



Rapport d'évaluation

Evaluation finale du projet « SAPEMA - Renforcement de l'accessibilité aux services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, VIH, IST, hépatites, tuberculose et paludisme auprès des pêcheurs et mareyeuses sur le littoral du lac Tanganyika », Burundi, 2020-2023 – ESSENTIEL / SWAA / COPEDECOBU

Evaluation transversale des projets financés par L'Initiative

Thématique « santé communautaire »

Stéphane VANCUTSEM & Jean-Marie TSHIBANDA

Juillet 2023

Table des matières

Table des matières	2
Abréviations et acronymes	4
Résumé exécutif	5
1. Introduction	9
1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation finale.....	9
1.1.1 Contexte de l'évaluation finale.....	9
1.1.2 Objectifs de l'évaluation finale	11
1.2 Méthodologies de l'évaluation et déroulement de la mission	12
2. Analyse globale	14
2.1 Pertinence	14
2.2 Cohérence.....	15
2.2.1 Cohérence par rapport à la stratégie nationale (alignement)	15
2.2.2 Cohérence par rapport à la stratégie du Fonds mondial (complémentarités).....	16
2.2.3 Cohérence par rapport aux autres programmes de coopération intervenant dans le même secteur (harmonisation)	16
2.2.4 Cohérence par rapport aux Objectifs de Développement Durables (ODD)	16
2.3 Efficacité.....	17
2.2.1. Résultats atteints de l'OS1 ("Renforcer l'accès des pêcheurs, mareyeuses et travailleuses du sexe sur le littoral du Lac Tanganyika au dépistage des maladies sexuellement transmissibles (HIV, IST, hépatites) et développer les services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, au paludisme et à la tuberculose »).....	17
2.2.2. Résultats atteints de l'OS2 ("Accompagner la formalisation des démarches engagées par la COPEDECOBU et la SWAA en matière d'accès des populations de pêcheurs aux services de santé pour faciliter leur extension »).....	25
2.2.3. Résultats atteints de l'OS3 ("Soutenir une démarche de plaidoyer national pour une meilleure prise en compte des spécificités de la communauté de pêcheurs et des ports dans les politiques et stratégies nationales de santé (accessibilité aux services de santé, financements) »).....	26
2.2.4. Efficacité du dispositif de suivi-évaluation	28
2.3. Efficience.....	29
2.4. Durabilité.....	31
2.5. Effets/impacts.....	33
2.6. Axes transversaux (droits humains et genre)	34
3. Leçons apprises (premiers enseignements pour l'évaluation transversale)	36
4. Conclusion et recommandations	38
4.1. Conclusion	38
4.2. Recommandations.....	38
4.2.1. Recommandations générales (particulièrement adressées à ESSENTIEL en tant que porteur de projet)	38
4.2.2. Recommandations spécifiques (pour ESSENTIEL et les autres membres du consortium)	39
4.2.3. Recommandations spécifiques pour L'Initiative.....	41
Annexes	42
Annexe 1 - Questions évaluatives/matrice d'évaluation	43

Annexe 2 – Liste des documents consultés 53
Annexe 3 – Liste des personnes rencontrées 54
Annexe 4 – Programme de mission 57
Annexe 5 – Zone d'intervention du projet 58
Annexe 6 – Autres photos 59



Fig.1 : Plage de pêche à Kizuka



Fig.2 : Plage de pêche à Mvugo

Abréviations et acronymes

ADEP	l'Association pour le développement et l'encadrement des pêcheurs
AGR	Activité génératrice de revenus
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agents de santé communautaire
AVEPOMABU	l'Association des vendeurs des poissons au marché de Bujumbura
BDS	Bureau de District Sanitaire
BPS	Bureau de Province Sanitaire
CAD	Comité d'Aide au Développement de l'OCDE
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCM	Country coordinating mechanisms (ICN/Instance de coordination nationale du FM)
CDS	Centre de santé (public et confessionnel)
CDT	Centre de diagnostic et de traitement (tuberculose)
CI	Communication interpersonnelle
COGES	Comité de gestion (COSA)
COPEDECOBU	Coopérative de Pêche pour le Développement de Commerce du Poisson au Burundi
COFIL	Comité de pilotage
COSA	Comité de santé
COVID-19	Maladie à Coronavirus 2019
CRSM	Conseiller Régional Santé Mondiale
EF	Expertise France
FM	Fonds mondial
FPFPB	Fédération des pêcheurs et fournisseurs des poissons au Burundi
ICN	Instance de coordination nationale du FM
IEC	Information, éducation, communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
MEAE	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
MILDA	Moustiquaire à longue durée d'action
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le Sida du Burundi
OBC	Organisation(s) à base communautaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OS	Objectif spécifique
PE	Pairs-éducateur.rice.s
PF	Planification familiale
PFM	Portfolio Manager du FM
PISCCA	Projets Innovants des Sociétés Civiles et Coalitions d'Acteurs
PNILP	Programme national intégré de lutte contre le paludisme
PNILT	Programme national intégré contre la lèpre et tuberculose
PNLS/IST	Programme national de lutte contre le Sida et les IST
PNS	Politique nationale de santé
PS	Poste de santé
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
RSS	Renforcement du système de santé
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France
SEP-CNLS	Secrétariat exécutif permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
SEPO	Succès, échecs, potentialités, obstacles
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SWAA	Society for Women and Aids in Africa
TB	Tuberculose
TDR	Termes de référence
TPS	Technicien prévention santé
TS	Travailleur/travailleuse du sexe
UTC	Unité technique et de coordination
VBG	Violences basées sur le genre
VHB	Virus à hépatite B
VHC	Virus à hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Le présent rapport reflète le processus et les résultats de l'évaluation finale du projet « *SAPEMA Renforcement de l'accessibilité aux services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, VIH, IST, hépatites, tuberculose et paludisme auprès des pêcheurs et mareyeuses sur le littoral du lac Tanganyika* », s'appuyant notamment sur une mission menée au Burundi par deux consultants en juin 2023. Le projet avait pour objectifs spécifiques (1) de renforcer l'accès des pêcheurs, mareyeuses et travailleuses du sexe sur le littoral du Lac Tanganyika au dépistage des maladies sexuellement transmissibles (HIV, IST, hépatites) et développer les services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, au paludisme et à la tuberculose ; (2) d'accompagner la formalisation des démarches engagées par la COPEDECOBU et la SWAA en matière d'accès des populations de pêcheurs aux services de santé pour faciliter leur extension et (3) de soutenir une démarche de plaidoyer national pour une meilleure prise en compte des spécificités de la communauté de pêcheurs et des ports dans les politiques et stratégies nationales de santé (accessibilité aux services de santé, financements).

Cinq résultats étaient attendus au terme du projet : (R1) « *Les pêcheurs, mareyeuses et autres publics clés ont accès à des services de santé de proximité sur le littoral (Rumonge, Kajaga, Mvugo)* » ; (R2) « *Les pêcheurs, mareyeuses, travailleuses du sexe bénéficient d'actions communautaires d'information/sensibilisation/prévention (SSR, VIH, IST, VBG) ainsi que sur les pandémies paludisme, tuberculose, hépatites déployées sur le littoral* » ; (R3) « *La communauté ciblée bénéficie de services de dépistage, d'orientation et de référencement SSR, VIH, IST, VBG ainsi que sur les autres pandémies (paludisme, tuberculose, hépatites)* » ; (R4) « *Les acteurs de la société civile sont renforcés sur leurs compétences organisationnelles et médicales* » ; (R5) « *La promotion des droits à la santé de la communauté des pêcheurs, mareyeuses et restauratrices est assurée* ».

Les consultants tirent les principales conclusions suivantes de l'évaluation :

- Le projet trouve toute sa légitimité par rapport au contexte du Burundi et aux contraintes initialement identifiées : la communauté des pêcheurs et des mareyeuses du littoral du lac Tanganyika ont des contraintes et besoins spécifiques peu pris en compte par le système de santé et plus généralement par les programmes et politiques. Ces communautés recourent souvent tardivement aux soins car la distance des structures sanitaires et le temps d'attente dans ces structures sont jugés trop longs selon leur emploi de temps très serré lié à l'activité de pêche. Or, ces communautés sont exposées aux risques en matière d'infection au VIH, IST et de grossesses non désirées ainsi qu'au choléra, à la tuberculose et au paludisme. Pour faire face à ces contraintes, le projet tente de combiner plusieurs approches au pouvoir transformatif (amélioration de l'accès aux soins de santé pour ces populations-cibles) : l'éducation par les pairs, la stratégie avancée en santé communautaire, le partenariat avec les centres de santé de proximité et le plaidoyer au niveau national.
- Concernant l'efficacité du projet en termes de résultats atteints, elle est bonne et ce malgré des facteurs externes (en particulier inondations et dans une moindre mesure la pandémie de Covid-19) qui ont ralenti la bonne évolution des activités. Concernant l'objectif spécifique 1 (OS1), les résultats sont globalement atteints. En fin de projet, les 3 postes de santé (PS) sont opérationnels ; au total, 6 infirmiers et infirmières (un binôme infirmier/infirmière par PS) ont été recruté.e.s et formé.e.s sur le paquet de services proposé (formations sur la prise en charge hépatite, sur la prise en charge PVVIH et sur différentes pandémies), conduisent leurs activités sur la base du référentiel et des outils standardisés avec les autres formations sanitaires et encadrent les pairs-éducateur.rice.s (PE) dans leur travail de sensibilisation sur les plages. Des salariés chargés de la mobilisation/sensibilisation communautaire sont recrutés au sein de chaque PS et encadrent les PE ; un total de 185 pairs-éducateur.rice.s ont bénéficié de formations initiales (mai 2021) et de recyclages sur la sensibilisation et la prévention (SSR, VIH, IST, VBG) ainsi que sur les autres pandémies (paludisme, hépatites, tuberculose). De manière globale, le nombre de séances de sensibilisation (total de 9 288 séances de sensibilisations sur les 18 plages d'intervention du projet) ainsi que le nombre total de participant.e.s à ces séances (58.113 pour le VIH/Sida ; près de 25.000 pour les IST ; autour de 25.000 pour la tuberculose) ont été souvent supérieurs à ce qui était attendu. Cela témoigne de l'engouement des PE, de l'intérêt des communautés cibles pour le projet (et pour ses enjeux) et du bon encadrement de l'équipe projet SAPEMA. Par ailleurs, l'accompagnement sur mesure du projet (dépistages et référencement via la stratégie avancée et les partenariats avec les centres de santé partenaires) permet d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge médicale de la communauté des pêcheurs et mareyeuses. Notons cependant que le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage VIH est plus faible que prévu. Cela serait dû surtout à

un problème de rupture de stocks des intrants de dépistage. De même, le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage pour la tuberculose (ou référés pour le dépistage de la tuberculose) est plus faible que prévu. Cela s'expliquerait par le fait que dans les formations sanitaires partenaires du projet, il y en a peu qui soient équipées pour le dépistage et le traitement de la tuberculose. Au terme du projet, un total de 15 599 consultations était enregistré sur le total des 3 postes de santé avec un total de 5 522 référencement, soit 1/3 des personnes reçues en consultation aux PS. D'après les témoignages recueillis, l'amélioration du dispositif de suivi des patients dépistés positifs au VIH, avec le suivi de la charge virale via le contre-référencement, fonctionne bien grâce à une bonne collaboration entre les équipes de soin du projet et les structures sanitaires auprès de qui les patients sont référencés.

- Les activités de sensibilisation et de prévention face au COVID 19 ont été ajoutées au plan d'action initial tenant compte de l'épidémie de COVID-19 et de son impact sur les populations ciblées. Dans ce cadre, le projet a appuyé les actions de sensibilisation et de prévention, la protection du personnel soignant et non soignant, la communication entre les districts sanitaires et la SWAA-Burundi afin d'encourager une étroite collaboration pour la prise en charge des cas suspects et, en cas de limitation des déplacements, il a permis de se rendre au chevet des malades ayant besoin d'un traitement régulier (VIH) pour éviter une interruption du traitement. Le projet a également accompagné la mobilisation des pairs-éducateurs autour des actions de sensibilisation sur la COVID 19 sur les sites de débarquements où des séances de sensibilisations étaient organisées chaque matin par petit groupe et par catégorie en tenant compte des horaires de travail.
- Concernant l'OS2 (formalisation des démarches engagées par la COPEDECOBU et la SWAA en matière d'accès des populations de pêcheurs aux services de santé), le résultat est atteint sur base des indicateurs de résultat définis mais la mission d'évaluation constate l'absence d'actions de renforcement des capacités de la COPEDECOBU. Le projet a appuyé l'élaboration de la stratégie genre de la SWAA-Burundi. L'élaboration de ce document est justifiée comme une nécessité pour le plaidoyer (demandé par la majorité des partenaires techniques et financiers). Relevons aussi l'étude épidémiologique sur la prévalence des hépatites virales en milieu de pêche qui a été menée en collaboration avec le PNLS-IST¹. D'après les témoignages recueillis, les résultats de l'étude ont été réutilisés par le Programme national pour d'autres actions (notamment avec le Fonds mondial -FM), ce qui constitue un effet significatif de l'influence qu'a eu le projet sur les politiques nationales.
- Concernant l'OS3 (plaidoyer national), le résultat est atteint et est assez positif. En effet, l'un des plus grands succès du projet est sans conteste celui d'avoir permis une plus grande visibilité auprès des différentes parties prenantes du projet (en particulier autorités nationales/régionales/locales) du droit à la santé de la communauté des pêcheurs et des mareyeuses et ce, tenant compte de leurs spécificités (grande vulnérabilité liée à la mobilité des cibles, aux spécificités d'horaires de travail et population à haut risque d'hépatites virales, de tuberculose et de VIH). Ce plaidoyer se manifeste concrètement via la reconnaissance de la spécificité des pêcheurs comme population à haut risque de VIH et des IST dans le plan stratégique national du CNLS². D'autres résultats concrets en termes de plaidoyer institutionnel sont soulignés : (1) une boîte à images « hépatite virale », qui a été validée par le MSPLS³ et mise à disposition au niveau national pour l'ensemble de la population burundaise, au-delà de la communauté de pêche ; (2) le plaidoyer auprès du PNILP⁴ qui a permis de reconnaître la communauté des pêcheurs et mareyeuses comme « groupement spécifique » (au même titre que les militaires, les routiers, les étudiants en internat, ...) ce qui lui permettra de bénéficier de MIILDA sur les lieux de travail (plages de pêche).
- L'efficacité du projet est jugée bonne et ce, malgré des événements extérieurs qui ont impacté le bon déroulement du projet (inondations, Covid-19). En particulier, son efficacité organisationnelle est soulignée : reprogrammation opérationnelle et budgétaire liée à de nouvelles activités de lutte contre la COVID-19, nombre de PE réajusté (privilégier des sessions de recyclages pour les PE formés plutôt que de former davantage de PE) et nombre de séances de sensibilisations réajusté (les moyens proposés au début du projet étaient certainement surévalués au regard des possibilités de mise en œuvre).
- Le projet présente des atouts intéressants sur le plan de la durabilité de son intervention : la

¹ Programme national de lutte contre le Sida et les IST.

² Conseil national de lutte contre le Sida.

³ Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le Sida du Burundi.

⁴ Programme national intégré de lutte contre le paludisme.

responsabilisation des organisations partenaires qui découle de leur participation active au projet, la proximité de la Fédération des pêcheurs et de la COPEDECOBU avec ses adhérents contribuant à l'appropriation sociale du projet, le renforcement des compétences des PE, l'ancrage dans les politiques publiques de santé des besoins spécifiques des communautés de pêcheurs ou encore les liens développés au cours du projet avec les autorités sanitaires et les centres de santé constituent des acquis indiscutables.

- Certaines difficultés constatées peuvent cependant constituer un frein à la durabilité des acquis soulevés ci-dessus : le fonctionnement des postes de santé n'est pas garanti au-delà du terme du projet, le statut des PE à l'avenir pose question (quelles stratégies d'intégration des PE dans le système de santé local, qui base son action communautaire sur les agents de santé communautaire ?), les difficultés d'accessibilité financière des cibles limitant l'accès aux soins ou encore l'insuffisance de fonds propres de la COPEDECOBU.
- Quant aux premiers effets/impacts du projet, les consultants en relèvent quelques-uns tout à fait intéressants. Tout d'abord en termes de prévention et d'accès aux soins : (1) Grâce aux sensibilisations, les communautés bénéficiaires voient leurs connaissances améliorées sur les maladies et ressentent la nécessité d'aller se faire soigner le plus tôt possible ; (2) certains PE transmettent/sensibilisent aussi au sein de leur entourage. Ensuite en termes d'effets/impacts sur les centres de santé partenaires : (3) la stratégie avancée prônée et mise en œuvre par le projet facilite le travail des centres de santé partenaires dans la mesure où elle permet de mieux cibler et d'orienter vers les centres de santé différentes catégories de patients comme les TS ou les PVIH (notamment les perdus de vue) ; (4) augmentation de la fréquentation des centres de santé partenaires par la communauté des pêcheurs. Et enfin en termes d'effets/impacts sur les programmes nationaux de santé : (5) meilleure connaissance des spécificités de la communauté des pêcheurs et des mareyeuses pour leur intégration dans les stratégies nationales comme population-clé nécessitant des orientations et interventions spécifiques adaptées à leurs besoins à partir des évidences produites.

Les consultants formulent les principales leçons apprises de l'évaluation (outre celles en lien avec les conclusions formulées ci-dessus) :

- L'approche de santé communautaire prônée par le projet (santé communautaire et éducation par les pairs ; postes de santé et stratégie avancée) est une approche centrée sur l'individu qui permet d'améliorer la qualité des services en prenant en compte la vulnérabilité sociale, économique, géographique de l'utilisateur des services ainsi que l'accessibilité géographique et économique des services, leur acceptabilité, etc.
- La mise en place de postes de santé constitue une réelle plus-value dans le cadre d'une approche de santé communautaire : en particulier sa proximité directe avec la population et son accès facilité avec des horaires adaptés aux activités des usagers du port ; il représente par ailleurs une base avancée pour des actions de prévention et de formation communautaires sur les plages et les ports secondaires.
- L'approche de l'éducation par les pairs prônée dans le cadre du projet facilite le travail d'information et de sensibilisation auprès des communautés bénéficiaires.
- L'approche de santé communautaire apporte une réelle plus-value dans un contexte de crise comme celle de la Covid-19 : dans l'observance des règles de restrictions en rapport avec la Covid-19, les PE ont continué de rassembler des petits groupes de bénéficiaires et les messages passent facilement par catégorie socioprofessionnelle.
- Les résultats positifs en matière de plaidoyer sont la conséquence de plusieurs facteurs dont la collaboration étroite avec les autorités qui en constitue le maillon central.

Les consultants formulent les principales recommandations :

Recommandations générales (particulièrement adressées à ESSENTIEL en tant que porteur de projet)

- D'ici à l'entame d'une éventuelle phase 2, poursuivre l'animation de séances de réflexion avec les autres membres du consortium sur les enjeux liés à la pérennité des acquis de la phase 1 et ceux liés à une stratégie de sortie (en prenant comme base de discussions les principales recommandations formulées dans le présent rapport).
- D'ici à l'entame d'une éventuelle phase 2, mener une étude endline/baseline sur plusieurs

indicateurs dont le taux de prévalence du VIH au sein des cibles ainsi que le niveau de fréquentation des centres de santé et les enjeux liés aux VBG.

- Responsabiliser davantage la COPEDECOBU dans la gestion du projet, dans une perspective de durabilité et d'autonomisation du principal partenaire de mise en œuvre (étant entendu que la SWAA joue plutôt un rôle d'appui). Cette responsabilisation passe aussi par une plus grande représentativité au sein du COPIL (présence souhaitée d'un membre des instances décisionnelles de la COPEDECOBU ou de la Fédération des pêcheurs) et l'implication d'autres membres de la coopérative (ou de la Fédération) dans le projet (coordination, comptabilité, etc.).
- Dans cette même logique, appuyer le diagnostic institutionnel et l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités de la COPEDECOBU ainsi que sa mise en œuvre (plan stratégique, manuel de procédures et de gestion, dispositif de suivi-évaluation, gestion de projet, gestion financière, rapportage, gestion des ressources humaines, élaboration de projets, fundraising, etc.).

Recommandations spécifiques (pour ESSENTIEL et les autres membres du consortium)

- Plaider auprès du MSPLS et divers partenaires techniques et financiers pour un renforcement des capacités matérielles et organisationnelles des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) de la tuberculose (avec une meilleure couverture nationale).
- Plaider auprès du MSPLS et divers partenaires techniques et financiers pour le renforcement de chaque Centre de Santé partenaire dans le développement de stratégies avancées auprès des communautés de pêcheurs.
- Diviser en 2 la zone de couverture de Rumonge avec un dispatching de deux équipes et la création d'un nouveau PS.
- Renforcer l'ancrage du projet au niveau local (particulièrement à Rumonge) surtout en impliquant les COSA (Comité de santé) dans la mesure où ces comités (attachés aux Centres de Santé) défendent les intérêts des communautés et donc y compris des pêcheurs.
- Appuyer la création d'activités génératrices de revenu - AGR (via un fonds d'impulsion) : (1) D'une part au niveau de la Fédération pêcheurs, dans une perspective de durabilité des activités (fonctionnement des PS, motivations des PE) ; (2) Et d'autre part au niveau des mareyeuses, afin de réduire leur vulnérabilité et réduire ainsi les risques de prostitution.
- Afin de mieux faire face aux problèmes d'accessibilité financière des cibles, appuyer la création d'une mutuelle de santé communautaire et ainsi donner l'opportunité d'octroyer le pouvoir à la communauté d'influer sur l'offre de soins, la tarification et la qualité des soins.
- Renforcer les formations et recyclages des PE (formations continues et régulières) et impliquer aussi les Districts sanitaires à ce niveau.
- Constituer un pool de PE leaders qui pourraient ainsi former d'autres PE et qui pourraient aussi être davantage responsabilisés dans la collaboration avec les Centres de Santé/COSA.
- Elaborer un plan de plaidoyer structuré (identification des personnes envers qui l'on souhaite mener des actions de plaidoyer, identification du type d'actions à mener, du planning, des ressources, plan par pallier, etc.) qui incite à plus d'adhésion/d'appropriation de la part des principaux concernés. Et en particulier mener des actions de plaidoyer auprès du MSPLS concernant le statut des pairs-éducateur.rice.s et concernant la durabilité des postes de santé.

