EVALUATION FINALE DU PROJET « AMAGARA ARUTA

RAPPORT FINAL

DIANE MPINGANZIMA,
DR ALPHONSE NKUNZIMANA
CONSULTANTS INDEPENDANTS

Mars 2022

TABLE DES MATIERES

LES CONCEPTS UTILISES 1

RESUME EXECUTIF 6

1. INTRODUCTION 11

1.1 Contexte et justification 11

I.2 Fragilité des MUSA 12

I.3 Situation de l'assurance des soins de santé au Burundi 13

1.4 Objectifs de l'évaluation finale 15

2. L'EVALUATION 17

2.1 Méthodologie 17

2.2 Mise en œuvre de l'évaluation 17

2.3 LIMITES ET contraintes de l'evaluation 19

2.4 ASPECTS ETHIQUES 19

3. PERFORMANCE DU PROJET 3 A 20

3.1 Pertinence et participation 20

3.2. Cohérence 25

3.2.1. Cohérence externe 26

3.2.2 Cohérence interne 27

3.2.3 Prise en compte des thèmes transversaux 28

3.3. Efficacité 29

3.3.1 Efficacité des activités et leur contribution à l'atteinte des résultats attendus 29

3. 3.2 Mobilisation des partenaires 39

3.3.3. Efficacité des services offerts 40

3.3.4. Efficacité des approches 41

3.3.5. Prise en compte des facteurs externes 42

3.4. Impact 43

3.4.1. Changement de mentalité des bénéficiaires par rapport à la culture de prévoyance 43

3.4.2. Renforcement des capacités des bénéficiaires directs 46

3.4.3. Visibilité de l'organisation de mise en œuvre 47

3.4.4. Conclusion et appréciation 47

3.5 Efficience 48

3.5.1. Les ressources humaines affectées au projet 48

3.5.2. Utilisation des ressources matériels 49

3.5.3. Mutualisation avec d'autres projets 49
3.5.4. Exécution budgétaire 49
3.5.5. Conclusions et appréciation 51
3.6. Durabilité 52
3.6.1. Durabilité financière 52
3.6.2. Durabilité sociale 53
3.6.3. Conclusion et appréciation. 53
3.7. Flexibilité 54
3.7.1. De la mise en œuvre des activités 54
3.7.2. Des stratégies d'intervention 55
3.7.3. Des modalités de mise en œuvre et du management du projet 55
3.7.4. Conclusion et appréciation 56
4. CONCLUSION ET LEÇONS APPRISES 56
4.1 Conclusion 56
4.2 Leçons apprises 57
4.3 Recommandations 58
Références bibliographiques 60
ANNEXES 61
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées A
Annexe 2 : Questions évaluatives H

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADISCO	Association pour le Développement Intégré et la Solidarité sur les Collines
ASBL	Association sans But Lucratif
BDI	Burundi
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CAMM	Carte d'Assurance Maladie Maternité
CDS	Centre de Santé
CNPS	Commission Nationale de Protection Sociale
COPED	Conseil pour l'Education et le Développement
CSLP II	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté II
CSU	Couverture santé universelle
DGD	Direction Générale de la coopération au Développement et Aide humanitaire (Belgique)
FBSA	Fonds Belge pour la Sécurité Alimentaire
FEMUSCABU	**F**édération des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi
FOSA	Formation sanitaire
LD	Louvain Coopération au Développement ou Louvain Coopération (LC)
LIAM	Lutte contre l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition
MARP	Méthode Appropriée de Recherche Participative
MCD	Médecin chef de district
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MUNASA	Mutuelle Nationale de Santé

MUSA	Mutuelle Communautaire de santé
Mutuelle TAM	Mutuelle Tugarukire Amagara y'Imiryango
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAMUSAB	Plateforme des Acteurs de Mutuelle de Santé au Burundi
PPASS	Projet de Promotion de l'Accès aux Soins de Santé
PT	Plan Triennal
RDC	République Démocratique du Congo
SEP/CNPS	Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de la Protection Sociale
RP/SEP/CNPS	Responsable Provincial du Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de la Protection Sociale
TDR	Termes de référence
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
VSF B	Vétérinaires sans Frontières Belgique

LES CONCEPTS UTILISES[1]

Accès aux soins ou aux services de santé : C'est la possibilité qu'à la population d'utiliser les soins ou services de santé. La mise en place de la mutuelle communautaire de santé facilite l'accès aux soins et services de santé en levant la barrière financière.

Acte : C'est une prestation médicale délivrée par le personnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) à un patient. Les mutuelles de santé peuvent couvrir des actes, des regroupements d'actes, garantir un forfait par épisode de maladie, etc.

Adhérent : C'est une personne qui s'affilie à la mutuelle de santé en payant le droit d'adhésion, s'engage à respecter les statuts et le règlement d'ordre intérieur et à verser ses cotisations. L'adhérent peut bénéficier des services du système et en faire bénéficier certains membres de sa famille, qui dépendent directement de lui et que l'on appelle ayants droit ou personnes à charge. Les adhérents et les ayants droit constituent les personnes couvertes du système ou bénéficiaires.

Assemblée générale : C'est le principal organe de décision d'un système de micro-assurance santé lorsque celui-ci est géré de manière participative. Dans le cas d'une mutuelle, d'une coopérative, d'une association, l'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents ou leurs représentants.

Association : C'est un groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.

Assurance : C'est un mécanisme de couverture contre les conséquences financières de certains événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces événements appelés également risques. L'assurance repose sur 1) le paiement préalable — c'est-à-dire avant la réalisation des risques — de cotisations, 2) le partage des risques et 3) la notion de garantie. Les cotisations des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un certain nombre de risques précisément déterminés. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs

[1] Louvain Coopération : Dix années d'expériences dans la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest

cotisations, obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière. Ils renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer.

Autorités sanitaires : Ce sont les structures ou les responsables de systèmes de santé publique ayant en charge une zone géographique déterminée : district, province, pays. Les autorités sanitaires se distinguent des prestataires de soins par leur mandat qui n'est pas d'offrir des services de santé mais généralement de promouvoir la santé et de réguler le secteur (mission régalienne).

Bénéficiaire : C'est une personne, qui au titre d'adhérent ou de personne à charge, bénéficie des services du système de mutuelle de santé. Ce qui suppose que l'adhérent soit à jour des cotisations et que le bénéficiaire ait déjà fait sa période d'observation.

Cotisation : C'est une somme d'argent déterminée, périodiquement versée par l'adhérent à la mutuelle de santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier ses personnes à charge. Les cotisations sont la principale ressource financière du système et doivent lui permettre de couvrir ses coûts : dépenses liées à la prise en charge des prestations médicales, frais de fonctionnement, constitution de réserves financières, etc.

Couple prestations/cotisations : C'est l'ensemble constitué d'une part par les prestations de la mutuelle de santé (services couverts et niveaux de prise en charge + services auxiliaires) et d'autre part par les cotisations correspondantes. On parle de « couple » car ces deux notions sont liées : plus le nombre de services couverts et les niveaux de prise en charge sont importants plus la cotisation correspondante est élevée.

Fonds de garantie : C'est un fonds auquel une mutuelle de santé peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement le fonds de garantie intervient sous forme de prêt à la mutuelle de santé qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont normalement définis avec précision.

Fonds de réserve : Ce sont les capitaux propres constitués par la mutuelle de santé pour faire face à des situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

Formation sanitaire : C'est une structure ou une institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins auprès de la population : centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital, etc.

Fréquence : C'est le nombre moyen, par personne et par an, de cas de maladie ou d'utilisations d'un service de santé au sein d'une population donnée.

Fréquentation (taux de) : C'est un indicateur qui permet de mesurer l'accès à la formation sanitaire par la population de son aire de responsabilité. Le taux de fréquentation est égal au rapport entre le nombre de nouveaux cas et la taille de la population. Les nouveaux cas sont les nouveaux épisodes de maladie « vus » pour la première fois par le personnel de santé de la formation sanitaire.

Médecin-conseil : C'est un médecin qui travaille pour une mutuelle de santé et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins partenaires et aux patients. Il conseille le système dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. Il analyse les demandes d'entente préalable et délivre les autorisations ou les refus de prise en charge. Il contrôle la pertinence des soins donnés, le bien-fondé et le respect des règles de remboursement. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.

Médicament essentiel : C'est un médicament qui est sélectionné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en raison de son importance pour prévenir ou soigner une maladie particulièrement fréquente dans un pays. L'emploi de la liste des médicaments essentiels permet d'améliorer les soins apportés aux patients, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

Micro-assurance santé : C'est un système d'assurance, souvent initié par un acteur de la société civile, dont l'objet est d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, c'est-à-dire principalement les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles.

Mutualisation du risque : C'est le principe selon lequel les conséquences financières des risques individuels ne sont pas supportées par chaque individu mais par un groupe tout entier. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.

Mutuelle de santé : C'est un groupement ou une association volontaire de personnes poursuivant un but social et non lucratif. Son fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle de santé assure à tout moment, leur accès financier aux soins de santé ainsi que celui de leur famille.

Patient : C'est un individu qui utilise des services de santé : consultation, médicaments, examens de laboratoire, intervention chirurgicale, accouchement, etc.

Personne à charge : C'est une personne qui, sans être adhérente à la mutuelle de santé, bénéficie de ses services, en raison de son lien de parenté avec un adhérent. Les personnes à charge doivent être inscrites comme tels par l'adhérent au moment de l'adhésion, ou ultérieurement dans le cas d'un mariage, d'une adoption, d'une naissance... Lorsque l'adhérent n'est plus membre de la mutuelle de santé, la couverture des personnes à charge cesse également.

Population cible : C'est la population que la mutuelle de santé envisage de couvrir: elle comprend l'ensemble des adhérents potentiels et leurs personnes à charge.

Prestataire de soins : C'est une personne, qui dispense des soins de santé à un patient. Exemple : Médecins, pharmaciens, chirurgiens, sage-femmes, infirmiers, centre de santé, hôpital de district, hôpital national, dispensaire, etc.

Prévoyance : C'est une attitude qui consiste à prendre à l'avance un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'un risque. Exemples : Stocker des denrées alimentaires en prévision d'une sécheresse ou d'une pénurie, épargner en vue d'un mariage, etc.

Prise en charge : C'est la réparation financière, apportée par la mutuelle de santé aux personnes couvertes, en cas de survenue d'événements (ou risques) préalablement définis dans le contrat ou le règlement intérieur, et à hauteur d'engagements également prédéfinis. La prise en charge peut être effectuée par le remboursement des adhérents ou par le biais d'un mécanisme de tiers payant.

Protection sociale : C'est un terme générique couvrant l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage ou d'autres risques sociaux, incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc.

Risque : C'est la probabilité qu'un événement incertain se produise. Par extension, c'est un événement incertain qui, lorsqu'il se réalise, peut avoir des conséquences financières dommageables. C'est pourquoi les individus cherchent à s'assurer contre les conséquences financières de la survenue de certains risques. L'assurance ne permet pas d'empêcher l'événement de se produire, mais elle permet d'atténuer son impact financier. Les principaux risques sociaux sont la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc.

Risque de sur prescription : C'est un phénomène par lequel les prestataires de soins ajustent leurs prescriptions au niveau de prise en charge de leurs patients, sans opposition de la part de ces derniers, du fait qu'ils se savent assurés. Les prestataires de soins peuvent avoir tendance à prescrire plus de médicaments que nécessaire, à allonger les durées de séjours à l'hôpital, à utiliser systématiquement les services de diagnostic comme les analyses de laboratoire, les radiographies, etc

Taux de fidélisation : Cet indicateur mesure l'intérêt porté par les adhérents à la mutuelle de santé en reconduisant leur contrat. Il se calcule uniquement sur base des adhérents car c'est à eux qu'appartient la décision de poursuivre leur affiliation

Taux de pénétration : Cet indicateur mesure l'intérêt porté par le public cible pour la mutuelle de santé. Le public cible est défini comme l'ensemble de la population de l'aire couverte par les mutuelles et ayant fait l'objet, au minimum, d'une sensibilisation.

Taux de recouvrement : Cet indicateur mesure la capacité de la mutuelle de santé à percevoir les cotisations au cours de l'exercice

Taux de sinistralité : Désigne la relation entre les prestations dont bénéficient les adhérents et les cotisations qu'ils paient à la mutuelle de santé.

Union des mutuelles de santé : C'est l'association de plusieurs mutuelles de santé qui mettent en commun une partie de leurs moyens afin de se doter d'un ensemble de services. L'union peut proposer des services d'appui-conseil et de formation, des services financiers comme la mise en place d'un fonds de garantie et des services de promotion de la protection sociale en santé.

RESUME EXECUTIF

Le présent rapport est celui de l'évaluation finale externe du projet AMAGARA ARUTA AMAJANA (3A) venu en appui aux mutuelles de santé (MUSA), qui a été mis en œuvre dans la période allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021 par Louvain Coopération (LC) en partenariat avec l'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 (UCODE-AMR) sous le financement du gouvernement belge par sa Direction Générale pour la coopération au Développement « DGD en sigle ». Ce projet a été exécuté dans 8 communes des 3 provinces du nord du Burundi à savoir Ngozi, Gashikanwa, Busiga et Mwumba en province de Ngozi, Kirundo et Busoni en province de Kirundo puis Gahombo et Muhanga en province de Kayanza

L'objectif spécifique du projet est : « **L'accès aux soins de santé est amélioré pour la population du secteur rural et informel de 7 communes de la région du Nord Burundi ».** Le projet avait prévu de travailler dans 7 communes mais sur base de la demande formelle de l'administration provinciale de Kayanza, la commune de Muhanga a été ajoutée sans coût additionnel.

Les résultats attendus qui ont contribué à l'atteinte de cet objectif sont les suivants :

- ✓ **Résultat 1** : Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 7 mutuelles de santé sont améliorées.
- ✓ **Résultat 2** : La qualité des soins est améliorée pour les mutualistes.
- ✓ **Résultat 3** : La faitière régionale est renforcée pour animer et accompagner le mouvement mutualiste et elle contribue au processus de mise en place des unions de mutuelles des districts sanitaires.
- ✓ **Résultat 4** : UCODE AMR renforce son expertise et devient un centre de référence pour le Nord du Burundi.
- ✓ **Résultats 5** : Des recherches-actions permettent d'introduire des approches et outils innovants dans le domaine des mutuelles de santé.

La méthodologie utilisée a permis de répondre aux attentes de l'évaluation en portant un jugement indépendant et professionnel sur la performance du projet au titre de la redevabilité et de la valorisation de l'approche mutualité communautaire.

Qu'avons-nous appris avec l'évaluation du projet 3A ?

☞ **Sur la performance du projet**

La performance du projet a été appréciée à travers les 5 critères CAD : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et impact ainsi que 1 critère de l'OCDE pour l'évaluation de l'intervention qui est la cohérence. A ces 6 critères les consultants ont ajouté le critère flexibilité, ce qui donne un total de 7 critères évalués.

Et pour chaque critère, une analyse a permis de porter une appréciation à travers une cotation de 1 à 5 :1= Niveau très insatisfaisant ; 2= Niveau insatisfaisant ; 3= Niveau mitigé ; 4 =Niveau satisfaisant ; 5 =Niveau très satisfaisant

Résumé des scores obtenus par critère évalué

Critère	**Score**
Pertinence	4
Efficacité	4
Cohérence	5
Efficience	4
Flexibilité	5
Impact	5
Durabilité	3

- **La Pertinence :** Le projet s'aligne avec les objectifs nationaux et internationaux en matière de protection sociale. Le projet a permis également de répondre aux besoins réels des populations de la zone d'intervention pour donner suite à la prise en compte des leçons apprises des anciens projets d'objectifs similaires. En outre, le projet a permis de mettre plusieurs MUSA issues des communes différentes dans une union régionale baptisée faitière bien qu'ayant des visions différentes à mutualiser leurs efforts.

- **Efficacité** : La mise en œuvre du projet a été d'une efficacité prouvée, les résultats escomptés ont été atteints. LC et son partenaire de mise en œuvre du projet 3A, UCODE-AMR, ont atteint relativement les résultats et les cibles des indicateurs assignés au début du projet. Les services offerts ont été bien appréciés par les bénéficiaires et les approches d'interventions sont jugées très efficaces. L'équipe du projet a su s'adapter aux facteurs externes et non prévus. L'appréciation globale de l'efficacité du projet est satisfaisante.

- **Efficience :** Si on considère que l'efficience est le rapport entre l'efficacité (résultats) et les coûts (adéquation des moyens mis en œuvre), le projet 3 A a eu une efficience globale acceptable. Les résultats de l'évaluation et les opinions des acteurs interviewés montrent que la mise en œuvre du projet a été efficiente. Le taux d'exécution budgétaire est globalement satisfaisant. Cependant, il été noté qu'à force de maximiser l'efficience, le suivi-évaluation et le suivi financier de la gestion des mutuelles communautaires en particulier le contrôle des coûts avant le paiement en ont souffert.
- **Flexibilité :** Le projet s'est avéré flexible à trois niveaux :

✓ Mise en œuvre des activités : L'acteur de mise en œuvre a été libre sur les modalités d'organisation des activités tout en respectant la logique d'intervention et sans coût supplémentaire.

✓ Au niveau de la stratégie d'intervention : Le projet a su s'adapter au contexte de la COVID 19 et toutes les activités ont continué à être menées sur terrain tout en intégrant les mesures barrières de protection et les aspects qualitatifs non financiers dans la mise en œuvre du projet.

✓ Au niveau des modalités de mise en œuvre et du management du projet : Le partenaire national de mise en œuvre UCODE-AMR a organisé des renforcements des capacités du staff du projet et des organes de la faitière des MUSA, ce qui leur a permis de gagner de l'autonomie dans la perspective d'initier de nouvelles activités visant la continuité des actions initiées par le projet alors que ces activités n'étaient pas clairement identifiées au début du projet.

