-t-il correctement avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence ?
- Au niveau de la cohérence interne :
  - ❖ Le projet véhicule-t-il une logique de développement cohérent avec les valeurs de l'organisation ?
  - ❖ Le caractère universitaire de l'ONG est-il reflété de façon évidente sur le terrain ?

L'évaluation devra faire aussi un point sur certaines questions spécifiques au projet :

Questions transversales :

- Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la promotion du genre et/ou la protection de l'environnement ?
- Quelle est l'adéquation et la plus-value des collaborations académiques dans la réalisation des différents objectifs du programme ?

Les recommandations doivent permettre à LC et son partenaire BADEC, le cas échéant, de revoir les stratégies et modalités d'intervention ou encore de capitaliser sur celles qui sont particulièrement porteuses, en vue de leur diffusion.

A.5. MÉTHODE ET OUTILS SOUHAITÉS

Le choix de la méthodologie d'évaluation est laissé à l'évaluateur, y compris en termes de temps à accorder à chaque question. Il devra toutefois expliciter dans la remise de son offre technique les différents outils de récolte d'informations qu'il utilisera, notamment pour assurer une triangulation de celles-ci ainsi que les méthodes de traitement et d'analyse de celles-ci. Ces outils et méthodes feront l'objet d'une discussion lors la réunion de cadrage préparatoire à la mission de terrain.

La récolte des données se réalisera au niveau des différents acteurs dont les bénéficiaires, le Ministère, les prestataires de soins des formations sanitaires pilotes et du Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK) et de Ngozi, la structure partenaire BADEC- Caritas Ngozi, l'équipe du projet IZERE et TWITEHO AMAGARA composante santé mentale ainsi que les responsables des organisations en synergie avec LC.

Les langues à utiliser lors de la collecte des données dans la communauté sera le kirundi mais avec une traduction en français (si nécessaire). Les documents à présenter à LC seront écrits en français. Les séances de discussion sur les approches et la réunion de cadrage seront tenues en français. Enfin, la séance de restitution sera menée en français.

A.6. COMPÉTENCES REQUISES

Pour exécuter cette évaluation, les compétences suivantes sont requises :

- Bonne connaissance du domaine d'intervention questionné : santé mentale / santé publique / appui psychologique des populations en Afrique en général et au Burundi en particulier.
- Expérience avérée en évaluation de projets de développement.
- Maîtrise du français et bonnes capacités de rédaction dans cette langue.
- La connaissance du kirundi est un plus.
- Connaissance du Burundi et de la zone d'intervention est considérée comme un avantage primordial.
- Esprit constructif.
- Sensibilité aux thématiques de la vulnérabilité, du genre et de l'environnement.

A.7. BUDGET

Le budget maximum disponible pour cette évaluation s'élève à 8.000 Euros (si consultant national, équivalent en BIF au taux moyen du jour de la BRB à la date de soumission de l'offre) et toutes taxes comprises. Ce montant couvre les honoraires et perdiems du consultant et des personnes qui lui viennent en appui s'il y a lieu.

Le programme mettra à disposition un véhicule pour les déplacements sur le terrain et la prise en charge des personnes participants dans les focus groupes et autres réunions.

Les règles du bailleur principal en matière de montants éligibles sont d'application.

A.8. MODALITÉS DE L'EXPERTISE :

A.8.1. CONTENU SOUHAITÉ POUR L'OFFRE TECHNIQUE ET FINANCIÈRE.

La proposition devra fournir les éléments suivants :

- Une compréhension des Termes de Référence, ainsi que la manière dont le contexte et les questions d'évaluation ont été compris en relation avec les hypothèses de changement ;
- Une description de l'approche méthodologique envisagée pour répondre aux questions et aux objectifs exposés dans ces termes de référence décrivant précisément les outils de collecte d'informations qu'il souhaite mobiliser au cours de son évaluation avec la confirmation de l'observation des principes d'éthique (autonomie et confidentialité, neutralité de l'équipe évaluatrice, validité et fiabilité des informations) ;
- Un chronogramme prévisionnel de la mission ;
- Le profil de l'expert (max. 3 pages par CV) ;
- Un budget détaillé (en BIF) de la prestation.