Recommandations spécifiques pour L'Initiative

- La mobilisation d'autres appuis parallèles au projet (via notamment le Canal Expertise) est encouragée, dans le but de renforcer les capacités de la COPEDECOBU.
- Concrètement, pour les perspectives de continuité du projet, les consultants recommandent vivement à L'Initiative de soutenir une phase 2. En effet, la phase 1 du projet a montré toute sa pertinence et de nombreux résultats positifs (en particulier la stratégie avancée, le système de référencement/contre-référencement et les effets concrets en termes d'accessibilité aux soins de santé pour la communauté des pêcheurs) sont très encourageants. La phase 1 a été impactée par des facteurs externes (surtout inondations et dans une moindre mesure la COVID-19) qui ont ralenti la bonne évolution des activités. Pour que les acquis du projet soient durables, il s'avère primordial d'accompagner les membres du consortium dans cette phase de consolidation, qui devrait intégrer une stratégie de sortie (avec un axe central de plaidoyer).

1. Introduction

1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation finale

1.1.1 Contexte de l'évaluation finale

Depuis sa création en 1992⁵, l'association française *ESSENTIEL*, développe des programmes qui favorisent l'accès à la santé des populations dans le respect d'une vision globale de la santé telle que définie par l'OMS et la charte d'OTTAWA. Son action s'inscrit principalement en Afrique (Guinée, Burundi, Bénin, Burkina-Faso, Sénégal) au travers des axes décrits ci-dessous : (1) La promotion de la couverture universelle en santé ; (2) L'amélioration de l'offre de soins ; (3) Le développement de la prévention et la promotion de la santé ; (4) L'éducation à la solidarité en santé

SWAA Burundi – Society for Women and Aids in Africa est une des associations pionnières dans la lutte contre le VIH au Burundi. Elle a obtenu son agrément en 1992. Elle est une branche de la SWAA internationale qui est une organisation panafricaine non gouvernementale des femmes face au VIH/Sida. Elle contribue à la mise en œuvre de 4 axes d'interventions : Axe 1 : le renforcement des services de prévention de nouvelles infections à VIH/sida/IST, promotion de la santé sexuelle et reproductive et prévention et prise en charge des VBG ; Axe 2 : la prise en charge globale des PVVIH et autres groupes vulnérables ; Axe 3 : la réduction de l'impact socio-économique ; Axe 4 : le renforcement de la coordination, de la gestion et du suivi évaluation.

La *COPEDECOBU* (Coopérative de Pêche pour le Développement de Commerce du Poisson au Burundi) a été créée à l'initiative de 3 associations avec l'appui technique et financier de la Région Pays de la Loire pour redynamiser la filière pêche au Burundi. Le secteur d'activité de la COPEDECOBU est la pêche, le commerce et la transformation des poissons avec d'autres activités transversales, telles que la santé sexuelle et reproductive, la lutte contre les violences basées sur le genre et contre le VIH/ SIDA. La COPEDECOBU a participé au cofinancement de la mise en place ainsi qu'au fonctionnement du poste de santé de Rumonge impliqué dans le projet et assuré le suivi et l'évaluation de ce dernier.

Au Burundi, la pêche s'étend sur tout le littoral du lac Tanganyika (avec 18 plages de pêche) pour un nombre de travailleurs directs et indirects estimé à 40 000 personnes. L'hygiène des ports de pêche est problématique avec une difficulté d'accès aux latrines, à des points d'eau et à la gestion des déchets. La promiscuité est importante et la demande de faveurs sexuelles de la part des pêcheurs est un facteur de transmission de maladies contagieuses. Les populations des plages et ports ne viennent pas seulement du Burundi mais aussi des pays limitrophes (Rwanda, Tanzanie et République Démocratique du Congo).

Les pêcheurs et mareyeuses malades recourent souvent tardivement aux soins car la distance des structures sanitaires et le temps d'attente dans ces structures sont jugés trop longs. Or, la population des pêcheurs, des femmes mareyeuses, restauratrices et des enfants de cette communauté est exposée aux risques en matière d'infection au VIH, IST et de grossesses non désirées ainsi qu'au choléra, à la tuberculose et au paludisme. Le paludisme demeure la première cause de mortalité au Burundi. Soulignons qu'avant le projet, les pêcheurs faisaient partie des groupes n'ayant pas bénéficié d'interventions structurées et ciblées de la part des politiques publiques en matière de prévention VIH/sida et autres maladies (IST, tuberculose, paludisme). De façon générale, les interventions communautaires en santé atteignaient très peu la population des pêcheurs, des femmes travaillant à leurs côtés et des enfants de cette communauté. Aucun réseau communautaire indépendant ou rattaché aux Centres de santé, aux structures associatives de lutte contre le Sida, aux structures de promotion de la santé ou aucun des Hôpitaux de District ne touchaient directement cette population.

Quelques aspects généraux sur la santé communautaire au Burundi :

- Il n'existe pas actuellement de politique nationale sur la santé communautaire au Burundi. La dernière en date remonte à 2011⁶.
- Les Agents de Santé Communautaire (ASC) : agissent dans des zones d'intervention limitées, sous la responsabilité d'un centre de santé public (CDS). Dans certains cas, ils sont volontaires (comme par exemple dans le District de santé de Rumonge) et dans d'autres cas ils sont contractuels

⁵ À l'époque l'association portait le nom de « Nantes-Guinée » (à l'initiative du Comité d'Entreprise des Mutuelles de Loire-Atlantique et de la Ville de Nantes).

⁶ Cf. Manuel de procédures sur la santé communautaire au Burundi, Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida, décembre 2011.

(FBP/financement basé sur la performance). Certains ASC ont bénéficié de formations leur permettant de dépister le paludisme au sein des communautés.

- Les Pairs-éducateurs.rice.s (PE) : ils.elles sont assimilé.e.s aux ASC mais ils.elles appuient généralement des cibles spécifiques et mènent un travail complémentaire à celui des ASC.
- Le Comité de santé (COSA) est un organe de gestion au sein d'un CDS (public et confessionnel). Les membres sont démocratiquement élus par la communauté. Cet organe est chargé de la cogestion du CDS en collaboration avec le titulaire. En plus, les membres du COSA doivent faire la promotion auprès de leur communauté respective pour que celle-ci utilise les services et soins disponibles. Il joue l'interface entre les professionnels de santé et la communauté. Les personnes élues représentent la population de l'aire de responsabilité du CDS. Généralement, le COSA est constitué de 6 représentants des populations ainsi que du staff représentatif du CDS (titulaire, TPS⁷, gestionnaire).
- Le Comité de gestion (COGES) est l'organe de gestion du COSA s'occupant du suivi de la gestion financière du CDS.

Le présent projet est réalisé dans la continuité des initiatives portées conjointement par la SWAA, la COPEDECOBU et ESSENTIEL depuis 2014 en vue d'améliorer la santé de la communauté vivant sur le port de RUMONGE.

Le projet « **SAPEMA- Renforcement de l'accessibilité aux services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, VIH, IST, hépatites, tuberculose et paludisme auprès des pêcheurs et mareyeuses sur le littoral du lac Tanganyika** » (2020-2023⁸), financé par L'Initiative/Expertise France, a pour objectifs spécifiques :

- **OS1** : Renforcer l'accès des pêcheurs, mareyeuses et travailleuses du sexe sur le littoral du Lac Tanganyika au dépistage des maladies sexuellement transmissibles (HIV, IST, hépatites) et développer les services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, au paludisme et à la tuberculose.
- **OS2** : Accompagner la formalisation des démarches engagées par la COPEDECOBU et la SWAA en matière d'accès des populations de pêcheurs aux services de santé pour faciliter leur extension.
- **OS3** : Soutenir une démarche de plaidoyer national pour une meilleure prise en compte des spécificités de la communauté de pêcheurs et des ports dans les politiques et stratégies nationales de santé (accessibilité aux services de santé, financements).

Cinq résultats étaient attendus au terme du projet :

R1 : « *Les pêcheurs, mareyeuses et autres publics clés ont accès à des services de santé de proximité sur le littoral (Rumonge, Kajaga, Mvugo)* » (création/réhabilitation postes de santé ; recrutement/formation/maintien du personnel)

R2 : « *Les pêcheurs, mareyeuses, travailleuses du sexe bénéficient d'actions communautaires d'information/sensibilisation/prévention (SSR, VIH, IST, VBG) ainsi que sur les pandémies paludisme, tuberculose, hépatites déployées sur le littoral* » (formations/recyclages des pairs-éducateur.rice.s ; sensibilisations/préventions)

R3 : « *La communauté ciblée bénéficie de services de dépistage, d'orientation et de référencement SSR, VIH, IST, VBG ainsi que sur les autres pandémies (paludisme, tuberculose, hépatites)* » (dépistages ; référencement et suivi)

R4 : « *Les acteurs de la société civile sont renforcés sur leurs compétences organisationnelles et médicales* » (renforcement des capacités organisationnelles/communication/genre/suivi-évaluation ; cadres de concertation/coordination ; étude hépatites virales)

R5 : « *La promotion des droits à la santé de la communauté des pêcheurs, mareyeuses et restauratrices est assurée* » (capitalisation, plaidoyer, communication, concertation)

⁷ Technicien prévention santé.

⁸ Le projet a fait l'objet d'une extension de 5 mois (janvier-mai 2023), liée notamment aux inondations survenues sur le littoral du lac Tanganyika ainsi qu'à la pandémie de Covid-19.

La zone d'intervention du projet⁹ couvre 18 plages de pêche tout le long du littoral du lac Tanganyika :

- Province de Bujumbura Rural (Strate 1: Kajaga, Kanyosha, Nyamugari, Kiringi) ;
- Province de Rumonge (Rumonge et ports secondaires de la Strate 2 : Tanganyika Gitaza, Magara, Rutumo, Kayengwe, Minago, Kagongo, Kizuka, Rumonge, Karonda) ;
- Province de Makamba (Nyanza Lac et ports secondaires de la Strate 3 : Muguruka, Nyagatanga, Mvugo, Kabonga (plus proche de la Tanzanie).

Cette évaluation, commanditée par L'Initiative/Expertise France, s'insère dans le cadre d'une évaluation transversale de 9 projets sur la thématique de la **santé communautaire**.

Remarque : La Fondation Raja Danièle Marcovici est intervenue dans le paiement de personnel médical (cofinancement pour le paiement d'une partie de salaires de 2 infirmier.ère.s de Rumonge) et l'appui en mobilier de bureau pendant la mise en œuvre du projet. La Fondation a également participé au financement des sessions de formation des pairs-éducateur.trice.s, de la ligne d'écoute SOS, de l'enquête épidémiologique et de la Boîte à Images hépatites virales pour compléter le financement venant d'Expertise France (budget initial des activités + imprévus). C'est par ailleurs un partenaire financier depuis la phase pilote à Rumonge.

1.1.2 Objectifs de l'évaluation finale

L'objectif global de la mission était de mener une évaluation finale du projet « *SAPEMA- Renforcement de l'accessibilité aux services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, VIH, IST, hépatites, tuberculose et paludisme auprès des pêcheurs et mareyeuses sur le littoral du lac Tanganyika* », au Burundi, sur la période 2020-2023. Deux objectifs spécifiques étaient définis :

- 1) Redevabilité : évaluer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et les effets et/ou impacts, pour obtenir une appréciation critique du projet
- 2) Apprentissage : le projet a fait l'objet d'une analyse spécifique portant sur la thématique transversale de la santé communautaire. Les questions évaluatives qui ont été définies pour cet objectif ont été appliquées au projet (voir matrice d'évaluation), afin d'en tirer des apprentissages et bonnes pratiques qui alimenteront le travail d'analyse transversale (voir aussi 3. Leçons apprises/premiers enseignements pour l'évaluation transversale)

L'un des grands enjeux de ce travail d'évaluation est de discuter et de formuler de manière participative avec les organisations partenaires les recommandations qui serviront de base et d'orientation pour la pérennisation des acquis et la mise en œuvre d'une éventuelle phase 2 du projet. En particulier, l'un des enjeux est d'apporter des éléments d'appréciation sur la mise en œuvre de la phase 1 du projet pour nourrir le comité de sélection de L'Initiative qui se prononcera sur la demande de phase 2 déposée par Essentiel dans le cadre de l'Appel à projets 2023.

Cette mission a été confiée à deux experts :

- Monsieur Stéphane VANCUTSEM (chef de mission), licencié en Sciences Politiques et diplômé en Gestion du Développement, expert en évaluation de projets, appui institutionnel et organisationnel des acteurs de la société civile.
- Monsieur Jean-Marie TSHIBANDA (expert régional), Master en santé publique, spécialité santé publique et risques environnementaux et diplômé en Sciences Biomédicales, expert en évaluation de projets santé, appui institutionnel et organisationnel des acteurs de la société civile.

⁹ Voir annexe 5.

1.2 Méthodologies de l'évaluation et déroulement de la mission

La méthode utilisée était participative et inclusive, consistant principalement à susciter puis, structurer la réflexion des différents acteurs du projet autour des questions d'évaluation. Il est important de souligner que la démarche proposée était telle que les consultants n'étaient pas là pour imposer leurs idées/analyses. Même en tant qu'apporteurs de regards externes, ils ont amené leurs idées/analyses plutôt sous forme de questionnement que sous forme d'affirmation. Les consultants ont tenté de susciter les parties prenantes à élaborer elles-mêmes un diagnostic et des recommandations partagées. L'évaluation a fait intervenir une large gamme de parties prenantes du projet, depuis les membres de l'équipe de projet jusqu'aux autorités nationales/provinciales/locales et programmes nationaux concernés (en particulier PNILP et PNL/IST), en passant par le staff des organisations partenaires (SWAA, COPEDECOBU), un échantillon de pairs-éducateur.rice.s et mobilisateur.rice.s communautaires, un échantillon de bénéficiaires finaux (patrons de pêche, pêcheurs, restaurateur.rice.s, mareyeuses, travailleuses de sexe, jeunes de 10 à 24 ans en apprentissage du métier de pêche), sans oublier d'autres interlocuteur.rice.s clés (voir 4.2. Annexe 3). L'implication des différentes parties prenantes du projet (et en particulier les 3 organisations membres du consortium) durant tout le processus (du plan d'évaluation à la restitution) a contribué non seulement à l'enrichissement de l'analyse et à l'appropriation des résultats de l'évaluation, mais aussi, au renforcement de leurs capacités en les rendant acteurs du processus. De plus, une démarche participative a permis notamment de garantir une analyse qualitative et pas seulement quantitative.

L'équipe de consultants a tout d'abord veillé à analyser toute la documentation nécessaire à une bonne compréhension détaillée des enjeux du travail demandé. Ce travail préalable leur a permis de s'imprégner des données factuelles relatives aux activités et réalisations (document programme, rapports d'activités, compte-rendu de réunions/missions, monitoring tool, rapport d'évaluation intermédiaire, rapport de capitalisation, documents de politique nationale, etc.)¹⁰. Remarque : l'évaluation est menée en l'absence du rapport final du projet (pas encore rédigé au moment de l'évaluation).

Sur base de l'analyse documentaire, les consultants ont ensuite rédigé un plan d'évaluation qui a précisé le contexte, les objectifs, la méthodologie d'évaluation ainsi qu'une proposition de calendrier de mission.

Les techniques de recueil de données suivantes ont été utilisées dans les différentes phases du recueil de données :

- En tout début de mission de terrain, un *briefing* a été organisé à Bujumbura entre les consultants et l'équipe de projet (SWAA et COPEDECOBU) ainsi que la Direction et quelques membres du staff de la SWAA. L'équipe projet a présenté le projet (contexte, objectifs, enjeux, activités, résultats) et ensuite, les consultants ont présenté le plan d'évaluation. Le programme de mission a été validé à l'issue de cette réunion par les organisations partenaires.
- Tout au long de la mission de terrain, des *entretiens individuels et/ou de focus-group* ont été menés : des interviews informelles et formelles articulées autour de guides d'entretien (qui se sont inspirés de la matrice d'évaluation), en favorisant le dialogue et le recueil de témoignages. Les consultants ont veillé à combiner dans la mesure du possible des entretiens individuels avec des focus-groups (focus-groups surtout avec les communautés bénéficiaires). Concernant ceux-ci, dans certains cas ils étaient mixtes femmes/hommes (focus-groups spécifiques avec les PE) et dans d'autres cas ils étaient homogènes (focus-groups spécifiques avec les mareyeuses). Les autres types d'acteurs (autorités nationales/provinciales/locales, tout autre acteur impliqué de manière indirecte dans le projet) ont fait l'objet d'entretiens individuels.
- *Méthode participative d'évaluation* : la méthode du « changement le plus significatif » (« Most Significant Change ») a été appliquée partiellement lors des entretiens individuels et/ou focus-group avec les bénéficiaires finaux. Il s'agit d'une méthode très participative qui met en valeur des histoires significatives de changements (dus au projet). Concrètement, elle se base sur une sélection de témoignages/récits de changements recueillis auprès des acteurs d'une intervention (en particulier ici les bénéficiaires finaux) que ces acteurs estiment particulièrement significatifs. C'est une méthode simple, particulièrement adaptée au contexte local. La plus-value de cette méthode se situe à

¹⁰ Voir liste des principaux documents consultés en annexe 2.

plusieurs niveaux : 1) elle permet d'identifier des changements inattendus, 2) elle met en évidence différentes interprétations de la réalité et 3) elle incite à une meilleure compréhension par les bénéficiaires des changements organisationnels. Cette méthode se focalise davantage sur l'évaluation qualitative des projets. Elle a notamment permis aux consultants de valoriser quelques effets/impacts des différentes actions du projet auprès des communautés de pêcheurs.

- Finalement, au terme de la mission de terrain, les consultants ont organisé une séance de *restitution* à chaud qui a été couplée au COPIIL de clôture du projet. Ont participé à cette séance les organisations membres du consortium, la Direction de la SWAA, les responsables de la COPEDECOBU et de la Fédération des pêcheurs ainsi qu'une représentante du PNILP. Concernant la restitution proprement dite, dans un premier temps, les consultants ont restitué les premières conclusions de l'évaluation en mettant l'accent sur les constats (points forts, points faibles). Ces conclusions ont ensuite été débattues entre les parties prenantes afin d'affiner/corriger/compléter l'un ou l'autre enseignement et/ou l'une ou l'autre recommandation. A noter que comme support de travail pour l'animation de cet atelier, un aide-mémoire (sous forme de présentation Power Point) a été rédigé par les consultants.

La mission s'est déroulée au Burundi du 08 au 14 juin 2023 (voir programme en annexe 4).

Appréciation générale & remerciements

La mission s'est déroulée de manière satisfaisante, avec une bonne disponibilité des participant.e.s. Les consultants souhaitent remercier toutes les personnes et institutions qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué au bon déroulement général de la mission. En particulier, nous tenons à vivement remercier toutes les communautés de pêcheurs et mareyeuses rencontrées pour leur grande disponibilité.

Nos remerciements les plus chaleureux vont aux coordinateurs du projet, Messieurs Emile Havyarimana (SWAA) et Jean-Bosco Baragunaguza (COPEDECOBU). Outre l'aspect logistique et organisationnel de la mission qu'ils ont assuré d'une main de maître, les consultants soulignent les riches échanges qu'ils ont eus avec chacun d'entre eux et qui ont sans nul doute contribué à enrichir la qualité de ce travail d'évaluation.



Fig.3 : Focus-group avec les femmes PE et bénéficiaires à Mvugo

2. Analyse globale

2.1 Pertinence

- Le projet trouve toute sa légitimité par rapport au contexte du Burundi et aux contraintes initialement identifiées par celui-ci : la communauté des pêcheurs et des mareyeuses du littoral du lac Tanganyika ont des contraintes et besoins spécifiques peu pris en compte par le système de santé et plus généralement par les programmes et politiques. Ces communautés recourent souvent tardivement aux soins car la distance des structures sanitaires et le temps d'attente dans ces structures sont jugés trop longs selon leur emploi de temps très serré lié à l'activité de pêche¹¹. Or, ces communautés sont exposées aux risques en matière d'infection au VIH, IST et de grossesses non désirées ainsi qu'au choléra, à la tuberculose et au paludisme. Pour faire face à ces contraintes, le projet tente de combiner plusieurs approches au pouvoir transformatif (amélioration de l'accès aux soins de santé pour ces populations-cibles) : l'éducation par les pairs, la stratégie avancée en santé communautaire, le partenariat avec les centres de santé de proximité et le plaidoyer au niveau national.
- La stratégie avancée est une activité pertinente et démontrant de réels atouts dans la stratégie globale du projet. Les infirmier.ère.s et mobilisateur.rice.s communautaires se déplacent sur les plages de pêche selon un plan mensuel pour réaliser les dépistages ou consultations, au plus près de la communauté cible. Cette stratégie « d'aller vers » permet de toucher un maximum de personnes de la communauté, de les sensibiliser au dépistage et d'encourager l'accès aux soins et aux traitements avant les manifestations aiguës des maladies, et donc d'éviter une prise en charge tardive. Cette stratégie vient en particulier appuyer la prise en charge des PVVIH et est complémentaire à l'action menée par les centres de santé partenaires.
- De manière plus globale, l'approche en santé communautaire prônée par le projet est totalement pertinente du fait qu'elle est particulièrement adaptée à la spécificité des cibles (communautés mobiles et peu disponibles) : (1) adaptation de l'offre de soins tenant compte de la disponibilité des cibles (accueil prioritaire dans les centres de santé partenaires) ; (2) suivi des « perdus de vue » PVVIH via des collaborations entre les CDS et les pairs-éducateur.rice.s encadré.e.s par les mobilisateur.rice.s communautaires et aussi, entre centres de santé de provinces différentes ; (3) mise en place de postes de santé (PS) sur les plages ou à proximité des plages (proximité des cibles, réduction du temps de latence d'autant plus pertinente par rapport au contexte) ; (4) sensibilisation de proximité par les pairs-éducateur.rice.s (membres de la communauté) au niveau des plages sur les problèmes de santé (SSR, VIH, IST, hépatites, tuberculose et paludisme).
- L'approche de l'éducation par les pairs est jugée pertinente. Le terme « pairs-éducateur.rice.s » désigne les hommes et les femmes (pêcheurs, patrons-pêcheurs, mareyeuses, restauratrices, dockers) qui assurent la sensibilisation de leur communauté (par catégorie socioprofessionnelle) à la santé, et ce de manière totalement bénévole. Leur proximité et leur bienveillance expliquent la relation de confiance qu'ils ont établie avec les populations. Cette confiance est renforcée auprès de populations par le fait qu'ils.elles sont bien connu.e.s au niveau des centres de santé partenaires et qu'ils.elles accompagnent certaines personnes malades lors du référencement aux centres. Les messages de santé qu'ils.elles transmettent, au travers des séances de sensibilisation ou dans la vie quotidienne sont particulièrement adaptés à ce que vivent les communautés (besoins réels).
- L'approche inclusive et participative (avec les organisations membres du consortium, avec les communautés de pêcheurs et mareyeuses y compris les réparateurs de pirogues, les restaurateurs mais aussi, avec les autres acteurs clés des zones d'intervention (en particulier les autorités nationales et agents de santé des centres de santé partenaires), adoptée par le projet est jugée pertinente dans la mesure où elle constitue une condition incontournable de durabilité, mais aussi de responsabilisation pour faciliter l'appropriation et accroître la participation tant physique, qu'intellectuelle et financière des parties prenantes.
- L'étude épidémiologique menée en partenariat avec le PNLS-IST est jugée pertinente : peu de données statistiques sur les hépatites virales au Burundi sont disponibles et actualisées. Cette étude,

¹¹ Cette communauté a des horaires de travail très différents des autres catégories sociales qui consultent dans les structures habituelles de soins. En effet, en journée, la population ciblée se repose et profite pour récupérer le temps de sommeil après les activités nocturnes de pêche, de restauration et de préparation du poisson.

bien que réalisée sur une communauté ciblée, est donc une source d'information très importante qui a suscité l'intérêt du Ministère de la Santé à porter un regard particulier sur cette communauté des pêcheurs.