- **Impacts** : Bien que l'impact d'un projet soit observable au moins 5 ans après sa mise en œuvre, les effets directs et indirects du projet 3A sont observables chez les bénéficiaires et les partenaires. Les visites réalisées dans les différentes MUSA et les entretiens organisés à l'intention des bénéficiaires et autres parties prenantes l'ont prouvé. On citerait par exemple les bureaux des MUSA de Busoni, Gahombo, Gashikanwa et Mwumba qui ont été construits dans le cadre de ce projet. L'appréciation globale de l'impact est très satisfaisante. La mise en œuvre du projet a débouché sur la réalisation de l'atteinte de l'objectif spécifique du projet.
- **Durabilité.** Par rapport à ce critère, il importe de parler de la durabilité sociale et technique qui est très satisfaisante. Les bénéficiaires et les partenaires sont convaincus que l'approche des MUSA est l'une des stratégies pour agrandir la palette de choix de la population afin d'arriver à la couverture santé universelle (CSU) et les membres de la MUSA participent pour définir les priorités et défendre les droits des utilisateurs du système et élit les membres

des organes, gage de la durabilité du projet. La durabilité financière a été jugée insatisfaisante. En effet, le défi consiste à réduire la dépendance à des subventions extérieures.

- **Cohérence du projet :** Le projet s'est avéré cohérent avec les politiques nationales notamment la politique nationale de protection sociale. Il est en complémentarité avec les autres interventions notamment VSF Belgique et la PAMUSAB. Les moyens mis en œuvre ont été valorisés pour prendre en compte les enjeux de développement.

☞ **Sur les changements induits en matière d'apprentissage**

La mise en œuvre du projet 3 A a permis de tirer certaines leçons, notamment :

- Sur la mise en œuvre : Les approches utilisées par le partenaire dans l'accompagnement des MUSA ont fait preuve de leur efficacité et méritent d'être capitalisées, diffusées auprès des acteurs qui analyseront les modalités d'uniformisation des pratiques prometteuses.
- Sur le renforcement des capacités : Durant la période du projet, il y a eu plus de séances de formations destinées aux MUSA que prévues. Bien qu'il soit difficile d'en évaluer l'impact réel sur terrain à raison de la courte durée des séances et de la capacité d'assimilation des bénéficiaires, une évaluation de l'impact de ces formations pourrait être diligentée, en vue de rechercher si les formations réalisées ont conduit à des changements de pratiques au sein des leaders mutualistes pour une meilleure organisation des MUSA.
- Des synergies et complémentarités entre les projets financés par la DGD d'une part et avec la PAMUSAB et la Croix Rouge Belgique (CRB) Francophone d'autre part, ont été mises en œuvre au cours de la mise en œuvre du projet et ont permis à chacun d'atteindre ses objectifs.

Enfin, certaines pratiques générées par le projet sont positives et peuvent être reproductibles dans d'autres contextes et par d'autres acteurs qui agiraient dans le même secteur d'intervention. Ce sont surtout la bonne pratique de bâtir le système de gestion des MUSA au niveau le plus proche possible des bénéficiaires, la sensibilisation des groupes déjà constitués à l'adhésion en groupe surtout dans le contexte socio-politique actuel où les Burundais sont encouragés à s'organiser en coopératives et la participation des bénéficiaires dans le choix des structures de soins.

Recommandations principales

Le projet 3 A ayant pris fin, ces recommandations sont formulées dans la perspective de nouveaux projets orientés sur la même thématique, afin que ceux-ci puissent s'inscrire dans la continuité des acquis, tirer les leçons et corriger les points faibles. Elles peuvent également concerner les pouvoirs publics au niveau de la définition et de la mise en œuvre des politiques relatives aux mutualités communautaires.

Recommandations visant les actions correctives pour la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet

1. Appuyer les équipes de projets futurs à impliquer de façon la plus optimale possible toutes les parties prenantes dans la conception des activités du projet, à mettre en place des dispositifs simples et efficaces de suivi-évaluation et une stratégie de communication facile et simple à tous les niveaux de mise en œuvre et de suivi du projet.

Recommandations visant les actions pour accompagner ou renforcer les acquis initiaux du projet

2. Faire un plaidoyer pour le soutien du fonctionnement des Mutuelles communautaires de santé par le gouvernement et les autres partenaires techniques et financiers
3. Initier un nouveau projet qui devrait mettre l'accent sur la pérennisation des acquis du projet 3A et initier des activités visant à autonomiser et à professionnaliser les MUSA
4. Renforcer les mutuelles communautaires de santé dans le domaine de la gestion autonome des adhésions pour se préparer à une éventuelle déclaration de l'assurance maladie obligatoire
5. Renforcer les mutuelles communautaires de santé dans le contrôle des prestations en vue de se positionner dans la CSU en cours de préparation au Burundi
6. Harmoniser les niveaux de gestion des mutuelles communautaires de santé afin de s'aligner facilement à la politique nationale de protection sociale en matière de santé, une commune-une mutuelle.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte et justification

Louvain Coopération au Développement (LC), est une ONG liée à l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve (Belgique) dont l'objectif principal est de contribuer à améliorer le bien-être et la dignité des populations démunies des pays défavorisés.

Depuis l'an 2000, LC est installée en Afrique centrale (RDC et Burundi) où elle intervient principalement dans les domaines de la sécurité alimentaire et économique et de la santé. Depuis 2004, LC a démarré un programme de lutte contre la pauvreté en milieu rural sur le financement du Fonds Belge de Survie. Ce programme, exécuté en partenariat avec une fédération paysanne, l'UCODE asbl, s'est achevé en décembre 2008.LC a souhaité poursuivre son appui aux populations rurales du nord du Burundi et en a élaboré à cette fin un nouveau projet « Lutte contre l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition » toujours sur financement du Fonds Belge de Sécurité Alimentaire. Le même projet a pris fin décembre 2013 et était exécuté en partenariat avec l'UCODE asbl et comprenait 5 résultats dont le R3 concernait l'amélioration de la santé des bénéficiaires en deux axes : accès aux soins de santé de qualité en adhérant à une mutuelle de santé communautaire dont l'objectif est la solidarité et la prévoyance et surmonter le problème de la barrière financière.

Dans le but de la pérennisation des activités de ce projet, LC en partenariat avec UCODE-AMR, ont poursuivi leurs activités en mutuelle de santé dans un Projet de Promotion de l'Accès aux Soins de Santé « PPASS en sigle », financé par le gouvernement belge par sa Direction Générale pour la coopération au Développement « DGD en sigle ». Ce projet a été exécuté dans les 7 communes des 3 provinces du nord du Burundi à savoir Ngozi, Gashikanwa, Busiga et Mwumba en province de Ngozi, Kirundo et Busoni en province de Kirundo et Gahombo en province de Kayanza. Le projet PPASS a pris fin en décembre 2016. 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 d'accès aux soins de santé dit AMAGARA ARUTA AMAJANA (3A). Ce projet est mis en œuvre par l'association Unissons les forces pour la Coopération, le Développement et Appui au Monde Rural, Association sans But Lucratif (en sigle UCODE-AMR asbl), dont le siège social se trouve dans la ville de Ngozi au Nord du Burundi.

La zone d'intervention du projet 3A a été étendue vers la commune de Muhanga en province de Kayanza totalisant ainsi 8 communes.

Le démarrage des activités du projet a eu lieu le 1 janvier 2017. Des rapports des activités des années 2017 à 2020 du projet ont été produits et soumis à la DGD.

Comme le projet 3A a pris fin en décembre 2021, une évaluation finale par un consultant externe a été jugée comme impératif afin de comprendre les leçons apprises dans sa mise en œuvre. Cette évaluation a permis de voir dans quelle mesure le projet a répondu aux objectifs lui assignés et d'analyser les impacts générés. Un appel à proposition pour la réalisation de cette mission a été lancé au mois d'octobre 2021. Après analyse des offres techniques et financières, le binôme composé de Madame Diane MPINGANZIMA, consultante principale (avec qui LC a signé le contrat) et du Dr Alphonse NKUNZIMANA a été retenu pour mener cette mission d'évaluation finale du projet 3A.

I.2 Fragilité des MUSA

Au Burundi, la politique nationale de protection sociale a été adoptée en 2012. La protection sociale s'interprète comme étant un ensemble de mesures publiques ou privées qui concourent à garantir la société à accéder aux soins de santé, à l'éducation et aux revenus de substitution pendant les périodes des éventualités telles que maladie, maternité, chômage, vieillesse, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, et décès d'une personne qui assure le soutien d'une famille[2]. Elle trouve son fondement juridique notamment dans les conventions, lois et règlements d'envergure nationale et internationale. En tant que mécanisme de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé, elle contribue à la bonne santé de la population et améliore le bien-être de la population. Simultanément, elle a un effet économique multiplicateur des revenus, qui maintient la demande de biens et de services en période, qui, en l'absence de systèmes de prévoyance, conduit généralement à la diminution ou de perte de revenus et freine le pouvoir d'achat catalyseur du circuit de croissance économique et sociale.

La protection sociale est envisagée avant tout comme un droit fondamental de l'être humain, un facteur de cohésion sociale et par là concourt à la paix et à l'insertion sociale et à la solidarité nationale, un investissement et non pas seulement comme une source de dépenses. La solidarité est la pierre angulaire des principes directeurs de la protection sociale.

[2] DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIAL, au Burundi

Elle se traduit par la mutualisation des risques sociaux à travers des mécanismes contributifs ou d'assistance aux personnes incapables de souscrire à leurs propres cotisations. La responsabilité individuelle se traduit par la participation de chaque citoyen, à travers des taxes ou des impôts ou par la formule des cotisations sociales. La responsabilité individuelle appelle tout un chacun à se comporter « en bon père de famille » et à respecter les biens collectifs.

I.3 Situation de l'assurance des soins de santé au Burundi

Il existe plusieurs mécanismes assurantiels de la santé au Burundi :

Carte d'Assistance Médicale (CAM) : L'acquisition de la CAM est volontaire et à la disposition de tout citoyen burundais dont les activités relèvent des secteurs informel et rural. La CAM donne à son acquéreur, à son conjoint et aux membres de sa famille encore mineure, le droit aux prestations des soins correspondant au paquet des soins disponibles aux centres de santé publics ou agréés et à l'hôpital de district moyennant un ticket modérateur de 20 pour cent du coût. Le coût annuel de la CAM est de 3000 francs burundais (BIF) et celle-ci est valable sur tout le territoire national. La CAM n'est utilisée que par moins de 20 pour cent de la population. L'arrêté du 25 janvier 2012 a réorganisé le système de la Carte d'Assistance Maladie au Burundi, et a institué la CAM dite « rénovée ».

Mutuelle de la Fonction Publique *:* Il s'agit du régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés. Ce régime couvre les agents publics, soit les agents de l'État soumis au statut général des fonctionnaires, les agents de l'État soumis à un statut spécial ou particulier (magistrats, militaires, policiers), les agents de l'État engagés sous contrat, les agents des collectivités locales, le personnel des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et le personnel politique de l'État. Ce régime couvre approximativement 14% de la population.

Le régime d'assurance maladie pour le secteur privé structuré *:* Des entreprises du secteur privé supportent les frais médicaux de leurs employés à travers les organisations d'assurance maladie.

Les mutuelles communautaires de santé *:* Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux en particulier la santé.

Historiquement, le mouvement mutualiste en santé au Burundi est d'apparition récente et a été appuyé dans sa création et son développement par le secteur mutualiste de Belgique pour la quasi-totalité des mutuelles. Les mutuelles existantes au Burundi sont :

- ✓ La Mutuelle de Santé des Caféiculteurs du Burundi, appelée MUSCABU accompagnée par SolSoc (Solidarité Socialiste) et ADISCO
- ✓ La Mutuelle TUGARUKIRE AMAGARA Y'IMIRYANGO accompagnée par Louvain Coopération et UCODE-AMR
- ✓ Les mutuelles accompagnées par MEMISA Belgique
- ✓ La Mutuelle Nationale de Santé (MUNASA), « Twitwararikane », de l'Église Catholique du Burundi accompagnée par WSM (We Social Movements).
- ✓ La mutuelle « Tuzokira Twese » promue par les associations FVS et AMADE

Les faiblesses de ces mutuelles communautaires de santé sont essentiellement :

- ➢ Elles sont basées sur la liberté d'adhésion, ce qui, d'emblée, limite considérablement leur cible de population, laquelle ne peut être que les ménages disposant i) d'un revenu minimum et relativement assuré, et ii) d'une prédisposition à la prévoyance voire à la solidarité.
- ➢ Un faible taux de pénétration des populations, ou taux de renouvellement des cotisations
- ➢ Une gestion peu professionnelle
- ➢ Une faible maîtrise des risques liés à l'assurance
- ➢ La faible capacité contributive des ménages
- ➢ Faible capacité d'interaction avec les services d'offre de soins de santé. Il importe de signaler la coexistence des MUSA qui sont relativement chères et la carte d'assistance médicale accessible à seulement 3000 BIFBIF car subventionnée par l'Etat.

Parmi les différentes stratégies envisagées par le Gouvernement du Burundi pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, il est évoqué le renforcement et le rôle des mutualités communautaires de santé. C'est dans le cadre de soutenir le gouvernement dans l'atteinte de cette couverture santé universelle, et, pour essayer de combler les lacunes des mutuelles communautaires en place, que les partenaires techniques comme LC et UCODE AMR sur financement de la DGD ont développé des projets d'appui à ces mutuelles communautaires de santé dont le projet « AMAGARA ARUTA AMAJANA ».

1.4 Objectifs de l'évaluation finale

La présente évaluation a pour objectifs d'évaluer les résultats obtenus en matière d'appui des mutuelles de santé jusqu'ici depuis le début du projet, les contraintes rencontrées et de proposer une stratégie pour une potentielle phase suivante.

L'analyse des résultats du projet devrait permettre de dégager les points forts et les limites des approches utilisées, tenant compte des contraintes et des défis de contexte en lien avec les hypothèses formulées par le projet.

L'évaluation a ainsi porté sur les points suivants :

- 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 d'accès aux soins de santé pour la population du secteur rural et informel de 8 communes de la région du Nord du Burundi ;
- Vérifier les résultats du programme en rapport prioritairement avec les critères du Comité d'Aide au Développement (CAD) et de l'OCDE : pertinence, efficacité, efficience (utilisation rationnelle des ressources), impact, durabilité et cohérence.
- Prêter une attention aux éléments ci-dessous :
  - Approches de sensibilisation communautaire, appui au fonctionnement des MUSA, formation des membres des organes de gestion et des gestionnaires des MUSA, construction des bureaux des MUSA et identifier les pratiques prometteuses ou problématiques à capitaliser.
  - La qualité des soins offerts aux malades mutualistes.
  - Les thèmes transversaux (genre, environnement et collaboration académique) ont fait objet d'une analyse de l'évaluateur. Il 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.

Il s'agit d'une évaluation qui rend 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 face à la question de l'assurance maladie. Cette évaluation a pris en compte les hypothèses sous-jacentes à la Théorie du changement telles qu'énoncée dans le document de projet initial pour répondre aux questions d'évaluation.

Ces hypothèses sont :

- ✓ Hypothèse 1 : Des mutuelles compétentes et fonctionnant de manière transparente obtiennent la confiance des populations qui voient ainsi une plus-value dans l'adhésion à celles-ci.
- ✓ Hypothèse 2 : Les mutuelles disposant des mécanismes et de personnel de vérification de la qualité des soins, influent sur la qualité et les coûts des soins via les cadres formels de concertation.
- ✓ Hypothèse 3 : En augmentant leur nombre de membres, les MUSA augmentent leur pouvoir d'influencer la politique de santé et de protection sociale.
- ✓ Hypothèse 4 : Comme les femmes et les jeunes participent à l'organisation des mutuelles, ils/elles peuvent influencer le choix des produits et paquets de soins qui deviennent ainsi davantage inclusifs. C'est un exercice de démocratie directe.
- ✓ Hypothèse 5 : Les mutuelles adoptent des outils modernes informatisés adaptés et ainsi elles deviennent plus crédibles/transparentes et plus viables.
- ✓ Hypothèse 6 : La PAMUSAB est capable de mener un dialogue politique et stratégique au niveau national et un plaidoyer portant sur les problèmes de dysfonctionnement observés sur le terrain.
- ✓ Hypothèse 7 : Les structures intermédiaires renforcées (comme l'UCODE AMR) contribuent à l'autonomisation et professionnalisation des mutuelles.

L'évaluation s'est focalisée aussi sur l'objectif spécifique du projet intitulé : « L'accès aux soins de santé est amélioré pour la population du secteur rural et informel de 7 communes de la région du Nord Burundi » et évaluer ainsi dans quelle mesure il a été atteint.

Ainsi, nous avons évalué l'atteinte des résultats attendus liés à cet objectif spécifique :

- Résultat 1 : Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 7 mutuelles de santé sont améliorées.
- Résultat 2 : La qualité des soins est améliorée pour les mutualistes.
- Résultat 3 : La faîtière régionale est renforcée pour animer et accompagner le mouvement mutualiste et elle contribue au processus de mise en place des unions de mutuelles des districts sanitaires.
- Résultat 4 : UCODE AMR renforce son expertise et devient un centre de référence pour le Nord Burundi.
- Résultat 5 : Des recherches-actions permettent d'introduire des approches et outils innovants dans le domaine des mutuelles de santé.

2. L'EVALUATION

2.1 Méthodologie

La revue documentaire a permis de comprendre d'avantage le projet, de nous imprégner au maximum des données factuelles relatives aux activités et réalisations et de formuler les questions d'evaluation. La méthodologie utilisée est principalement qualitative, au moyen des entretiens semi-structurés et des focus-groups auprès des acteurs et bénéficiaires du projet, et des personnes ressources concernées par les questions évaluatives. Les données quantitatives provenant de l'analyse des documents mis à la disposition des évaluateurs et des entretiens ont été aussi considérées à des fins de triangulation des informations.

Cette méthodologie a permis de répondre aux attentes de l'évaluation en portant un jugement indépendant et professionnel sur :

- La performance du projet à travers six critères d'évaluation (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact et durabilité) auxquelles s'ajoute le critère de flexibilité proposée par les consultants. Pour chaque critère, des constats principaux ont été formulés et un jugement évaluatif formulé avec une appréciation
- Les changements induits en matière d'apprentissage dans le fonctionnement des mutualités de santé

A cet effet, il s'agissait de voir si les activités en direction des MUSA ont été définies en fonction des changements positifs, pour atteindre l'objectif spécifique du projet.

2.2 Mise en œuvre de l'évaluation

Les questions évaluatives se rapportant à la redevabilité du projet et à l'appréciation en matière d'apprentissage, sont déclinées dans la matrice d'évaluation annexée au présent document. Dans ce tableau sont également présentés les indicateurs de jugement et des sources de vérification qui ont guidé l'équipe de l'évaluation pour la collecte des données (phase terrain) et leur analyse.