A.8.2. DOCUMENTS A CONSULTER

- Document de projet, Théorie du changement et cadre logique tels que fournis à la DGD.
- Les approches d'intervention du projet.
- Le document de l'étude de base.
- Rapports d'activités 2017 à 2020 et 2021 (jusqu'au 30/10/2021).
- Rapport de l'évaluation des approches
- Rapport final de l'évaluation à mi-parcours
- Les documents de politique du Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA.
- Les approches utilisées tout le long de la mise en œuvre du projet.
- Le document de capitalisation sur les approches.
- Tout autre document disponible jugé utile par l'évaluateur.

Personnes de référence pouvant être consultées :

- Léonidas MBANZAMIHIGO, Directeur du Programme de Louvain Coopération au Burundi : lmbanzamihigo@louvaincooperation.org
- Dr Jeanine KAMANA, Coordinatrice du domaine de santé mentale de Louvain Coopération au Burundi : jkamana@louvaincooperation.org
- Félix BANYANKINDAGIYE, Assistant Technique sur les projets Santé fmbanyankindagiye@louvaincooperation.org

Il convient de noter que les documents du projet souhaités par l'évaluateur avant la mission ne seront transmis qu'au prestataire retenu.

A.8.3. MODALITÉS DE RÉALISATION DE LA MISSION DE TERRAIN

L'équipe opérationnelle basée au Burundi sera disponible pour faciliter le bon déroulement de l'évaluation (contacts, informations générales, assistance logistique, …).

LC siège jugera de la nécessité de donner un accompagnement à distance à l'évaluateur. L'évaluateur prévoira :

- Une réunion de cadrage avec la Direction nationale de LC au Burundi (à Bujumbura) ;
- Une réunion de cadrage avec l'équipe BADEC chargée de la mise en œuvre du projet sur le terrain à Ngozi.
- Une rencontre avec le CNPK / Ngozi.

- Des rencontres avec les bénéficiaires et les Formations Sanitaires (FOSA), autorités sanitaires dans la province et les districts ainsi que les autorités locales.
- Des rencontres avec les responsables des organisations et projets en synergie avec LC sur le projet (Vétérinaires Sans Frontières Belgique, projet AMAGARA ARUTATA AMAJANA/MUSA).
- Une rencontre avec les membres du consortium MEMISA du projet TWITEHO AMAGARA et les autres acteurs en santé mentale ;
- Une rencontre avec les autorités du MSPLS (programme national intégré de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles).
- Autres rencontres jugées nécessaires par le consultant.
- Une ou des réunions de restitution auprès de l'équipe locale de LC et des partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux ;
- Une réunion post-évaluation (après remise du rapport final) lorsque la réponse managériale aura été formulée par LC.

A.9. MODALITÉS DE SÉLECTION ET DE CONTRACTUALISATION

A.9.1. MODALITÉ DE SÉLECTION :

Les offres techniques et financières devront parvenir, sous pli fermé dans deux enveloppes bien fermées, au bureau de la Direction Nationale de LC au Burundi au plus tard le 30/10/2021 à 10h00 du matin. Elles seront adressées au Directeur National de LC au Burundi avec mention de « Candidature au poste de consultant évaluateur du projet IZERE Santé mentale ».

L'ouverture des offres sera faite le même jour à 10h30 en présence des candidats qui le souhaitent. Une commission de sélection des candidatures composée de 3 à 5 personnes se réunira également le même jour pour évaluer les propositions selon la grille suivante :

Critères	Poids relatif
Profil du ou des experts	**30**
Qualifications, expériences et compétences	10
Expérience de la problématique à évaluer	10
Connaissance du contexte local	10
Offre technique et méthodologique	**50**
Exposé de la problématique et compréhension du sujet	20
Démarche méthodologique proposée	30

Offre financière	**20**
Prix de la prestation	10
Réalisme des coûts par rapport à la méthodologie proposée	10
Total	**100**

Le consultant retenu sera contacté par la Direction Nationale de LC au Burundi en vue de lui présenter les modalités et les conditions pour mener l'activité de l'évaluation finale.

A.9.2. MODALITÉ DE CONTRACTUALISATION :

Le paiement des honoraires se fera en trois tranches : 40 % à la signature du contrat, 30 % à la remise du rapport provisoire et 30 % après approbation du rapport définitif dont la qualité sera appréciée par l'équipe de LC sur base d'une grille d'appréciation (voir plus haut).