- Le projet a été formulé de manière pertinente, c'est à dire qu'il y a une cohérence entre la problématique identifiée, les objectifs fixés par le projet et les résultats attendus. Il existe une belle complémentarité entre les OS du projet (prévention/offre de soins, renforcement des capacités, plaidoyer). L'intégration d'activités de sensibilisation et de prévention face au COVID-19 est jugée pertinente. Remarque : concernant le résultat 4 relatif au renforcement des capacités organisationnelles des partenaires, la mission d'évaluation souligne l'absence d'actions dans ce sens auprès de la COPEDECOBU. Seule la SWAA-Burundi a bénéficié d'actions concrètes à ce niveau (notamment stratégie genre, gestion financière, suivi-évaluation). Or, la mission d'évaluation juge qu'il aurait été totalement pertinent de renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles de la COPEDECOBU tenant compte du fait que cette organisation partenaire est le principal acteur opérationnel du projet, représentant les communautés bénéficiaires. Ce renforcement des capacités de la COPEDECOBU dès la phase 1 du projet aurait été d'autant plus pertinent que ce processus prend du temps et ce, dans une optique de pérennisation des acquis du projet (au-delà de l'approche projet). Des recommandations sont formulées pour une éventuelle phase 2 (*voir recommandations*).
- Bien que la majorité des indicateurs soient pertinents et orientés résultats, ces indicateurs ne sont pas toujours simples à apprécier et en plus, les valeurs de référence de base n'étaient pas définies (absence de baseline) et nécessitent un dispositif de suivi suffisamment robuste et orienté changements (*voir aussi 2.3.4. Efficacité du dispositif de suivi-évaluation*). Pour une éventuelle phase 2, les consultants recommandent la définition de marqueurs de progrès (indicateurs d'effets), l'organisation d'ateliers participatifs avec les équipes de mise en œuvre du projet, permettant de travailler collectivement et régulièrement sur l'appréciation de l'atteinte de ces indicateurs, l'élaboration d'outils concrets (comme par exemple un journal de suivi des marqueurs de progrès) et qui seraient remplis à fréquence régulière par les différentes parties prenantes et enfin, l'élaboration d'un véritable plan de suivi-évaluation orienté changement (avec rôles et responsabilités de chaque partie prenante dans ce dispositif).

2.2 Cohérence

2.2.1 Cohérence par rapport à la stratégie nationale (alignement)

- Le projet SAPEMA, de par son objectif général, s'aligne parfaitement bien à la Politique Nationale de Santé (PNS) 2016-2025 de la République du Burundi sur ses deux premiers objectifs généraux¹² suivants : (1) *contribuer à la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidité, mortalité, handicaps, invalidités) des maladies et des problèmes de santé prioritaires (y compris la malnutrition)*; (2) *améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire*. La mise en œuvre du projet contribue à l'atteinte des résultats ci-dessous (voir PNS 2016-2025) visés par le Burundi à l'horizon 2025, notamment :
 - a) *Le contrôle du paludisme résultant en une réduction de la morbidité et de la mortalité palustre à un niveau acceptable internationalement, à l'aide des outils préventifs et thérapeutiques actuellement disponibles « Zéro décès dû au paludisme » ;*
 - b) *La fin de l'épidémie de sida avec « Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida. » y compris l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;*
 - c) *L'élimination de la tuberculose résultant en une réduction de la morbidité et de la mortalité due à la tuberculose conforme aux seuils internationalement acceptables, à l'aide des outils préventifs et thérapeutiques actuellement disponibles « Zéro décès dû à la tuberculose » ;*
 - d) *L'accès pour les jeunes de 20-24 ans à l'information et l'offre des services de santé sexuelle et reproductive des jeunes axée sur la prévention des grossesses précoces, la prévention des mariages et maternité précoces, la prévention des IST-VIH/SIDA ;*
 - e) *Le renforcement de l'accès et l'utilisation des services de planification familiale de qualité tenant compte des besoins et du choix libre éclairé de l'individu afin d'atteindre une couverture contraceptive d'au moins 50 %.*

¹² République du Burundi, Politique Nationale Santé 2016-2025, p. 41.

- Le projet s'est aussi aligné sur les objectifs stratégiques du Plan Stratégique National VIH 2018-2022 dont le but principal est de « *réduire les nouvelles infections, la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA, ainsi que d'en atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays et par conséquent sur les conditions de vie des populations à l'horizon 2022*¹³».
- Le projet s'est aligné également sur le Plan Stratégique National Hépatites 2018-2022 en contribuant par ses interventions, à la réduction de la charge de morbi-mortalité due aux hépatites virales (objectif général de PSN Hépatites 2018-2022).

2.2.2 Cohérence par rapport à la stratégie du Fonds mondial (complémentarités)

- Le Fonds mondial intervient de manière importante au Burundi depuis 2004, notamment par le déploiement de la stratégie de dépistage et de prise en charge des PVVIH et plus globalement pour l'efficacité de la riposte aux pandémies et une amélioration des systèmes de santé. La mise en œuvre de ces programmes nécessite des relais auprès des secteurs fragiles et des populations les plus vulnérables. La complémentarité avec les programmes soutenus par le Fonds mondial s'exprime donc en termes d'élargissement de la couverture des populations vulnérables. Il s'agit de fournir des services à une population jusqu'ici non touchée par le FM pour répondre à l'atteinte des objectifs 90-90-90 en termes de stratégie de dépistage, de traitement et de réduction de la charge virale. Ce projet porte un accent particulier à la population clé des pêcheurs et des groupes associés (femmes et enfants).
- Le projet est en cohérence avec la stratégie du Fonds mondial par rapport au rôle des systèmes communautaires dans l'amélioration de services de santé de la communauté de pêcheurs et mareyeuses. Les bénéficiaires des interventions du projet sont aussi des acteurs engagés et participent dans le processus de changement souhaité pour leur meilleur état de santé.

2.2.3 Cohérence par rapport aux autres programmes de coopération intervenant dans le même secteur (harmonisation)

- Le projet travaille en synergie avec la Croix-Rouge du Burundi (qui est sous-réceptaire des subventions du FM) : en particulier, cette dernière a fourni des préservatifs au projet SAPEMA (qui sont ensuite mis à la disposition de la population bénéficiaire).
- La Fondation Raja Danièle Marcovici est intervenue dans le paiement de personnel médical (cofinancement pour le paiement d'une partie de salaires de 2 infirmier.ère.s de Rumonge) et l'appui en mobilier de bureau pendant la mise en œuvre du projet.
- L'ONG Moto Action a appuyé le projet dans l'élaboration d'outils de sensibilisation (déconstruction des rumeurs, quizz, jeu de rôle). Cette coopération Sud-Sud entre cette ONG et le projet est très intéressante. Il y a d'abord eu une mise en relation via Expertise France avec une première réunion qui s'est tenue en novembre 2021 entre la Chargée de projet SAPEMA pour ESSENTIEL et la Coordinatrice générale de Moto Action. Les objectifs de cette réunion étaient les suivants : retours d'expérience, bonnes pratiques sur la Pair-éducation (dont la sensibilisation) et la capitalisation. L'ONG Moto Action a amené des idées de supports d'animation sur les séances de sensibilisation et surtout a permis une relecture et des suggestions sur le fond et la forme pour une Boîte à Images Hépatites adaptée au contexte et aux besoins.

2.2.4 Cohérence par rapport aux Objectifs de Développement Durables (ODD)

Le projet est en cohérence avec les ODD et contribue de ce fait à l'atteinte des ODD concernés.

Interventions du projet SAPEMA	ODD
--------------------------------	-----

¹³ Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA, Plan Stratégique National VIH 2018-2022, p. 41.

Prévention et sensibilisation contre le VIH, le Paludisme, la Tuberculose et les Hépatites	ODD 3.3 ¹⁴
Sensibilisation sur la santé sexuelle et procréative (planification familiale)	ODD 3.7 ¹⁵
Promouvoir l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative	ODD 5.6 ¹⁶

Les bénéficiaires du projet (pêcheurs en particulier) constituent une catégorie qui était jadis difficile à toucher par les diverses interventions dans le domaine de la santé. Selon l'idée qui sous-tend les ODD, celle de ne laisser personne de côté (« *Leave no one behind* »), le projet a permis de porter le regard singulier sur les pêcheurs considérés désormais comme aussi « un groupe vulnérable » aux infections sexuellement transmissibles, le VIH et les hépatites virales.

2.3 Efficacité

L'efficacité du projet permet de mesurer si les objectifs de celui-ci ont été atteints, compte tenu de leur importance relative. Nous analysons/apprécions ici en particulier l'atteinte des indicateurs de résultats tels que définis dans les rapports d'activités, cadre logique et monitoring tool.

De manière générale, l'efficacité du projet a été bonne et ce malgré des facteurs externes (en particulier inondations et dans une moindre mesure la pandémie de Covid-19) qui ont ralenti la bonne évolution des activités. Avant de revenir sur le niveau d'atteinte de chaque résultat, voici quelques résultats généraux (qui seront ensuite analysés plus loin) :

- 40 005 bénéficiaires direct.e.s (patrons de pêche, pêcheurs, restaurateurs/trices, mareyeuses, travailleuses de sexe, jeunes de 10 à 24 ans)
- 185 pairs-éducateur.rice.s formé.e.s
- 7 516 personnes bénéficiant de dépistages
- 9 288 séances de sensibilisations sur les 18 plages d'intervention du projet
- Amélioration de l'utilisation des services de santé par les populations bénéficiaires (le taux de fréquentation augmente dans les centres de santé partenaires, augmentation des dépistages volontaires, augmentation de l'utilisation des préservatifs)
- Meilleur suivi des PVVIH des bénéficiaires (charge virale indétectable) et réduction des « perdus de vue » (via une bonne communication entre CDS partenaires, d'une plage à l'autre)
- Éveil de la conscience des bénéficiaires pour la consultation lors des signes d'alerte des pathologies fréquentes

2.2.1. Résultats atteints de l'OS1 ("Renforcer l'accès des pêcheurs, mareyeuses et travailleuses du sexe sur le littoral du Lac Tanganyika au dépistage des maladies sexuellement transmissibles (HIV, IST, hépatites) et développer les services de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle et de la reproduction, au paludisme et à la tuberculose »)

Indicateurs OS1 : La prévalence des pathologies ciblées est en baisse au cours du projet ; Les dynamiques de concertation mises en place favorisent l'implication des acteurs locaux et nationaux et contribuent à renforcer la pérennité des actions développées

R1 – « Les pêcheurs, mareyeuses et autres publics clés ont accès à des services de santé de proximité sur le littoral (Rumonge, Kajaga, Mvugo) »

Indicateurs de résultat : 3 postes de santé pérennes sont fonctionnels et dispensent des services de prévention, de dépistage et d'orientation en proximité avec les usagers ; 6 infirmier.ère.s sont formé.e.s sur le paquet de services proposés et conduisent leurs activités sur la base du référentiel et des outils standardisés avec les autres formations sanitaires

¹⁴ ODD 3.3 : D'ici 2030, mettre fin à l'épidémie du SIDA, à la tuberculose et au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre les hépatites et les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

¹⁵ ODD 3.7 : D'ici 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

¹⁶ ODD 5.6 : Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelles et procréatives et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation ...

- Au terme du projet, bien que des facteurs externes (cf. inondations) aient fortement perturbé le bon déroulement des activités, le résultat est globalement atteint. Cependant, la pérennité des postes de santé reste une question cruciale qui nécessite la mise en œuvre de stratégies adéquates à l'avenir (cf. recommandations).
- A l'origine (plan d'action initial), le projet devait créer 2 postes de santé au sein de la communauté des pêcheurs à Kajaga et à Mvugo et renforcer le poste de santé de Rumonge créé en 2014 (dans le cadre du partenariat déjà existant entre la région du Pays de la Loire et la SWAA Burundi). Mais en 2020 et 2021, le Burundi a été confronté à une brutale et importante montée des eaux du lac Tanganyika¹⁷. Les inondations que cela a entraînées ont directement impacté le projet, puisque d'une part, le poste de santé de Rumonge a été inondé et d'autre part, les postes de santé de Kajaga et de Mvugo ne pouvaient plus être installés sur les plages. Des solutions transitoires ont été trouvées, comme l'hébergement de ces postes dans des centres de santé partenaires : le PS de Kajaga dans la clinique de la Fondation Stamm et le PS de Mvugo dans un centre de santé public proche de la plage.
- Finalement, en fin de projet, les 3 postes de santé sont opérationnels :
 - Le PS de Rumonge : localisé dans les bureaux de la Fédération des pêcheurs¹⁸.
 - Le PS de Mvugo : localisé au sein d'un local réhabilité dans les installations de la COPEDECOBU¹⁹ (opérationnel depuis janvier 2023).
 - Le PS de la province de Bujumbura Rural : finalement relocalisé sur la plage Olympic²⁰. La SWAA Burundi a mis à la disposition du projet un container. Le PS est opérationnel depuis février 2023. Remarque : l'appui des autorités (Ministère de l'Environnement) a permis de négocier des exceptions, notamment en installant le poste de santé à moins de 150m du littoral dans un contexte post inondations. Les partenaires du consortium ont mené un grand travail de plaidoyer pour obtenir cette autorisation exceptionnelle.
 - Les 3 PS sont fonctionnels et dispensent des services de prévention, de dépistage et d'orientation en proximité avec les usager.e.s.



Fig.4 : Le Poste de santé sur la plage Olympic (Bujumbura)

- D'après nos témoignages avec les communautés bénéficiaires, la mise en place de postes de santé constitue une réelle plus-value, en particulier sa proximité directe avec la population et son accès facilité avec des horaires adaptés aux activités des usagers du port (essentiellement tôt le matin pour les pêcheurs, mareyeuses, travailleuses du sexe). Le PS représente par ailleurs une base avancée

¹⁷ En trois ans, le niveau d'eau du lac a augmenté de 5 à 6 mètres et a progressé vers l'intérieur des terres de 200 à 250 mètres, provoquant des déplacements internes de la population et des impacts sur les activités commerciales et sur l'agriculture.

¹⁸ Ceux-ci ne sont pas situés sur la plage mais restent proches de celle-ci.

¹⁹ Local situé dans l'enceinte de plusieurs bâtiments de la COPEDECOBU, à proximité immédiate de la plage.

²⁰ Suite à des risques d'inondations à Kajaga.

pour des actions de prévention et de formation communautaires sur les plages et les ports secondaires. En outre, toujours d'après nos témoignages, ces postes de santé facilitent le travail des pairs-éducateur.rice.s qui sont ainsi proches du PS et peuvent venir s'adresser directement au personnel soignant. Et finalement, les communautés bénéficiaires soulignent la plus-value de disposer à proximité de soins de 1^{ère} urgence.

- Au total, 6 infirmiers et infirmières (un binôme infirmier/infirmière par PS) ont été recruté.e.s et formé.e.s sur le paquet de services proposé (formations sur la prise en charge hépatite, sur la prise en charge PVVIH et sur différentes pandémies²¹). Ils.elles conduisent leurs activités sur la base du référentiel et des outils standardisés avec les autres formations sanitaires : sensibilisations, dépistages volontaires VIH, traitement des maladies sexuellement transmissibles, distribution de modes de contraception pour la santé sexuelle et reproductive dans le cadre du Planning Familial et de la prévention contre le VIH/IST, accueil, consultation, collecte et analyse des données avant transmission au chargé de suivi-évaluation du projet SAPEMA, etc. Les infirmiers et infirmières travaillent en étroite collaboration avec les centres partenaires où ils transmettent les données pour être enregistrées dans le système de gestion des informations sanitaires DHIS2.
- Outre les activités prestées au niveau du poste de santé, les infirmier.ère.s encadrent les pairs-éducateur.rice.s dans leur travail de sensibilisation sur les plages, dépistages VIH (inclus stratégie avancée et dépistage indexé) et référencement vers les centres de santé pour autres examens/analyses après diagnostic symptomatique, accompagnement des bénéficiaires vers les centres de santé (référence/contre-référence), visite des centres de santé partenaires (collecte de données), réquisition des intrants au niveau des districts sanitaires et à la Croix-Rouge du Burundi, etc.
- Des salariés chargés de la mobilisation/sensibilisation communautaire sont recrutés au sein de chaque PS. Ils/elles appuient le plan de sensibilisations des PE, encadrent ceux-ci (leur expliquent les questions posées par les bénéficiaires, les accompagnent vers les centres de santé partenaires), appuie la distribution de préservatifs, appuie les PE sur le rapportage, etc.

R2 – « Les pêcheurs, mareyeuses, travailleuses du sexe bénéficient d'actions communautaires d'information, de sensibilisation et de prévention (SSR, VIH, IST, VBG) ainsi que sur les autres pandémies paludisme, tuberculose, hépatites déployées sur le littoral »

Indicateurs de résultat : Les outils de sensibilisation sur les pathologies ciblées sont disponibles et adaptés aux actions de pair éducation ; 70% des pairs éducateur.rice.s formé.e.s sont en mesure de poursuivre les activités de prévention à l'issue du projet avec l'accompagnement et le suivi de la COPEDECOBU

- Le résultat 2 est globalement atteint (voir les résultats quantitatifs positifs ci-dessous). Nos différents témoignages confirment cela (*voir effets/impacts*). Le travail d'information, de sensibilisation et de prévention étant un travail de longue haleine, la mission d'évaluation ne peut que recommander de renforcer ces actions et idéalement de les diversifier (*voir infra*).
- Pour rappel, l'approche de "pair-éducation" ou éducation par les pairs fait appel à des personnes ressources au sein des communautés (leaders et prescripteurs) qu'il s'agit de former ou d'aider à compléter leur formation (recyclage) et d'encadrer dans leurs actions de sensibilisation. Un total de 185 pairs-éducateur.rice.s ont bénéficié de formations initiales (mai 2021) et de recyclages sur la sensibilisation et la prévention (SSR, VIH, IST, VBG) ainsi que sur les autres pandémies (paludisme, hépatites, tuberculose). Chaque PE a bénéficié de deux séances de recyclage (en janvier 2022 et février 2023)²². Ces séances portaient en particulier sur le VIH/IST (indexation), sur les hépatites virales (avec l'utilisation de la boîte à images – voir infra), sur la tuberculose, sur les techniques d'animation et de communication, sur les outils de sensibilisation/de rapportage/de référencement et contre-référencement des patients, sur les violences basées sur le genre, etc.
- Ces PE sont bénévoles. Lors des focus-groups avec certains d'entre eux.elles, la mission d'évaluation a pu constater leur fort engouement et détermination à mener et à poursuivre ce travail de manière bénévole (*voir effets/impacts*). Toutefois, il sera impératif de mettre en place les stratégies adéquates pour la pérennisation du travail mené par ces PE (*voir recommandations*). Remarque :

²¹ Formations de 3 jours (fin 2020).

²² 2 à 3 jours de formation (animé par des Médecins Chefs de District et des Techniciens en Promotion de la Santé), sur chacune des 3 zones d'intervention du projet.

selon nos témoignages, le projet a sous-évalué le budget lié aux frais de déplacements et aux frais de communication des PE (*voir efficience*)²³.