En prélude aux missions de terrain, les consultants ont analysé toute la documentation nécessaire à une bonne compréhension détaillée des enjeux du travail demandé.

En tout début de la mission de terrain, une réunion préparatoire a été organisée entre les consultants et l'équipe du projet au niveau de LC et UCODE-AMR.

L'équipe du projet a présenté celui-ci sous forme de synthèse (contexte, objectifs, enjeux, activités, résultats) et ensuite, les consultants ont présenté le plan d'évaluation qui a été approuvé par le commanditaire.

Les entretiens ont été réalisés à partir de guides d'entretien ou questionnaires ouverts ou semi-directifs, en favorisant le dialogue et le recueil de témoignages.

Pour cette évaluation, nous avons mené une série d'entretiens semi-structurés avec les parties prenantes, acteurs clés au moyen des entretiens semi-structurés auprès des acteurs et bénéficiaires du projet, et des personnes ressources concernées par les questions évaluatives (en annexe2). Ces questions, bien qu'en français étaient traduites en Kirundi pour faciliter la compréhension et l'expression facile des participants à l'evaluation. L'objectif de ces entretiens était de recueillir les données qualitatives et quantitatives sur le projet, les perceptions des bénéficiaires et partenaires sur leurs implications directes ou indirectes, les résultats obtenus et l'impact sur les bénéficiaires du projet ainsi que les contraintes dans la réalisation des activités. Au total, les entretiens et focus ont touché 123 personnes dont 56 femmes et 67 hommes (voir annexe 1).

Des focus group ont été utilisés pour la collecte des données auprès de toutes les zones du projet. Au total, nous avons réalisé dix discussions de groupe dans les 8 communes. Les focus group visaient à avoir leur appréciation sur la mise en œuvre du projet, sur la qualité des réalisations et leur impact ainsi que sur les facteurs de durabilité, les contraintes et les recommandations de mise en œuvre.

UCODE-AMR, comme partenaire opérationnel, a facilité la réalisation de la mission à plusieurs titres (Préparation du planning, prise de rendez-vous, facilitation des déplacements, mise à disposition de la documentation dont les documents de projets et les différents rapports annuels de mise en œuvre du projet). Malgré ce rôle de facilitation, l'équipe d'évaluation a gardé son indépendance d'analyse et a prêté attention aux biais que cela pourrait engendrer. Enfin, les données collectées au cours de la mission ont été dépouillées, synthétisées puis regroupées en fonction des questions clés de l'évaluation en lien avec les différents critères (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact et durabilité) pour alimenter le présent rapport.

Signalons qu'au terme de la collecte des données, les consultants ont présenté « à chaud » aux porteurs du projet (LC et UCODE-AMR), les premiers résultats de leurs investigations et des réponses aux questions évaluatives, ainsi que des pistes de recommandations.

Ils ont ensuite élaboré un rapport provisoire, prenant en compte les résultats de la réunion de restitution à chaud. Le rapport provisoire a été soumis au commanditaire qui a donné les commentaires, puis présenté aux différents intervenants avant de produire le rapport final. Tous les commentaires ont été pris en compte tout en gardant notre indépendance.

2.3 LIMITES ET contraintes de l'evaluation

Au cours de la réalisation de cette évaluation, certaines contraintes sont survenues mais ont été surmontées afin de limiter leur impact sur les résultats escomptés. Certaines de ces contraintes sont :

- Il s'agit des limites liées à l'éloignement géographique des communes d'intervention du projet alors que l'évaluation a été réalisée en période de fin d'année au moment où la plupart des acteurs avaient à l'esprit les fêtes de fin d'année. Face à cela, l'équipe a été flexible pour s'adapter à la disponibilité des personnes à contacter et a essayé d'introduire toutes les discussions par la pertinence de la revue et que la contribution des participants est un élément important pour promouvoir les mutuelles de santé au Burundi.
- Une autre limite non moins importante est que cette évaluation est intervenue juste en fin de projet et les bénéficiaires de Kirundo étaient déjà informés officieusement du retrait du bailleur dans cette province, ce qui fait que la tendance pour les bénéficiaires de cette province était de focaliser l'attention sur les motifs de ce retrait au lieu de l'appropriation. Toutefois, l'équipe d'évaluation a essayé de rassurer qu'une information officielle leur parviendra et que UCODE-AMR ne leur laissera pas sans stratégies de transfert vers d'autres partenaires techniques et financiers. Toutefois, cela révèle une faiblesse en communication que le partenaire de mise en œuvre devrait corriger pour les prochaines interventions en essayant de maintenir une communication fluide en temps réel avec les parties prenantes
- Le temps imparti à cette évaluation était court vu la quantité des informations collectées à analyser. Pour pallier cela, les consultants se sont dédoublés quand c'était nécessaire et ont pu rencontrer la quasi-totalité des personnes inscrites à leur agenda.

2.4 ASPECTS ETHIQUES

Bien que cette évaluation ne constitue pas une recherche avec une manipulation sur des sujets humains, elle reste néanmoins porteuse d'enjeux éthiques qu'il convient de clarifier. Les éléments suivants ont été scrupuleusement observés par tous les investigateurs :

- Autorisation préalable d'accès aux populations cibles par les autorités provinciales, communales et collinaires.
- Après information et consentement éclairé des participants aux entretiens individuels et de groupe, l'accent a été mis sur la liberté des participants d'arrêter leur participation à tout moment.
- Il n'y a pas eu de risque physique pour les participants. Les seuls inconvénients ont été le temps pris par les femmes pour répondre aux questions.
- La confidentialité a été de rigueur : L'identité des informateurs ne sera divulguée ni à l'intérieur du rapport de l'évaluation ni lors des réunions d'échanges sur celle-ci. Toutes les données sont traitées d'une façon strictement confidentielle.

3. PERFORMANCE DU PROJET 3 A

L'analyse de la performance de la mise en œuvre du projet a été faite en évaluant les critères suivants : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact et durabilité tels que décrits dans le plan d'évaluation en annexe. Pour chacun des critères d'évaluation retenus, les sous-questions évaluatives sont examinées à partir des constats opérés par l'équipe d'évaluation. Elles font l'objet d'une analyse permettant de porter une appréciation à travers une cotation de 1 à 5 et donne lieu à une conclusion.

1= Niveau très insatisfaisant

2 =Niveau insatisfaisant

3 =Niveau mitigé

4= Niveau satisfaisant

5 =Niveau très satisfaisant

3.1 Pertinence et participation

La pertinence se définit comme *: « Adaptation des choix du programme/programme à la situation traitée, notamment au regard du contexte local et national » Dans quelle mesure le programme : (i) est en cohérence avec les priorités nationales déclinées dans les cadres stratégiques nationaux et internationaux de développement, (ii) a répondu aux besoins des groupes cibles.*

Constats et analyse

Le projet apparaît justifié au regard des éléments suivants :

- ✓ Par rapport aux politiques et stratégies nationales et sectorielles ;
- ✓ Par rapport à la complémentarité des interventions entre les différents partenaires ;
- ✓ Par rapport au ciblage des zones ;
- ✓ Par rapport à la participation des bénéficiaires à l'identification des besoins.

Par rapport aux politiques et stratégies nationales, internationales (ODD) et aux priorités de la coopération belge au développement

Le projet 3 A s'inscrit dans le plan d'action global du Burundi, élaboré par les autorités du pays et ses principaux partenaires travaillant dans les domaines de la protection sociale dans le secteur de la santé, et qui considèrent que l'adhésion aux mutuelles de santé communautaire au Burundi est extrêmement limitée malgré plusieurs épidémies de maladies qui secouent le pays de manière périodique. Cela prouve son alignement avec le document de stratégie de la protection sociale du Burundi.

De plus, le projet 3 A s'inscrit en droite ligne des priorités définies par le Plan National de Développement (PND) 2017-2027 et la politique de protection sociale du Burundi.

Le projet permet de répondre aux indicateurs du paquet national de deux cibles ODD priorisées et leurs indicateurs en l'occurrence :

- ODD 1 : « Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde ». L'analyse de la contextualisation des ODD au Burundi s'inscrit aux défis de la mise en œuvre de l'ODD1 : « Assurer l'accès aux services sociaux de base à toute la population principalement en matière de santé, de l'éducation, de l'eau et assainissement et de logement[3] ». Au niveau de cet ODD, le Burundi s'est donné comme objectif : « Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient » avec comme indicateur : « Taux de couverture de la population en assurance maladie (%) ».
- ODD 3 : **Le secteur de la Santé (ODD 3). Parmi les 10 réponse aux défis identifiés, une concerne : «** L'existence d'un système de santé national suffisamment renforcé, dynamique et résilient en cas de chocs extérieurs ». Pour parvenir à cette ambition, le Burundi s'est donné comme un des objectifs de « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture

[3]Rapport sur la *Contextualisation des ODD au Burundi, p.39*

sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». Le projet 3 A a contribué explicitement à l'atteinte d'un des indicateurs fixés pour cet objectif à savoir le Taux de couverture de la population en assurance maladie (%).

Au regard de ce qui précède, il est clair qu'en promouvant l'adhésion aux MUSA, le projet 3 A a contribué ainsi à lever les défis identifiés par le pays.

Signalons qu'au niveau de la protection sociale, le Burundi dispose d'une stratégie de protection sociale[4] qui reconnait que les MUSA apportent une contribution considérable pour assurer la couverture maladie de la population du secteur privé informel.

Par rapport à la complémentarité des interventions entre les différents partenaires, le projet s'est révélé être complémentaire aux interventions développées par VSF Belgique et le projet LC/Santé mentale comme développé au chapitre de la cohérence.

Concernant le ciblage des zones, la région Nord comme zone d'intervention du projet est une zone traditionnelle d'intervention de UCODE asbl mais aussi une zone moins couverte par les autres mutuelles de santé.

Réponse aux besoins des bénéficiaires et leur implication dans la conception du projet

D'emblée, il convient de souligner que la conception du projet a connu un processus participatif prenant en compte les préoccupations des communautés rurales en matière d'accès aux soins de santé. En effet, les personnes travaillant dans le secteur informel sont souvent exclues des régimes d'assurance de santé, principalement du fait de la nature informelle de leur occupation. Elles font donc généralement face à des paiements directs importants lorsqu'elles cherchent à se faire soigner que ce soit dans les structures de santé publiques ou privées.

Le projet a globalement été pertinent étant donné qu'il a répondu à plusieurs problèmes et obstacles auxquels font face les Burundais du secteur informel en matière de la santé. En effet, 17,4 pour cent des personnes malades n'ont pas financièrement accès aux soins de santé et 82 pour cent des patients dans le monde rural sont obligés de s'endetter ou de vendre une partie de leurs biens pour se faire soigner[5]. Une des solutions à ce problème des coûts individuels élevés de l'accès aux soins de santé a consisté à mettre en place des mécanismes de mutualisation de la prise en charge du risque maladie. Cela a permis aux mutualistes d'une part de supprimer le

[4] Stratégie de la protection sociale au burundi, 2015

[5] Document de politique nationale de protection sociale,OIT/TAP/Burundi/R.7

caractère aléatoire et imprévisible de la survenue des risques financiers liés à la maladie en systématisant la prévision financière de ceux-ci; et d'autre part, cela a permis d'alléger le poids de la charge financière devenue insupportable au niveau d'un individu ou d'un ménage en la transférant vers la communauté organisée en réseaux de solidarité.

La perception des bénéficiaires par rapport à leur implication est globalement positive. Toutefois, ils ont parfois émis des avis sur ce qui aurait pu se faire afin que les mutualistes bénéficient davantage des actions du projet. Il s'agit notamment :

- D'une participation des présidents des MUSA plus effective (comme des discussions de groupe avec les présidents des MUSA) à la conception pour mieux identifier leurs besoins,
- D'un suivi régulier des activités par les cadres du projet pour appuyer/ soutenir les présidents des MUSA dans leurs efforts de mobilisation des communautés pour adhérer aux mutuelles de santé,
- D'un accompagnement dans l'appropriation des acquis du projet par les organes de la faitière des MUSA

Soulignons que ce projet est né pour donner suite aux recommandations de deux autres projets antérieurs qui ont été réalisées par UCODE-AMR en partenariat avec LC. Le premier, LIAM a été mis en œuvre de 2009 à 2013 et concernait la Lutte contre l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la promotion des MUSA ; le deuxième, PPASS mis en œuvre de 2014 à 2016 s'est penchée exclusivement sur la protection sociale en insistant sur la promotion des mutuelles communautaires de santé. Tous les deux projets visaient la couverture de la protection sociale à travers les mutualités communautaires de santé et la mise en œuvre de 3 A a été bâti sur les leçons apprises de ces deux projets notamment :

- Prendre comme niveau de gestion la commune car c'est une entité de proximité pour assurer l'encadrement des MUSA,
- Ne pas prendre seulement la notion « accès aux soins de santé » de façon isolée mais y intégrer d'autres aspects en rapport avec le développement de la population.
- Remplacer les techniciens agronomes qui étaient dans les deux premiers projets par des gérants pour assurer la viabilité financière des MUSA.
- Promotion synergique des mutuelles communautaires avec les autres projets financés par la DGD.

Ces deux projets ont connu une grande implication des mutualistes et ont constitué un bon cadre d'expression des témoignages et des désidératas pour les mutualistes. Les recommandations issues de l'évaluation de ces deux projets ont constitué de fondement pour le présent projet.

Ceci nous amène à dire que les besoins des populations ciblées et toutes les priorités en matière de développement des MUSA n'ont pas été exprimés par les bénéficiaires eux -mêmes au moment de la conception bien que des ateliers MARP soient organisés chaque année et constituent une bonne occasion de collecter les besoins et les propositions des mutualistes. Toutefois, la conception du projet est partie de la documentation du contexte et doit se soucier de prendre en compte les besoins émergents des mutualistes. En effet, les mutualistes qui ont évolué dans les MUSA depuis 2011 ont eu les occasions de s'exprimer (enquêtes légères, ateliers MARP, etc.) et leurs contributions ont été considérées lors de la conception du projet 3A.

La commune comme unité de base des MUSA a-t-elle été une plus-value réelle ?

Dans le cadre du projet, la commune a été le niveau le plus optimal de gestion et d'appropriation des MUSA. Plusieurs échanges entre les communes ont été réalisés et ont permis de partager le vécu quotidien et ainsi profiter des cadres des séances de réflexion collective.

Jugement évaluatif : le Projet 3 A est-il pertinent ? Niveau satisfaisant (4)

ENCADRE 1

De manière générale, les résultats choisis par 3 A étaient pertinents au regard de la situation des populations rurales et des zones d'action du projet et répondent parfaitement aux priorités de la coopération belge au développement. Le choix de UCODE-Amr comme partenaire e mise en œuvre offre une valeur ajoutée à la réussite du projet. En effet, UCODE est une organisation à véritable assise communautaire, acteur de développement reconnu de développement au plan national et dans la région Nord en particulier, ce qui offre des opportunités de créer des synergies entre le projet et d'autres domaines de développement de l'UCODE. Par exemple, les projets de développement initiés par UCODE permettent aux ménages de rehausser leurs revenus et d'être capables de payer leurs cotisations aux MUSA. Par ailleurs, UCODE bénéficie d'une légitimité nécessaire pour la mise en œuvre du projet en tant qu'ASBL reconnu comme acteur de développement du monde rural est reconnu, les MUSA rencontrent les priorités de UCODE en tant qu'acteur de développement du monde rural.

Les axes d'interventions et l'objectif spécifique du projet 3 A sont pertinents. Ils soutiennent les politiques du gouvernement du Burundi sur les questions de protection sociale dans le domaine de l'assurance maladie. En effet, d'une manière générale, les Burundais vivent une situation sanitaire très fragile marqué par des épisodes de maladies pourtant curables mais qui souvent emportent des vies humaines surtout au niveau des communautés rurales vulnérables. Pourtant, ces derniers sont souvent exclus des systèmes d'assurance maladie obligatoire et la CAM ne couvre pas totalement les soins surtout l'achat des médicaments. D'autre part, il est clairement établi que les objectifs du projet sont aussi en ligne avec les besoins du Burundi en matière de développement tel qu'illustré par le document de contextualisation des ODD au Burundi. L'analyse comparative des objectifs du projet et de ceux des programmes tels que le plan de protection sociale, le PND, le CSLP II corroborent cette assertion. Ainsi, l'évaluation reconnaît que les besoins en matière de couverture en assurance maladie sont clairement articulés dans le document de projet 3 A. Les entretiens réalisés lors de cette mission d'évaluation ont mis en évidence la pertinence d'aborder la question de l'assurance maladie avec des groupes de solidarité. Elle a confirmé que le mode d'intervention avec des groupes de solidarité est une approche adaptée pour promouvoir l'esprit mutualiste en santé. Le projet fait partie de ceux initiés pour renforcer la politique nationale, en ce qu'il complète, développe et renforce les projets étatiques existants. En outre, la grande implication des acteurs nationaux qu'il consacre, qu'il s'agisse en général des représentants des structures étatiques, de la société civile et des mutualistes en particulier a aidé à leur mobilisation et leur auto-responsabilisation vis-à-vis du projet. Il en ressort donc que ce projet a été d'une pertinence évidente, en rapport avec les priorités nationales et la complémentarité avec les autres interventions de la protection sociale.

3.2. 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 examine comment d'autres interventions (en particulier des politiques) appuient ou affaiblissent l'intervention évaluée, et inversement.

3.2.1. Cohérence externe

❖ ***Cohérence avec les politiques nationales notamment la politique nationale de protection sociale***

Comme développé supra, le projet 3 A s'articule avec les politiques nationales qui guident le développement du pays de manière globale (CSLPII et PND). De manière spécifique, son alignement est plus perceptible avec la stratégie de mise en œuvre de la politique de protection sociale qui reconnaît que la viabilité financière des mutuelles est précaire et que la pertinence de leur renforcement s'impose.

❖ ***Complémentarité avec les autres interventions***

Des synergies et des complémentarités ont été établies lors de la conception du projet. Nous signalons la séparation des rôles et responsabilités entre LC/UCODE-AMR et la PAMUSAB. En effet, LC/UCODE-AMR facilite une recherche-action, un apprentissage organisationnel et une mise en réseau des partenaires et La PAMUSAB constitue un acteur représentatif et professionnel qui harmonise les pratiques et influence la politique de l'AMU.