Les perdiems seront payés au démarrage de la mission sur terrain. Les autres frais seront payés sur base de la remise des justificatifs ad hoc.

La prestation fera l'objet d'une facture, établie au nom de Louvain Coopération.

A.9.3. LIVRABLES ATTENDUS :

- Une présentation de restitution sur terrain (Power Point, Prezi…) qui comprend les principales conclusions et recommandations en rapport avec les questions d'évaluation posées, avec des illustrations (schémas, photos, graphiques, dessins, etc.) et des témoignages des bénéficiaires.
- Un rapport complet construit de la manière suivante :
- Résumé des principales conclusions et recommandations (ou Résumé exécutif);
- Objectif, champ de l'évaluation et contexte ;
- Définition des principaux concepts utilisés ;
- Approche méthodologique et sa justification et les contraintes rencontrées ;
- Appréciation de la compréhension de la logique d'intervention/théorie du changement.

Le rapport présentera de manière logique les constatations (avec mention des sources), les conclusions (jugement apportant une réponse aux questions d'évaluation posées) et les recommandations (argumentées, concrètes et opérationnelles à mettre en œuvre dans les futures interventions). Toute analyse sous-jacente sera formulée de manière explicite.

Les documents seront écrits en français et envoyés sous format électronique et papier pour la version finale du rapport.

A.10. CALENDRIER PRÉVISIONNEL :

L'évaluation finale est planifiée entre les mois de novembre et décembre 2021 en ce qui concerne la mission de terrain et entre décembre 2021 et janvier 2022 pour la rédaction du rapport (provisoire et final). Le nombre de jours sur le terrain au Nord du Burundi en province de Ngozi ainsi que celui que prendra le travail à domicile notamment pour la rédaction des outils de collecte des données et la rédaction du rapport provisoire et final ainsi la préparation du document de restitution et sa présentation sera proposé par le consultant dans son offre et discuté avec LC.

Le calendrier suivant est présenté :

Processus	Dates limites
Publication de l'appel d'offres	01/10/2021
Date limite pour les questions complémentaires	11/10/2021
Date limite pour la Soumission des offres	30/10/2021
Dépouillement, choix de l'évaluateur et annonce/affichage des résultats (recours possible dans les 5 jours calendrier)	05/11/2021
Information de l'évaluateur sélectionné, signature et démarrage du contrat	08/11/2021
Réunion de cadrage de la mission	08/11/2021(à convenir)
Remise de la note de cadrage et démarrage de la mission	12/11/2021 (à convenir)
Réalisation de la mission	Du 15 au 30/11/2021
Réunion de débriefing post mission de terrain	05/12/2021 (à convenir)
Remise du rapport provisoire et restitution	20/12/2021 (à convenir)
Remise du rapport définitif	(à convenir)
Réunion relative à la réponse managériale	(à convenir)

Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées

Nom et Prénom	Lieu de travail/Rédidence	Fonction	Tél
Louvain coopération			
Dr Léonidas MBANZAMIHIGO	Louvain Coopération	Directeur National LC Burundi	71 349 559
Dr Jeanine KAMANA	Louvain Coopération	Coordonnatrice santé mentale DN LC Burundi	79 974 853
Mr Félix BANYANKINDAGIYE	Louvain Coopération	Assistant Technique DN LC Burundi	79 941 537
Mr Pacifique NDIMURUKUNDO	Louvain Coopération	Responsable Administratif et financier	76 985 503
Autorités sanitaires/Prestataires de la province sanitaire NGOZI			
Dr NIYONZIMA Jean Bosco	Bureau provincial de la santé	Médecin Directeur de la Province Sanitaire Ngozi	69 640 707
NDAYISA Désiré	Bureau provincial de la santé	TPS Provincial	79 964 846
Dr NIZIGIYIMANA Oscar	District sanitaire BUYE	Médecin Chef de District	79 911 220
Dr Didace NZIGAMASABO	District sanitaire KIREMBA	Médecin Chef de District	68 130 445
Dr Jeann Claude NGENDAKUMANA	Hôpital BUYE	Médecin directeur de l'hôpital	79 978 805
Abbé Pasteur MINANI	Hôpital KIREMBA	Directeur de l'hôpital	79 936 798
MISIGARO Jean Bosco	Hôpital KIREMBA	Pharmacien	
Emelyne	Hôpital KIREMBA	Prestataire formé	
NIBIGIRA Rénovat	CDS KIREMBA	Titulaire	79 151 932
NAHIMANA Odette	CDS KIREMBA	Prestataire formé	68 038 726
NSENGIYUMVA Pascal	CDS GATSINDA	Titulaire	79 441 487
NIYONKURU Jean Claude	CDS GATSINDA	Prestataire formé	68 092 464
BIZIMANA Freddy	TPS KIREMBA	TPS KIREMBA	69 597 538
BADEC-Caritas			
Abbé NDAYISHIMIYE Adélin	BADEC-Caritas	Secrétaire Exécutif	79 770 795
NYABENDA Onesphore	BADEC-Caritas	Coordinateur Projet IZERE	79 467 135
MINANI Martin	BADEC-Caritas	Assistant Social Projet IZERE	69 436 606
Prêtres formés			
Abbé MINANI Pasteur	KIREMBA		79 936 798
Abbé KWIZERA Joseph	KIREMBA		
Partenaires			
NIYIBIZI Athanase	VSF-Belgique		79 940 090
NDAGIJIMANA Diane	UCODE AMR		79 982 293
Dr HAVYARIMANA Jean de Dieu	PNILCMCNT		79 580 618
Dr NAHAYO Anaclet	DSNIS	Directeur DSNIS	79 900 353
NIYOMWUNGERE Alexandre	CNP Ngozi	Prestaire	79 407 407

Nom et Prénom	Lieu de travail/Rédidence	Fonction	Tél
NDIZEYE Jean Marie	SEP/CNPS	Responsable provincial NGOZI	79 800 137
Administratifs			
NSABIYUKURI Chemael	Administratif KIREMBA	Secrétaire Exécutif Permanent	69 308 018
NTIRENGANYA Nazère	Administratif MWUMBA	Conseiller aux affaires sociales	69 309 689
BAZIRUWISABIYE Japhète	Musasa	Chef de colline Kabari	61 436 381
Malades mentaux guéris ou stabilisés /Accompagnants des malades/Agents de santé communautaire en commune KIREMBA			
IRAMBONA Diadi	Gatwaro	Membre de l'Association	
MUHOZA Belyse	Ruyumpu	Membre de l'Association	
NIRAGIRA Eugénie	Musanga	Membre de l'Association	
MIBURO Michel	Gitaro	Membre de l'Association	
NDAYISHIMIYE Anne Marie	Kiremba	Membre de l'Association	
NDURURUTSE Jeannette	Kiremba	Membre de l'Association	
MIBURO Enysse	Gitaro	Membre de l'Association	
KARENZO Evariste	Gitaro	Membre de l'Association	
NDAYAMBAJE Daniel	Kiremba	Membre de l'Association	
MINANI Léoncie	Musanga	Membre de l'Association	
NGENDAKUMANA Thierry	Rutabo	Membre de l'Association	
BANZIRA Edymond	Rutabo	ASC/ Président de l'Association	68 243 339
NDAGIJIMANA Manassé	Musasa	ASC/ vice- Président de l'Association	79 143 437
YAMUREMYE Séraphine	Kabari	ASC/ membre de l'association	68 398 765
NDAYISABA Elie	Ruhata	ASC/ membre de l'association	68 458 326
HAKIZIMANA Francine	Bitare	ASC/ membre de l'association	69 302 790
MAJAMBERE Nicodème	Musasa	ASC/ membre de l'association	71 332 106
NSHIMIRIMANA M Rose	Ruhata	ASC/ membre de l'association	79 301 456
KARIYO J Baptiste	Kagarama	ASC/ membre de l'association	61 338 942
NDIKUMANA Bruno	Gitaro	ASC/ membre de l'association	61 316 056
minani Salvator	Gitaro	Membre de l'Association	
SINGIRANKABO Léocadie	Kiremba	Membre de l'Association	
MANIRAMBONA Joséphine	Gahororo	Membre de l'Association	
NTAHOMVUKIYE Safiya	Kiremba	Membre de l'Association	
MINANI Euphrasie	Kiremba	Membre de l'Association	62 739 588
NIZIGIYIMANA Spès	Ruyumpu	Membre de l'Association	
UWIZEYIMANA Rose	Ruyumpu	Membre de l'Association	61 352 533
HABAYIMANA Christine	Kiremba	Membre de l'Association	68 764 848
RWASA Issa	Mugerera	Membre de l'Association	
MINANI Dorothée	Ruyumpu	Membre de l'Association	
NKURUNZIZA Jonas	Ruyumpu	Membre de l'Association	
NSHIMIRIMANA Elyse	Ruyumpu	Membre de l'Association	61 097 547
NKUNZIMANA Bio	Ruyumpu	Membre de l'Association	69 401 058