- Suite à la mission de supervision de juillet 2021 (consortium), le projet a réorienté cette activité de formation des pairs-éducateur.rice.s. En effet, le constat a été que le nombre actuel de PE formés (185) correspond aux besoins de la communauté. Ils.elles sont suffisamment nombreux.ses, volontaires et impliqué.e.s. Ainsi, les membres du consortium en ont conclu qu'il n'était pas nécessaire de former à nouveau une cohorte de 185 personnes en 2022. De ce fait, il a été proposé de réaliser des sessions de recyclages pour les PE formés en mai 2021 et de remplacer ceux qui souhaitent se désinvestir. A la fin du projet, l'objectif est ainsi d'avoir une cohorte de 185 personnes formées à la pair-éducation, motivées et à jour dans leurs connaissances. La mission d'évaluation confirme la pertinence de cette réorientation.
- Selon nos témoignages, les recyclages ont été très bénéfiques dans la mesure où la qualité du travail d'animation/sensibilisation des PE s'est améliorée.
- Toujours d'après nos témoignages, tous les PE n'ont pas le même niveau de connaissances (par exemple, certains PE ne connaissent pas la durée du traitement de la tuberculose). Par ailleurs, certains PE ne sont pas à jour et n'ont pas tous la même compréhension (par exemple, la charge virale indétectable signifie non transmissible).
- Les outils de sensibilisation (sur les pathologies ciblées) officiellement utilisés sont ceux des Programmes Nationaux (en Kirundi). Pour compléter cela, la SWAA-Burundi ainsi que d'autres ONG comme Moto Action ont élaboré d'autres outils (déconstruction des rumeurs, quizz, jeu de rôle). Une boîte à images pour la sensibilisation contre les hépatites virales a été élaborée en collaboration avec le PNLS/IST et le MSPLS (*cf.* 2.3.4.). Cette boîte à images a été introduite en dernière année de projet comme outil de sensibilisation. D'après nos témoignages, ces différents outils permettent de rendre les actions des PE adaptées et pertinentes. Cependant, nous formulons des recommandations sur les techniques/moyens d'animation qui restent à diversifier (radios communautaires, théâtre, films, pancartes ... *cf.* recommandations) pour en augmenter l'efficacité.
- Lors des séances de sensibilisations, les PE regroupent leurs cibles par catégorie socioprofessionnelle (taille variable mais le plus souvent 20 à 30 personnes par groupe), avec l'appui des comités de plage. Avec l'appui des mobilisateur.rices. communautaires, un plan mensuel de sensibilisation est élaboré.
- A partir des réalités observées, les objectifs du nombre de séances de sensibilisation et du nombre de participant.e.s aux séances de sensibilisation ont été révisés en consortium. Les objectifs ont été retravaillés avec la SWAA-Burundi au regard des réalités observées depuis le mois de novembre 2020 et le début d'année 2021. Ainsi, les PE ont finalement réalisé 2 séances par mois et par plage avec une moyenne de 30 participants à chaque séance. Au regard de cette nouvelle méthode de calcul, le nombre de personnes qui devait être sensibilisées a été ajusté pour plusieurs raisons : les moyens proposés au début du projet étaient certainement surévalués au regard des possibilités de mise en œuvre. En effet, 9 séances par mois et par PE étaient difficiles à mettre en œuvre puisque l'éducation par les pairs se cumule, sur la base du volontariat, avec les activités professionnelles des personnes. La mission d'évaluation juge ce réajustement totalement pertinent et adéquat par rapport au contexte.
- Concernant les séances de sensibilisation et de prévention qui ont été menées par les PE sur les zones d'intervention, voici les résultats à la fin du projet²⁴ :

Indicateurs	Résultats attendus	Résultats atteints	Performance
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème VIH/Sida	1983	1888	95%
Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation VIH/Sida	59566	58113	98%
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème IST	814	871	107%

²³ D'après nos témoignages, certains PE cotisent ensemble pour pouvoir s'acheter des unités téléphoniques leur permettant de communiquer avec l'équipe projet SAPEMA.

²⁴ Document de présentation des résultats du projet au COPIL de clôture (14 juin 2023).

Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation IST	24478	24994	102%
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème PF	839	850	101%
Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation Tuberculose	25256	25036	99%

Indicateurs	Résultats attendus	Résultats atteints	Performance
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème COVID-19	1121	1269	113%
Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation COVID-19	33699	38800	115%
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème Paludisme	1365	1801	132%
Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation Paludisme	41017	54065	132%
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème Tuberculose	1365	1421	104%
Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation Tuberculose	41017	42680	104%

Indicateurs	Résultats attendus	Résultats atteints	Performance
Nombre de séances de sensibilisation organisées sur le thème Hépatites	1378	1188	86%
Nombre Total de participants aux séances de sensibilisation Hépatites	41327	37103	90%
Nombre de préservatifs masculins distribués lors des séances de sensibilisation	10746	99553	926%
Nombre de préservatifs féminins distribués lors des séances de sensibilisation	3314	9242	279%

- De manière globale, nous constatons que ces résultats sont très positifs et que le nombre de séances de sensibilisation ainsi que le nombre total de participant.e.s à ces séances ont été souvent supérieurs à ce qui était attendu. Cela témoigne de l'engouement des PE, de l'intérêt des communautés cibles pour le projet (et pour ses enjeux) et du bon encadrement de l'équipe projet SAPEMA. Remarque : les résultats un peu moindres portant sur les séances de sensibilisations Hépatites sont liés à la mise à disposition tardive de l'outil « boîte à image hépatites virales » (voir 2.3.4.) et au dépistage qui n'est pas gratuit.
- D'après nos témoignages auprès des PE interrogés, au début du projet, le travail de sensibilisation a été difficile : par exemple à Mvugo, « les communautés de pêcheurs avaient une mauvaise compréhension du projet et pensaient notamment que nous étions salariés du projet. Maintenant, les communautés sont mieux sensibilisées mais il reste encore beaucoup de travail »²⁵.
- Relevons enfin que suite à la mission de supervision de juillet 2021, la SWAA-Burundi et la COPEDECOBU ont collecté et remonté des besoins concrets pour les pairs-éducateur.rice.s. En effet, ces derniers ont sollicité l'achat de parapluies et de petites sacoches pour protéger leurs outils de sensibilisation et de travail selon les conditions météorologiques et de transports. Ces équipements ont été fournis par le PNLS.

R3 – « La communauté ciblée bénéficie de services de dépistage, d'orientation et de référencement SSR, VIH, IST, VBG ainsi que sur les autres pandémies (paludisme, tuberculose, hépatites) »

Indicateurs de résultat : 20% de la population cible a bénéficié des services de dépistage sur l'une des pathologies ciblées et bénéficient d'un suivi adéquat ; 90% des PVVIH identifiées au sein de la population de pêcheurs bénéficient

²⁵ Un PE de Mvugo interrogé lors d'un focus-group.

d'un suivi virologique ; Le personnel en charge du dépistage et du suivi des malades respecte les directives des référentiels nationaux (VIH, paludisme, tuberculose, hépatites)

- De manière générale, ce résultat est atteint. L'accompagnement sur mesure du projet (dépistages et référencement via la stratégie avancée et les partenariats avec les centres de santé partenaires) permet d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge médicale de la communauté des pêcheurs et mareyeuses (voir aussi effets/impacts).
- Pour rappel, le dépistage du VIH est organisé selon la stratégie avancée (en dehors des lieux de soins sur les plages) et selon un dépistage indexé (des personnes de l'entourage des personnes dépistées comme porteuses du VIH) auprès des personnes de la communauté ciblée²⁶. Les dépistages sont gratuits et confidentiels et organisés en binôme : personnels des postes de santé SAPEMA et équipe du centre de santé partenaire (point-focal, voir infra). Remarque : selon les témoignages recueillis, ces descentes sur site permettent au personnel des centres de santé partenaires de mieux comprendre les problèmes rencontrés par les communautés de pêcheurs.
- Les tests sont mobilisés auprès des Districts Sanitaires de référence. Les données de ces dépistages sont transmises aux Bureaux des Districts sanitaires (BDS) ainsi qu'aux autorités provinciales et nationales.
- Voici les résultats quantitatifs atteints au terme du projet²⁷:

Indicateurs	Résultats attendus	Résultats atteints	Performance
Nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage VIH	10555	7516	71%
Nombre Total de personnes ayant bénéficié d'un dépistage Paludisme ou référés pour dépistage du Paludisme	5277	7816	148%
Nombre total de personnes ayant bénéficié d'un dépistage Tuberculose ou référés pour le dépistage de la Tuberculose	97	46	47%
Nombre Total de personnes référées aux structures de soins	3711	5522	149%

- En ce qui concerne le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage VIH, l'on constate que les résultats atteints ne sont pas ceux espérés. Cela serait dû surtout à un problème de rupture de stocks des intrants de dépistage.
- Concernant les dépistages VIH, parmi le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage (7516), 68 cas positifs sont relevés, soit un taux de positivité de 0,9 %. Ce taux correspondrait aux normes nationales²⁸. Remarque : Les membres du consortium justifient ce taux de positivité par le fait que le projet SAPEMA, ainsi que les projets précédents (10 ans d'intervention dans la zone de Rumonge via le projet pilote) ont permis d'impacter positivement les pratiques de la population en termes de comportements à risques et de participer à la réduction de la contamination par le VIH. Par ailleurs, les membres du consortium nous précisent que dans l'étude socio-comportementale menée en 2013 dans le cadre du projet pilote, les données de 2010 sont ciblées : le taux de prévalence nationale était de 1,3% (EDS de 2010) et celui dans la communauté des pêcheurs de 3%. Toutefois, selon les consultants, comme il n'y a pas eu de baseline concernant cet indicateur en début de projet SAPEMA, il est difficile d'apprécier l'évolution de celui-ci durant la période du projet. Il sera nécessaire en début de phase 2 de mener une étude baseline sur plusieurs indicateurs dont le taux de prévalence du VIH au sein des cibles.
- Concernant les dépistages paludisme, parmi le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage (7816), 4418 sont des cas positifs, soit un taux de positivité de 57 %.

²⁶ D'après nos témoignages, il n'est toutefois pas simple d'identifier et de suivre l'ensemble des femmes que les pêcheurs fréquentent.

²⁷ Document de présentation des résultats du projet au COPIL de clôture (14 juin 2023).

²⁸ Selon les données de l'ONUSIDA en 2021 (adultes âgés de 15 à 49 ans).

Remarque : il n'y a pas de document officiel de référence (baseline) au niveau du Programme National. Ces données ont été fournies aux membres du consortium par les équipes de Suivi-Evaluation du PNILP.

- En ce qui concerne le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage tuberculose (ou référées pour le dépistage de la tuberculose), l'on constate que les résultats atteints sont faibles. Selon les membres du consortium, cela s'expliquerait par le fait que les formations sanitaires partenaires du projet sont potentiellement des CDT (Centre de Diagnostic et de Traitement) de la TB mais peu sont suffisamment équipés pour proposer ce service. Les intrants sont fournis gratuitement par le Gouvernement, a priori la mobilisation du FM à cet effet est insuffisante pour une couverture nationale. De plus, les normes de l'OMS sur la question sont élevées et tous les Centres de Santé ne peuvent les atteindre (voir recommandations liées au plaidoyer pour le renforcement des capacités de prévention et de prise en charge de la tuberculose au sein des formations sanitaires partenaires du projet).
- Concernant les dépistages tuberculose, parmi le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage tuberculose (46), 18 cas sont positifs, soit un taux de positivité de 39 %. Ce taux est très élevé par rapports aux normes nationales (10 à 13%²⁹). Ces résultats montrent que la tuberculose est un réel problème de santé au sein de la communauté des pêcheurs.
- Concernant les dépistages des hépatites B et C, l'enquête épidémiologique³⁰ qui a été menée en partenariat avec le PNLS-IST (voir 2.3.3.) a révélé que parmi le nombre total de personnes de la communauté ayant bénéficié d'un dépistage (902), 40 sont des cas VHB+ et 5 des cas VHC+ et au moins une Co- infection VIH/VHB/VHC, soit 6,09 % des personnes testées au cours de l'enquête. Ces résultats montrent là aussi que les hépatites virales constituent un réel problème de santé au sein de la communauté des pêcheurs.
- Les personnes diagnostiquées comme étant malades sont référées auprès des structures de soins avoisinantes pour confirmer le diagnostic et bénéficier de soins appropriés selon un protocole de référencement adapté, réalisé à l'aide des fiches de référencement standardisées. En cas de dépistage positif, l'infirmier du PS accompagne le patient au centre de santé. Certains PE accompagnent aussi le patient selon les cas.
- Un partenariat est établi entre le projet et 27 centres de santé (public/privé/confessionnel) et ce, sur l'ensemble des 3 zones d'intervention (centres de santé les plus proches des plages ciblées). A noter qu'il n'existe pas de conventions de collaboration entre le projet et ces centres de santé partenaires (SWAA dispose d'une convention générale avec le MSPLS) mais chaque poste de santé est sous l'aire de responsabilité du CDS³¹ partenaire. Cela a comme conséquences l'organisation de missions de supervision des programmes nationaux ainsi que l'acquisition d'intrants au sein des PS³²³³. Remarque : selon nos témoignages, certains centres de santé partenaires ont de faibles stocks (en particulier ARV), ce qui provoque la rupture de stocks au niveau du PS (voir cas de Mvugo par exemple).
- Le système de contre-référencement a été mis en place avec les centres de santé partenaires début 2021. L'objectif étant de savoir, par retour d'information, si la personne référée par le poste de santé a bien été prise en charge par le centre de santé. Il s'est perfectionné avec la nomination d'un point-

²⁹ Remarque : ces chiffres ont été fournis oralement par les équipes du PNILT mais à ce jour l'équipe locale de coordination SAPEMA n'a pas réussi à avoir accès à une documentation officielle et reste en attente d'éventuels rapports. Ces chiffres ne sont pas évoqués dans les Plans Stratégiques. Nous pouvons avancer que les chiffres élevés de positivité sont dus à un dépistage après diagnostic symptomatique, qui a donc de fortes chances de se révéler positif. Mais au regard du faible nombre de personnes dépistées, ils ne peuvent être pris comme valeurs de référence concernant la prévalence au sein de la communauté. En revanche les modes de vie et de travail des personnes font de la TB un réel problème de santé sur les plages de pêche, accentué par les infections VIH.

³⁰ « Prévalence des hépatites B et C et VIH des personnes travaillant sur le lac Tanganyika au Burundi ». Extrait de l'enquête épidémiologique de 2020 (p.11 du document provisoire) : « Pour les hépatites B et C, la situation épidémiologique est peu connue. Quelques études parcellaires réalisées au cours des deux dernières décennies montrent que la prévalence de l'hépatite B serait entre 5 et 10% et celle de l'hépatite C, plus importante, proche des 10%. En 2002, une enquête avait trouvé un taux de prévalence de 4,6 % (Ag HbS) avec 5,4 % pour les hommes et 3,9 % pour les femmes³. Un rapport de janvier 2018 faisait état de taux de prévalence de 5 à 10 % pour l'hépatite B et de 10 % pour l'hépatite C ».

³¹ Centre de santé public.

³² Dépistage VIH, test confirmation VIH.

³³ Avec exigences du PS de justifier les consommations d'intrants octroyés.

focal au sein des 27 structures de santé partenaires, en charge d'accueillir et de suivre les personnes référées via un système de codification permettant la collecte de données. Ce dispositif de référencement et contre-référencement permet également aux structures de soins de comptabiliser les besoins en intrants de la communauté lors de leur approvisionnement au niveau des bureaux de district sanitaires.

- Au terme du projet, un total de 15 599 consultations étaient enregistrées sur le total des 3 postes de santé avec un total de 5 522 référencements, soit 1/3 des personnes reçues en consultation aux PS³⁴.
- Un suivi des personnes atteintes du VIH+ est réalisé conjointement par les Centres de santé partenaires pour le suivi virologique (prélèvements et analyse) et par les Postes de santé pour le suivi des prises de rendez-vous, le suivi des résultats et la facilitation de l'approvisionnement en ARV. D'après nos témoignages, l'amélioration du dispositif de suivi des patients dépistés positifs au VIH, avec le suivi de la charge virale via le contre-référencement, fonctionne bien grâce à une bonne collaboration entre les équipes de soin du projet et les structures sanitaires auprès de qui les patients sont référencés. Le suivi du contre-référencement et l'implication des comités des plages pour le suivi virologique des pêcheurs VIH+ sous ARV, mobiles entre les différentes plages, permet de rendre accessible l'offre de soin et de limiter les « perdus de vue » ou les nouveaux cas lors des déplacements dus à l'activité de pêche. En effet, les pêcheurs peuvent aussi se déplacer d'une plage à l'autre, en fonction des mouvements des poissons. Autrefois, ces déplacements constituaient une des causes majeures des abandons de traitements, notamment ARV. Grâce au projet SAPEMA, les patients bénéficient d'un suivi de traitement en continu. Les équipes des postes de santé s'assurent de la poursuite du traitement, par une collaboration étroite et une communication permanente avec les centres de santé situés sur le littoral.
- Le tableau suivant nous montre la file active par strate (province d'intervention) et par catégorie socioprofessionnelle.

Catégories socio-professionnelles	Kajaga	Rumonge	Mvugo	Total
Pêcheurs	32	33	22	87
Mareyeuses	10	12	40	62
Restaurateurs	0	0	0	0
Restauratrices	7	2	3	12
Apprentis	0	0	0	0
Patrons pêcheurs	0	2	0	2
Autres catégories	0	0	0	0
Total	49	49	65	163

- Parmi les PVVIH, les pêcheurs constituent la file active la plus importante à l'exception de Mvugo où ce sont les mareyeuses (Mvugo est considéré comme un point chaud en termes de prostitution³⁵).
- Relevons par ailleurs quelques difficultés rencontrées dans les centres de santé partenaires de la province de Bujumbura Rural où les pairs-éducateur.rice.s se plaignent de ne pas être soigné.e.s gratuitement (pour des soins/services supposés gratuits). Selon nos témoignages, le personnel soignant penserait que les PE sont payés par le projet. Ces difficultés soulignent la nécessité d'améliorer davantage la communication autour du projet, en particulier au niveau des structures de santé partenaires.
- Les activités de sensibilisation et de prévention face au COVID 19 ont été ajoutées au plan d'action initial³⁶ tenant compte de l'épidémie de COVID-19 et de son impact sur les populations ciblées. Dans ce cadre, le projet a appuyé les actions de sensibilisation et de prévention, la protection du personnel soignant et non soignant, la communication entre les districts sanitaires et la SWAA-Burundi afin

³⁴ Document de présentation des résultats du projet au COPIL de clôture (14 juin 2023).

³⁵ Lié notamment au passage de nombreux pêcheurs venant de pays voisins (RDC surtout).

³⁶ Voir avenant 1 à la Convention de subvention Expertise France / ESSENTIEL.

d'encourager une étroite collaboration pour la prise en charge des cas suspects et, en cas de limitation des déplacements, il a permis de se rendre au chevet des malades ayant besoin d'un traitement régulier (VIH) pour éviter une interruption du traitement. Les activités de sensibilisation et de prévention ont été menées par la SWAA Burundi au sein de ses bureaux et des 3 postes de santé ainsi que par la COPEDECOBU en milieu de pêche sur les 18 sites de débarquements du littoral du lac Tanganyika et sur les principaux points de vente des poissons. Le projet a appuyé la COPEDECOBU à réaliser les actions de nettoyage des mains (pour toute personne fréquentant les sites de pêche) et de prise de température des pêcheurs (prise de température chaque matin lorsqu'ils reviennent de la pêche) ; ceci avec l'achat de tanks à eau ou de réservoirs d'eau avec robinets, de thermomètres flash, de chlore, de savon, de mégaphones, gants et masques. Le projet a également accompagné la mobilisation des pairs-éducateur.rice.s autour des actions de sensibilisation sur la COVID 19 sur les sites de débarquements où des séances de sensibilisations étaient organisées chaque matin par petit groupe et par catégorie en tenant compte des horaires de travail. Les actions de sensibilisation et de prévention mises en place par la SWAA-Burundi ont été appuyées. Cela concerne une formation à destination du personnel et la mise en place d'une ligne d'écoute SOS par la SWAA-Burundi. Il s'agit d'informer la population cible du projet et le public en général qui a accès à la ligne SOS sur les mesures de prévention COVID-19 grâce à la mise à disposition d'un personnel formé. Le projet a pris en charge le salaire du répondant et le paiement des frais de mise en service de la ligne ainsi que des abonnements mensuels auprès des opérateurs téléphoniques sur 4 réseaux couvrant le territoire national. Le projet a soutenu également le lavage des mains dans les postes de soins de la SWAA-Burundi en mettant de l'eau chlorée et du savon à disposition du personnel, des patients et des visiteurs fréquentant les lieux de soins. Des masques³⁷ ont été mis à disposition du personnel soignant et non soignant des partenaires de la SWAA-Burundi et COPEDECOBU ainsi que des responsables des activités communautaires sur les ports de pêche afin d'assurer la continuité du service médical et des actions de sensibilisation.



Fig.5 : Le personnel du Poste de santé de Mvugo

2.2.2. Résultats atteints de l'OS2 ("Accompagner la formalisation des démarches engagées par la COPEDECOBU et la SWAA en matière d'accès des populations de pêcheurs aux services de santé pour faciliter leur extension »)

Indicateurs OS2 : Les référentiels techniques ciblés (stratégie genre, processus de capitalisation et de suivi-évaluation, qualité...) sont formalisés et utilisés dans la conduite des actions du personnel de la SWAA

R4 – « Les acteurs de la société civile sont renforcés sur leurs compétences organisationnelles et médicales »

Indicateurs de résultat : Les stratégies sensibles au genre développées par la SWAA sont formalisées ; Le suivi-évaluation permet annuellement d'ajuster les stratégies d'intervention du projet

³⁷ Masques en textile disponibles sur le marché burundais.

- Ce résultat est atteint sur base des indicateurs de résultat définis. Mais la mission d'évaluation renvoie le lecteur aux constats faits sur l'absence d'actions de renforcement des capacités de la COPEDECOBU (*voir pertinence et recommandations*).
- En fonction des besoins identifiés complétés par l'identification de nouveaux besoins, un accompagnement a été apporté sur des compétences organisationnelles par ESSENTIEL auprès des partenaires du projet (essentiellement SWAA) sur les thématiques suivantes : la gestion de projets (suivi financier, dispositif de suivi-évaluation et reporting), la communication dont la stratégie de communication numérique, la qualité des soins et les questions de genre. Globalement, le projet a pu démontrer des résultats de cet accompagnement:
 - COPEDECOBU / Amélioration des connaissances médicales et techniques sanitaires (ex : déroulement d'une enquête épidémiologique)
 - COPEDECOBU / Compréhension de la démarche en santé communautaire : mobilisation communautaire et moyens d'appropriation du projet
 - COPEDECOBU / Apprentissage de la mise en réseau et de la coordination avec les structures de santé de proximité (FOSA), nécessité de la proactivité dans les relations entre acteurs locaux
 - SWAA et COPEDECOBU / amélioration des connaissances et des stratégies en termes de visibilité, communication, travail en partenariat, plaidoyer et recherches de financements
- Le projet a appuyé l'élaboration de la stratégie genre de la SWAA-Burundi via l'appui d'une consultante locale. Le document final a été livré en octobre 2022³⁸. L'élaboration de ce document est justifiée comme une nécessité pour le plaidoyer (demandé par la majorité des partenaires techniques et financiers). À noter que cet appui est en parfaite cohérence avec les besoins exprimés par la SWAA dans la mesure où la stratégie genre figurait dans le plan de renforcement des capacités de l'organisation partenaire. Concrètement, au niveau de la SWAA, il y a eu amélioration de la stratégie RH au regard de l'activité GENRE, avec la mise en pratique des valeurs affichées. L'activité s'est conclue fin 2022 par une session de « mentoring » auprès des responsables des différentes antennes de la SWAA Burundi. Cependant, au regard de la date et des acteurs concernés, l'équipe SAPEMA n'est pas en mesure d'évaluer la mise en œuvre effective de la stratégie à ce jour sur le plan national.
- Création d'espaces locaux de concertation, de coordination et de suivi-évaluation entre les parties prenantes (*voir 2.3.4 Efficacité du dispositif de suivi-évaluation*).
- Comme déjà mentionnée, une étude épidémiologique sur la prévalence des hépatites virales en milieu de pêche (« prévalence des hépatites B et C et VIH des personnes travaillant sur le lac Tanganyika au Burundi ») a été menée en collaboration avec le PNLS-IST. Ce fut un processus assez long, tenant compte des lourdeurs administratives des autorités nationales. Le processus a suivi les étapes suivantes : (1) 2020 : rédaction du protocole ; (2) Fin 2021 : validation du protocole au Comité d'éthique en lien avec le PNLS-IST et recrutement du consultant ; (3) Mars 2022 : dépistage de 902 personnes et collecte des données sur 7 jours sur les 3 provinces; (4) Mai 2022: analyse des données et co-rédaction du rapport d'étude; (5) Juillet 2022: rapport final; (6) 2023 : atelier d'appropriation avec les Programmes Nationaux, en cours pour validation officielle. D'après nos témoignages, les résultats de l'étude ont été réutilisés par le PNLS-IST sur d'autres actions (notamment avec le FM), ce qui constitue un effet significatif de l'influence qu'a eu le projet sur les politiques nationales.