Les complémentarités sont observées à travers la signature, en 2017, d'une convention entre la Croix-Rouge Belgique Section francophone (Belge) et LC mentionnant les voies de synergie.

Sur terrain, d'autres synergies et complémentarités ont été constatées entre le projet 3A et d'autres projets financés par la DGD :

- VSF Belgique Les animateurs de terrain ont contribué à la sensibilisation des bénéficiaires dans leurs zones afin de susciter l'adhésion à la MUSA ou renouveler la cotisation. VSF Belgique a affilié à la MUSA respectivement 163 ménages en 2019, 158 ménages en 2020 des communes de la zone de son recoupement géographique (Busiga, Gashikanwa, Mwumba et Ngozi)
- Le projet LC/Santé mentale, en 2019, a enrôlé 167 ménages bénéficiaires de ce projet de santé mentale aux MUSA de la zone d'intervention du projet, 201 ménages en 2020, et 165 ménages en 2021.
- La PAMUSAB a donné des ordinateurs et une formation aux gestionnaires des MUSA et aux cadres du partenaire gestionnaire des données des MUSA. Aussi, son plaidoyer auprès du ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre et sa collaboration poussée avec le SEP/CNPS ont amené les autorités à améliorer la considération

des MUSA comme mécanisme d'accès aux soins de santé pour la population rurale du secteur informel.

L'autre aspect qu'il importe de signaler est que les acteurs des Mutuelles de santé sont présents sur tout le territoire national pour soutenir le gouvernement dans ses efforts de garantir l'accès aux soins de santé.

De ce qui précédée projet 3A s'articule correctement avec les actions mises en œuvre par d'autres acteurs de développement en présence y compris ceux intervenant dans le domaine de la protection sociale volet accès aux soins de santé

Sans vouloir chercher à établir à tout prix des synergies, il apparaît pourtant opportun et pertinent de réfléchir à quelques cadres de concertation dans lesquels des synergies seraient encore indispensables car elles permettraient d'assurer une certaine continuité et complémentarité des activités proposées à différents niveaux. De façon plus précise, il faudrait renforcer des cadres/ espaces et consacré du temps dédié à la concertation et à la réflexion sur l'exploitation de potentialités – existants et nombreux – entre les différents intervenants dans les MUSA.

- ***Valorisation des moyens mis en œuvre pour la prise en compte des enjeux de développement***

Le projet 3 A dispose d'un budget limité, ce qui a fait que les visites de contrôle de vérification des prestations ne soient pas organisées mensuellement. En effet, les agents de santé communautaires manquent de moyens pour réaliser pleinement leurs tâches. À cela s'ajoute le contexte de pauvreté de la population bénéficiaire qui a été aggravé par la famine de 2017 à Kirundo. Le projet devrait mettre à profit la solidarité des mutualistes pour initier des activités génératrices de revenu en faveur des mutualistes.

3.2.2 Cohérence interne

- **Cohérence avec les priorités internes de LC comme ONG Universitaire**

L'objectif prioritaire de la Coopération belge au Développement est le développement humain durable. Elle doit atteindre cet objectif en luttant contre la pauvreté, dans un contexte de partenariat et dans le respect des critères de pertinence pour le développement. La conception du projet 3A s'inscrit dans cette logique de priorité de la DGD. Il s'inscrit aussi dans la logique des priorités de LC. En effet, la vision de LC est « Etre un acteur responsable et innovant au service de nos affiliés est notre ambition. Pour cela, nous défendons notre vision de soins de santé durables, solidaires et basés sur les besoins des patients ». De cette vision, est assorti un

objectif fondamental de collaboration avec les organisations partenaires de LC : « Garantir aux familles l'accès à des soins d'une qualité acceptable »

Le projet 3A avait dans son esprit tirer profit du statut de LC comme ONG universitaire à travers la conduite des recherches. Toutefois, le contexte de sécurité et de COVID-19 avec ses corollaires n'ont pas permis à des chercheurs belges de se rendre au Burundi pour appuyer la recherche sous forme de stage. LC a alors collaboré avec 2 institutions universitaires du Burundi (Université Lumière et INSP) et 1 université belge (UCL mais à distance). Ainsi, il y a eu la production de 3 documents de recherche-action.

3.2.3 Prise en compte des thèmes transversaux

❖ **Genre**

Le projet 3 A se fonde sur une approche basée sur les droits, visant la promotion de l'accès à un système de santé pour toutes les couches de la communauté. En termes de stratégie d'intervention et de méthodologie, le projet a tenu à faire participer équitablement les hommes et les femmes dans les activités de renforcement de capacités.

Du point de vue du design, le projet 3 A n'avait pas vocation à viser une parité ou même un équilibre F/H dans le déploiement des activités, dans la mesure où le secteur de l'assurance médicale concerne les ménages et non les individus. La planification n'a donc pas été guidée par une analyse de genre du projet, et 3 A ne dispose pas d'une proportion de son budget allouée aux activités visant spécifiquement l'égalité H/F. Toutefois, la représentation des femmes dans les organes de prise de décisions dans les MUSA a connu une augmentation en passant de 32,7 en 2017 à 40 % entre 2018 et 2020 et à 45% en 2021. En plus, des 8 gestionnaires des MUSA, 5 sont des femmes (soit 62,5 %).

Le système de suivi-évaluation mis en place pour le suivi des activités menées, veille sur le renseignement d'indicateurs en lien avec le résultat. Ces derniers sont présentés selon le sexe sans fixer cependant des objectifs d'amélioration de la situation des femmes en vue de promouvoir une égalité effective bien que la représentativité des femmes a connu une augmentation fulgurante des femmes comme ci-haut développés.

❖ **Environnement**

Le projet 3 A ne met pas en œuvre des activités pouvant compromettre l'environnement mais il ne prévoit pas non plus la mise en place de mesures/stratégies spécifiques visant la protection explicite de l'environnement.

Toutefois, le projet 3 A a organisé plusieurs sessions de renforcement de capacités et devrait analyser la pertinence d'impression et ne le faire qu'en cas de nécessité, en l'absence d'autres options de trouver des supports pédagogiques. Également, les actions de reverdissement des espaces entourant les bureaux des MUSA et l'installation des latrines de qualité à côté du bureau ont été considérées comme des actions de préserve de l'environnement et bien appréciées.

JUGEMENT EVALUATIF : LE PROJET 3 A EST-IL COHERENT ? NIVEAU TRES SATISFAISANT (5)

ENCADRE 2

La cohérence interne et externe du projet 3 A a été largement jugé satisfaisant au regard au regard de son alignement avec les politiques nationales notamment la stratégie de protection sociale. Sa complémentarité avec les autres partenaires a permis de créer des synergies et mieux atteindre les résultats. Sans fixer explicitement des objectifs d'égalité de genre ; le projet a permis de promouvoir un leadership féminin au sein de la direction des MUSA

3.3. Efficacité

« *Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs avancés : la contribution du projet à l'atteinte des résultats escomptés* »

L'évaluation de l'efficacité du projet 3 A a été analysée à travers 5 indicateurs de jugements issus des sous-questions évaluatives, regroupées autour des 5 points ci-dessous :

- L'efficacité des activités pour atteindre les résultats
- Mobilisation des partenariats
- Efficacité des services offerts
- Efficacité des approches
- Prise en compte des facteurs externes

3.3.1 Efficacité des activités et leur contribution à l'atteinte des résultats attendus

La logique d'intervention du projet et les résultats escomptés sont présentés dans le cadre logique du projet. Les paragraphes qui suivent donnent un aperçu par résultat du projet, sur la qualité des résultats / services obtenus ainsi que l'utilisation et l'accès des résultats par les communautés. En effet, le projet visait l'atteinte de cinq principaux résultats qui devraient concourir à la réalisation de l'objectif spécifique. De façon globale, le projet s'est avéré très performant au niveau de la mise en œuvre des activités qui se sont déroulées conformément aux

prévisions. Et notons que les activités réalisées jusqu'à la clôture du projet ont apporté déjà une contribution remarquable à l'atteinte des différents résultats.
Le projet 3A s'est attelé à l'atteinte des 5 résultats qui devraient concourir à la réalisation de l'objectif spécifique qui est : « L'accès aux soins de santé est amélioré pour la population du secteur rural et informel de 8 communes de la région du Nord Burundi ».

D'une manière globale, les activités réalisées jusqu'à la clôture du projet ont apporté une contribution remarquable à l'atteinte des différents résultats. Le niveau d'atteinte des objectifs et résultats a été mesuré par des observations et analyses : exploitation des rapports du projet, entretiens avec des acteurs de mise en œuvre (personnel du projet et partenaires) et des bénéficiaires du projet, par rapport aux indicateurs inscrits dans le document initial du projet.

Qualitativement, au chapitre des résultats, sur la base des rapports et des témoignages des acteurs interviewés par l'équipe d'évaluation, des changements ont été observés. En effet, il résulte des interventions un changement palpable par rapport à la culture de la prévoyance ressentie au niveau des bénéficiaires, un renforcement réel des capacités, à la fois chez les bénéficiaires directs du projet et les organes des, mutuelles de santé.

Résultat 1: Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 8 mutuelles de santé sont améliorées.

Situation des indicateurs

Sur la base des documents présentés aux évaluateurs et les visites effectuées auprès des 8 MUSA, notamment les entretiens effectués avec le personnel du projet, les gérants des MUSA, les responsables administratifs et sanitaires et les bénéficiaires, les activités définies pour le résultat 1 ont été réalisées presqu'en totalité. Et l'atteinte des indicateurs et cibles fixés au début du projet sont repris dans le tableau suivant.

Indicateurs	**Baseline**	**Cible au 31/12/2021**	**Réalisation au 31/12/2021**
Niveau de fonctionnalité des MUSA (triangle organisationnel : vouloir, pouvoir et faire)	64%	85%	86.6%
Ratio cotisations acquises/charges d'exploitation (prestations de maladies et fonctionnement)	70%	90%	71,8%

Nombre de bénéficiaires en règle de cotisations (H/F)	6.212	29000	14.106 soit 48,6%

Constats et analyse

Les MUSA appuyées disposent des statuts, du règlement d'ordre intérieur et des attestations de reconnaissance. Des assemblées générales sont organisées statutairement deux fois par an sous la direction du comité exécutif de la MUSA. Cinq d'entre elles disposent des bureaux propres à elles. Les mutualistes ont profité de la solidarité retrouvée dans la mutuelle pour s'entraider par des organisations communautaires d'épargne et crédits dites Savings and Internal Lending Communities (SILC). Elles parviennent à payer les prestations et réaliser des reliquats. Les MUSA Kirundo et Ngozi ne réalisent pas des reliquats car les mutualistes consomment principalement les soins dans les FOSA privées qui sont chères.

Grâce aux sensibilisations communautaires et la collaboration avec les autorités administratives et sanitaires ainsi que le suivi de la qualité des soins, les effectifs des adhérents ont augmenté au cours de la durée du projet sans atteindre la cible fixée de 2021 qui a paru ambitieuse vu le contexte du Burundi (coexistence de la CAM et des MUSA, pauvreté, faible culture de la prévoyance de la population, etc

Les cotisations collectées sont déposées sur les comptes des MUSA. Elles sont utilisées pour payer les frais des prestations et le fonctionnement. Les renouvellements des cotisations sont allés en augmentant d'année en année (75,2% en 2021 de manière générale avec une performance record de Busoni avec un taux de 100% de renouvellement). Il a été constaté que les cotisations aux mutuelles communautaires de santé sont de loin supérieures au coût de la CAM, ce qui crée une compétition entre la CAM et les MUSA. Cependant, certains membres dits fidèles (plus de deux ans dans la mutuelle) préfèrent la MUSA à la CAM en raison de son caractère solidaire, de la facilité d'accès aux soins de santé dans les FOSA privées et de leur participation dans la gestion de la mutuelle communautaire.

La coexistence des MUSA et la CAM a eu comme conséquence, non seulement la diminution progressive du taux de renouvellement des cotisations mais aussi et surtout le non- atteinte de l'objectif ambitieux assigné au début du projet en termes de bénéficiaires à atteindre. (14.106/29000). Un plaidoyer est toujours en cours à travers plusieurs canaux empruntés par la PAMUSAB allant dans le sens de bien cibler et distinguer les bénéficiaires de ces deux mécanismes qui devraient par ailleurs être complémentaires.

L'article 44 de la Loi portant fixation du budget général de la République Burundi 2021-2022, prévoit des montants contributifs de la CAM fixés en fonction de la stratification de la population. Si appliqué, ceci devrait constituer une opportunité pour promouvoir les MUSA.

Toutes les prestations de l'année sont payées et il y a des reliquats pour constituer des réserves. Les cotisations ne parviennent pas à supporter le fonctionnement comme les salaires des gestionnaires, le carburant des motos, le loyer des bureaux et la communication. Ces dépenses sont supportées par les appuis apportés par les bailleurs comme LC à travers le projet 3A. Il est à noter que les organisations internationales comme l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encouragent les MUSA à se chercher des partenaires pour leur apporter un appui technique et financier afin de supporter les charges.

Conclusion et appréciation

Le résultat 1 tel qu'il est libellé n'est pas quantitativement vérifiable. En effet, il est très difficile de corréler un indicateur quantifiable au sociétariat et au professionnalisme d'une association ou d'un groupement. Cependant les indicateurs et les cibles fixés au début du projet ont été atteints respectivement à 86.6% pour le 1er, 71,8% pour le 2ème et 48,6% pour le 3ème.

L'appréciation du niveau d'atteinte du résultat 1 est **satisfaisante**.

Résultat 2 : **La qualité des soins est améliorée pour les mutualistes.**

L'OMS définit la qualité des soins comme la capacité de « garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui **assurera le meilleur résultat en termes de santé**, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène (Risque de maladie suite à un acte médical et/ou un médicament) et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Situation des indicateurs

Indicateurs	Baseline	Cible au 31 /12/2021	Réalisation au 31/12/2021
Niveau de satisfaction des mutualistes par rapport aux services offerts par les FOSA	6/10	8,5/10	8,5/10 (100%)

Adéquation entre le diagnostic et le traitement administré aux bénéficiaires des mutuelles	82%	90%	86,2 % (soit 96%)

Sur la base des documents de rapports présentés aux évaluateurs et les visites effectuées auprès des 8 MUSA, notamment les entretiens effectués avec le personnel du projet, les gérants des MUSA, les responsables administratifs et sanitaires et les bénéficiaires, les constats suivants ont été réalisés.

Constats et analyses

Les enquêtes légères faites auprès des bénéficiaires, le suivi des malades dans les FOSA par les animateurs communautaires et les membres des organes ont été des occasions offertes aux bénéficiaires d'exprimer leur satisfaction vis-à-vis des services reçus au niveau des FOSA. En effet, les bénéficiaires déclarent être très satisfaits des services qu'ils reçoivent des structures de soins conventionnées. En effet, l'accueil est bon, les médicaments sont disponibles et accessibles aux mutualistes dans la quasi-totalité des FOSA. Cependant, il a été noté que les mutualistes consomment beaucoup plus et principalement les soins dans les FOSA privées qui sont chères alors que dans les structures publiques, les services sont généralement moins chers que dans les structures privées. Une recherche sur le gradient de qualité de services dans les structures privées et publiques alimenterait le choix des structures à conventionner. La rupture de certains produits médicamenteux jugés essentiels dans certaines structures a constitué un manque de bonne qualité des soins. Des situations de surfacturation ont été constatées à posteriori par le médecin conseil après avoir payé les factures des prestations et la rétrocession du montant indûment reçu n'a pas été un processus facile.

La morbi-mortalité parmi les mutualistes a sensiblement diminué par rapport aux autres membres de la communauté qui ne sont affiliés à aucun mécanisme d'assurance santé bien que l'évaluation ne dispose pas d'évidences en termes de chiffres. Le système d'information sanitaire de routine n'a pas pu donner des chiffres soutenant cette affirmation des prestataires de soins et des responsables sanitaires.

Les contrôles de la qualité sont régulièrement faits par le chargé de la qualité des soins. Ces activités du chargé de la qualité des soins sont aussi complétées par des visites du médecin conseil qui sont organisées annuellement.

Les cadres de concertation sont annuellement organisés avec les prestataires de soins et les administratifs. Ce sont des opportunités de présentation des anomalies constatées lors du contrôle de la qualité des soins, de la vérification des factures, des violations des termes du contrat établi entre la mutuelle et les FOSA, des cas de sur prescription et/ou de surfacturation. C'est dans ces cadres de concertation que l'on sensibilise les administratifs par rapport aux bénéfices des MUSA afin qu'à leur tour, ils en fassent une promotion auprès de leurs administrés. Ces cadres de concertation ont constitué aussi des opportunités d'apprentissage des fondements et principes des MUSA, ont-ils déclaré les prestataires de soins.

Conclusion et appréciation

Bien que la qualité des soins nécessite une amélioration continue, 9 mutualistes sur 10 sont satisfaits de la qualité des soins offerts dans les 88 structures conventionnées. Les MUSA ont besoin d'un appui continu pour suivre et contrôler les prestations faites aux mutualistes afin de limiter les tricheries et les surfacturations qui ont été rapportées par le chargé de la qualité des soins et le Médecin conseil mais aussi signalées par les gestionnaires des MUSA. Pour faire face à ses situations, des vérifications systématiques et détaillées peuvent être réalisées avant d'effectuer des paiements.

Considérant tout ce qui précède, l'appréciation de l'atteinte de ce résultat **est satisfaisante.**

Résultat 3 : **La faitière régionale est renforcée pour animer et accompagner le mouvement mutualiste et elle contribue au processus de mise en place des unions de mutuelles des districts sanitaires**

Situation des indicateurs

Sous ce résultat, trois indicateurs ont été fixés au début du projet.

Indicateurs	**Baseline**	**Cible au 31/12/2021**	**Réalisation au 31/12/2021**
Pourcentage de femmes occupant des postes clés dans les mutuelles	32,7%	40%	45%
Nombre d'appuis de la faîtière apportés aux MUSA	2	5	5
Les taux de sinistralité des mutuelles membres	77,6%	70%	95,6%

Constats et analyse

Les femmes ont été sensibilisées pour qu'elles consentent à se faire élire dans les organes des MUSA et à participer massivement aux élections. Des formations des membres du comité de la faitière sur le leadership, la gestion et la gouvernance démocratique des mutuelles de santé ont suivi pour les doter des capacités de jouer leur rôle d'accompagnement des différentes sections de la mutuelle. Le projet 3A a fortement appuyé dans la facilitation des rencontres avec l'administration pour asseoir la bonne collaboration entre les MUSA et l'administration en passant par la faitière.