Nom et Prénom	Lieu de travail/Rédidence	Fonction	Tél
NIYONGERE Belyse	Ruyumpu	Membre de l'Association	68 535 723
MPABONIMANA Gratien	Musanga	Membre de l'Association	
NIYIBIZI Godélième	Musanga	Membre de l'Association	68 980 352
MIBURO Jeanine	Kiremba	Membre de l'Association	61 199 745
MPABONIMANA Immaculée	Kiremba	Membre de l'Association	69 049 309
NAHAYO Zacharie	Gitaro	Membre de l'Association	
NIMUBONA Félix	Ruyumpu	Membre de l'Association	
NSAGUYE Régis	Kiremba	Membre de l'Association	61 968 569
BIGIRIMANA Gérard	Gitaro	Membre de l'Association	69 707 971
MINANI Diomède	Ruyumpu	Membre de l'Association	
COYITUNGUIYE Vénérande	Gahororo	Membre de l'Association	
NDACAYISABA Fébronie	Kiremba	Membre de l'Association	
MINANI Spès	Kiremba	Membre de l'Association	
NSHIMIRIMANA Odette	Kiremba	Membre de l'Association	
HAGERIMANA Justine	Kiremba	Membre de l'Association	
NGOZIRAZANA Patricie	Kiremba	Membre de l'Association	
NDEREYIMANA Régis	Butare	Membre de l'Association	
BARAYAVURWA Simione	Kabari	Membre de l'Association	
KAVAMAHANGA Elie	Butare	Membre de l'Association	
MACUMI Rosette	Kabari	Membre de l'Association	
BAZIRUWISABIYE Japhète	Musasa	Chef de colline Kabari	61 436 381
NDABUYENGAYENGE Spès	Mugerera	Membre de l'Association	
IRATUBONA Appoline	Gitaro	Membre de l'Association	
MINANI Eupiphanie	Kiremba	Membre de l'Association	
NGENDAKUMANA Elizabeth	Kiremba	Membre de l'Association	
NTAKIRUTIMANA Marie	Gitaro	Membre de l'Association	
NDARIGENDERE Mathilde	Gitaro	Membre de l'Association	
MUKANDEKEZI Patricie	Kiremba	Membre de l'Association	
NIZIGIYIMANA Sammuel	Kiremba	Membre de l'Association	
NDUWIMANA Léopold	Gitaro	Membre de l'Association	
BIZIMANA Freddy	Gitaro	TPS	69 597 538
Malades mentaux guéris ou stabilisés /Accompagnants des malades/Agents de santé communautaire en commune MWUMBA			
NZIGAMASABO Désiré	Gitwa	Membre de l'Association	
NYABENDA Bosco	Buhanda	Membre de l'Association	
KAYOBERA Richard	Muremera	Membre de l'Association	
NZOYIHAYA Amos	Kayanza	Membre de l'Association	
NIJIMBERE Thadée	Kibindi	Membre de l'Association	
MUSANIWABO Désiré	Kibindi	Membre de l'Association	
KAJAMUNCUTI Issa	Kabazana	Membre de l'Association	
NZITUNGA Thierry	Buhanda	Membre de l'Association	
MUCOWIMANA Sylvain	Gitwa	Membre de l'Association	