2.2.3. Résultats atteints de l'OS3 ("Soutenir une démarche de plaidoyer national pour une meilleure prise en compte des spécificités de la communauté de pêcheurs et des ports dans les politiques et stratégies nationales de santé (accessibilité aux services de santé, financements) »)

Indicateurs OS3 : Les stratégies de plaidoyer autour des droits des pêcheurs et mareyeuses sont formalisées et les supports de promotion sont diffusés

R5 – « La promotion des droits à la santé de la communauté des pêcheurs, mareyeuses et restauratrices est assurée »

³⁸ Suivi d'un atelier d'appropriation pour les représentants des antennes provinciales.

Indicateurs de résultat : Les pratiques et l'expérience du projet sont rendues partageables et diffusées

- Le résultat est atteint et est assez positif, en particulier en matière de plaidoyer où plusieurs actions concrètes aboutissent à une meilleure prise en compte des spécificités de la communauté de pêcheurs dans les politiques et stratégies nationales de santé. Cependant, il est primordial de poursuivre ce plaidoyer sur du long terme vu les nombreux enjeux liés à la durabilité des acquis du projet (*voir durabilité*). Dans ce cadre, il est recommandé d'élaborer un plan de plaidoyer structuré (*voir recommandations*).
- Le projet SAPEMA a fait l'objet d'un travail de capitalisation début 2023, selon une démarche participative (1 à 2 journées d'ateliers par strates, 65 participants au total représentant les différentes catégories d'acteurs du projet); Le rapport de capitalisation est structuré en 4 thématiques/axes d'intervention : (1) Santé communautaire et éducation par les pairs ; (2) Création de postes de santé et stratégie avancée ; (3) Plaidoyer institutionnel et coopération avec les autorités locales et gouvernementales ; (4) Dynamique pluri-acteurs et mobilisation communautaire dans l'expertise et la mise en œuvre. La mission d'évaluation souligne la qualité du rapport de capitalisation, en regrettant toutefois que les réflexions relatives à la durabilité des actions n'aient pas été suffisamment approfondies. Par ailleurs, les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du projet devraient faire l'objet de formulation de leçons apprises lors de la capitalisation.
- L'un des plus grands succès du projet est sans conteste celui d'avoir permis une plus grande visibilité auprès des différentes parties prenantes du projet (en particulier les autorités nationales/régionales/locales) du droit à la santé de la communauté des pêcheurs et des mareyeuses et ce, tenant compte de leurs spécificités (grande vulnérabilité liée à la mobilité des cibles, aux spécificités d'horaires de travail et population à haut risque d'hépatites virales et de tuberculose/VIH). Ce plaidoyer se manifeste concrètement via la reconnaissance de la spécificité des pêcheurs comme population à haut risque de VIH et des IST dans le plan stratégique national du CNLS.

Soulignons d'autres résultats concrets en termes de plaidoyer institutionnel :

- Une boîte à images « hépatite virale », qui a été validée par le MSPLS. Tout comme l'étude épidémiologique, le processus a été assez long. En voici les principales étapes :
 - L'élaboration de cet outil a été menée par la SWAA, la COPEDECOBU, une équipe d'experts du Ministère de la Santé Publique, du PNLS/IST, du Programme national de la santé de reproduction et du Programme de vaccination chargés d'élaborer les autres outils de sensibilisation pour les autres pathologies ;
 - Après la première version partagée en novembre 2021, l'outil a fait l'objet d'un travail concerté avec la personne point focal hépatites du PNLS/IST, la SWAA, les équipes du Ministère, ESSENTIEL et l'ONG Moto Action pour améliorer les messages et le graphisme de l'outil ;
 - Plusieurs réunions ont eu lieu en décembre 2021 afin d'aboutir à une version finalisée au premier semestre 2022. Cette version a été soumise à un pré-test en province mené par le PNLS IST suivi d'un atelier de validation pluri-acteurs en juillet 2022, tous deux financés par le projet SAPEMA. Une dernière version a été éditée et présentée au MSPLS, qui a approuvé le format et donné son accord pour multiplication en novembre 2022 ;
 - La mise à disposition au niveau national pour l'ensemble de la population burundaise, au-delà de la communauté de pêche, est désormais possible depuis début 2023 et la Boîte à Images a été multipliée pour les activités du projet SAPEMA (utilisation par les PE, les équipes des PS et les prestataires de soins partenaires).
- Le plaidoyer auprès du PNILP amorcé en 2021 a ouvert le dialogue et permis une collaboration positive avec le Programme National. La communauté des pêcheurs et mareyeuses, déjà identifiée comme « population-clé », est désormais reconnue comme « groupement spécifique » (au même titre que les militaires, les routiers, les étudiants en internat, ...) ce qui lui permettra de bénéficier de MIILDA sur les lieux de travail (plages de pêche) en plus de celles reçues par les familles sur recensement dans leur territoire d'origine, dans le cadre des distributions triennales. En septembre 2022, une supervision conjointe sur terrain SAPEMA-PNILP (à la demande du Directeur du Programme National) a permis de démontrer les besoins réels des professionnels de la pêche et

d'évaluer la méthodologie pour la distribution des MIILDA dans la communauté (information et mobilisation de la population)³⁹.

- Les partenaires du consortium sont impliqués dans les réflexions stratégiques des programmes nationaux pour veiller à l'intégration des interventions adaptées aux besoins spécifiques de la communauté des pêcheurs et mareyeuses, en particulier le 1^{er} Plan Stratégique National combiné VIH/IST/Hépatites 2023-2027.
- Rappelons que l'appui des autorités a permis de négocier des exceptions, notamment en installant des postes de santé à moins de 150 m du littoral dans un contexte post inondations (cf. plage Olympique).
- Rappelons aussi l'appui du PNLS dans la distribution de 165 kits pour les PE (parapluies, sacs à dos, registre).
- Enfin, soulignons les participations annuelles (en commun avec le PNLS-IST) aux Journées Mondiales de lutte contre le Sida.

2.2.4. Efficacité du dispositif de suivi-évaluation

- Le suivi technique et financier global est placé sous la responsabilité d'ESSENTIEL qui assure le contrôle et la consolidation des données sur la base de la contractualisation et des outils mis en place avec les partenaires. Il permet d'assurer un suivi régulier des activités, des évolutions du projet et de l'engagement financier. Le suivi technique est effectué par la SWAA sur place, avec l'appui de missions ponctuelles d'ESSENTIEL.
- Les mécanismes de pilotage mis en place, le Comité de Pilotage et l'Unité Technique et de Coordination (UTC), contribuent aux mesures de suivi définies avec les partenaires :
 - Le Comité de Pilotage, garant de la conduite du projet et des ajustements stratégiques (voir par exemple le réajustement du nombre de PE⁴⁰), est composé d'ESSENTIEL, de la SWAA, de la COPEDECOBU et des partenaires du projet (programmes nationaux, FFPB⁴¹). Le comité de pilotage a également pour vocation d'articuler les stratégies de santé communautaire auprès des pêcheurs et de réfléchir à la pérennisation du projet à terme. Dirigé par la SWAA, il se réunit normalement 2 fois par an en vue du pilotage des plans d'action. Dans les faits, il ne s'est réuni que 4 fois sur la durée totale du projet en raison notamment du contexte Covid mais pas que. Par exemple, il n'y a pas eu de réunions en 2022⁴², ce qui est bien dommageable au vu des enjeux liés à la pérennisation du projet. Remarque : selon nos témoignages, la pérennisation du projet avait surtout été réfléchi en amont, lors de la mission ESSENTIEL de juillet 2022 axée sur le plaidoyer⁴³. Les retours des différentes parties prenantes avaient été intégrés dans la réflexion et la proposition de projet phase 2.
 - L'Unité Technique et de Coordination (UTC), conduite par la SWAA et la COPEDECOBU, a à charge la conduite des activités prévues dans le projet. Un total de 12 réunions se sont tenues sur toute la durée du projet.
- En termes d'outils, le dispositif de suivi-évaluation se base essentiellement sur le monitoring tool (outil de reporting des indicateurs d'Expertise France) ainsi que sur un outil interne à Essentiel (reporting technique sous format Excel). Pour chacun de ces deux outils, il est constaté que les résultats relatifs à chaque indicateur ne sont pas suffisamment commentés. Par ailleurs, les indicateurs d'OS (effets/impacts) ne sont pas renseignés/commentés (par exemple, baisse de la prévalence des pathologies ciblées). De manière générale, le dispositif de suivi-évaluation n'est pas suffisamment orienté effets/impacts. Or, les évaluateurs estiment que pour ce type de projet qui nécessite des changements de comportements, il aurait été judicieux d'accorder de l'importance à la définition et au suivi de ce type d'indicateurs. Par exemple, voici quelques suggestions d'indicateurs d'effets/impacts qu'il serait intéressant de suivre dans une éventuelle phase 2 : (1)

³⁹ Cette évaluation a été menée dans le cadre d'une étude qualitative sur l'accès aux soins paludisme (rapport final en cours de rédaction).

⁴⁰ Cf. efficacité et efficience.

⁴¹ Fédération des pêcheurs et fournisseurs du poisson au Burundi.

⁴² Selon nos témoignages, pour des raisons d'agenda et d'activités liées directement au FM, les représentants des Programmes Nationaux du MSPLS n'ont pas pu se rendre disponibles pour le COPIL de fin 2022.

⁴³ Cf. rapport de mission, Anne-Laure Renard & Mouctar Diallo, ESSENTIEL.

« Suite aux formations (et recyclages) reçues, des pairs-éducateurs/trices forment d'autres bénéficiaires à devenir eux-mêmes PE » ; (2) « Grâce aux actions de renforcement des capacités dont a bénéficié la COPEDECOBU, celle-ci initie des pratiques nouvelles » ; (3) « Grâce aux collaborations entre le projet et les formations sanitaires ciblées, les bénéficiaires s'impliquent dans les COSA de celles-ci » ; (4) « Les formations sanitaires ciblées initient elles-mêmes des stratégies avancées » ; (5) « Les invitations par les pouvoirs publics des membres du consortium à des réunions et cadres de concertation sont de plus en plus nombreuses »

- Au niveau plus opérationnel, le dispositif de suivi-évaluation se base sur un système de remontée des données par la communauté (Community Lead Monitoring). Chaque PE dispose d'une fiche de rapportage. Le PE responsable de la plage de pêche dispose en plus d'un registre où sont compilées toutes les informations recueillies par les autres PE au sein de toute la plage de pêche. A la fin de chaque mois, le mobilisateur communautaire se rend sur toutes les plages de pêche de son secteur pour la collecte des fiches remplies par les PE, et les amène au PS pour compilation et analyse en équipe. Les infirmier.ère.s des PS collectent les données de référencement et de suivi des patients de la communauté de pêche recourant aux CS et aux autres formations partenaires. Pour ce faire, ils collaborent avec les points-focaux de ces centres de soins. Les équipes de chaque PS procèdent mensuellement au dépouillement, à la saisie et à l'analyse de ces données communautaires et cliniques, transmises le 5^{ème} jour du mois suivant au chargé de suivi-évaluation sous format Excel. Le PS de Rumonge fait aussi la saisie des données issues des prestations dans la plateforme DHIS2, plateforme du système national d'information sanitaire afin que leurs prestations soient intégrées aux informations sanitaires du pays. Le chargé de suivi-évaluation fait la compilation, l'analyse et une rétro-information à chaque PS à propos des données, compilées dans un rapport technique. Des corrections sont effectuées si nécessaire. Une réunion de l'UTC est organisée bimestriellement pour l'analyse du rapport technique avec l'équipe terrain et l'équipe coordination. Un feedback des décisions émises lors de cette réunion est transmis à tout acteur composant les maillons de la chaîne de remontée des données du projet.
- La zone de couverture du projet étant très large, cela nécessite une mobilité importante des équipes projet. En particulier dans la province de Rumonge, d'après nos témoignages, le suivi (en particulier par le mobilisateur communautaire) semble de moindre qualité sur les plages les plus éloignées du PS. Cela aurait comme conséquence un taux moins élevé de dépistage VIH⁴⁴. Des recommandations sont formulées pour faire face à ces contraintes (*voir recommandations*). **Remarque** : à noter que la pénurie de carburants dans le pays a également impacté le suivi des activités.
- Il ressort des rapports d'activités que les discussions sont fréquentes entre les membres du consortium pour faire face aux difficultés. Cependant, sur base de leurs constats lors de la mission de terrain, la mission d'évaluation s'interroge sur le niveau de compréhension commune entre les membres du consortium concernant la stratégie de durabilité et de sortie du projet. La mission d'évaluation ne peut que recommander aux membres du consortium de maximiser les réflexions à ce niveau pour arriver à des points de vue harmonisés et concertés entre les parties prenantes (*voir recommandations*).
- Enfin, relevons que des missions conjointes de supervision des activités du projet sont menées par la SWAA-Burundi, la COPEDECOBU et les différents programmes du Ministère de la Santé Publique⁴⁵. L'objet de ces missions était d'analyser l'état d'avancement des activités sur le terrain, de collecter les données en vue de renseigner le système de suivi-évaluation et de rencontrer les parties prenantes décentralisées du projet.

2.3. Efficience

L'efficience permet de mesurer si les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe, avec une bonne répartition et que l'action présente dès lors un bon rapport qualité/coût.

- L'efficience du projet est jugée bonne et ce, malgré des évènements extérieurs qui ont impacté le bon déroulement du projet.

⁴⁴ Les cibles se sentent plus en confiance d'aller se faire dépister dans le PS (plus de confidentialité).

⁴⁵ Un total de 13 missions ont été menées sur la durée totale du projet.

- Les inondations des plages (2020 et 2021) ont été à l'origine de délocalisation des postes de santé : de Kajaga à la plage Olympique de Bujumbura (PS récent) et de la plage à l'installation du PS au sein de la fédération des pêcheurs à Rumonge dont le conteneur reste partiellement immergé dans le lac Tanganyika. Même si des solutions alternatives ont été trouvées dans un premier temps (hébergement de ces PS dans des centres de santé partenaires), ces inondations ont impacté le bon déroulement du projet dans la mesure où les PS, en particulier de par leur plus-value en termes de stratégie avancée, ont été fonctionnels sur une durée moindre que prévu initialement.
- L'épidémie de Covid-19 (reconnue officiellement le 31 mars 2020 au Burundi) a décalé en 2021 le lancement officiel du projet, prévu initialement en 2020. De manière générale, la période de Covid-19 a ralenti le déroulement des activités du projet, considérant les mesures restrictives prises pour la prévention de l'épidémie notamment la réduction du nombre de personnes au cours des réunions, la distanciation physique, etc. Les activités de sensibilisation sur les plages en étaient affectées : interdiction de se réunir en groupe plus large.
- En termes de ressources humaines (RH), plusieurs turnovers dans le projet sont constatés : notamment 2 chefs de projet, 2 chargés de suivi-évaluation, 2 infirmières de Kajaga et 1 mobilisatrice de Rumonge. Il semble que la cause principale de ces départs serait le faible niveau de rémunération (en deçà du niveau utilisé par d'autres partenaires au Burundi). Ils n'ont certes pas affecté la mise en œuvre dans les délais des différentes activités mais ces personnes ont bénéficié de renforcement des compétences et leur départ représente une déperdition de l'investissement pour le projet.
- En matière d'efficacité organisationnelle, le projet a fait preuve d'une adaptabilité certaine à plusieurs reprises :
 - Le projet a fait l'objet de 2 avenants : avenant 1 : reprogrammation opérationnelle et budgétaire (% de délégation budgétaire) liée à de nouvelles activités de lutte contre la COVID-19 ; avenant 2 : extension sans coût de 5 mois (prolongation jusqu'au 31/05/2023) liée à des facteurs externes (inondations, Covid-19).
 - Nombre de PE réajusté (*voir efficacité*) : pour rappel, les missions de supervision ont abouti à une décision concertée de réduire à 185 le nombre de pairs-éducateur.rice.s mobilisé.e.s sur le projet, initialement de 370 personnes prévues.
 - Nombre de séances de sensibilisations réajusté (*voir efficacité*) : pour rappel, les objectifs du nombre de séances de sensibilisation et du nombre de participants aux séances de sensibilisation ont également été révisés en consortium (les PE ont ensuite réalisé 2 séances par mois et par plage au lieu des 9 séances par mois et par plage comme initialement prévu).
 - En cours de projet, il a été remarqué que la majorité des PE n'arrivaient pas à rendre les séances de sensibilisations pédagogiques, attractives et efficaces. Cet aspect a donc été intégré dans les ateliers de recyclage des PE en janvier et février 2022.
 - Pour rappel, suite à la mission de supervision de juillet 2021, la SWAA-Burundi et la COPEDECOBU ont collecté et remonté des besoins concrets pour les pairs-éducateur.rice.s. En effet, ces dernier.e.s ont sollicité l'achat de parapluies et de petites sacoches pour protéger leurs outils de sensibilisation et de travail en lien avec les conditions météorologiques et de transport. Ces équipements non prévus à l'origine du projet ont été octroyés par le PNLS.
 - Le projet s'est adapté à l'épidémie de Covid-19 : (1) gestes barrières (port du masque, lavage des mains) ; (2) intégration de cette thématique dans les séances de sensibilisation, les dépistages et les référencement vers les structures de santé partenaires.
- De manière globale, le projet présente un bon rapport qualité/coût : En réalité, tenant compte de résultats atteints, le coût du projet SAPEMA devrait être plus élevé que celui qui a été validé dans l'accord :
 - Le taux d'exécution budgétaire du Projet SAPEMA (coûts directs) est de 91%⁴⁶ avec seulement une activité qui n'a pas été réalisée : « accompagnement des acteurs dans leur communication et plaidoyer ». Cette activité pourrait être reconduite éventuellement dans la phase 2 du projet.

⁴⁶ Source : comptabilité du projet SAPEMA.

- Certaines charges n'étaient pas prises en compte dans le projet ou alors très faiblement : certaines activités ont été sous-évaluées (frais de déplacements des PE/personnel des PS) et certaines lignes budgétaires ont été oubliées (frais de communication des PE/personnel PS).
- La contribution des PE comme volontaires : les PE n'avaient pas de primes dans ce projet. Cependant, il existe les Agents de Santé Communautaires (ASC) qui, travaillant dans la population générale, bénéficient d'achat de performance comme motivation lors du dépôt de rapports d'activités. Et pourtant le travail des PE est quasi identique à celui des ASC (certains ASC sont PE) à la différence que les PE dans le projet travaillent sur la population spécifique de pêcheurs. Le volontariat des PE a permis de réaliser les activités à faibles coûts.
- Le fait d'impliquer dès la conception du projet les acteurs multiples (l'expérience de SWAA depuis 1992 dans la lutte contre le VIH/SIDA, COPEDECOBU représentant la communauté de pêcheurs, l'Administration du ministère de la santé/secrétariat permanent chargé de la lutte contre les VIH/IST, l'Administration décentralisée du ministère de la santé/Districts sanitaire et l'Administration locale) a permis de réaliser à moindre coût et faciliter (a) l'organisation des supervisions conjointes avec les différents programmes du ministère de la santé notamment PNLS/IST, PNILP, PNILT, SEP CNLS ; (b) le plaidoyer auprès des autorités impliquées ; (c) le rapprochement avec les instances intermédiaires et périphérique (District) de la santé.
- Certaines charges de PS n'étaient pas prises en compte dans le projet : (a) PS à la plage olympique (ici il n'y a ni électricité, ni eau) : les frais de sécurité sont payés par la COPEDECOBU ; (b) le PS de Rumonge est situé dans les bureaux de la fédération des pêcheurs aménagé par la COPEDECOBU et c'est elle qui supporte les frais de l'électricité, de l'eau et de sécurité (sentinelle), de déplacement pour la réquisition des intrants par les prestataires et les frais pour la destruction des déchets biomédicaux ; (c) le PS de Mvugo est abrité dans les bureaux de la fédération et du centre de traitement, transformation et conservation des poissons. La fédération a construit le Bureau PS et la COPEDECOBU a réalisé les travaux de finissage (crépissage, peinture, pavement, fenêtre, porte, serrure). C'est la COPEDECOBU qui paie les différents frais (électricité, eau, sécurité, déplacement pour la réquisition des intrants au District et destruction des déchets biomédicaux).

2.4. Durabilité

La durabilité permet d'apprécier les bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Il s'agit de la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme.

Sur le plan de la durabilité de son intervention, le projet présente d'une part des atouts intéressants mais aussi quelques limites auxquelles il sera important d'être attentif en perspective d'une éventuelle phase 2. Soulignons d'abord les atouts suivants à la durabilité du projet :

- La responsabilisation des organisations partenaires (SWAA et COPEDECOBU) qui découle de leur participation active au projet est un élément fondamental de la pérennité des actions engagées. Cette responsabilisation s'est par exemple concrètement manifestée par la mise à disposition d'un container par la SWAA pour le PS logé sur la plage Olympique ou encore par la réhabilitation d'un local par la COPEDECOBU devant abriter le PS de Mvugo.
- La proximité de la Fédération des pêcheurs et de la COPEDECOBU avec ses adhérents contribue à l'appropriation sociale du projet par les populations pour un développement endogène. Cette appropriation se manifeste par l'engagement quasi-inconditionnel des PE dans leur travail de sensibilisations, de référencement et d'accompagnement des malades (« *On le fait volontairement car c'est bénéfique pour nous* »⁴⁷).
- Le renforcement des compétences des PE : toute action de renforcement des capacités/compétences est en soi gage de pérennisation des acquis. L'expertise développée au sein des PE demeure un acquis important du projet qui reste cependant à renforcer. Selon nos

⁴⁷ Un pair-éducateur de Rumonge.

témoignages, les PE ont acquis de solides connaissances et se sentent en capacité de transmettre celles-ci à leurs communautés, voire au-delà (« *La transmission est possible sur le long terme, y compris avec d'autres populations* ⁴⁸ »).