Le processus de mise en place des Unions des districts sanitaires a commencé mais a évolué lentement suivant le contexte du pays dans le cadre de la protection sociale. Cependant sur les 15 unions de districts déjà formées au niveau du pays, 2 se trouvent dans la zone d'intervention du projet 3A sous la facilitation de la faitière. Il s'agit de l'union du district sanitaire de Buye en province de Ngozi et celle du district sanitaire de Gahombo en province de Kayanza. Toutefois, la confédération nationale des mutuelles communautaires de santé a été créée pour jouer un rôle dans le processus en cours qu'a le Burundi de se préparer pour une Couverture Santé Universelle

Comme la faîtière joue un grand rôle dans l'accompagnement des MUSA et que la signature du contrat du gérant a lieu avec le président de la faitière ; vu que l'on avance vers l'autonomisation des mutuelles ; une convention montrant les responsabilités et/ou du projet et celles propres à la faîtière permettrait de bien planifier les différentes interventions des uns et des autres. Ceci requiert aussi à la faîtière d'être disponible dès le début du projet et de s'impliquer davantage pour faire comprendre aux bénéficiaires l'intérêt de développer leurs mutuelles au lieu d'attendre chaque fois des motivations des projets.

Conclusion et appréciation

Sous ce résultat 3, les deux indicateurs sur trois ont été atteints à 100%. Le niveau d'atteinte de ce résultat est jugé **très satisfaisant.**

Résultat 4 : **UCODE AMR renforce son expertise et devient un centre de référence pour le Nord Burundi.**

Situation des indicateurs

Indicateurs	**Baseline**	**Cible au 31 /12/2021**	**Réalisation au 31/12/2021**
UCODE AMR a capitalisé l'expérience des stratégies et approches d'influence de la qualité des soins par les MUSA		Document de Capitalisation des cinq années d'expérience sous forme d'un guide en Kirundi.	Document de Capitalisation de cinq années d'expérience sous forme d'un guide en Kirundi non encore finalisé.
Maîtrise des outils au niveau des MUSA	50%	95%	93,4% (soit 98% de réalisation)
Niveau de fonctionnalité (évalué sur base du QRCP)	89%	93%	93,45 % (100% de réalisation)

1. UCODE AMR a capitalisé l'expérience des stratégies et approches d'influence de la qualité des soins par les MUSA. Il s'agit d'un document qui devrait contenir toutes les approches et les stratégies utilisées dans l'accompagnement des MUSA. Ce document devrait être traduit en langue nationale(kirundi) et rendu accessible aux bénéficiaires. Ce document n'était pas encore finalisé à la date de fin du projet.
2. Le deuxième indicateur concerne le niveau des gestionnaires en maîtrise des outils de gestion des MUSA. L'indicateur devrait évoluer du début du projet à la fin du projet de 50% à 95%. Le niveau atteint à la fin du projet est 93.4% soit 98% de réalisation.
3. Le Niveau de fonctionnalité (évalué sur base du QRCP= Questionnaire de Renforcement des Capacités du Partenaire). L'indicateur devrait évoluer début du projet à la fin du projet de 89% à 93%. Le niveau atteint à la fin du projet est 93.45%

Constats et analyse

Le modèle d'accompagnement de UCODE-AMR diffère de celui des autres acteurs. Il est basé sur la structure de base qui est la commune. Ce modèle est celui prôné par le ministère en charge de la protection sociale. Sous l'influence du projet 3A, l'UCODE-AMR membre de la PAMUSAB, a fait reconnaître par le Gouvernement l'existence des MUSA l'enrôlement des vulnérables par SEP/CNPS sur programme de la Banque Mondiale en 2017-2018 et l'introduction des MUSA dans les PCDC de 2019-2023. Il a su collaborer avec les administratifs locaux à prendre le lead dans la sensibilisation sur les avantages de la MUSA. Toutefois, leur implication depuis la conception du projet faciliterait leur implication dans la mise en œuvre.

La mise en place d'un système de gestion décentralisée des mutuelles communautaires de santé (au niveau communal) avec des gérants qualifiés a permis aux mutualistes d'avoir confiance en leur responsable. Mais cette approche devrait être harmonisée avec les autres approches des acteurs membres de la PAMUSAB afin d'en capitaliser les bénéfices.

Des renforcements des capacités des gérants des sections sur l'utilisation du logiciel de gestion des mutuelles communautaires de santé au Burundi, sur la mise à jour régulière des tableaux de bord, le suivi des indicateurs de viabilité des mutuelles communautaires de santé qui ont été organisés devraient être accompagnés par une dotation des ordinateurs pour permettre l'entrée des données et disposer de la topographie en temps réel de la situation des MUSA.

Afin d'accompagner les MUSA à se positionner et de se préparer pour la CSU, il urge de transférer totalement certaines fonctions et d'apporter une assistance technique de proximité. Il s'agit notamment de

- La conduite des sensibilisations, des stratégies d'information et de promotion des MUSA : il s'agit de laisser les organes des MUSA mener leurs activités et leur apporter une assistance technique afin d'acquérir des capacités suffisantes en la matière.
- La gestion des adhésions qui nécessite généralement une expertise si les adhérents augmentent. Ceci revient à prendre en compte les capacités du comité exécutif pour gérer la sélection adverse et la détermination du temps de latence.
- La gestion des prestations : réfléchir sur les stratégies de doter les MUSA les capacités de vérifier et de valider les prestations à payer (suivi de la quantité, de la qualité et du coût)

Conclusion et appréciation.

UCODE renforce son expertise dans la conception et l'accompagnement des MUSA. Comme cité ci-haut, il y a besoin d'élaborer un document de recueil des approches et stratégies utilisées ; décrire les principales difficultés rencontrées et les solutions y apportées. Le niveau d'atteinte de ce résultat est **très satisfaisant**.

Résultat 5 : Des recherches-actions permettent d'introduire des approches et outils innovants dans le domaine des mutuelles de santé.

Situation des indicateurs

Indicateurs	**Baseline**	**Cible au 31/12/2021**	**Réalisation au 31/12/2021**
Nombre cumulé d'études des étudiants et chercheurs de l'UCL et institutions burundaises	2	8	5
Nombre de Conventions de collaboration signées chaque année avec des institutions locales	0	3	0
L'importance donnée dans ces recherches et capitalisations à l'aspect genre augmente	Non appliqué	2,5	1,2

Constats et analyses

Le nombre d'étudiants ayant produit des documents de leur recherche-action avec l'appui de LC ne sont qu'au nombre de 5 sur les 8 prévus. Vu la situation que connaît le pays depuis 2015, les chercheurs de l'Université Catholique Louvain (UCL) n'ont pas pu effectuer la recherche sur place. Un étudiant de l'UCL a collaboré avec LC à distance et a produit son mémoire. Grâce aux relations développées avec les universités du Burundi (Université Lumière et INSP), les travaux de recherche ont augmenté mais sans atteindre le niveau souhaité. Le partenaire a aussi reçu des étudiants stagiaires du niveau Baccalauréat qui font des rapports de stage en place et lieu de la recherche.

Le nombre de conventions de collaboration signées chaque année avec des institutions locales est resté au point zéro. Les institutions d'enseignement signent des conventions quand il y a un budget derrière qui accompagne ces conventions. Si une plus-value est envisagée, un budget relatif devrait être prévu pour intéresser ces institutions de recherche

Bien que l'on n'ait pas vu les résultats des différentes recherches faites et en se fiant aux rapports du projet, l'importance donnée à l'aspect genre dans les recherches et capitalisations a constitué une préoccupation aux chercheurs. Dans le travail de recherche (mémoire) d'un étudiant du niveau master en 2018, le genre a constitué une préoccupation. Il a veillé à la parité de 50% hommes et 50% femmes à la phase de la collecte de données en visant une contribution équilibrée des hommes et des femmes. L'idée était de recevoir des informations équilibrées provenant des hommes et des femmes sur des bases égales. Il a tenu compte du fait que les hommes et les femmes sont des partenaires égaux dans les MUSA et qu'ils sont voués à assurer le même rôle.

Conclusion et appréciation

Les indicateurs sous ce résultat n'ont pas été atteints. On devrait affecter un budget pour intéresser les différentes institutions de recherche afin d'alimenter la mise en œuvre du projet par des innovations.

Le niveau d'atteinte de ce résultat est jugé satisfaisant.

4. 3.2 Mobilisation des partenaires

LC et UCODE-AMR qui mettent en œuvre le projet 3A dont l'objectif spécifique est « L'accès aux soins de santé est amélioré pour la population du secteur rural et informel de 7 communes de la région du Nord Burundi. » ont su mobiliser les partenaires à sa mise en œuvre. En effet, les organisations Vétérinaires Sans Frontière et son partenaire UCODE-AMR, Croix-Rouge Belgique et son partenaire Croix-Rouge du Burundi ont contribué dans les sensibilisations de la population cible afin d'adhérer aux mutuelles communautaires de santé accompagnées par UCODE-AMR dans les provinces du Nord.

Dans sa stratégie de sensibilisation de la population cible à adhérer à la mutuelle, UCODE-AMR a ciblé beaucoup les groupes déjà organisés en association afin de faire une adhésion groupée moyennant une motivation du groupe. C'est une bonne approche de mobilisation des groupes déjà organisés pour renforcer la solidarité et développer la culture de prévoyance santé.

Notons que UCODE-AMR est membre de la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi (PAMUSAB) et a été à la tête de cette plateforme. A la tête de la PAMUSAB, UCODE-AMR a facilité la création et la signature d'un mémorandum avec la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de santé en Afrique Centrale (PAMAC). La PAMUSAB a apporté un appui important aux MUSA en ce qui concerne le renforcement des capacités et l'apport d'un équipement en outils de gestion. Son suivi a contribué à l'augmentation de la maîtrise de l'utilisation de ces outils dans les MUSA

Bien qu'au début certains prestataires de soins dans les FOSA publiques manifestaient un comportement hostile aux MUSA à cause de la juxtaposition avec la CAM, les prestataires ont été mobilisés progressivement et ont enfin adhéré à la promotion des mutuelles de santé à la suite des visites du médecin conseil et des cadres de concertation organisés à cet effet.

Nous avons aussi noté une très bonne collaboration avec les organes décentralisés du Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de Protection Sociale (SEP/ CNPS). UCODE-AMR est membre des conseils provinciaux de protection sociale dans les trois provinces d'intervention qui constitue un cadre d'échange sur la situation de la protection sociale en général et l'assurance santé en particulier. Le choix de SEP/CNPS d'enrôler les ménages vulnérables dans les MUSA au lieu de la CAM a contribué à la reconnaissance de la MUSA comme mécanisme porteur dans l'avenir. Il a aussi apporté des fonds dans les MUSA permettant l'appartenance des pauvres aux MUSA pour un accès aux soins de santé tel que demandé par le OIT et l'OMS.

3.3.3. Efficacité des services offerts

De façon générale, l'évaluation et l'analyse de l'efficacité des services offerts par UCODE-AMR dans la mise en œuvre du projet 3A ont été faites dans deux volets principaux qui résument les services offerts dans le cadre de la mise en œuvre du projet. Ce sont le renforcement des capacités et l'accompagnement technique.

Dans le domaine des renforcements des capacités, il a été noté une bonne maîtrise des outils de gestion des mutuelles de santé par les gérants des sections des mutuelles mais aussi par les prestataires de soin. Ces services ont été offerts pour répondre aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs du projet. Nous avons noté aussi la plus-value des formations organisées à l'intention des organes des MUSA et de la faîtière sur des thématiques variées comme le leadership, plaidoyer, lobbying, gestion financière, suivi du fonctionnement des mutuelles, …

Par rapport à l'accompagnement technique, il a été rapporté les appuis dans les stratégies de sensibilisation et de mobilisation de la population cible pour adhérer aux mutuelles de santé, la facilitation pour la reconnaissance administrative des mutuelles communautaires de santé et la facilitation dans les négociations des contrats avec les structures de soins de santé. Toutefois, ces structures sont choisies par les bénéficiaires suivant sa réputation en termes de qualité des services.

Les visites de contrôle de qualité réalisées par le chargé de la qualité des soins et par le médecin conseil ont été aussi rapportées comme des opportunités d'appui technique aux structures de soins conventionnées qui ont beaucoup contribué dans l'amélioration de la qualité des services. Les ateliers de restitution organisés au niveau provincial produiraient encore plus de résultats s'ils étaient organisés autour des districts.

3.3.4. Efficacité des approches

Par rapport à l'évaluation de l'efficacité des approches, nous avons analysé les rapports de projet présentés aux évaluateurs, considéré les déclarations recueillies lors des interviews des parties prenantes et des focus group des bénéficiaires. Nous avons noté et bien apprécié l'approche d'accompagnement des mutuelles à un niveau le plus bas, le niveau communal. A ce niveau, les mutualistes se connaissent facilement et développent rapidement le sociétariat et l'esprit de la solidarité. En effet, les organes dirigeants des mutuelles sont élus à ce niveau. Avec cette approche, la collecte des cotisations devient aisée et les informations sur la gestion des fonds devient facilement accessible aux bénéficiaires qui en ont besoin.

L'approche d'impliquer les administratifs à la base pour qu'à leur tour ils sensibilisent leurs administrés à adhérer aux MUSA s'est avéré une approche efficace de sensibilisation. Nous proposons de les impliquer aussi dès la conception du projet et dans le suivi des progrès de mise en œuvre.

Les renforcements des capacités sont organisés d'abord en salle puis suivis des visites de coaching sur terrain. Ceci est d'autant plus efficace que les théories apprises dans la salle sont accompagnées des mises en pratiques. Cependant, nous avons noté une insuffisance des ressources humaines pour assurer effectivement ce coaching au moment opportun.

Une autre approche qui fait preuve de son efficacité est les visites d'échange d'expériences de fertilisation croisée entre le Burundi et l'Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo) pour le personnel du projet afin de dupliquer les constats dans la zone d'intervention. Cette approche est efficace

surtout si on tient compte de la différence des environnements socio-économiques des pays. Les visites d'échange d'expérience ont été aussi organisés entre différents acteurs des MUSA et entre les mutuelles qui fonctionnent mieux que les autres à l'intention des organes des MUSA et de la faitière.

3.3.5. Prise en compte des facteurs externes

Évaluant la prise en compte des facteurs externes, nous avons aussi considéré la coexistence de la CAM qui a concurrencé les MUSA. A cela s'ajoute la gratuité (enfants de moins de 5 ans et mères enceintes) qui est déduite dans la cotisation et qui va dans le sens d'alléger la contribution des bénéficiaires. Bien que ce facteur n'ait pas été pris en compte au moment de l'élaboration du projet, c'est un facteur auquel la mise en œuvre du projet a été confronté et prise en compte. Cependant, elle a entravé l'atteinte de la cible des bénéficiaires à couvrir.

UCODE-AMR a su s'adapter au changement des administratifs après les élections nationales de l'année 2020 et vite embarqué les nouveaux élus dans cette logique de prévoyance sanitaire par des sensibilisations lors des réunions du comité provincial de protection sociale.

Il a été aussi noté que le partenaire de mise en œuvre du projet a été confronté à certaines contraintes dont principalement la flambée des cas de paludisme survenue entre 2017-2018 au niveau national sans épargner la région nord du Burundi qui constitue la zone d'intervention du projet et la revue à la hausse des coûts des actes et prestations de soins. Ceci a entrainé une augmentation des dépenses des soins de santé au niveau des MUSA. Nous avons apprécié le mécanisme mis en place pour venir en appui aux mutuelles dont les cotisations ne parviennent pas à couvrir les dépenses annuelles des prestations. En effet, une cotisation de 100000 BIF est versée au compte de la faitière par chaque MUSA membre chaque année pour que la faitière puisse utiliser ce montant à appuyer une MUSA qui aura accusé un déficit à la fin de l'année entrainant le non-paiement des prestations de soins.

Nous notons aussi la survenue de l'épidémie mondiale du coronavirus vers la fin de l'année2019 qui a réduit les mouvements et les rassemblements dans les campagnes de sensibilisation. Le projet a pu octroyer les matériels de protection individuelle contre le COVID-19 et les dispositifs de lavage des mains.

Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour une meilleure efficacité ?

Pour une meilleure efficacité, dès le début de la mise en œuvre du projet, identifier toutes les parties prenantes et clarifier le rôle de tout un chacun et éventuellement le matérialiser par un engagement écrit (mémorandum d'entente). Lors des évaluations planifiées, y associer encore toutes les parties prenantes afin de se ressaisir si besoin par un plan de remédiation, ceci pourra constituer aussi une stratégie d'appropriation. Enfin, il importe beaucoup de faire une identification la plus exhaustive possible des risques éventuels pour empêcher l'atteinte des objectifs assignées et y adjoindre un plan budgétisé de la gestion de ces risques.

Jugement évaluatif : Le projet 3 A a-t-il été efficace ? Niveau 4 qui est satisfaisant.

ENCADRE 3

L'efficacité dans les productions attendues du projet est indéniable. LC et son partenaire de mise en œuvre du projet 3A, UCODE-AMR a atteint relativement les résultats et les cibles des indicateurs assignés au début du projet. Les services offerts ont été bien appréciés par les bénéficiaires et les approches d'interventions sont jugées très efficaces. L'équipe du projet a su s'adapter aux facteurs externes et non prévus.

3.4. Impact

En principe, les impacts s'apprécient lors d'une évaluation rétrospective, environ cinq ans après l'achèvement d'un projet. Néanmoins, les acquis et les effets des interventions réalisées dans le cadre du projet 3A sont très importants et encourageants. Dans le cadre de cette évaluation, les effets induits par le projet 3A sont analysés sous 3 angles :

- Appréciation de l'intérêt des MUSA par les bénéficiaires
- Renforcement des capacités des bénéficiaires directs
- Visibilité de l'organisation de mise en œuvre

3.4.1. Changement de mentalité des bénéficiaires par rapport à la culture de prévoyance

Les mutuelles communautaires de santé ont contribué à la réduction des coûts de soins pour les membres : Tous les membres mutualistes s'accordent pour dire que depuis qu'ils sont membres de la mutuelle de santé, ils ont constaté avec beaucoup de joie une réduction très importante de leurs dépenses de santé.

