

EVALUATION DU

---

**PROJET CENTRE DE  
TRAUMATOLOGIE ARCHE**

**BUJUMBURA, BURUNDI**

---

**NOVEMBRE 2021**

Ce document a été publié à la demande de MSF-OCB sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation de Stockholm Evaluation Unit.

Il a été rédigé de façon indépendante par Théophile Bigirimana, Lenka Tucek, Richard Gosselin et Amardeep Thind.

**CLAUSE DE NON-RESPONSABILITE**

Les opinions de l'auteur exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Médecins sans Frontières, ni celles de Stockholm Evaluation Unit.

## TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES .....	4
RESUME EXECUTIF .....	5
INTRODUCTION.....	9
Contexte du Projet .....	9
Contexte, Portee, et Cadre de l'Evaluation .....	10
MISE EN OEUVRE DE L'EVALUATION .....	12
Phase Preparatoire .....	12
Collecte des Donnees.....	12
Analyse des Donnees.....	13
Considerations Ethiques.....	13
DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ÉVALUATION.....	15
RESULTATS DE L'EVALUATION.....	16
Historique et Evolution du Contexte du Projet de 2015 à 2021.....	16
Pertinence et Adequation du Projet avec les Besoins et le Contexte.....	18
Efficacité.....	21
Efficience .....	32
Impact .....	35
Durabilité / Perennité .....	36
CONCLUSION.....	38
RECOMMANDATIONS.....	40
ANNEXE: Matrice d'Evaluation .....	42

## Liste des Tableaux

Tableau 1. Evolution du projet Arche .....	16
Tableau 2. Cas admis aux urgences classés selon leur gravité.....	23
Tableau 3. Cas pris en charge par cause de traumatisme .....	25
Tableau 4. Cas pris en charge dans les différents départements de soins .....	27
Tableau 5. Cas pris en charge à l'HPRC par département .....	29

## Liste des Figures

Figure 1. Modèle conceptuel de l'évaluation .....	11
Figure 2. Comparaison graphique de la fréquence des différents cas .....	24
Figure 3. Comparaison schématique par cause de traumatisme .....	26
Figure 4. Comparaison graphique dans les départements de soins .....	28

## ACRONYMES

AVP	Accident de la voie publique / accident de la circulation
BO	Bloc Opératoire
CAD	Comité d'aide au développement
CDS	Centre de santé
CHUK	Centre hospitalo-universitaire de Kamenge
CMCK	Centre Médico-Chirurgical de Kinindo
CRB	Croix Rouge du Burundi
DS	District sanitaire
GC	Groupe consultatif de l'évaluation
HD	Hôpital de District
HPRC	Hôpital Prince Régent Charles
ICU	ENG. <i>Intensive Care Unit</i> (Service des urgences)
IPD	ENG. <i>In-patient Department</i> (Service d'hospitalisation)
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPLS	Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida
OCB	<i>Operational Centre Brussels</i> (FRE. Centre Opérationnel de Bruxelles)
OCDE	Organisation de cCoopération et de Développement Économiques
OPD	ENG. <i>Out-patient Department</i> (Service ambulatoire)
Physio	Physiothérapie / Kinésithérapie
QE	Question Evaluative
SEU	<i>Stockholm Evaluation Unit</i>
SU	Soins d'urgence
VSBG	Violences sexuelles et basées sur le genre

## RESUME EXECUTIF

Le projet Centre de traumatologie Arche de Kigobe mis en œuvre au Burundi par le Centre opérationnel de Médecins Sans Frontières (MSF) basé à Bruxelles (OCB) entre 2015 et 2021 est un projet démarré en réponse à une crise violente aiguë en lien avec le contentieux électoral au Burundi en 2015. Le projet qui avait pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes dans la ville de Bujumbura et ses environs. Initialement projet d'urgence, il a effectué un ajustement dans sa structuration pour intégrer la prise en charge des victimes d'accidents de la voie publique, les victimes de violences sexuelles, et la prise en charge psychologique.

Le projet a mobilisé une expertise internationale composée de chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, etc. qui ont collaboré avec le personnel national dans la prise en charge des cas au sein d'une structure privée louée par MSF à Bujumbura, le Centre Médical Arche de Kigobe. A partir de 2019 a commencé la décentralisation<sup>1</sup> et le transfert des compétences vers d'autres structures de santé, et le Centre Arche fut fermé le 30 avril 2021.

Le projet s'est maintenu au-delà de 2015 en raison de différents facteurs, notamment l'émergence de groupes armés à l'issue de la crise de 2015, les nombreux incidents sporadiques, le manque de visibilité quant au contexte des élections de 2020 ainsi que l'absence de capacité suffisante de réponse aux urgences. Avec l'apaisement du climat politique avant et durant les élections de 2020, le projet a alors progressé dans sa phase de sortie et de fermeture.

Pour apprécier les résultats du projet et sa répliquabilité au Burundi ou dans d'autres contextes, MSF a commandité une évaluation externe finale qui a été conduite de Juin à Octobre 2021 par une équipe d'évaluateurs externes, après la clôture du Centre Arche. L'évaluation a porté sur les critères de pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact et durabilité ; elle a également analysé les thèmes transversaux de genre et de contribution à la préservation de l'environnement.

Le projet a été trouvé pertinent et a gardé sa pertinence en raison du contexte politique instable suite aux différentes crises qu'a traversé le pays et de la faible capacité du système sanitaire à répondre aux urgences. Sa cohérence avec le fonctionnement du système de santé local était satisfaisante, à l'exception de la conformité au système de référence-contre référence, de l'implication trop tardive du Ministère de la Santé et de la perte des revenus des structures de santé voisines des structures appuyées par le projet.