Fig.6 : Focus-group avec les PE et les bénéficiaires à Rumonge

- L'ancrage dans les politiques publiques de santé des besoins spécifiques des communautés de pêcheurs. A ce titre, et pour rappel, de nombreuses activités prévues au sein du projet sont en faveur d'une inscription du projet au sein des schémas nationaux et locaux VIH/SSR/ Paludisme/ Tuberculose/ Hépatites :
 - Le plaidoyer auprès du PNILP permet une implication grandissante de ce dernier dans la considération de la communauté des pêcheurs comme population-clé dans la stratégie de lutte contre le paludisme.
 - Concernant les hépatites virales, la création d'un outil de sensibilisation « Boîte à Images », validé par le MSPLS et l'enquête épidémiologique sur la prévalence des hépatites virales dans la communauté des pêcheurs, en collaboration avec le PNLS IST, soutiennent le plaidoyer pour la prise en charge des hépatites virales et placent SAPEMA comme un projet stratégique dans la lutte contre les hépatites.
 - Une position participative des membres du consortium aux réflexions stratégiques nationales avec une vraie place dans les discussions, notamment sur les questions du paludisme au sein de la communauté des pêcheurs et des hépatites virales pour la population générale, et une implication dans l'élaboration du Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/IST/hépatites virales 2023-2027.
- Les liens développés au cours du projet avec les autorités sanitaires et les centres de santé proches (mise à disposition d'intrants et de personnel⁴⁹) visent à un ancrage technique des postes de santé au sein des politiques sanitaires locales au service de leur pérennisation. Remarque : l'organisation du système de santé au Burundi ne prévoyait pas l'existence juridique de poste de santé mais selon nos témoignages, les normes sanitaires font l'objet d'une révision actuelle et notamment le poste de santé serait reconnu de manière légale et deviendrait ainsi la porte d'entrée dans le système de soins (un hôpital dans chaque commune et un poste de santé dans chaque colline). Si cela se concrétise, il y aurait là une belle opportunité à saisir pour les membres du consortium en termes de plaidoyer pour l'intégration du PS au niveau de plages dans le système de santé et assurer ainsi la durabilité de ces postes de santé créés (*voir recommandations*).

Certaines difficultés constatées peuvent constituer un frein à la durabilité des acquis soulevés plus haut (voir recommandations concernant les solutions à mettre en œuvre pour faire face à ces difficultés) :

- Le fonctionnement des postes de santé n'est pas garanti au-delà du terme du projet (si pas de phase 2). Pour rappel, au niveau de chaque PS, le projet prend en charge le salaire de 2 infirmier.e.s et d'un mobilisateur(trice) communautaire.

⁴⁸ Une paire-éducatrice de Rumonge.

⁴⁹ Via la responsabilisation d'un point-focal au sein de chaque centre de santé partenaire.

- Le statut des PE : pour rappel, ceux-ci sont bénévoles dans le cadre du projet. Même si leur engagement est quasi-inconditionnel (*voir supra*) et qu'ils jouent aussi le rôle de relais communautaires, leur statut à l'avenir pose question (quelles stratégies d'intégration des PE dans le système de santé local, qui base son action communautaire sur les agents de santé communautaire) ?
- Les difficultés d'accessibilité financière des cibles, limitant l'accès aux soins (en particulier pour les IST et notamment les hépatites virales où les examens sont payants et donc difficilement accessibles à la communauté).
- L'insuffisance de fonds propres de la COPEDECOBU. En effet, les inondations ont impacté les fonds propres de la coopérative. Avant les inondations, la Fédération des pêcheurs, à travers la COPEDECOBU, disposait de quelques investissements (matériels pour la transformation afin d'éviter les pertes post-capture : claies de séchages, fours pour le fumage de poissons ; Bureaux avec locaux de stockages des unités de pêche pendant l'arrêt de pêche au cours de la période de pleine lune ; latrines vidangeables à côté du lac et parc solaire pour recharger les batteries des pêcheurs) représentant une opportunité à moyen terme de nouvelles ressources via la vente de poisson avec une gamme variée des produits (poissons fumés, séchés et frais) et de glace visant à constituer des ressources propres. C'est grâce à celles-ci que la coopérative appuyait auparavant le fonctionnement du PS de Rumonge lors des phases transitoires entre 2 financements projets (avant SAPEMA).
- D'après nos témoignages, l'ancrage local du projet reste insuffisant au niveau de la province de Rumonge : par exemple, il n'y pas d'implication du projet dans les cadres de concertation au niveau de la commune ou encore le projet a manqué de concertation avec le Bureau de District Sanitaire (BDS) sur la planification des séances de sensibilisation.

2.5. Effets/impacts

Les consultants relèvent un certain nombre d'effets/impacts indéniables⁵⁰.

- *Effets/impacts en termes de prévention et d'accès aux soins :*

Grâce aux sensibilisations, les communautés bénéficiaires voient leurs connaissances améliorées sur les maladies et ressentent la nécessité d'aller se faire soigner le plus tôt possible (surtout PVVIH) : « *Si l'on voit des signes de la maladie, on va au dispensaire* » (PE Rumonge) ; « *Avant, on allait chez les tradipraticiens, maintenant on connaît mieux les maladies et sait comment aller se faire soigner* » (idem) ; « *Avant on ne connaissaient pas les maladies et on ne savaient pas de quoi on meurt* » (mareyeuses Mvugo) ; « *On sait comment connaître son état sérologique ; on peut faire des examens, on est accompagné dans les CDS et on connaît son statut sérologique* » (idem) ; « *Maintenant, j'ai une meilleure protection lors des rapports sexuels* » (bénéficiaires Rumonge) ; « *Maintenant le planning familial est mieux respecté : plus grande séparation des naissances* » (idem) ; « *Maintenant l'accueil dans les CDS est rapide, accompagné par le PE, avec papier de référence. Avant, il y avait des difficultés d'accueil* » (idem) ; « *Même si l'on n'est pas malade, on va se faire dépister* » (bénéficiaires/PE KIZUKA) ; « *SAPEMA nous a permis de devenir des personnes sans peur, on se fait dépister sans peur* » (bénéficiaires/PE Olympique).

Certains PE transmettent/sensibilisent aussi au sein de leur entourage (ex. : un PE a sensibilisé sa femme sur le planning familial avec effets immédiats en termes d'espacement des naissances) ; « *Désormais, un pêcheur peut venir chercher des médicaments pour les autres qui sont nomades. Désormais, les pêcheurs viennent s'approvisionner en médicaments pour 3 mois de navigation* » (point-focal CDS partenaire).

- *Effets/impacts sur les centres de santé partenaires :*

D'après nos témoignages, la stratégie avancée prônée et mise en œuvre par le projet facilite le travail des centres de santé partenaires dans la mesure où elle permet de mieux cibler et d'orienter vers les centres de santé différentes catégories de patients comme les TS ou les PVVIH (notamment les perdus de vue). Par ailleurs, la référence facilite le travail des centres de santé partenaires avec une prise en charge du patient en moindre temps.

Toujours d'après nos témoignages, il est constaté une augmentation de la fréquentation des centres de santé partenaires par la communauté des pêcheurs. Par exemple, au CDS de Mvugo, avant le projet, il y avait en moyenne 30 cibles/mois qui fréquentaient le CDS. Maintenant, il y en a 80/mois. Toujours au CDS de Mvugo,

⁵⁰ Majoritairement issus des échanges avec les communautés bénéficiaires.

au niveau du suivi des PVVIH, avant le projet, il y en avait 40 à 50/mois. Maintenant au-delà de 100 (cf. entretien avec la titulaire du CS de Mvugo).

- *Effets/impacts sur les programmes nationaux de santé (PNLS/IST, PNILP, etc.) :*

Meilleure connaissance des spécificités de la communauté des pêcheurs et des mareyeuses pour leur intégration dans les stratégies nationales comme population-clé nécessitant des orientations et interventions spécifiques adaptées à leurs besoins à partir des évidences produites (données sur VIH/IST, Hépatites virales, TB, paludisme). Et par soucis de couverture des interventions du projet, les responsables des programmes nationaux interrogés ont souhaité que le projet SAPEMA soit étendu jusqu'au niveau des lacs du nord.

Relevons d'autres effets/impacts :

- Les personnels soignants des centres de santé partenaires ont désormais une meilleure compréhension de la communauté des pêcheurs et de leurs besoins (sur leurs pathologies, leurs vies sexuelles, leurs modes de vie, leurs horaires, etc.).
- Le renforcement des liens de confiance entre la communauté des pêcheurs et les structures de santé publiques (via des espaces collectifs d'échanges, demandes individuelles).
- Il y aurait moins de discriminations au sein de la communauté des pêcheurs (« *Les patrons-pêcheurs comprennent désormais que les PVVIH sont comme les autres* »⁵¹).
- Les PE voient leur niveau de reconnaissance et de responsabilisation renforcés (« *Il est désormais facile de se confier à moi* »⁵² ; « *J'ai plus facile à obtenir des services à l'hôpital car on me connaît* »⁵³).
- Voir aussi les autres effets/impacts des actions de plaidoyer (cf. *efficacité*), en particulier la boîte à images devenue outil national de sensibilisation aux hépatites virales (après validation par le MSPLS).

2.6. Axes transversaux (droits humains et genre)

- Comme déjà souligné, l'un des plus grands succès du projet est sans conteste celui d'avoir permis une plus grande visibilité auprès des différentes parties prenantes du projet (en particulier autorités nationales/provinciales/locales) du droit à la santé de la communauté des pêcheurs et des mareyeuses et ce, tenant compte de leurs spécificités (grande vulnérabilité liée à la mobilité des cibles, aux spécificités d'horaires de travail et population à haut risque de VIH/IST, d'hépatites virales et de tuberculose).
- Le projet a contribué à ce que les populations bénéficiaires connaissent mieux les différentes pathologies et le parcours de soins en cas de symptômes. Ainsi, elles connaissent mieux leurs droits à la santé. Selon nos témoignages, le personnel de santé (tant au niveau des PS qu'au niveau des centres de santé partenaires) traite les cibles dans le respect de leur vie privée, en toute confidentialité et sans discrimination.
- La question du genre a été prise en considération lors de la rédaction des fiches de postes de l'équipe projet⁵⁴ et du recrutement du personnel médical de chaque poste de santé (recrutement d'une infirmière et d'un infirmier pour chacun des postes de santé). Quant aux pairs-éducateur.ice.s, ils.elles ont été identifié.e.s en respectant la représentativité des hommes et des femmes au sein de la communauté cible (60% d'hommes et 40% de femmes⁵⁵). Cet équilibre est important pour les bénéficiaires finaux dans la mesure où en matière de santé, en particulier santé sexuelle, les hommes préfèrent parler avec des hommes et les femmes préfèrent parler avec des femmes (cela nous a été confirmé lors de nos entretiens).
- Par ailleurs, La SWAA Burundi est notamment reconnue pour son expertise en ce qui concerne la promotion de la santé sexuelle et reproductive et la prévention et la prise en charge des violences basées sur le genre. L'activité de formalisation de la stratégie Genre du partenaire SWAA (OS 2) a

⁵¹ Cf. patron-pêcheur de Rumonge.

⁵² Cf. PE de Mvugo.

⁵³ Idem.

⁵⁴ Mention d'une sensibilité à la question du genre dans le profil du/de la Chargé(e) de projet et du/de la Chargé(e) de suivi-évaluation. Annonces d'offre d'emploi mentionnant la dénomination au masculin et au féminin de l'emploi proposé (le profil du/de la Chargé(e) de projet, du/de la comptable et du/de la Chargé(e) de suivi-évaluation).

⁵⁵ Pêcheurs, patrons-pêcheurs, apprentis et mareyeurs plus nombreux que mareyeuses et restauratrices au sein de la communauté.

donné lieu à une stratégie 2022-2026, à la formulation de recommandations et d'un plan d'action, à la rédaction de fiches pédagogiques et à un atelier d'appropriation pour les équipes du siège et des antennes provinciales. Ainsi, la démarche est désormais transversale à l'association.

- Le projet a permis d'avoir des données désagrégées par âge et par sexe.
- La mission d'évaluation formule néanmoins quelques recommandations pour renforcer l'approche genre et ce de manière transversale, dans le cadre d'une éventuelle phase 2 (*voir recommandations*).



Fig.7 : Port de pêche de Rumonge



Fig.8 : Pêcheurs sur le lac Tanganyika (Kizuka)

3. Leçons apprises (premiers enseignements pour l'évaluation transversale)

Pour rappel, cette évaluation, commanditée par L'Initiative/Expertise France, s'insère dans le cadre d'une évaluation transversale de 9 projets sur la thématique de la santé communautaire. Outre l'objectif de redevabilité (analyser/apprécier les résultats du projet), un autre objectif était assigné à cette évaluation finale du projet (et de manière générale à l'évaluation transversale), c'est celui de l'apprentissage : il s'agit de réaliser une analyse spécifique portant sur la thématique transversale de la santé communautaire afin d'en tirer des enseignements. Les questions évaluatives qui ont été définies pour cet objectif sont appliquées au projet (voir matrice d'évaluation), afin d'en tirer des apprentissages et bonnes pratiques qui alimenteront le travail d'analyse transversale.

Dans cette perspective, les consultants relèvent ci-dessous quelques leçons apprises du projet qui devraient ensuite alimenter l'évaluation transversale.

L'approche de santé communautaire prônée par le projet (santé communautaire et éducation par les pairs ; postes de santé et stratégie avancée) est une approche centrée sur l'individu qui permet d'améliorer la qualité des services en prenant en compte la vulnérabilité sociale, économique, géographique de l'utilisateur des services ainsi que l'accessibilité géographique et économique des services, leur acceptabilité, etc.

L'approche recherche et amène les services de santé dans un cadre adapté aux besoins de la communauté des pêcheurs et respectueux des modes de vie : à travers l'approche de santé communautaire, le projet s'est adapté aux spécificités de la communauté de pêche dans le modèle de soins proposés : les horaires des dépistages et des sensibilisations sont adaptés aux activités de la communauté.

L'approche de santé communautaire prônée par le projet (en particulier la stratégie avancée et le partenariat avec les centres de santé partenaires) contribue à l'atteinte des résultats en matière de santé

La stratégie avancée est une activité pertinente et démontrant de réels atouts dans la stratégie globale du projet. Les infirmier.ère.s et mobilisateur.rice.s communautaires se déplacent sur les plages de pêche selon un plan mensuel pour réaliser les dépistages ou consultations, au plus près de la communauté cible. Cette stratégie « d'aller vers » permet de toucher un maximum de personnes de la communauté, de les sensibiliser au dépistage et d'encourager l'accès aux soins et aux traitements avant les manifestations aiguës des maladies, et donc d'éviter une prise en charge tardive. Cette stratégie avancée permet également de dépister des personnes de nationalité tanzanienne et congolaise, ce qui permet une prise en charge encore plus étendue.

Par ailleurs, la stratégie avancée prônée et mise en œuvre par le projet facilite le travail des centres de santé partenaires dans la mesure où elle permet de mieux cibler et d'orienter vers les centres de santé différentes catégories de patients comme les TS ou les PVVIH (notamment les perdus de vue). Par ailleurs, la référence facilite le travail des centres de santé partenaires avec une prise en charge du patient en moindre temps. De manière globale, la collaboration étroite avec les centres de santé partenaires a permis d'augmenter la fréquentation de ces centres, ce qui traduit un recours au soin accru (forte utilisation des services de santé).

La participation des PE et mobilisateurs communautaires comme acteurs communautaires facilite l'accès aux soins de la communauté à travers les activités suivantes : sensibilisation, référencement, accompagnement des personnes malades aux centres partenaires, recherche de perdus de vue PVVIH et collaboration étroite avec les PS et les CDS partenaires.

La mise en place de postes de santé constitue une réelle plus-value dans le cadre d'une approche de santé communautaire

En particulier sa proximité directe avec la population et son accès facilité avec des horaires adaptés aux activités des usagers du port (essentiellement tôt le matin pour les pêcheurs, mareyeuses, travailleuses du sexe). Il représente par ailleurs une base avancée pour des actions de prévention et de formation communautaires sur les plages et les ports secondaires. En outre, ces postes de santé facilitent le travail des pairs-éducateur.rice.s qui sont ainsi proches du PS et peuvent venir s'adresser directement au personnel soignant. Et finalement, les communautés bénéficiaires soulignent la plus-value de disposer à proximité de soins de 1^{ère} urgence.

L'approche de l'éducation par les pairs prônée dans le cadre du projet facilite le travail d'information et de sensibilisation auprès des communautés bénéficiaires

Les séances de sensibilisation des pairs-éducateur.rice.s sont organisées par catégories socioprofessionnelles : les pêcheurs s'adressent aux pêcheurs, les mareyeuses s'adressent aux mareyeuses, etc. Leur proximité et

leur bienveillance expliquent la relation de confiance qu'ils ont établie avec les populations. Fort de l'expérience de leur vécu dans le même contexte, les messages de santé qu'ils transmettent, au travers des séances de sensibilisation ou dans la vie quotidienne sont adaptés à ce que vivent les communautés. L'approche de l'éducation par les pairs a permis de briser la glace pour aborder des thématiques parfois considérées comme tabous au sein de la population burundaise, notamment en ce qui concerne la sexualité et les IST. « *Les PE enseignent mieux car ce sont nos pairs. Ils sont facilitateurs, ils réagissent rapidement, nous avons confiance en eux car ils ont confiance en nous* » (bénéficiaires KIZUKA).

L'approche de santé communautaire prônée par le projet apporte une réelle plus-value dans un contexte de crise comme celle de la Covid-19

Dans l'observance des règles de restrictions en rapport avec la Covid-19, les PE ont continué de rassembler des petits groupes de bénéficiaires et les messages passaient facilement par catégorie socioprofessionnelle (l'utilisation des autotests, le lavage des mains, le port du masque).

Les séances de sensibilisation ont intégré la Covid-19 et dès l'apparition de signes, les bénéficiaires étaient orientés vers l'hôpital le plus proche (avec l'accompagnement du mobilisateur communautaire ou d'un PE).

Les résultats positifs en matière de plaidoyer sont la conséquence de plusieurs facteurs dont la collaboration étroite avec les autorités (et ce depuis bien avant le projet) qui en constitue le maillon central

Le rapport de capitalisation mentionne des premiers éléments de réponse concernant les apprentissages et bonnes pratiques en matière de plaidoyer : communication permanente avec les autorités, intégration des Institutions et des Programmes Nationaux dans le Comité de Pilotage, plaidoyer gagnant-gagnant (notamment en lien avec mobilisation du Fonds mondial), actions conjointes sur le terrain (supervisions et activités) et approbation systématique des autorités provinciales.

D'autres hypothèses sont avancées par les consultants et les membres du consortium :

- Une phase pilote⁵⁶ à petite échelle qui a fait ses preuves sur plusieurs années et a impliqué les acteurs sanitaires locaux et la communauté dès le départ
- Le projet SAPEMA a été écrit en concertation et à partir du terrain (conception « communautaire »), aligné avec les stratégies et les responsabilités des Programmes Nationaux du MSPLS ; approche multi-sectorielle
- L'enquête socio-comportementale de 2013 aux fondements du projet a été collaborative et a fourni des données de références par la suite
- Dans cette même logique, plusieurs activités sont conjointes avec le MSPLS et fournissent des résultats exploitables au niveau national (boîte à images Hépatites, enquête épidémiologique, ...)
- Le projet amène des moyens et des ressources qui répondent ou complètent les besoins des Programmes (ex : dotation en équipements de Pairs-éducateurs)
- La communauté des pêcheurs est en situation de vulnérabilité sanitaire tout en étant un acteur économique (en tant que collectif) important pour le Burundi : beaucoup d'emplois, ressources alimentaires pour la population générale, structuration forte (fédération, coopérative, ...) avec des représentants et des leaders communautaires impliqués politiquement, représentation dans des instances régionales (ex : Haute Autorité du Lac Tanganyika)

⁵⁶ Les trois partenaires historiques du projet ont développé ensemble la stratégie et les activités du programme "Santé sexuelle et reproductive des marseuses et des pêcheurs de la province de Rumonge" sur la période 2013-2019.

4. Conclusion et recommandations

4.1. Conclusion

Cette évaluation finale du projet SAPEMA a permis aux consultants - à travers l'analyse des documents fournis par les partenaires et la mission menée au Burundi - d'obtenir une appréciation critique du projet, ainsi que de fournir des recommandations pour une éventuelle seconde phase de ce projet. Malgré des facteurs externes (en particulier inondations et dans une moindre mesure la pandémie de Covid-19), le niveau d'atteinte des résultats est globalement positif et deux changements majeurs sont à souligner : (1) l'amélioration des conditions sanitaires des communautés de pêcheurs et mareyeuses en termes de prévention et d'accès aux soins ; (2) une meilleure connaissance des spécificités de la communauté des pêcheurs et des mareyeuses pour leur intégration dans les stratégies nationales comme population clé nécessitant des orientations et interventions spécifiques adaptées à leurs besoins. L'accompagnement sur mesure du projet auprès des bénéficiaires finaux (dépistages et référencement via la stratégie avancée et les partenariats avec les centres de santé partenaires) ainsi que le professionnalisme et la complémentarité des organisations membres du consortium ont grandement contribué à l'atteinte de ces changements. Il reste cependant des défis importants en termes de durabilité : l'avenir des postes de santé, le statut des pairs-éducateurs ou encore les problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé pour ces populations vulnérables. Par conséquent, les consultants recommandent le financement d'une seconde phase du projet pour consolider les acquis du projet et intégrer une stratégie de sortie (avec un axe central de plaidoyer).