Les MUSA ont contribué à la protection des revenus de ménages : la baisse globale des dépenses de santé a pour effet immédiat la protection des revenus des ménages des membres mutualistes.

« Tu réalises l'importance de la machette au moment de la saison culturale »

J'avais une fille étudiant en 9ème qui est tombée malade. Je l'ai fait soigner à Muhanga, à Ngozi et à l'hôpital Mivo. Nous sommes arrivés à Mivo c'était un samedi à 6h du matin. Mais je n'ai pas eu la chance car elle a rendu l'âme après 7 jours, elle est retournée chez son Créateur. Au moment du décompte, j'ai présenté la CAM et on m'a dit qu'elle n'est pas acceptée à cet hôpital et on m'a demandé si j'avais la carte de UCODE et j'ai dit non. Et la facture est revenue à 271.130 BIF pendant les 7 jours. En pensant à ma fille décédée et à ce montant, j'ai eu un trouble et j'ai demandé la dépouille mortelle. Ils m'ont retoqué qu'il faut d'abord payer la facture. Ma famille a été obligé de vendre un porc à 70. 000BIF et on m'a rendu la dépouille mortelle de ma fille mais sous condition que je ramène le solde endéans quelques jours.

Après l'enterrement, j'ai appris qu'il y a une réunion de « TUGARUKIRE AMAGARA Y'IMIRYANGO » à Muhanga, je m'y suis rendu et j'ai adhéré le même jour, j'ai donné la cotisation en deux tranches. Aujourd'hui, mon enfant qui étudie au secondaire bénéficie des soins grâce à mon adhésion à la MUSA. Maintenant si je me rends au centre de santé des sœurs je paie 3000 BIF au lieu de 15000BIF.

Témoignage d'un Mutualiste de Muhanga

Certains mutualistes et prestataires ont rapporté des effets indirects des mutuelles de santé. En effet, l'adhésion aux mutuelles de santé, au-delà de l'amélioration de l'accessibilité financière des membres aux soins et de la mobilisation des ressources financières pour les prestataires, s'accompagne toujours par d'autres effets directs et indirects sur les bénéficiaires, voire sur l'environnement social, économique et sanitaire.

« Les avantages tirés de la mutuelle sont énormes. Tout d'abord, depuis un an que la mutuelle est fonctionnelle, il y a un recul de la mortalité surtout chez les enfants. Les gens ne craignent plus de se rendre au Centre de soins périphériques si bien que les cas de maladie sont vite pris en charge au centre de santé avec de meilleurs résultats qu'avant. La fréquentation du centre de santé a naturellement augmenté »

Témoignage d'un mutualiste de Busoni

« La mutuelle permet de faire des économies sur les dépenses de santé et donc de renforcer l'épargne des ménages. Le ticket modérateur donne l'impression que l'on a été traité de façon quasi gratuite. La quiétude règne dans les familles mutualistes. Il suffit pour le chef de famille de déposer le livret de la mutuelle en lieu sûr et accessible et il peut voyager ou vaquer à ses occupations sans aucun souci. Cela fait que les gens peuvent maintenant travailler plus sereinement et gagner davantage »

Témoignage d'un administratif, membre de la mutuelle de Gashikanwa

Les mutuelles communautaires de santé ont contribué au renforcement de la coopération entre les acteurs :

- ✓ Renforcement de la coopération entre prestataires et mutualistes : Aujourd'hui, il existe une franche collaboration entre les prestataires de soins et les mutualistes. Grâce aux actions du cadre de concertation mis en place et regroupant les élus de la mutuelle (CA), les prestataires, le médecin-conseil, les autorités locales, les responsables des formations sanitaires, les populations en général et les mutualistes en particulier ont maintenant accès à des soins de bonne qualité à des coûts réduits. C'est le respect de l'ordinogramme par le personnel médical qui a induit ces changements. Cependant, il est important que les projets qui appuient les MUSA développent et organisent des formations spécifiques aux prestataires sur la prise en charge des mutualistes et celles des mutualises pour les informer sur les plateaux techniques disponibles dans les centres de santé de base.
- ✓ Consolidation des liens de solidarité entre mutualistes : Les MUSA sont un facteur important d'union entre les membres d'une même localité correspondant à l'aire de couverture d'une mutuelle grâce à différentes rencontres organisées ainsi que l'esprit d'appartenance à un même corps social. Par ailleurs, les membres profitent de cette solidarité qui est le fondement des MUSA pour développer d'autres initiatives d'entraide et de consolidation sociale.

3.4.2. Renforcement des capacités des bénéficiaires directs

Au niveau des bénéficiaires, il y a une bonne maîtrise des outils de gestion des mutuelles de santé à la suite des formations qui ont été organisées à l'intention des utilisateurs et un coaching de proximité par l'équipe du projet. Nous avons noté une maîtrise des fondements des mutuelles communautaires de santé par les organes des MUSA et de la faitière suite aux formations organisées à l'intention de ces organes. La reconnaissance légale et administrative des MUSA ont été le fruit d'un appui du projet 3A dans l'authentification des documents des MUSA par le notaire, facilitation de l'agrément de la faitière au sein du ministère ayant la protection sociale dans ses attributions.

Au niveau des partenaires, les prestataires de soins ont intégré les MUSA dans les mécanismes de financement de la santé. En effet, ils déclarent que les MUSA sont les partenaires fiables du fait de leur paiement régulier et dans les délais. Toutefois, il reste que ces prestataires adoptent la bonne pratique de consulter les MUSA par rapport à leur satisfaction et des pistes d'amélioration.

Au sein de la PAMUSAB,

- ✓ En tant qu'un des acteurs de la plateforme, UCODE-AMR à travers le projet a organisé et piloté la première réunion de la PAMAC au Burundi (à Ngozi).
- ✓ UCODE-AMR a mis son expertise à la disposition de la PAMUSAB afin de pouvoir initier et réussir l'inter mutualité. Celle-ci étant le fait de se faire soigner n'importe où sur le territoire national où on a une MUSA accompagnée par un membre de la PAMUSAB sauf en mairie de Bujumbura où une référence est exigée en raison des coûts élevés des prestations plus qu'ailleurs.
- ✓ L'harmonisation des outils de gestion des MUSA et des cotisations a été un travail de longue haleine pour lequel UCODE-AMR à travers le projet 3A s'est investi. Il reste comme cité haut l'harmonisation des systèmes de gestion, ce qui va faciliter l'affectation d'un accompagnateur (un acteur) par commune prévue d'ici l'an 2023.

3.4.3. Visibilité de l'organisation de mise en œuvre

UCODE-AMR est visible sur terrain garce aux activités phares qu'il a pu mener. Citons principalement la construction des bureaux des mutuelles construits dans 4 communes sur des terrains offerts par l'administration et/ou propres aux mutuelles et la mise à disposition des FOSA et des structures publiques des dispositifs de protection contre le COVID sont observables dans toutes les structures conventionnées et aux bureaux de toutes les mutuelles communautaires de santé et des communes**.**

3.4.4. Conclusion et appréciation

Bien que l'impact d'un programme soit observable au moins 5ans après sa mise en œuvre, les effets directs et indirects du projet 3A sont observables chez les bénéficiaires et les partenaires. Ceci ressort des visites des différentes MUSA effectuées et des interviews et/ou focus group organisées a l'intention des bénéficiaires et autres parties prenantes.

L'appréciation de l'impact est **très satisfaisante**.

ENCADRE 4

Par rapport à l'harmonisation des systèmes de gestion, ceci est très important pour réussir l'accompagnement d'une mutuelle par commune par un acteur. Dans le cas contraire, il y a refus des membres des MUSA accompagnées par un tel acteur de migrer vers une MUSA accompagnée par un tel autre. Un deuxième aspect à prendre en compte pour réussir cette migration est de se convenir sur une période de transition avec des activités échelonnées sur cette période. Ce processus a été initié par LC et est bien apprécié mais sera efficace s'il évolué progressivement jusque fin 2023 tel que prévu par la PAMUSAB.

- Les effets et/ou impacts des interventions du projet 3 A sont visibles sur terrain et bien appréciés par toutes les parties prenantes. Cependant, pour avoir un impact plus grand, les autres approches qui auraient dû être utilisées lors de la mise en œuvre de cette intervention sont essentiellement la communication fluide entre toutes les parties prenantes y compris les bénéficiaires. En effet, les bénéficiaires ont été associés à travers les enquêtes MARP lors de l'élaboration du projet mais ne l'ont pas su

- Il y a eu une dotation des moyens de déplacements aux MUSA. En cas de cession de ces motos aux MUSA-ce qui est souhaité par toutes les MUSA-il importe de clarifier les modalités d'utilisation
- Pour des projets futurs, nous suggérons de réfléchir avec les organes de la faîtière sur les stratégies de motivation des agents de santé communautaire qui consacrent plus de temps dans les activités de la MUSA. On peut par exemple penser à un système de motivation basée sur les performances en termes de nouveaux adhérents recrutés.

3.5 Efficience

L'efficience est la capacité de parvenir à un maximum de résultats avec un minimum de ressources. L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Les constats et analyses sous trois aspects : Ressources humaines, utilisation des ressources, la mutualisation avec d'autres projets et l'exécution budgétaire.

3.5.1. Les ressources humaines affectées au projet

Le personnel affecté à temps plein au projet est au nombre de 3, le chef de projet, le chargé de la qualité des soins et de la mobilisation communautaire et l'assistant technique de LC à 50%. Le suivi -évaluation qui est un aspect fondamental est assuré par le chef de projet et l'assistant technique de LC qui vient aussi en appui aux cadres de UCODE-AMR. Le directeur national de LC fait des descentes régulières dans le cadre du suivi-évaluation de la mise en œuvre du projet. C'est un arrangement fait suite au budget limité mais a des conséquences sur le suivi, l'évaluation et le rapportage des interventions et des effets du projet.

La comptabilité du projet est assurée par les autres comptables de l'organisation. Ceci a été dicté par le volume du budget du projet. En effet, pour adapter le projet aux moyens financiers disponibles, il y a un partage de coût du comptable par plusieurs projets exécutés par UCODE-AMR y compris le projet 3A. Le constat est que cette situation limite les opportunités de suivi et de renforcement des capacités des bénéficiaires qui sont appelés à leur tour d'assurer la comptabilité des mutuelles.

Deux postes ont été également jumelés à cause de la limite du budget, contrôle de la qualité des soins et mobilisation communautaire. Mais à la vue des besoins de terrain les deux postes devraient être distingués pour un bon accompagnement des bénéficiaires et pour une bonne performance du projet.

3.5.2. Utilisation des ressources matériels

Au cours de la mise en œuvre du projet 3A, un véhicule hérité du projet LIAM 2009-2013 a été utilisé en attendant l'acquisition d'un autre. Il a été noté aussi l'adaptation de la mise en œuvre du projet aux moyens financiers disponibles en partageant les bureaux avec d'autres projets dans la province de Kirundo (Kirundo IFDC et 3A/MUSA). Pendant plusieurs années le projet de Développement du Petit Elevage (DEPEL) menés par LC et Vétérinaires Sans Frontières Belgique (VSF-B) était logé dans le bâtiment de faîtière des MUSA en participant à l'entretien et aux réfections en cas de nécessité.

3.5.3. Mutualisation avec d'autres projets

Dans l'objectif de maximiser l'efficience, des sensibilisations conjointes des bénéficiaires entre projets UCODE (VSF – LC) sur terrain + CRBe-LC ont été organisées. En effet, on a observé une contribution des MUSA à la résilience communautaire recherchée par CRBe par des ménages mutualistes devenus ménages modèles et ménages modèles devenus mutualistes. Les ménages de personnes souffrant des maladies mentales ont été sensibilisés par le projet LC/Santé mentale pour acheter les cartes MUSA. La PAMUSAB est entrain de faciliter le processus de désengagement en cours de LC des MUSA de la province de Kirundo (Kirundo et Busoni) pour céder la responsabilisation à WSM/MUNASA qui a accepté dans le cadre de l'application du principe d'une commune une MUSA. Ce processus engagé en 2021 va se poursuivre en 2022 avec une feuille de route permettant l'appropriation du processus par les mutualistes.

3.5.4. Exécution budgétaire

Le niveau d'exécution du budget que nous présentons ici vient du niveau siège de LC car il y a des dépenses qui se font à leur niveau. Toutefois, il y a un échange permanent entre le RAF de LC et le siège pour vérifier les dépenses effectuées par le projet en vue de faire des ajustements nécessaires.

Structure Budget	Budget total ajusté	Dépenses Totales	Taux d'exécution
Partenaires	453.961,01	393.592,65	87%
Investissement	156.171,02	109.313,38	70%
Fonctionnement	172.984,37	162.287,26	94%
Personnel	124.805,62	121.992,01	98%
Bureau local	192.916,29	213.671,35	111%
Investissement	8.943,62	36.856,06	412%
Fonctionnement	74.940,69	81.859,17	109%
Personnel	109.031,98	94.956,12	87%
Siège	146.488,38	222.411,83	152%
Investissement	4.499,46	4.499,46	100%
Fonctionnement	9.400,24	8.452,66	90%
Personnel	132.588,68	209.459,71	158%

Ce tableau montre le taux d'exécution du budget par chaque intervenant sur le projet. En effet, UCODE-AMR qui est le partenaire a exécuté son budget à 87% et LC, qui est le bureau local par rapport au siège, a exécuté son budget à 111%. En effet, il y a eu des investissements prévus chez le partenaire qui ont été opérés au niveau de la direction nationale de LC afin de jouir des avantages fiscaux (exonération des taxes de douane et la TVA)

Structure Budget	Budget total ajusté (demandes approuvées relatives aux dépassements des seuils)	Dépenses Totales	Taux d'exécution
Coûts opérationnels totaux	**793.365,68**	**829.675,83**	**104,6%**
Investissement	169.614,10	150.668,90	88,8%
Fonctionnement	257.325,30	252.599,09	98,2%
Personnel	366.426,28	426.407,84	116,4%

De façon globale, il y a eu surconsommation (104,6%). Mais des explications reçues font état de l'existence de plusieurs projets de LC dans plusieurs pays et qu'il y a eu compensation par un ou des projets qui ont sous -consommé.

3.5.5. Conclusions et appréciation

La mise en œuvre du projet a été efficiente. Cependant, il été note qu'à force de maximiser l'efficience, le suivi-évaluation et le suivi financier de la gestion des mutuelles en particulier le contrôle des coûts avant le paiement en ont souffert. La prévision des staffs clés de la mise en œuvre du projet communautaire comme 3A aurait permis de combler tous les gaps en personnel causés par le budget limité. L'appréciation générale de ce critère est **satisfaisante.**

Que ce qui aurait dû être fait différemment pour une plus grande efficience ?

De façon générale, la quasi-totalité des stratégies ont été mises en œuvre pour une grande efficience du projet. Toutefois, comme il s'agit des interventions qui visent l'amélioration de l'état de santé de façon générale, l'analyse du couple cout/efficacité de chaque intervention permettrait de juger si l'intervention a été réellement efficiente en tenant compte de l'atteinte de l'objectif aux moindres coûts ou pour un coût donné, mais aussi du maximum d'efficacité ou de qualité du service obtenu.

- **ENCADRE 5**
- Comme on a remarqué qu'il serait logique que les vérifications de la quantité, de la qualité et du coût des prestations se fassent avant le paiement de leurs factures, on pourrait séparer le poste du chargé de la qualité des soins de celui du chargé de la mobilisation communautaire. Cela permettrait au chargé de la qualité des soins d'avoir suffisamment de temps pour encadrer les gérants des sections dans les vérifications des prestations avant le paiement.
- À la vue des activités réalisées par les gérants, ils doivent être polyvalents et nécessitent ainsi un renforcement continu des capacités. Nous suggérons qu'ils reçoivent un coaching de proximité par un financier et/ou d'un comptable.
- Afin d'éviter les risques de vol et sécuriser les gérants des sections, nous suggérons de penser au paiement des factures des prestations de soins par virement bancaire au lieu que le gérant passe d'une banque en banque pour des dépôts en espèces
- La conservation des fonds dans les COOPEC et UCODE Microfinance devrait aussi faire objet de reflexion pour analyser dans quelle mesure cela favorise les virements bancaires

3.6. Durabilité

La durabilité vise à savoir si les effets du programme perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des possibilités que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque le projet aura pris fin. La durabilité permet de déterminer si les résultats positifs du projet (au niveau de l'objectif spécifique) sont susceptibles de perdurer une fois le terme des financements externes.

Au titre de l'évaluation de ce critère, nous considérons les informations issues des rapports de projet, des interviews avec des partenaires et parties prenantes et des focus group des bénéficiaires sur la durabilité financière et la durabilité sociale.

3.6.1. Durabilité financière

En ce qui concerne la durabilité financière, le défi consiste à réduire la dépendance à des subventions extérieures. Nous avons pu constater que les cotisations des bénéficiaires collectées par les organes des mutuelles et les agents de santé communautaire couvrent le coût des prestations de soins mais que les dépenses de fonctionnement sont supportées par le projet 3A (les frais de fonctionnement des MUSA, paiement des gérants, les outils de gestion de la mutuelle…). Le vérificateur de la qualité des prestations et le médecin conseil sont aussi payés par le projet. La MUSA de Gashikanwa s'est acheté un terrain où le projet a construit son bureau, signe de l'appropriation et de la durabilité des acquis du projet. Face à cette situation, **les bénéficiaires** ont exprimé leur inquiétude par rapport à la poursuite d'accès aux services de soins de santé.

Les partenaires, quant à eux estiment que le modèle d'accompagnement de UCODE-AMR consistant en un renforcement de la mutuelle communautaire de santé au niveau de la commune a permis aux mutuelles de s'approprier la gestion de la mutuelle bien qu'ils sont conscients que les appuis externes seront toujours nécessaires pour garantir la fonctionnalité des MUSA. Les mutuelles ne sont pas viables si elles doivent se financer uniquement à partir des cotisations des adhérents. Les administratifs ont bien compris l'intérêt des MUSA et participent activement dans les sensibilisations de la population et la promotion des MUSA. Ainsi, ils pourront poursuivre les actions de sensibilisations pour remonter le taux de pénétration qui est le facteur important de la viabilité financière des MUSA. La sensibilisation de la population peut renforcer la santé financière des mutuelles si elles peuvent de cette façon recruter plus d'adhérents.