Nom et Prénom	Lieu de travail/Rédidence	Fonction	Tél
NDACAYISABA Odette	Kayanza	Membre de l'Association	
NDIZEYE Gérard	Muremera	Membre de l'Association	
CISHAHAYO Désiré	Kayanza	Membre de l'Association	
KUBWIMANA Séraphine	Gitwa	Membre de l'Association	
NZOYIHAYA Nadine	Rwarangabo	Membre de l'Association	
KARIKURUBU Anne	Kabazana	Membre de l'Association	
NCUTINAMAGARA Jean	Rukurazo	Membre de l'Association	
NIYITANGA Jonas	Rukurazo	Membre de l'Association	
MASABO Célétière	Muremera	Membre de l'Association	
NDAYISENGA Anne Marie	Buhanda	Membre de l'Association	
KEZAKIMANA Anitha	Buhanda	Membre de l'Association	
MANIRAKIZA Astérie	Kabataha	Membre de l'Association	
MINANI Emelyne	Kabataha	Membre de l'Association	
MANIRAKIZA Appolinaire	Kabataha	Membre de l'Association	
IRADUKUNDA Anne	Rwabiriro	Membre de l'Association	
NDAYISHIMIYE Godélième	Kibindi	Membre de l'Association	
NIZEYIMANA Chanceline	Kibindi	Membre de l'Association	
NZITUNGA Emile	Kabataha	Membre de l'Association	
NIBARUTA Amos	Gitwa	Membre de l'Association	
NGABIREYIMANA Césarie	Buhama	Membre de l'Association	
RWASA Rose	Kibindi	Membre de l'Association	
NKURUNZIZA Chéophace	Gitwa	Membre de l'Association	
NZOBANDORA Elias	Gitwa	Membre de l'Association	69 170 644
NYABENDA Marceline	Gitwa	Membre de l'Association	
NSHIMIRIMANA Jeanine	Gitwa	Membre de l'Association	
HABIYAKARE Désiré	Kabazana	Membre de l'Association	68 128 894
NSANZURWANKO Pancras	Kabazana	Membre de l'Association	
MUKESHIMANA Chantal	Buhanda	Membre de l'Association	
GAHIMBARE Aloysie	Gatsinda	ASC /Président de l'Association	69 309 017
MUKESHIMANA Dafrose	Gatsinda	Membre de l'Association	
Kayobera J Claude	Gatsinda	Membre de l'Association	
NTIRANDEKURA Mathilde	Gatsinda	Membre de l'Association	
NTUKAMAZINA Adèla	Kayanza	Membre de l'Association	
NIJIMBERE Nécelatte	Gatsinda	Membre de l'Association	
NZOYISENGA Evelyne	Gatsinda	Membre de l'Association	
MIBURO Christine	Gatsinda	Membre de l'Association	
NIZIGIYIMANA Josélyne	Gatsinda	Membre de l'Association	
BITANGIMANA Yves	Buhanda	Membre de l'Association	
MUCOWIMANA Céléstine	Gitwa	Membre de l'Association	
NDACAYISABA M Louise	Buhanda	Membre de l'Association	
KABATONI Evelyne	Kayanza	Membre de l'Association	
NIZIGIYIMANA Augustin	Gitwa	Président de l'Association	69 309 296

Nom et Prénom	Lieu de travail/Rédidence	Fonction	Tél
NDEREYIMANA Salvator	Kabazana	Président de l'Association	61 761 869
KUBWIMANA Agrippine	Kabazana	ASC /Président de l'Association	69 408 871
MIBURO Claudine	Muremera	ASC /Président de l'Association	68 432 206
MAWAZO Claudine	Buhanda	Membre de l'Association	
NZOYISABA Alphonsine	Kabazana	Membre de l'Association	61 535 369
NSABIMANA Livela	Buhanda	Membre de l'Association	
NZEYIMANA Pascasie	Kabazana	Membre de l'Association	68 496 471
NDAYIKENGURUKIYE Lazard	Muremera	Membre de l'Association	
NDABUMVIYUBUSA Domine	Muremera	Membre de l'Association	
MANIRAMBONA Anésie	Muremera	Membre de l'Association	
NDAYIKENGURUKIYE Pièrre	Muremera	Membre de l'Association	
NSABIYMVA Jérèmie	Muremera	Membre de l'Association	
NDIHOKUBWAYO Asman	Muremera	Membre de l'Association	