4.2. Recommandations

4.2.1. Recommandations générales (particulièrement adressées à ESSENTIEL en tant que porteur de projet)

Principales recommandations

- D'ici à l'entame d'une éventuelle phase 2, poursuivre l'animation de séances de réflexion avec les autres membres du consortium sur les enjeux liés à la pérennité des acquis de la phase 1 et ceux liés à une stratégie de sortie (en prenant comme base de discussions les principales recommandations formulées dans le présent rapport).
- D'ici à l'entame d'une éventuelle phase 2, mener une étude endline/baseline sur plusieurs indicateurs dont le taux de prévalence du VIH au sein des cibles ainsi que le niveau de fréquentation des centres de santé et les enjeux liés aux VBG.
- Responsabiliser davantage la COPEDECOBU dans la gestion du projet, dans une perspective de durabilité et d'autonomisation du principal partenaire de mise en œuvre (étant entendu que la SWAA joue plutôt un rôle d'appui). Cette responsabilisation passe aussi par une plus grande représentativité au sein du COPIL (présence souhaitée d'un membre des instances décisionnelles de la COPEDECOBU ou de la Fédération des pêcheurs) et l'implication d'autres membres de la coopérative (ou de la Fédération) dans le projet (coordination, comptabilité, etc.).
- Dans cette même logique, appuyer le diagnostic institutionnel et l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités de la COPEDECOBU ainsi que sa mise en œuvre (plan stratégique, manuel de procédures et de gestion, dispositif de suivi-évaluation, gestion de projet, gestion financière, rapportage, gestion des ressources humaines, élaboration de projets, fundraising, évaluation de la prise en compte du genre, etc.). Remarque : ceci pourrait faire l'objet d'une mission d'assistance technique par L'Initiative.

Autres recommandations

- Mettre en place un dispositif de suivi qui soit suffisamment orienté changements avec la définition d'indicateurs d'effets/impacts (voir le cadre de rendement).
- Renforcer l'approche genre et ce, de manière transversale : modules genre dans le renforcement des capacités de la COPEDECOBU, modules/outils genre dans les formations/recyclages des PE,

outils/techniques genre dans les séances de sensibilisations⁵⁷, renforcement du leadership féminin au sein des mareyeuses⁵⁸, analyse des rapports de pouvoirs/des normes de genre au sein de la communauté des pêcheurs afin d'affiner la stratégie d'éducation à la santé pour les cibles, intégrer des indicateurs spécifiques genre qui soient davantage qualitatifs (indicateurs mesurant la réduction des inégalités de genre pour chaque type de population⁵⁹), et commencer par un état des lieux et des conceptions et pratiques au sein des cibles et des professionnels (PS, CS et PE), etc.

4.2.2. Recommandations spécifiques (pour ESSENTIEL et les autres membres du consortium)

Principales recommandations

- En matière de plaidoyer :
 - Plaider auprès du MSPLS et divers partenaires techniques et financiers pour le renforcement de chaque CDS partenaire dans le développement de stratégies avancées auprès des communautés de pêcheurs. Cela passe par de l'appui matériel/équipement adéquat au niveau de chaque CDS partenaire (tests de dépistage, ARV, antipaludéen, préservatifs, outils de sensibilisation, voire cliniques mobiles, etc.). Cela passe aussi par le renforcement des compétences du personnel soignant dans la prise en charge des cibles du projet (en particulier en termes de prévention et de prise en charge de la tuberculose).
 - Plaider auprès du MSPLS et divers partenaires techniques et financiers (dont le FM) pour un renforcement des capacités matérielles et organisationnelles des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) de la tuberculose (avec une meilleure couverture nationale).
 - Mener des actions de plaidoyer auprès du MSPLS concernant le statut des pairs-éducateur.rice.s. Parmi les pistes évoquées, certains PE pourraient être accrédités comme agent de santé communautaire (ASC) pour effectuer les dépistages et dispenser les antipaludéens (paludisme simple) au sein des communautés de pêcheurs. Pour les PE qui ne seraient pas accrédités comme ASC, envisager un minimum de motivations⁶⁰.
 - Mener des actions de plaidoyer auprès du MSPLS concernant la durabilité des postes de santé. Dans ce cadre, participer aux réflexions/discussions en cours sur la prochaine opérationnalisation de l'intégration des PS dans le système de santé (au niveau de chaque colline/chaque commune).
 - Elaborer un plan de plaidoyer structuré (identification des personnes envers qui l'on souhaite mener des actions de plaidoyer, identification du type d'actions à mener, du planning, des ressources, plan par pallier, etc.) qui incite à plus d'adhésion/d'appropriation de la part des principaux concernés. Et mener des actions de plaidoyer sur du plus long terme afin de réellement faire « bouger les lignes ». Cela permettrait par ailleurs de mettre davantage en cohérence le plaidoyer avec les agendas politiques. A noter que le plaidoyer pourrait être aussi mené sur les autres aspects liés à l'amélioration des conditions de vie de la communauté des pêcheurs (comme l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène).
- Renforcer la digitalisation au niveau du dispositif de suivi-évaluation. Encourager le partage d'informations en temps réel (entre les PE, les infirmier.e.s du PS, le point-focal du CDS et l'équipe projet) via une plateforme numérique du type Kobo Collect.
- Diviser en 2 la zone de couverture de Rumonge avec un dispatching de deux équipes et la création d'un nouveau PS.

Remarque : la plupart des parties prenantes rencontrées recommandent l'extension du projet au niveau des lacs du Nord⁶¹. La mission d'évaluation n'en est pas totalement convaincue sur base de ses différents constats (en particulier les difficultés rencontrées pour couvrir une zone d'intervention qui est déjà bien large). Cette extension nous semble cependant pertinente (permettrait d'atteindre beaucoup plus de cibles, plus grande

⁵⁷ D'après nos témoignages, il semble important de sensibiliser les communautés de pêcheurs sur l'approche genre pour faire changer les mentalités (« les hommes préfèrent écouter les hommes, les pêcheurs ne donnent pas la valeur à la femme ! » - patron pêcheur).

⁵⁸ Voir appui AGR à ce niveau.

⁵⁹ Ex. : participation des femmes dans les prises de décisions concernant le planning familial.

⁶⁰ Par exemple, motivations sous forme de résultats basés sur la performance (ex. : nombre de « perdus de vue » ramenés au centre de santé).

⁶¹ Zones de pêche des deux lacs au Nord du pays (Cyohoha et Rweru), dans la province de Kirundo (frontière avec le Rwanda).

visibilité des actions au niveau national par la grande couverture sanitaire favorisant ainsi le plaidoyer) et faisable si elle est co-appuyée par d'autres partenaires techniques et financiers.

- Impliquer les COSA dans la mesure où ces comités (attachés aux CDS) défendent les intérêts des communautés et donc y compris des pêcheurs. Par exemple, les COSA pourraient intégrer dans leur planification les besoins des pêcheurs. L'implication des COSA participe au renforcement de l'ancrage institutionnel local et faciliterait aussi le plaidoyer au niveau local (plus grande visibilité des cibles).
- Appuyer la création d'AGR (via un fonds d'impulsion) :
 - D'une part au niveau de la Fédération pêcheurs, dans une perspective de durabilité des activités (fonctionnement des PS, motivations des PE) ;
 - Et d'autre part au niveau des mareyeuses, afin de réduire leur vulnérabilité et réduire ainsi les risques de prostitution⁶².
- Afin de mieux faire face aux problèmes d'accessibilité financière des cibles, appuyer la création d'une mutuelle de santé communautaire et ainsi donner l'opportunité d'octroyer le pouvoir à la communauté d'influer sur l'offre de soins, la tarification et la qualité des soins (plus-value d'être un vrai partenaire dans l'offre et la demande). D'après nos observations et nos témoignages, les conditions de base semblent réunies pour mettre en place ce type de système de micro-assurance santé (groupes de solidarité déjà existants au sein de la communauté des pêcheurs, communauté de destins, leadership porté par certains PE, etc.). Il s'agirait dans un premier temps de financer une étude de faisabilité devant poser les bases de la constitution de la mutuelle.
- Renforcer les formations et recyclages des PE (formations continues et régulières) et impliquer aussi les Districts sanitaires à ce niveau (*voir supra*).
- Constituer un pool de PE leaders qui pourraient ainsi former d'autres PE et qui pourraient aussi être davantage responsabilisés dans la collaboration avec les CDS/COSA.
- Appuyer l'élaboration d'un plan de communication au niveau des animations/sensibilisations.
- Renforcer les équipements et matériels des PS (kits de secours, petite pharmacie, petite chirurgie, test rapide de dépistage paludisme, kits de dépistage hépatites, etc.).
- Renforcer les compétences du personnel de chaque PS (CCC⁶³, IEC⁶⁴, CI⁶⁵, counseling pré et post-test, meilleures connaissances des pathologies fréquentes chez les cibles, gestion des stocks, actualisation des directives, etc.).

Autres recommandations

- En matière de plaidoyer :
 - Renforcer la collaboration avec le PNILP en particulier sur les nouvelles orientations stratégiques sur les populations clés/vulnérables y compris les communautés de pêcheurs. Adapter les directives du PNILP aux spécificités des pêcheurs (ex. : moustiquaires adaptées au contexte plage) et travailler de manière plus étroite avec le PNILP dans la conception des messages/outils (techniques de communication adaptées aux cibles).
 - Renforcer les échanges avec l'Ambassade de France au Burundi (microfinancements, appels à projets, coopération décentralisée, invitations à des activités du projet, visibilité).
 - Renforcer les échanges avec l'ICN/CCM : partage d'informations, invitations à des réunions stratégiques, mises en synergie, partage d'expériences, appui plaidoyer (notamment sur la prise en charge des hépatites virales des cibles), intégration de certaines activités du projet dans les nouvelles subventions du FM, etc.

⁶² Remarque : La COPEDECOBU vient d'obtenir (le 15 septembre 2023) un financement auprès de l'Ambassade de France à travers l'appel à projets PISCCA. Ce financement concerne l'appui aux femmes mareyeuses de Kagongo (lieu où le 4ème PS est envisagé pour désengorger le PS de Rumonge comptant 9 plages) dans la production, la conservation, le traitement, la transformation et la commercialisation du poisson. Ce financement permet de soutenir concrètement les efforts de pérennisation et d'appropriation du projet SAPEMA au sein de la communauté des pêcheurs.

⁶³ Communication pour le changement de comportements.

⁶⁴ Information/Education/Communication.

⁶⁵ Communication interpersonnelle.

- Trouver d'autres alliés pour mener du plaidoyer en renforçant la multisectorialité de la stratégie (ex. associer des acteurs impliqués sur la question des droits humains).
- Mener des actions de plaidoyer auprès de divers partenaires techniques et financiers pour co-financer l'extension du projet aux lacs du Nord (*voir supra*).
- Renforcer l'ancrage du projet au niveau local (particulièrement à Rumonge) :
 - Au niveau communal : participer aux cadres de concertation⁶⁶ ; transmettre les rapports d'activités aux autorités communales ;
 - Au niveau District sanitaire : davantage impliquer les autorités sanitaires dans les supervisions et formations/recyclages des PE ;
 - Encourager les réunions de concertation entre les différentes parties prenantes au niveau local ;
 - De manière générale, impliquer de temps à autre les autorités locales dans les séances de sensibilisation. D'après nos témoignages, celles-ci ressentent le besoin de suivre davantage le projet ;
- Améliorer et diversifier les techniques de sensibilisation (radios communautaires⁶⁷, théâtres/sketchs, films..).
- Renforcer les modules de sensibilisation TB.
- Prévoir des frais de communication et de déplacement pour les PE.
- Accroître l'amplitude des horaires d'ouverture des PS (pour un accès y compris durant le week-end).
- Étendre le partenariat avec d'autres CDS se trouvant proches des plages ciblées.
- Valoriser le travail des PE (certificat de reconnaissance).
- Renforcer l'équipement des PE (en particulier bottes).
- Organiser des échanges d'expériences entre PE venant de strates différentes

4.2.3. Recommandations spécifiques pour L'Initiative

- La mobilisation d'autres appuis parallèles au projet (via notamment le Canal Expertise) est encouragée, dans le but de renforcer les capacités de la COPEDECOBU.
- Concrètement, pour les perspectives de continuité du projet, les consultants recommandent vivement à L'Initiative de soutenir une phase 2. En effet, la phase 1 du projet a montré toute sa pertinence et de nombreux résultats positifs (en particulier la stratégie avancée, le système de référencement/contre-référencement et les effets concrets en termes d'accessibilité aux soins de santé pour la communauté des pêcheurs) sont très encourageants. La phase 1 a été impactée par des facteurs externes (surtout inondations et dans une moindre mesure la COVID-19) qui ont ralenti la bonne évolution des activités. Pour que les acquis du projet soient durables, il s'avère primordial d'accompagner les membres du consortium dans cette phase de consolidation et qui devrait intégrer une stratégie de sortie (avec un axe central de plaidoyer).

⁶⁶ A Rumonge, réunion de coordination des différents intervenants dans la commune (réunions trimestrielles). Cette réunion permet aux ONG d'exposer leurs activités, ce qui permet d'accroître leur visibilité et faciliter ainsi des synergies et le plaidoyer.

⁶⁷ Par exemple, 3 radios communautaires existent à Rumonge (dont IZERE FM qui propose dès 5h du matin une émission d'échanges avec les pêcheurs).

Annexes

Annexe 1 : Questions évaluatives/matrice d'évaluation

Annexe 2 : Liste des documents consultés

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 4 : Programme de mission

Annexe 5 : Zone d'intervention du projet

Annexe 6 : Autres photos

Annexe 1 – Questions évaluatives/matrice d'évaluation

Questions évaluatives concernant l'objectif 1 : <u>Redevabilité</u>				
Critères	Questions évaluatives	Sous-questions évaluatives	Source	Méthode de collecte
REDEVABILITÉ				
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> La logique d'intervention est-elle correctement formulée et prend-elle en compte de façon exhaustive les éléments du contexte du pays d'intervention ? En quoi le projet a répondu aux besoins identifiés ? En quoi les bénéficiaires finaux du projet sont-ils en cohérence avec les besoins identifiés ? Était-il pertinent pour le projet de proposer des activités menées par les acteurs communautaires ? Est-ce toujours pertinent en fin de projet ? 	<ul style="list-style-type: none"> Le projet a-t-il répondu à une priorité nationale de santé publique (indicateurs sanitaires ?) Le projet a-t-il répondu à une priorité nationale politique (agenda politique ?) Les moyens mis à disposition pour identifier les besoins des bénéficiaires directs et indirects ont-ils été pertinents ? Y a-t-il cohérence entre les priorités des bénéficiaires directs ou indirects et les objectifs du projet ? Les moyens mis à disposition pour répondre aux besoins des bénéficiaires sont-ils conformes aux attentes de ceux-ci ? Le projet prend-il en charge une population vulnérable peu ou pas couverte par le ministère de la santé, le CNLS ou d'autres acteurs/programmes gouvernementaux ? 	Rapports d'activités, rapport d'évaluation intermédiaire, tout autre document de projet (dont cadre logique), Plans stratégiques nationaux VIH, TB, paludisme	Collecte de données primaires (essentiellement qualitatives) sur le terrain (Entretiens, focus-groups, atelier de restitution, etc.) Analyse documentaire/Revue des politiques sectorielles et nationales Exploration des perceptions des politiques nationales par les partenaires locaux

<p>Cohérence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure le projet est-il compatible avec les politiques nationales? • Existe-t-il dans le pays un document stratégique national de santé communautaire ? Si oui, le projet s'articule-t-il avec cette stratégie ? • Le projet a-t-il été mis en œuvre en complémentarité avec le Fonds mondial ? • Pertinence et cohérence des approches mises en œuvre : appréciation de la logique (cohérence) interne du projet – est-ce que le 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet s'inscrit-il dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH, la Tb ou le palu ? Comment contribue-t-il à la mise en œuvre de celui-ci ? - Le projet s'inscrit-il dans un document stratégique national ou une politique nationale de santé communautaire ? - De quelle manière cette politique ou stratégie est-elle déclinée aux niveaux local, provincial et national ? - Comment le projet contribue-t-il à la mise en œuvre de cette stratégie ? Quels résultats attendus de ces plans stratégiques ont été atteints par le projet ? - Le projet s'inscrivait-il dans l'accord de financement NFM2 ou NFM3 ? - Les interventions ont-elles été mises en œuvre en complémentarité avec les interventions des bénéficiaires principaux et secondaires ? Justifier. - Le projet a-t-il permis de renforcer l'efficacité, l'efficience et/ou la qualité de certaines interventions financées par le FM dans le pays ? Existe-t-il des liens concrets entre le projet et le plan d'action des subventions en cours, passées ou à venir ? - Le projet vient-il combler des manques concernant les interventions insuffisamment ciblées par les interventions du FM dans le pays ? - Le projet sera-t-il intégré dans la demande de financement GC7 ? 	<p>Documents de politiques et stratégies nationales</p> <p>Demande de financement au FM</p> <p>Rapports de progrès (PUDR)</p> <p>Documents de projet (cadre logique, outils de suivi-évaluation..)</p>	<p>Entretiens avec les autorités nationales (ministère de la santé, CNLS, CCM, etc.)</p> <p>Entretien à distance avec le PFM</p> <p>Entretiens avec les équipes projet</p>
-------------------------	--	--	--	--

	<p>projet a été formulé de manière pertinente (qualité du cadre logique), c'est-à-dire est-ce qu'il y a cohérence entre la problématique identifiée et les objectifs, entre les inputs et les outputs de chaque résultat intermédiaire et entre les différents résultats intermédiaires ? Pertinence (et efficacité) du système de suivi-évaluation et dispositif organisationnel mis en place par ESSENTIEL et ses organisations partenaires ? De manière plus générale, qualités d'innovation du projet et son adéquation avec les approches du secteur ?</p>			
<p>Efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> En quoi le projet a t'il atteint les objectifs et résultats attendus ? Ces résultats ont-ils pu être mesurés ? le projet a t'il su être flexible et s'adapter à des facteurs extérieurs qui ont pu gêner sa mise en œuvre ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agira ici d'analyser les résultats obtenus par rapport aux résultats attendus (relatifs aux objectifs fixés dès le départ : résultats énoncés et définis dans les documents du projet en fonction des indicateurs initialement définis) - Peut-on estimer le taux d'exécution (le pourcentage d'activités réalisées par rapport aux activités prévues) ? - Toutes les activités prévues ont-elles été menées selon le chronogramme prévu ? - Les résultats obtenus correspondent-ils aux activités mises en place ? - Certaines difficultés internes ou externes ont-elles limité les résultats ? Cela remet-il en cause l'efficacité globale du projet ? - Le projet est-il en adéquation avec le milieu dans lequel il se déroule et s'adapte-t-il correctement aux évolutions du contexte (institutionnelles, politiques, économiques, etc.)? - Satisfaction des acteurs communautaires en rapport avec les résultats obtenus ? 	<p>Rapports d'activités, rapport d'évaluation intermédiaire, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique et monitoring tool),</p>	<p>Collecte de données primaires (essentiellement qualitatives) sur le terrain (Entretiens, focus-groups, atelier de restitution, etc.)</p> <p>Analyse documentaire</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le porteur de projet a-t-il mis en place les partenariats nécessaires avec les Autorités (nationales, régionales, locales) ? Le porteur de projet a-t-il le leadership nécessaire ? 	<ul style="list-style-type: none"> Le porteur de projet a-t-il développé des partenariats qui ont facilité la mise en œuvre du projet ? En quoi peut-on dire que ces partenariats ont été efficaces ? Un cadre formel de collaboration a-t-il été développé entre le porteur du projet et ces Autorités ? Le leadership du porteur a-t-il été déterminant pour la mise en œuvre du projet ? Justifier. Ce leadership a-t-il permis la collaboration avec d'autres acteurs ? Ce leadership a-t-il permis le développement d'un cadre formel de collaboration entre acteurs de la société civile et structures sanitaires ? Le leadership a-t-il influencé la stratégie nationale ou influencer la révision de celle-ci ? 		
Efficienc	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure le projet a-t-il produit des résultats de façon économique et dans les temps ? Peut-on estimer le coût des services communautaires et définir une notion de coût/efficacité ? 	<ul style="list-style-type: none"> Le porteur de projet a-t-il su gérer de manière efficiente les fonds alloués ? Quelles ont été les difficultés rencontrées en termes d'organisation, de coordination du projet ? Gestion des ressources humaines mobilisées dans le cadre du projet (efficacité /coût de l'expertise mobilisée au niveau de l'accompagnement – efficacité technique) Gestion organisationnelle : dans quelle mesure le dispositif organisationnel et de suivi permet-il au projet de réagir de manière flexible pour répondre et s'adapter à des circonstances inattendues ou à des effets positifs ou négatifs inattendus de ses activités – efficacité organisationnelle) Le projet dispose-t-il de données sur les dépenses pour les services communautaires ? Par exemple, peut-on estimer le coût prise en charge par les acteurs communautaires d'une personne vivant avec 	Documents de projets Evaluation intermédiaire et rapports des projets (rapports d'activité et rapports financiers, budget, etc.)	Recherche bibliographique Entretiens (voir supra)