Au niveau de l'environnement institutionnel, les communes de Busoni et de Mwumba ont octroyé des terrains où on a construit les bureaux des MUSA. Ceci constitue un signe de reconnaissance et de durabilité des acquis du projet.

Comme le programme des MUSA correspond à la politique nationale de protection sociale en matière de santé, il a été constaté un intérêt de toutes les institutions, ce qui garantit un bon environnement favorable au mouvement mutualiste et la poursuite de la promotion des MUSA.

3.6.2. Durabilité sociale

La participation communautaire est essentielle pour valider le modèle d'organisation et la prestation des services de santé. Nous avons noté que les bénéficiaires participent dans le choix des FOSA à conventionner et choisissent les organes dirigeant des MUSA. Ceci est une marque importante de la durabilité sociale. Toutefois, les mutualistes ne participent pas dans la détermination des services de santé à bénéficier. Il a été suggéré que des informations soient partagées lors de la première assemblée générale annuelle. Nous avons aussi noté la satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité des services reçus au niveau des formations sanitaires ce qui garantit la confiance que la population accorde aux prestataires des services. Nous avons même noté les relations tissées entre mutualistes dans un pays où les habitants éprouvent une méfiance de l'un envers l'autre sur base des clivages.

3.6.3. Conclusion et appréciation.

Dans le cadre du projet « Appui aux mutuelles de santé », la durabilité globale telle que jugée par les bénéficiaires et les partenaires est **mitigée**.

Par rapport à la durabilité financière, le défi consiste à réduire la dépendance à des subventions extérieures pour pouvoir assurer le fonctionnement et la gestion quotidienne des MUSA.

Par rapport à la durabilité technique et sociale, on a constaté que la communauté participe pour définir les priorités et défendre les droits des utilisateurs du système et élit les membres des organes. La durabilité sociale est **très satisfaisante** car une participation communautaire solide garantit la durabilité du programme. En effet, les bénéficiaires comme les partenaires sont convaincus que l'approche des MUSA est l'une des stratégies pour agrandir la palette de choix de la population afin d'arriver à la CSU.

ENCADRE 6

- Oui le fonctionnement des MUSA dépend des projets mais il importe que tous ceux qui se lancent dans la promotion des MUSA comprennent que les MUSA doivent être appuyés surtout dans leur fonctionnement. En effet, les cotisations des mutualistes sont destinées à payer les prestations de soins et à constituer des réserves pour des assistances sociales qui renforceraient la solidarité, gage de la durabilité des mutuelles. Théoriquement, le pourcentage de 15% des cotisations n'est applicable que quand le taux de pénétration est élevé et le minimum des adhérents à une mutuelle est 1000 ménages.
- Nous avons constaté une harmonisation des outils, des prestations et des cotisations à travers les activités de PAMUSAB des actions que tous les bénéficiaires apprécient positivement y comprise l'inter mutualité ; toutefois il importe d'harmoniser les systèmes de gestion et /ou d'accompagnement. Sinon, il y a aussi une sorte de compétition entre les mutuelles communautaires qui sont accompagnées et /ou gérées différemment
- Bien que les responsables sanitaires au niveau province et districts contresignent les contrats de prestations de services entre les FOSA et la MUSA, nous avons senti le besoin de les impliquer davantage pour qu'à leur tour, ils puissent véhiculer les messages de sensibilisation et de promotion des MUSA mais aussi et surtout en tant que structures de régulation et dont la supervision des FOSA est l'une de leurs principales fonctions. Comme cela, ils pourront contribuer efficacement dans l'amélioration de la qualité des services offerts aux mutualistes et réduire les cas de surfacturation et/ou de sur prescription.

3.7. Flexibilité

Le projet 3A s'est avéré flexible au niveau de sa mise en œuvre, de la stratégie d'intervention et des modalités de mise en œuvre et du management du projet.

3.7.1. De la mise en œuvre des activités

L'acteur de mise en œuvre était libre sur les modalités d'organisation des activités dans le respect de la logique d'intervention. Ceci a été noté dans l'adaptation des stratégies de sensibilisation en passant par les groupements déjà formés moyennant une motivation en groupe et dans les échanges d'expérience organisées à l'intention des organes des MUSA et de la faitière.

La flexibilité a été aussi notée lors de la réponse favorable à la demande de l'administration provinciale de Kayanza d'étendre les interventions du projet dans la commune de Muhanga sans cout supplémentaire.

Vu que les chercheurs de l'Université Catholique Louvain (UCL) ne pouvaient plus venir au pays pour effectuer des recherches sur place à cause la situation politico-sécuritaire qui prévalait en 2015 et après, des relations ont été développées avec les universités du Burundi (Université Lumière et INSP) et les travaux de recherche ont augmenté. Aussi, il y a eu une sauvegarde des relations avec UCL avec une collaboration à distance aboutissant à un document de recherche-action.

3.7.2. Des stratégies d'intervention

Le projet a su s'adapter au contexte de la COVID 19 et toutes les activités ont continué à être menées sur terrain tout en intégrant les mesures barrières de protection, donc en intégrant des aspects qualitatifs non financiers dans la mise en œuvre du projet. On ajouterait aussi la famine qui a frappé la province de Kirundo en 2017 et les ménages n'ont pas renouvelé leurs cotisations car les revenus des ménages ont été utilisés pour la survie des familles. Le projet 3A a soutenu les MUSA de Kirundo et Ngozi pour couvrir les dépenses des prestations de soins au cours de cette année.

3.7.3. Des modalités de mise en œuvre et du management du projet

Le partenaire national de mise en œuvre UCODE a su adapter son staff au besoin du projet malgré le budget limité. Bien que cela ait entraîné des conséquences sur le suivi et l'efficacité du projet, cette adaptabilité est appréciable. Le staff du projet et la faitière des MUSA ont été renforcés dans leurs capacités, ce qui leur a permis de gagner de l'autonomie dans la perspective d'initier de nouvelles activités dans la continuité des actions initiées par le projet. Un autre élément important à souligne est l'appui de la faitière aux MUSA déficitaires quitte à rembourser l'année suivante.

Ceci devrait ressortir dans un éventuel futur projet qui aura tenu compte des leçons apprises et des acquis du projet 3A.

Signalons aussi que le partenaire a également poursuivi les activités malgré la suspension de toutes les ONG Internationales en 2018.

3.7.4. Conclusion et appréciation

La survenue de la pandémie mondiale au COVID 19 n'a pas entravé la mise en œuvre des activités du projet mais le partenaire de mise en œuvre a pu s'adapter et octroyer des matériels de protection individuelle et des dispositifs de lavage de mains aux différentes structures partenaires.

L'appréciation de ce critère est **très satisfaisante.**

4. CONCLUSION ET LEÇONS APPRISES

4.1 Conclusion

Le travail stratégique du projet est également un élément de forces du projet. En effet, le projet a travaillé sur les pratiques (renforcement des connaissances et compétences) pour constituer des évidences au niveau politique (travail de plaidoyer à travers les ateliers nationaux et la communication média sur les MUSA).

Malgré ces forces, certaines faiblesses ont jalonné la mise en œuvre du projet. Des opportunités et des menaces existent également pour le projet 3 A.

Points forts

- Les MUSA ont renforcé la solidarité (caisse de solidarité et coopératives)
- Les MUSA ont contribué à augmenter les indicateurs de santé
- Les MUSA sont reconnus comme un mécanisme de financement de la santé parmi les autres
- Les MUSA ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins

Points faibles

- ✓ Absence d'une loi spécifique régissant les MUSA. Cette loi, en plus du code de protection sociale, déterminerait et harmoniserait la structuration et le mode de leur gestion
- ✓ Concurrence avec la CAM
- ✓ Augmentation des cotisations pour étendre le paquet de services offerts chez une population pauvre
- ✓ Inexistence d'un fonds de garantie pour les mutuelles (à mettre en place par l'État avec l'appui des PTF).

Opportunités

- Les MUSA sont connues au niveau communautaire et reconnues par le gouvernement
- La CSU en cours de préparation qui pourrait déclarer l'assurance maladie obligatoire
- Politique du Gouvernement d'auto-développement au travers des associations
- Existence du code de protection sociale et des organes chargés de sa mise en œuvre du niveau central jusqu'au niveau des provinces.

Menaces

- Rupture des financements extérieurs
- Survenue des épidémies comme le COVID-19
- Le niveau de pauvreté de la grande partie de la population, ce qui ne leur permet pas depayer les cotisations de la mutuelle.
- ✓ Manque de culture de la prévoyance de la population burundaise en général et du monde rural en particulier
- ✓ Hausse des coûts des actes et soins de santé en général.

4.2 Leçons apprises

Au vu de ces forces et faiblesses qui ont jalonné la mise en œuvre du projet 3 A, certaines leçons sont à tirer.

Quelles leçons apprises avec le projet 3 A

Différentes leçons peuvent être tirées de ce projet, tant au niveau de la conception, de la mise en œuvre que de la durabilité.

- La combinaison des approches de gestion des MUSA avec d'autres sujets d'autonomisation) est la plus adaptée dans le cadre de la promotion des mutuelles communautaires de santé pour les populations économiquement vulnérables;
- Les groupes de solidarité constituent des espaces conviviaux pour les communautés et ouvrent la voie à l'expression des besoins globaux y compris l'assurance santé ;
- Le couplage du renforcement des capacités intellectuelles/cognitives (formations et sensibilisations) avec un renforcement des techniques et matériel garantit l'empowerment individuel et collectif et produit des effets durables. Cette approche coupe court avec l'esprit d'attentisme qui se développe avec la pratique de l'assistanat, les communautés ont compris qu'elles peuvent se développer sur base de leurs propres cotisations.

- Les activités de renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux à travers les formations favorisent la pérennisation des activités et des résultats en particulier pour les dirigeants des MUSA et de leurs structures faitières.

4.3 Recommandations

Les acquis du programme sont indéniables, mais des défis demeurent. Aussi, au vue des résultats significatifs ainsi que des leçons tirées, il est tout à fait indiqué que les divers intervenants prennent des dispositions qui conviennent afin de : (i) assurer la relève pour poursuivre les actions du projet, (ii) maintenir les acquis et capitaliser les réalisations, (iii) promouvoir la durabilité des résultats, (iv) rester mobilisés ensemble et poursuivre la concertation pour des interventions similaires.

De façon spécifique, il est proposé de prendre en compte les recommandations suivantes :

1. **Recommandations générales/ mise en œuvre de projets similaires**

- Les acquis sont là mais encore fragiles, la capitalisation et la mise à l'échelle devraient être une priorité pour un projet à venir. Mais, il est nécessaire de ne pas abandonner les anciennes communes mais plutôt de continuer leur encadrement pour une meilleure consolidation des acquis ;
- Intégrer les concepts de leadership dans les modules surtout pour permettre aux présidents des MUSA de s'engager effectivement sur les questions concernant la santé communautaire ;
- Renforcer les capacités des faitières sur les concepts de plaidoyer qui leur permettront de définir un plan de plaidoyer répondant aux besoins spécifiques de leur environnement.

2. **Recommandations par rapport à certains critères d'évaluation**

❖ **Par rapport à la pertinence**

➢ Lors de la phase de conception du projet, garantir la participation comprise par tous les acteurs potentiels susceptibles d'être impliqués dans le projet (acteurs institutionnels et représentants des bénéficiaires) à travers la réalisation d'ateliers de conception du projet. C'est l'un des moyens les plus participatifs

➢ Lors de la phase de mise en œuvre, mettre en place un comité de pilotage multi-acteurs afin de s'assurer de la participation de l'ensemble des acteurs à la coordination du projet.

- **Par rapport à l'efficacité et l'impact**

- Rester dans les mêmes rayons d'actions en marquant un pas vers les autres communes environnantes ;
- Lors de la formulation d'un nouveau projet, intégrer réellement les besoins des communes pour leur permettre de participer efficacement à l'encadrement des réseaux des MUSA ;
- Mener le plaidoyer auprès des autorités provinciales et communales pour leur implication dans le système de coordination des MUSA.

- **Par rapport à la durabilité**

- Définir lors de la conception du projet, les mécanismes et indicateurs d'appropriation par les différents acteurs ;
- Faire un plaidoyer pour que les communes et les structures du CNPS intègrent dans leurs activités, le suivi et l'encadrement des MUSA afin d'en garantir la survie ;
- Une autre phase du projet s'avère indispensable afin de consolider les acquis de 3 A car ils sont encore très fragiles et le processus d'appropriation n'est pas encore accompli.

Références bibliographiques

1. Rapport de Contextualisation/Priorisation des Objectifs de développement durable (ODD) au Burundi
2. Louvain Coopération : Dix années d'expériences dans la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest
3. Loi n°12 du 12 Mai 2020 portant Code de la Protection Sociale au Burundi (1).
4. Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022 « La protection sociale à la croisée des chemins: bâtir un avenir meilleur »
5. Document de politique nationale de protection sociale, OIT/TAP/Burundi/R.7
6. Rapport d'évaluation technique pour la mise en place d'un Socle de protection sociale au Burundi
7. Etude sur le financement de la santé au Burundi ; Rapport synthèse Mai 2014
8. Plan National de développent du Burundi 2018-2027

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Numéro	Nom et prénom	Fonction	Commune	Téléphone
1	NAHIMANA Charles	Directeur de l'UCODE-AMR	NGOZI	69645033/7994677
2	NDAGIJIMANA Diane	Chargée du projet	NGOZI	61950794
3	BANYANKINDAGIYE Félix	Assistant technique de Louvain Coopération	NGOZI	79941537
4	NTAGARARIZA Joël	Président de la Faitière	BUSIGA	69091797
5	MUKABIHOGO Laurence	Présidente MUSA Busoni et membre de la Faitière	BUSONI	69299757
6	NTIRENGANYA Emery	Président MUSA Busiga et membre de la Faitière	BUSIGA	69853559
7	NKURUNZIZA Louis	Président MUSA Gahombo et membre de la Faitière	GAHOMBO	69387802
8	KANYAMBO Laëtitia	Présidente MUSA et membre de la Faitière	KIRUNDO	69844702/69898591
9	NIZIGIYIMANA Pélagie	Présidente MUSA Gashikanwa et membre de la Faitière	GASHIKANWA	62545201
10	BAHATI Jérémie	Président MUSA et membre de la Faitière	MWUMBA	69309685
11	NTIRANDEKURA Concilie	Présidente MUSA Ngozi et Membre de la Faitiere	NGOZI	68835881
12	MISAGO Polycarpe	Président MUSA Muhanga et membre de la Faitiere	MUHANGA	69397975
13	Sr Alice KANYAMUNEZA	Gestionnaire Hôpital Santa Terezina de Ngozi	NGOZI	
14	Sr KWIZERA Dionisie	Chargée de la facturation Hôpital Santa Terezina de Ngozi	NGOZI	
15	NSENGIYUMVA Déo	Gérant MUSA Gahombo	GAHOMBO	
16	BAHATI Jérémie	Gérant MUSA Mwumba	MWUMBA	
17	MIBURO Patricie	Gérante MUSA Busiga	BUSIGA	

18	ABOYITUNGIYE Marie Goreth	Gérante MUSA Ngozi	NGOZI	
19	NIZIGIYIMANA Sylvane	Gérante MUSA Muhanga	MUHANGA	
20	NZEYIMANA Jean de Dieu	Gérant MUSA Muhanga	GASHIKANWA	69408964
21	NIYONGERE Yvette	Gérante MUSA Kirundo	Kirundo	
22	NIBIGIRA Odette	Gérante MUSA Busoni	BUSONI	68654207
23	MANIRAMBONA Jean Berthrand	CRB Busoni / Projet Ménages Modèles / Croix-Rouge Belgique Francophone	BUSONI	69174246
24	KWIZERA Jean Baptiste	Conseiller Socio-Culturel/Province Kirundo	KIRUNDO	61031000
25	MANIRAKIZA Eric	Secrétaire Permanent et Chef de cabinet/Province Kirundo	KIRUNDO	
26	UWINEZA Sandrine	RP/CNPS Kirundo	KIRUNDO	
27	MUSANINYANA Virginie	Mutualiste /MUSA Kirundo	KIRUNDO	
28	MINANI Bernard	Mutualiste/MUSA Kirundo	KIRUNDO	
29	NZEYIMANA Ladislas	Mutualiste/MUSA Kirundo	KIRUNDO	
30	SIMBARAKIYE Claudine	Mutualiste/MUSA Kirundo	KIRUNDO	
31	KABIHONZI Jeannette	Mutualiste/MUSA Kirundo	KIRUNDO	
32	NIZIGIYIMANA Delphine	Mutualiste/MUSA Kirundo	KIRUNDO	
33	BIGERINKOKO Dismas	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	
34	MIBURO Chadrack	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	
35	KAMARABA Régine	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	

36	NINTERETSE Vrginie	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	
37	NZINABIRINDA Libérate	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	
38	RYAKUNZE Alphonsine	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	
39	RWASA Déo	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	69354206
40	MUVUZANKIMA Léonard	Mutualiste / MUSA BUSONI	BUSONI	69647075
41	RUTABAGISHA Audace	Gestionnaire CDS Burara	BUSONI	
42	IHORIMBERE Epiphanie	Projet DEPL /VSF Belgique	NGOZI	79986230
43	NAHIMANA Liduine	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	79422964
44	BURIKUKIYE Epipode	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	79444377
45	NZEYIMANA Prosper	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	
46	NDIKIMINWE Evariste	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	
47	NABATESI Rehema	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	
48	NGENMDAKUMANA Clotilde	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	
49	NYANDWI Antoine	Mutualiste /MUSA Ngozi	NGOZI	69852767
50	NDABACEKURE Méthode	Vice-président/MUSA GASHIKANA	GASHIKANWA	69991418
51	SHENGERO Sébastien	Trésorière/MUSA GASHIKANWA	GASHIKANWA	68171068
52	NAHIMANA Joseph	Mutualiste/MUSA GASHIKANWA	GASHIKANWA	69420159
53	RWASA Virginie	Secrétaire/MUSA GASHIKANWA	GASHIKANWA	68169683
54	KABWA Antoine	Agent de santé communautaire/MUSA GASHIKANWA	GASHIKANWA	79762747

55	BAMPORUBUSA Salvator	Mutualiste/ MUSA GASHIKANWA	GASHIKANWA	79723277
56	MPAWENIMANA Scholastique	Mutualiste/ MUSA GASHIKANWA	GASHIKANWA	61565655
57	MANIRATUNGA Pascasie	Titulaire Centre de Santé GASHIKANWA	GASHIKANWA	
58	NIBIZI Espérance	Gestionnaire Centre de Santé GASHIKANWA	GASHIKANWA	
59	MAJAMBERE Eric	Titulaire adjoint Centre de Santé GASHIKANWA	GASHIKANWA	
60	MISAGO Philibert	Chef de cabinet /Commune GASHIKANWA	GASHIKANWA	69294134/79253540
61	Sr NDANDARI Régine	Titulaire/CDS MUHANGA I	MUHANGA	
62	MAJAMBERE Eric	Titulaire /CDS MUHANGA II	MUHANGA	
63	HABONIMANA Léonidas	Chef de cabinet /Commune MUHANGA	MUHANGA	69090717/79231130
64	MANIRAKIZA Vénérande	ASC/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
65	MUKESHIMANA Alice	ASC/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
66	NTAMIKEVYO Jean Claude	ASC/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
67	MANISHAKA Angeline	ASC &Trésorière/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
68	NDAYARINZE Fabien	Vice-président/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
69	SIBOMANA Euphrasie	ASC & Vice-Président Comité de Surveillance/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
70	BANYANSEKERA Raymond	ASC/MUSA MUHANGA	MUHANGA	
71	MANIRAMBONA Sicaire	Secrétaire /MUSA MUHANGA	MUHANGA	

72	ITANGISHAKA Gérard	MUNASA	NGOZI	
73	BITANGIMANA Thaddée	Gestionnaire/CDS Gatsinda	MWUMBA	79209223
74	NYANDWI Augustin	Conseiller / MUSA MWUMBA	MWUMBA	
75	HATUNGIMANA Jean Pierre	ASC/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
76	NZEYIMANA Thérèse	ASC/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
77	BUCUMI Godelième	Trésorière/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
78	MUZAKARE Sylvie	ASC/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
79	HABIYAKARE Désire	Mutualiste/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
80	NYANDWI Pétronie	Mutualiste/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
81	MIBURO Agnès	Mutualiste/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
82	WIZEYIMANA Immaculée	Mutualiste/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
83	NDAYISENGA Jean Bosco	Mutualiste/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
84	MIBURO Etienne	Secrétaire/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
85	MINANI Elias	ASC/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
86	MANIRAREMA Venant	ASC / MUSA MWUMBA	MWUMBA	
87	MIBURO Melchiade	ASC et Secrétaire CE/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
88	NZOYISABA Alphonsine	ASC/ MUSA MWUMBA	MWUMBA	
89	KANKINDI Phaudora	Vice-Président / MUSA MWUMBA	MWUMBA	
90	NDIZEYE Jean Marie	RP/CNPS Ngozi	NGOZI	79 80 01 37

91	Dr NIZIGIYIMANA Oscar	MCD Buye	NGOZI	
92	NGENDAKUMANA Protais	Trésorier /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
93	HASABUMUTIMA Meneriva	Secrétaire /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
94	NIYONKURU Balthazar	Mutualiste /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
95	KAYOBERA Félicien	Mutualiste /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
96	SINDAKIRA Marie Rose	ASC& Mutualiste /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
97	NIKOBIGENDA Godeberthe	ASC& Mutualiste /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
98	MVUYEKURE Isaac	Vice-President /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
99	NIZIGIYIMANA Jeannine	ASC & Mutualiste /MUSA GAHOMBO	GAHOMBO	
100	NTUNZWENIMANA Jérémie	Gestionnaire de l'hôpital GAHOMBO	GAHOMBO	
101	NIZERE Claudine	Caissière de l'hôpital Gahombo	GAHOMBO	
102	KANEZA Espérance	SEP/PAMUSAB	BUJUMBURA	
103	Dr NKURUNZIZA Edouard	Président /PAMUSAB	BUJUMBURA	
104	Dr CIZA Alphonse	OMS	BUJUMBURA	
105	NIMUBONA Arcade	SEP/CNPS	BUJUMBURA	
106	NYABENDA Joseph	Vice-Président CE/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
107	MINANI Edmond	Vice Président CS/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
108	BUNANI Francine	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	

109	NDUWIMANA Francine	ASC/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
110	NYABENDA Marie Pia	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
111	NYANDWI Angela	Conseillère/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
112	NIYONZIMA Carine	ASC/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
113	NIBARORE Séraphine	ASC/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
114	SENZARA Sylvain	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
115	TWAMEMASO Adelin	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
116	MIBURO Pontien	Chef de colline/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
117	NAHIMANA Spéciose	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
118	MIBURO Marie Rose	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
119	NTAKIMAZI Jean Berchmans	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
120	BARIHUTA Vincent	Secrétaire CE/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
121	MINANI Claude	Mutualiste/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
122	NDIKUMANA Agathe	Secrétaire CS/MUSA BUSIGA	BUSIGA	
123	NTACONSANZE Emmanuel	Chef de cabinet province Ngozi	NGOZI	

Annexe 2 : Questions évaluatives

Objectifs d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateurs de jugement	Techniques de collecte	Outils de collecte	Sources de données	Méthodes d'analyse
PERTINENCE/COHERENCE : Adaptation des choix du projet à la situation traitée, notamment au regard du contexte local						
Evaluer le niveau de pertinence du PROJET ?	L'objectif global et spécifique du projet sont-ils cohérents avec les documents nationaux de la protection sociale et de l'offre des soins?	Qualité du document de projet et des rapports périodiques produits	Revue documentaire	Guide d'entretien	Documents de Projet Le personnel du projet et LC	Analyse qualitative
	En quoi le projet s'est-il inscrit dans les stratégies nationales (notamment avec les stratégies nationales de protection sociale et santé) ?	Le projet contribue aux axes / objectifs du SEP/CNPS	Revue documentaire Entretien	Guide d'entretien	Document de Projet Le personnel du projet et LC	Analyse qualitative
	En quoi le projet a-t-il été complémentaire d'autres interventions existantes ? Plus précisément, le projet vient-il combler des manques	L'analyse des acteurs justifie le choix de la stratégie d'intervention	Entretien	Guide d'entretien	Le personnel du consortium, GTT et de l'ambassade	Analyse qualitative

	concernant des interventions insuffisamment ciblées en matière de mutualités de santé	Les interventions des autres acteurs ont été identifiées en amont avec analyse des gaps programmatiques en termes de cibles et d'interventions				
	Le Projet répond-il encore aux besoins des populations en termes d'assurance maladie ?	- Services produits - Les bénéficiaires ont été impliqués dès la conception du projet - La stratégie d'intervention du projet répond aux besoins des ménages pauvres. - Les publics cibles relèvent des priorités nationales	Entretien	Guide Focus group	Un échantillon des bénéficiaires des MUSA	Analyse qualitative

		(groupes vulnérables),				
Evaluer l'applicabilité de la logique d'intervention dans sa conception	Est-ce que le cadre logique/ plan d'action détaillé démontre-t-il clairement comment les activités permettront d'atteindre les résultats et l'impact) ? Si non : pourquoi ?	Services / activités réalisés	Entretien Lecture documentaire	Guide d'entretien	Le coordonnateur du LC/ coordonnateur/suivi-évaluation	Analyse qualitative
	Les activités/ les produits/ les effets directs prévus ont-ils permis d'atteindre les Objectif Spécifiques du Projet?	Services / activités réalisés	Lecture documentaire Entretien	Guide d'entretien	Le personnel du projet	Analyse qualitative/quantitative
	Le calendrier et/ou l'ensemble des activités sont-ils réalisables compte tenu des capacités disponibilisés?	Activités réalisées par rapport à celles planifiées	Lecture documentaire Entretien	Guide d'entretien	Le personnel LC et partenaire de mise en œuvre	Analyse qualitative
EFFICACITÉ : Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs avancés, la contribution du projet à l'atteinte des résultats escomptés						
Obtention des résultats prévus	Quels sont les services effectivement produits	Les services Produits	Focus group	Guide d'entretien	Le personnel des partenaires locaux	Analyse qualitative/quantitative

	et rendus accessibles aux populations cibles ?	Les services accessibles aux populations cibles La satisfaction des bénéficiaires			Les services publics : formations sanitaires Un échantillon des mutualistes	
	Quelle est la qualité des résultats obtenus à ce jour ?	Changements produits dans la vie des bénéficiaires en termes d'accès aux soins de santé Utilisation des services de santé par les communautés Stratégies d'adaptation	Entretien	Guide d'entretien	Un échantillon de bénéficiaire	Analyse qualitative/quantitative

		adoptés par les prestataires pour offrir les services moyennant assurance de santé				
	Les groupes cible ont-ils accès et utilisent-ils les résultats déjà disponibles ? Accès aux services de santé	- Nombre de populations fréquentant les FOSA, qualité des services offerts	Entretien	Guide d'entretien Grille d'observation des CDS	Le personnel des CDS	Analyse qualitative/quantitative
	Quel est le niveau de mise en œuvre des interventions prévues ?	Nombre de MUSA fonctionnels	Entretien	Questionnaire	Le personnel (LC et UCODE) et les bénéficiaires	Analyse quantitative (statistiques descriptives)

	En quoi le suivi du projet a permis une adaptation efficace aux évolutions des contextes ? prise en compte des facteurs externes	Les facteurs internes et externes ayant influencé la mise en œuvre et la performance du projet ont été pris en compte.	Entretien	Questionnaire	Le personnel (LC et UCODE) et les bénéficiaires	Analyse qualitative
	Dans quelle mesure les **résultats obtenu**s ont contribué à l'atteinte des objectifs spécifiques ? Dans quelle mesure les résultats sont attribuables au partenaire UCODE ?	Les résultats ont pu être mesurés. - Les écarts sont explicables. - Les facteurs internes et externes ayant influencé la mise en œuvre et la	Entretien	Questionnaire	Rapports annuels	Analyse qualitative

		performance du projet sont identifiés.				
	En quoi le projet a-t-il produit les **résultats attendus** (aux plans qualitatifs et quantitatifs) **? efficacité des approches adoptées par UCODE**	Les indicateurs de résultats du projet sont mesurés et suivis Les indicateurs du permettent une analyse fine des résultats qualitatifs (changement de comportement pour demander les soins) Le reporting du projet expliquent les	Analyse documentaire		Plan de suivi Rapports de suivi des résultats	Analyse qualitative

N

		écarts, les réajustements.				
Atteinte de l' objectif spécifique	Dans quelle mesure le projet s'est-il adapté à des changements de conditions extérieures (risques et hypothèses) afin d'assurer des bénéfices aux groupes cibles?	Mesures d'adaptation prises par le projet	Entretien	Questionnaire	Le personnel de UCODE	Analyse qualitative
	Dans quelle mesure les groupes cibles ont subi ou risquent de subir des effets négatifs non planifiés dans le Projet, dans quelles mesures les gestionnaires du Projet ont-ils pris des mesures appropriées?	Déterminer les besoins des bénéficiaires non couverts Analyse de la capacité des gestionnaires à lier les bénéficiaires à d'autres services pour des besoins non couverts par le projet	Entretien	Questionnaire	-Entretien -Revue documentaire	- Questionnaire -Fiche de collecte

O

	Dans quelles mesures des effets positifs non planifiés ont-ils contribué à la production des résultats et des services fournis?	Effets/ impacts non planifiés sur la vie des bénéficiaires	Entretien	Questionnaire	Le personnel et les bénéficiaires	Analyse qualitative
EFFICIENCE : Adéquation des moyens avec les objectifs et résultats visés et obtenus						
Evaluer la disponibilité et gestion adéquate des moyens et ressources	Les moyens sont-ils fournis ou mis à disposition à temps par toutes les parties prenantes pour permettre la réalisation des activités prévues?	Déblocage du budget selon les conventions/ contrat et la planification interne	Analyse documentaire Entretien	Guide d'entretien Revue des documents	Le chargé des finances Les coordonnateurs de projet	Analyse qualitative et quantitative
	Les ressources font-elles l'objet d'un suivi régulier pour encourager une mise en œuvre des activités à un moindre coût ? Et par qui ce suivi est-il assuré?	Déterminer la qualité et réunion de suivi budgétaire	Entretien	Guide d'entretien Lecture des rapports financiers	Service finance et suivi évaluation	Analyse qualitative et quantitative

	Les procédures contractuelles sont-elles clairement comprises et facilitent-elles la mise en œuvre du Projet?	Respect des clauses de la convention	Entretien	Guide d'entretien	Chargé des finances Coordination du projet	Analyse qualitative
IMPACTS : Les effets directs et indirects induits par l'action ou la décision à moyen et long terme						
Évaluer les perspectives d'impact du Projet au niveau de l'objectif global	Quels impacts/ effets, s'il y en a, sont déjà perceptibles?	Changements dans le vécu des bénéficiaires	Questionnaire	Guide d'entretien	Personnel de UCODE Bénéficiaires	Analyse qualitative
	Des facteurs externes pourraient-ils compromettre l'impact direct du Projet ?	Environnement politique, social et économique	Questionnaire	Guide d'entretien	Personnel de LC et UCODE Bénéficiaires	Analyse qualitative
Évaluer dans quelle mesure le projet va-t-il ou produira des	Le projet aurait-il eu des impacts positifs non planifiés sur les groupes cibles ou autres communautés non ciblées?	Impact du Projet sur les groupes vulnérables	Questionnaire	Guide d'entretien	Personnel consortium Bénéficiaires	Analyse qualitative

impacts indirects positifs ou négatifs (au niveau social, culturel, économique et du genre) ?	Comment cela va-t-il influencer l'impact?					
	Le projet a-t-il pris, à temps, des mesures pour minimiser les impacts négatifs imprévus ? Quel en a été le résultat?	Mesures prises	Analyse documentaire Entretien	Lecture des documents Guide d'entretien	Personnel membres consortium	Analyse qualitative
COORDINATION						
	Existe-t-il une cohérence, une complémentarité et une coordination entre les différents acteurs intervenants sur les thématiques « mutualité de santé « et ont-elles eu un impact indirect sur le projet?	Autres PTF et degré de Collaboration	Questionnaire	Guide d'entretien	Personnel projet et autres acteurs	Analyse qualitative
	Quelles ont été les difficultés rencontrées en termes d'organisation, de coordination du projet ?	Rapports périodiques	Guide d'entretien Analyse documentaire	Guide d'entretien	Personnel projet et autres acteurs i	Analyse qualitative

R

APROPRIATION/VIABILITE POTENTIELLE						
EVALUER L'APPROPRIATION PAR LES BENEFICIAIRES	Les **bénéficiaires** (mutualistes se sont-ils **appropriés l**e projet ?	Le projet est basé sur une approche participative. Les MUSA sont effectivement impliqués (quels niveaux, quels rôles surtout pour la production des outils) dans le projet (avec quels buts/ hypothèses particuliers). Les facteurs qui influencent une participation	Revue documentaire Focus group	Guide d'entretien	Document de projet, PV des réunions	Focus groupes PE Entretiens staff Personnel de soin

S

		effective, significative et durable des populations à accéder aux soins sont connus et identifiés. Les effets de la participation sont identifiés				
	Quels moyens ont-été mis en œuvre pour permettre l'appropriation du projet par les bénéficiaires ?	Le projet appuie et favorise l'empowerment.	Document de projet	Questionnaire	Guide d'entretien avec les UCODE	Analyse qualitative
	En quoi peut-on dire que l'appropriation est effective ?	Des exemples d'appropriation sont observables (mise en	Rapports semestriels			Focus groupes Entretien de groupe Autorités administratives

T

		application des compétences renforcées ou acquises dans le cadre du projet ou lors des différentes formation, …)				Entretiens Personnel de soin
Evaluer la Viabilité financière /économique	Les services/résultats seront-ils abordables pour les groupes cibles une fois le soutien extérieur n'est plus là?	Stratégies/ approches adoptées par les partenaires de mise en œuvre et les bénéficiaires	Questionnaire	Guide d'entretien	Personnel institutionnels	Analyse qualitative
	Quelle est la probabilité que les groupes cibles continuent d'utiliser les principaux services/résultats après la fin du projet ?	Stratégies de pérennisation (politique institutionnelle ou autre)	Entretien	Guide d'entretien	Personnel Bénéficiaires	Analyse qualitative et quantitative

U

Niveau d'interaction et soutien du projet avec la sphère politique	Quel soutien a été apporté au projet de la part des autorités publiques (les ministères de la santé et celui ayant de la protection sociale dans ses attributions)?	Collaboration et degré de satisfaction	entretien	Guide d'entretien	Autorités des services publiques	Analyse qualitative
	Le personnel de l'UCODE et autres structures d'appui sont -ils suffisamment formés techniquement pour maintenir les bénéfices/services du projet?	Formations dispensées Qualité des formateurs Outils et leur disponibilité	Entretien	Guide d'entretien	Personnel	Analyse qualitative et quantitative
ASPECTS TRANSVERSAUX						
Pris en compte de manière adéquate des aspects pratiques et stratégiques	Le Projet a-t-il été conçu selon une approche différenciée des bénéficiaires en termes de genre ?	Prise en compte du genre dans la formulation du Projet	Analyse documentaire Entretien	Guide d'entretien	Personnel	Analyse qualitative et quantitative

liés au genre dans la stratégie du projet ?	Dans quelle mesure l'approche « genre » a permis d'aboutir à un meilleur impact du projet ?	Analyse genre	Entretien	Guide d'entretien	Personnel Bénéficiaire	Analyse qualitative
	Quelle est la probabilité d'une amélioration de l'égalité des genres après la fin du Projet ?	Analyse différenciée genre	Entretien	Guide d'entretien	Personnel Bénéficiaires	Analyse qualitative
Promotion des droits de l'homme et des groupes vulnérables?	Des mesures auraient été prises pour réduire les potentielles discriminations de groupes cibles (comme les groupes marginalisés) parmi les catégories particulières?	Analyse de l'approche basée sur les droits	Entretien	Guide d'entretien	Personnel et bénéficiaires	Analyse qualitative
Promotion de la protection de l'environnement	Des stratégies pratiques auraient été prises pour protéger l'environnement dans tous les lieux d'intervention du projet ? (bureaux des MUSA, structures de soins conventionnées, …)	Analyse de la stratégie de protection de l'environnement	Entretien; Observation Revue documentaires	Guide d'entretien	Personnel du projet; Bénéficiaires Autres parties prenantes	Analyse qualitative