		<p>le VIH pour la communauté de pêche? (Coût du dépistage communautaire, coût de la recherche de perdus de vue ? etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet a-t-il été exécuté de manière efficiente comparativement à d'autres approches possibles ? Serait-il possible d'avoir les résultats similaires autrement à un coût moins élevé dans la même durée ? 		
<p>Effets/Impact (voir aussi QE apprentissage)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet a-t-il permis un renforcement du système communautaire ou tout au moins, un soutien à celui-ci ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les effets/impacts des différentes formations dont ont bénéficié les pairs-éducateur.rice.s ? quelle a été la plus-value des séances de recyclage ? le choix (critères de sélection) des pairs-éducateur.rice.s était-il pertinent ? Y a-t-il eu beaucoup de turn-over après les formations ? Y a-t-il eu d'autres contraintes liées aux pairs-éducateurs ? - Quels sont les effets/impacts des différentes activités de renforcement des capacités organisationnelles des organisations partenaires (stratégie genre, suivi-évaluation, gestion de projet, communication, capitalisation, etc.) ? De manière générale, comment se traduit concrètement la mise en application des formations reçues ? Les participants aux formations étaient-ils bien les personnes impliquées au quotidien dans la prise en charge des problèmes ciblés ? - Quels sont les effets/impacts des turnovers récents au sein de la SWAA (tant vis-à-vis du niveau d'atteinte des résultats du projet qu'en termes de durabilité des dispositifs mis en place) ? 	<p>Voir supra</p>	<p>Entretiens individuels, Focus-group, atelier de restitution</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les effets/impacts des différentes actions de plaidoyer menées dans le cadre du projet ? Le projet a-t-il permis un renforcement du système de santé ou tout au moins, un soutien à celui-ci ? • Quels sont les effets/impacts de la stratégie avancée (en particulier en termes d'accessibilité et de qualité des services) ? de manière générale, quelle est la qualité des actions de sensibilisations ? • Quels sont les effets/impacts de la stratégie multi-acteurs (sur le plaidoyer, sur la gestion-même du projet, sur les résultats à atteindre du projet, etc.) ? • Quels sont les effets/impacts en terme de positionnement des organisations partenaires sur la scène nationale, provinciale, locale (vis-à-vis des Autorités, du FM, d'autres organisations internationales comme l'ONUSIDA, l'OMS..) ? • Quels sont les autres effets/impacts imprévus mais qui apportent des changements 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet a-t-il identifié les faiblesses systémiques du système communautaire qui auraient pu entraver sa mise en œuvre et proposer des actions correctrices ? - Les éléments d'intégration de l'approche communautaire développée par le projet permettent-ils son intégration dans le système de santé ? - Le projet a-t-il permis une clarification, un renforcement ou un renouvellement de la collaboration entre personnel de la structure sanitaire, ASC et acteurs communautaires ? - Le projet permet-il de mesurer un impact sur les indicateurs nationaux, régionaux ou locaux ? - Le projet a-t-il identifié les faiblesses systémiques du système de santé (selon les 6 piliers de l'OMS) qui auraient pu entraver sa mise en œuvre et proposer des actions correctrices ? - Le ministère de la santé et les partenaires au développement ont-ils appuyé le porteur pour lever les goulots d'étranglement liés aux faiblesses systémiques du système de santé ? - Le projet a-t-il contribué à améliorer la pratique des prestataires des services de santé (technicité) ? - Le projet a-t-il contribué à améliorer l'attitude des prestataires des services de santé (baisse de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des utilisateurs des services) ? - Le projet a-t-il contribué à améliorer la satisfaction des prestataires de services (agents de santé et ASC) ? - Le projet a-t-il répondu aux vulnérabilités des populations cibles entravant leur accès aux services ? 		
--	---	---	--	--

	<p>significatifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Le système de suivi-évaluation mis en œuvre dans le cadre du projet se base-t-il uniquement sur l'atteinte des résultats ou s'oriente-t-il également sur les effets/changements ? 	<ul style="list-style-type: none"> Le projet a-t-il contribué à améliorer la satisfaction des bénéficiaires ? Le projet a-t-il permis une amélioration de la qualité de la relation entre prestataire de service et utilisateurs des services (relation soignant – soigné) ? 		
Durabilité	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure les résultats et effets du projets sont-ils susceptibles de perdurer ? quels moyens ont été mis en œuvre pour cela ? Les projet a t'il permis ou est-il susceptible de permettre le passage à l'échelle de certaines interventions ? Quels ont été les facteurs favorables ou les freins ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quelle est la durabilité du statut des pairs-éducateurs ? quelle stratégie d'intégration de ceux-ci dans le système de santé local (qui base son action sur les agents de santé communautaires) ? Quelle est la durabilité du fonctionnement des postes de santé créés/réhabilités par le projet (et notamment la durabilité des soignants et mobilisateurs communautaires qui sont salariés du projet) ? Quelles garanties de durabilité de l'implication des Autorités/programmes nationaux dans les activités de supervision de ces postes de santé ? Comment le PNLS/IST intègre-t-il dans sa stratégie d'intervention l'approche communautaire prônée par le projet ? Le projet a-t-il pu trouver un terrain propice pour son développement et son ancrage dans le système de santé ? Quelle est la durabilité des partenariats entre les postes de santé et les CDS partenaires ? Quels sont les liens entre l'approche communautaire prônée par le projet et les COSA (Comités de santé) ? Quelle stratégie faut-il mettre en place pour renforcer de façon durable l'accessibilité financière aux soins pour la communauté de pêche ? Quels sont les liens entre le projet et le CCM au niveau national ? Dans quelle mesure celui-ci est impliqué dans les actions de plaidoyer ? Quelles sont les complémentarités avec les autres projets financés par le FM au Burundi ? 	Voir supra	Entretiens, focus-groups, atelier de restitution, analyse documentaire

		<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des contraintes/facteurs de blocages/difficultés qui ont eu un impact sur la durabilité des dispositifs mis en place (contexte COVID-19, contexte météorologique, contexte politique, etc.). En d'autres termes, le projet est-il en adéquation avec le milieu dans lequel il se déroule et s'adapte-t-il correctement aux évolutions du contexte ? - Existe-t-il une stratégie de sortie basée sur l'analyse partagée avec les partenaires et les autorités ? - Quels sont les risques identifiés qui pourraient rendre le projet non pérenne ? - Dans quelle mesure l'apport du projet a-t-il contribué à la réduction de l'impact des facteurs de vulnérabilité sur les bénéficiaires finaux ? - Y a-t-il eu un travail de capitalisation effectué ? Si oui dans quelle mesure peut-il servir un passage à l'échelle ? 		
QUESTIONS TRANSVERSALES SUR LES DROITS HUMAINS ET LE GENRE				
Droits humains	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet a-t-il levé les obstacles légaux et juridiques pouvant entraver la mise en œuvre et l'atteinte des résultats ? Si oui, comment et quelles sont les leçons apprises ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet a-t-il contribué à ce que les populations bénéficiaires connaissent leurs droits et les fassent valoir ? Comment ? - Respect de la vie privée, confidentialité, stigmatisation et attitude du personnel de santé – A documenter. 	Voir supra	Voir supra
Genre	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure le projet a-t-il intégré une approche sensible au genre comme cela a été demandé dans l'appel à projets ? quels ont été les effets ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet a-t-il développé une stratégie de prise en compte du genre ou de la réduction des inégalités liées au genre à priori ? Si oui, a-t-elle été mise en œuvre et quels ont été les effets pouvant être mesurés ? - Le projet a-t-il contribué à réduire les iniquités d'accès aux services basées sur le genre ? De quelle façon le projet a-t-il contribué à changer les normes sociétales néfastes de genre? Le projet a-t-il adopté une approche transformative pour réduire les normes néfastes de genre, et si oui, laquelle? - Le projet permet-il d'avoir des données désagrégées par âge et sexe ? 		

Questions évaluatives transversales concernant l'objectif 2 : Apprentissage			
Quelle est la pertinence/plus-value de l'approche communautaire prônée dans le cadre du projet (santé communautaire et éducation par les pairs, postes de santé et stratégie avancée) ?		Voir supra	Voir supra
Concernant les pairs-éducateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les défis qui se posent en ce qui les concernent ? Quelles sont les prérequis nécessaires pour une intervention reposant sur des pairs-éducateurs ? Durabilité de leur statut (cf. supra) ? La démonstration du coût/efficacité de leur intervention peut-elle être faite ? - En quoi l'implication des pairs-éducateurs est-elle innovante dans le contexte du pays ? - Quels sont les liens/complémentarités avec les autres travailleurs.euse.s communautaires (notamment les agents de santé communautaires) ? 		
Quelle place occupe le plaidoyer dans le projet ? Quelles sont les différentes stratégies utilisées ? Quels en sont les effets ? les limites ? (Cf. effets/impacts du plaidoyer) ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quelle mesure le plaidoyer mené a-t-il influencé les décideurs aux niveaux local, provincial et national ? - Quels sont les changements significatifs générés par l'action de plaidoyer ? 		
Quel a été le rôle et la plus-value de la santé communautaire pendant la crise du COVID19 ? Quelles leçons peuvent en être tirées pour la préparation d'autres crises futures ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle a été la plus-value des pairs éducateurs qui ont permis de continuer à assurer l'accès aux soins des populations cibles du projet ? 		
Le positionnement du système communautaire prôné (dans le cadre du projet) dans le système de santé national	<ul style="list-style-type: none"> - Quel lien existe t'il entre le système communautaire appuyé et le système de santé national ? - Quelle contractualisation sociale/ délégation de service public a été mise en place ? - Dans quelle mesure les points fort du système communautaire prôné bénéficient-ils au système national ? 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Jusqu'où doit aller la délégation de service public ? - Le projet s'inscrit-il dans un cadre formel de collaboration entre système de santé et système communautaire ? - Si oui, quel rôle le porteur de projet a-t-il joué dans la création, la mise en œuvre ou le renforcement de ce cadre formel ? 		
<i>Leçons apprises en termes de participation communautaire (niveau d'implication et effets/impacts), en particulier participation des populations marginalisées</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La participation des bénéficiaires finaux a-t-elle été jugée pertinente et satisfaisante tout au long du projet ? Quels sont les facteurs favorisant ou limitant cette participation ? 		
<i>Leçons apprises sur la plus-value d'une approche communautaire fondée sur les droits humains et genre</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Voir aussi questions transversales sur les DH et genre 		
<i>Leçons apprises en termes de renforcement des capacités des organisations communautaires</i>	cf. effets/impacts		

Annexe 2 – Liste des documents consultés

- Plan d'action et avenants
- Documents budgétaires
- Rapports semestriels d'activités (S1, S2, S3, S4, S5, S6)
- Document de présentation des résultats du projet SAPEMA, COPIL n°4 (juin 2023)
- Documents de suivi-évaluation :
 - o Monitoring tool + version révisée
 - o Système de remontées des données par la communauté/Community Lead Monitoring, août 2022
 - o Rapport de mission ESSENTIEL (du 26/07/22 au 08/08/22)
- Rapport d'évaluation intermédiaire du projet SAPEMA, Théophile Bigirimana & Joy Niyonkuru, avril 2022
- Plan stratégique national de lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles 2018-2022, Secrétariat exécutif permanent du CNLS, Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, République du Burundi, décembre 2017
- Stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2018-2022, Programme national de lutte contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles (PNLS/IST), Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le Sida, Direction des programmes et projets de santé, Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le Sida, République du Burundi, septembre 2018
- Politique nationale de santé 2016-2025, République du Burundi, janvier 2016
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2018-2023, Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, République du Burundi, juillet 2018
- Stratégie genre de la SWAA Burundi, août 2022
- Le projet SAPEMA 2020-2023 : une approche communautaire innovante pour améliorer la « santé des pêcheurs et des mareyeuses » sur le littoral du lac Tanganyika, rapport de capitalisation, 2023
- Lettre d'intention « Appels à projets 2023 de L'Initiative

Annexe 3 – Liste des personnes rencontrées

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
Consortium ESSENTIEL, SWAA, COPEDECOBU	
RENARD Anne-Laure	Chargée de projets ESSENTIEL
HAVYARIMANA Emile	Responsable a.i du projet SAPEMA (SWAA)
BARAGUNAGUZA Jean-Bosco	Coordinateur point-focal projet SAPEMA (COPEDECOBU)
NSABIMANA Suzanne	Directrice exécutive SWAA-Burundi
RUMIMA Pascasie	Représentante légale SWAA
NDUWAYEZU Léonidas	Ex-chargé de projet SAPEMA (SWAA)
NDAYIZEYE Yvonne	Trésorière générale SWAA
MAMISMMIEE Henriette	COP/projets TS SWAA
BAYUBAHE Candide	RAF SWAA
BISHOBOYE Spès-Caritas	Représentante légale suppléante SWAA
NPAGIYIMANA Manassé	Finance Manager SWAA
Dr. MTIHEBILOYO Emile	COP/Gitega SWAA
Dr. NIYONKURU Arthur	Chef de projet RISE SWAA
NKURUXIZIZA Thierry	Responsable RH SWAA
Autorités nationales/Programmes nationaux	
Dr. ELESE Aimée	Directeur PNLS-IST
Dr. SINIARINZI Pierre	Directeur PNILP
Autorités locales/régionales	
MINANI Augustin	Administrateur commune de Rumonge
IRANKUNDA Marie Goreth	Administrateur communal de Nyanza-lac
HAKIZIMANA Erasme	Secrétaire permanent de la commune de Rumonge
NDAYISENGA Mawuhidi	Conseiller chargé des questions économiques, du développement et des statistiques, à la commune de Rumonge
NZIKIRIZA Jean	Conseiller chargé des services techniques à la commune de Rumonge
Dr. NKURUNZIZA Alexis	Chef District sanitaire Rumonge
SIYAWEZI Oscar	Conseiller chargé du développement, de l'économie et des statistiques à la commune NYANZA-LAC
Dr. NDAYIHIMBAZE David	Médecin-chef District sanitaire de NYANZA-LAC
Prestataires centres de santé partenaires	
NTAKIRUTIVIMINANA Omar	Psychologue clinicien responsable du service de prise en charge du VIH et point-focal du projet SPAEMA, clinique Saint-David, Rumonge
HAIKIZIMANA Gilbert	Titulaire CDS de Kizuka et point-focal SAPEMA

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
NIBASUDIBA Elievel	Président du COSA CDS de Kizuka
NKURUNZIZA Espérance	Titulaire CS de Mvugo
Dr HAGABIMANA Alexis	Titulaire Centre « Nouvelle espérance » de Bujumbura et point-focal SAPEMA
Personnel Postes de santé SAPEMA	
HARUSHUKURI Edmond	Infirmier PS Rumonge
NIYONKURU Mwanaïdi	Infirmière PS Rumonge
BIGIRIMANA Fidèle	Mobilisateur communautaire PS Rumonge
NDIWAYEZU Désiré	Infirmier PS Mvugo
IRAKOZE Nadège	Mobilisatrice communautaire PS Mvugo
NDIWAYEZU Laetitia	Infirmière PS Mvugo
GIRUKWISHAKA Jocelyne	Mobilisatrice communautaire PS Olympique
BUTUNUNGU Gladys	Infirmière PS Olympique
PE et bénéficiaires	
NDUWIMANA Adija	Mareyeuse/PE Rumonge
NDIZEYE Cédric	Apprenti/PE Rumonge
BASITA Jean	Patron pêcheur/PE Rumonge
BARANTANDIKIYE Concessa	Mareyeuse/PE Rumonge
BIZINDAVYI Thérènce	Patron pêcheur Rumonge
NSHIMIRIMANA Christophe	Apprenti Rumonge
GATEKA Merveille	Mareyeuse Rumonge
XXX	Travailleuse de sexe Rumonge
XXX	Travailleuse de sexe Rumonge
HABONIMANA Vincent	Restaurateur Rumonge
UWINEZA Cécile	Mareyeuse Rumonge
BIZIMANA Célestin	Pêcheur Kizuka
NTIRANDEKURA Jeanette	Mareyeuse Kizuka
NIJIMBERE Boniface	Pêcheur/PE Kizuka
NAHISHAKIYE Melchior	Mareyeur/PE Kizuka
BUTOYI Jean-Claude	Patron pêcheur Mvugo
HABONIMA Estella	Mareyeuse/PE Mvugo
HABONIMA Julienne	Mareyeuse Mvugo
HABONIMA Chaceline	Mareyeuse Mvugo
HABONIMA Médinidine	Mareyeuse Mvugo
HABONIMA Béatrice	Mareyeuse Mvugo
NDAYISHIMIYE Flora	Mareyeuse/PE Mvugo
NDAYISHIMIYE Béatrice	Mareyeuse Mvugo

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
NSABIYUMVA Séraphine	Mareyeuse/PE Mvugo
IRANKUNDA Echresianne	Mareyeuse/PE Mvugo
NDIHOKUBWAYO Jean de Dieu	Pêcheur/PE Mvugo
NDUWINANA Eric	Pêcheur/PE Mvugo
HATUNGIMANA Edouard	Pêcheur/PE Mvugo
NZAMBINANA Kenedy	Pêcheur/PE Mvugo
BARANYIKWADEO	Pêcheur/PE Olympique
NDUWIMANA Dénise	Mareyeuse/PE Olympique
NAHUMUREMYI Jean de Dieu	Pêcheur/PE Olympique
MANARIYO Marie-Louise	Restauratrice Olympique
HOBONIMA Violette	Mareyeuse Olympique
Autres	
KARIRIMBANYA Emmanuel	Secrétaire permanent CCM/ICN
BRUCK-LANDAIS Serawit	Conseillère Régionale Santé Mondiale (CRSM)
REILHAC Christophe	Conseiller Adjoint de Coopération et d'Action culturelle/Ambassade de France
LAVIROTTE Pauline	Chargée de projets L'Initiative/Expertise France
BUTOYI Gabriel	Président de la fédération des pêcheurs et fournisseurs de poisson au Burundi (FFFPB)
MUIKANYA Sadi	Membre de l'ADP

Annexe 4 – Programme de mission

	Activités
Jeudi 08 juin <i>Bujumbura & Rumonge</i>	<p><u>Matin</u> : briefing : présentation du projet par l'équipe projet (SWAA et COPEDECOBU), présentation du plan d'évaluation par les consultants, échanges autour du plan d'évaluation et validation du calendrier de mission + entretiens/focus-groups avec les responsables et staffs de SWAA et COPEDECOBU</p> <p><u>Après-midi</u> : voyage Bujumbura-Rumonge</p>
Vendredi 09 juin <i>Rumonge</i>	<p><u>Matin</u> : entretiens avec les Autorités communales ; visite d'un CDS partenaire (clinique St David) et entretien avec le point-focal ; visite du Poste de santé et entretiens avec le personnel + mobilisateur communautaire</p> <p><u>Après-midi (focus sur 1 plage à Rumonge)</u> : focus-group avec des pairs-éducateurs ; focus-group avec des bénéficiaires finaux (patrons de pêche, pêcheurs, restaurateur.rice.s, mareyeuses, travailleuses de sexe, jeunes de 10 à 24 ans en apprentissage du métier de pêche) ; entretien avec le responsable du BDS</p>
Samedi 10 juin <i>Rumonge</i>	<p><u>Matin (focus sur 1 plage à Kizuka)</u> : entretien avec le Gouverneur ; visite CDS de Kizuka et entretien avec le point-focal ; entretien avec le président du COSA ; focus-group avec des pairs-éducateurs ; focus-group avec des bénéficiaires finaux (patrons de pêche, pêcheurs, restaurateurs/trices, mareyeuses, travailleuses de sexe, jeunes de 10 à 24 ans en apprentissage du métier de pêche) ;</p> <p><u>Après-midi</u> : visite plages de Kizuka et de Rumonge</p>
Dimanche 11 juin <i>Rumonge/Mvugo</i>	<p><u>Matin</u> : entretien avec les responsables de la Fédération des pêcheurs</p> <p><u>Après-midi</u> : Voyage Rumonge-Mvugo</p>
Lundi 12 juin <i>Mvugo/Rumonge</i>	<p><u>Matin</u> : entretien avec l'Administrateur communal ; entretien avec les Autorités communales de Nyanza-Lac ; entretien avec un patron-pêcheur de Mvugo; entretien avec le Médecin-Chef de District sanitaire ; entretien avec la titulaire du CS de Mvugo ; focus-group avec des pairs-éducateurs et bénéficiaires finaux ; focus-group avec des bénéficiaires finaux (mareyeuses) ; visite du Poste de santé et entretiens avec le personnel et mobilisateur communautaire</p> <p><u>Après-midi</u> : voyage Mvugo-Rumonge</p>
Mardi 13 juin <i>Bujumbura</i>	<p><u>Matin</u> : visite du centre de santé « nouvelle espérance » et entretien avec le point-focal ; focus sur la plage Olympique : focus-group avec des pairs-éducateurs ; focus-group avec des bénéficiaires finaux (patrons de pêche, pêcheurs, restaurateurs/trices, mareyeuses, travailleuses de sexe, jeunes de 10 à 24 ans en apprentissage du métier de pêche) ; visite du Poste de santé et entretiens avec le personnel et mobilisateur communautaire</p> <p><u>Après-midi</u> : entretien avec le Directeur du PNILP</p>
Mercredi 14 juin <i>Bujumbura</i>	<p><u>Matin</u> : entretien avec le Directeur du PNLS-IST ; Entretien avec le Conseiller Adjoint de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC/Ambassade de France) ; entretien avec le Secrétaire permanent du CCM/ICN</p> <p><u>Après-midi (dès 14h)</u> : Atelier de restitution (COFIL)</p>

+ en visioconférence (Zoom) : entretien avec la CRSM ; entretien avec l'ex-chargé de projet au niveau de la SWAA ; entretien avec la chargée de projet ESSENTIEL.

Annexe 5 – Zone d'intervention du projet



Annexe 6 – Autres photos



Fig.9 : Focus-group avec les PE et les bénéficiaires à Olympic (Bujumbura)



Fig.10 : Claies de séchage (Mvugo)

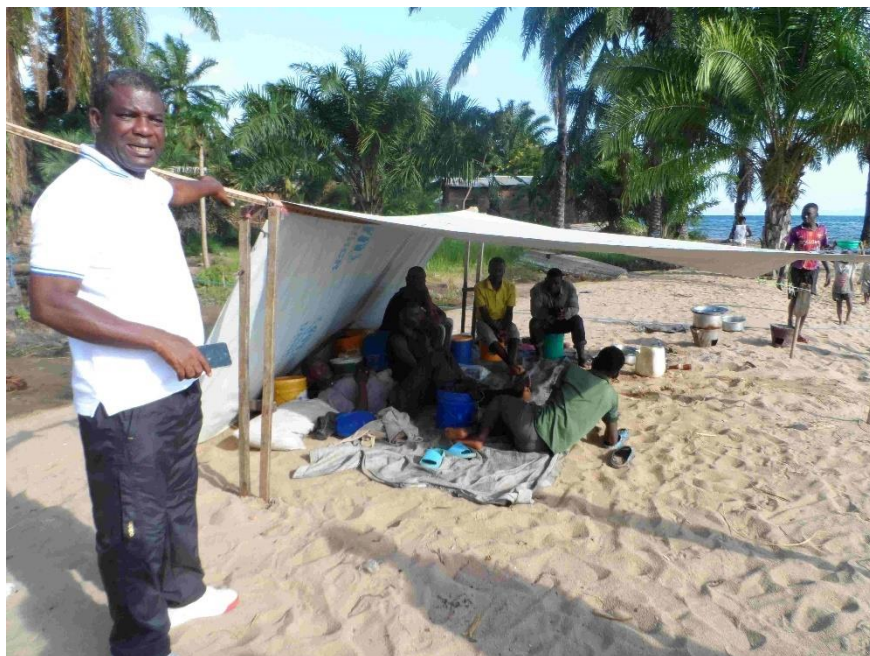


Fig.11 : Abris de pêcheurs (plage de Kizuka)



Fig.12 : Focus-group avec les PE et bénéficiaires à Kizuka



Fig.13 : Mareyeuse à Mvugo



Fig.14 : Port de pêche à Mvugo