L'efficacité du projet a été appréciée au regard de la rapidité de réponse à la crise, le nombre de cas pris en charge sur la période et les indicateurs du projet. Pourtant, la mesure de l'efficacité a été limitée par la faible qualité du rapportage interne du projet. Les bases de données médicales et les outils de suivi opérationnel du projet n'étaient pas au complet et parfois complexes rendant difficile leur exploitation, ce qui n'a par exemple pas permis de répondre aux questions des décès et des infections durant la période du projet.

---

<sup>1</sup> La décentralisation sur le projet Arche a été définie au sens de l'intégration et de la délocalisation des services de chirurgie traumatologique dans les structures ciblées suivi de la fermeture de ces services au Centre Arche de Kigobe.

L'efficacité du projet fut également discutée au niveau des ressources financières, des ressources humaines, et des moyens techniques déployés. Le projet était efficace globalement mais sur la période de 2017-2021 le projet a dépensé beaucoup d'argent en soignant de nombreux cas verts qui auraient dû constituer la petite part des activités, avec un focus sur les cas graves exigeant le plateau technique du Centre Médical Arche de Kigobe. En effet, le projet s'était beaucoup écarté de son objectif de départ de soigner les cas modérés et graves issus des violences dans la ville de Bujumbura et ses environs.

L'impact du projet a été sur les vies sauvées et les invalidités évitées, ainsi que sur l'économie des familles qui ont vu leurs ressources épargnées, grâce à la gratuité des soins offerts par le projet Arche. La durabilité des acquis du projet est limitée, surtout au niveau du Centre qui a fermé. Néanmoins, certains investissements comme les dotations d'équipements aux structures de santé partenaires du projet et la formation reçue par le personnel national continueront à servir après le projet.

Les aspects genres ont été inclus marginalement au projet avec la prise en charge des violences sexuelles et certaines activités sur la gestion des déchets.

⇒ **Recommandation 1:**

Améliorer le management projet sur les aspects programmatiques incluant l'analyse des besoins, la définition des indicateurs du cadre logique, le suivi-évaluation et rapportage, ainsi que la gestion des relations partenariales. Il faudrait en effet renforcer l'accompagnement des gestionnaires des projets par les référents programmes du siège avec suivi du rapportage et des revues programmes et projets plus régulièrement avec les équipes de terrain pour effectuer des corrections tôt dans le cycle de vie des projets. De manière générale, veiller à instaurer les approches participatives à toutes les étapes du cycle de vie du projet.

Pour ce qui est du passage de gestion Epool vers la mission régulière, clarifier les critères et mécanismes de transfert et introduire une passation formalisée et signée entre e-Pool et mission régulière (revue structurée ou évaluation).

⇒ **Recommandation 2:**

Améliorer la gestion des données et informations des projets par la mise en place d'outils standards simples sous-forme de base de données permettant l'exploitation des données et le pilotage des projets et programmes sur bases de données factuelles. Spécifiquement :

- Réaliser des audits cliniques sur tous les cas de décès et investiguer les cas infections associés aux soins à Arche sous un angle plus large ne se limitant pas uniquement aux données cliniques, notamment en menant des enquêtes auprès des patients pour la triangulation des données ;
- Harmoniser le système de triage par couleur, de sorte que les définitions soient les mêmes pour les patients hospitalisés et pour ceux de la salle d'urgence ;
- Mettre en œuvre des rapports semestriels au-delà des fiches individuelles dans de futures installations similaires - faciles à compiler ou rapports de mission avec des questions d'évaluation obligatoires - nombre et types d'infections, types de chirurgies effectuées, résultats du traitement, lits, équipement non fonctionnel, synthèses des rapports d'audits des décès.

⇒ **Recommandation 3:**

Pour des projets incluant l'élaboration des protocoles de soins, s'assurer que les protocoles sont adaptables au contexte local notamment en ce qui concerne les procédures de soins chirurgicaux, les médicaments d'usage courant localement, le traitement des plaies, et le suivi / évaluation de la qualité des soins. Organiser des rappels périodiques pour le personnel sur l'hygiène, en particulier dans les milieux de soins des plaies. Mettre en place des contrôles plus stricts en matière d'hygiène au-delà de la simple observation des pratiques en matière d'hygiène.

Recommandations 4 à 7 (de 7) →

⇒ **Recommandation 4:**

Améliorer le suivi budgétaire et financier par un meilleur enregistrement des dépenses et réaliser régulièrement une analyse annuelle des variations de coûts année par année et par catégorie de coûts avec les coordinateurs de projets. Il faudrait également porter une attention particulière à l'efficacité des interventions notamment au niveau de l'affectation des dépenses entre les différentes lignes budgétaires et au niveau des ressources humaines.

⇒ **Recommandation 5:**

Assurer le contrôle de la pharmacie idéalement avec des outils numériques pour maintenir la transparence concernant la situation des stocks, le calendrier des commandes, et les consommations.

⇒ **Recommandation 6:**

Prolonger le projet Arche d'au moins 6 mois pour lui donner le temps d'exécuter les recommandations du diagnostic participatif collectif réalisé avec l'Hôpital Prince Régent Charge en septembre 2021, tel que préconisé par l'équipe d'évaluation lors de la présentation des résultats préliminaires de l'évaluation. En effet, le démarrage effectif de la décentralisation et du transfert des compétences à cet hôpital a commencé tardivement certaines données / informations manquantes n'ont pas permis d'obtenir les résultats dans la période prévue pour réaliser ce transfert. Mettre un focus sur la qualité des services et l'harmonisation des protocoles avec le contexte local.

De manière générale, institutionnaliser le transfert de compétences dès l'année 2 des projets. Dans le cas de l'Arche, réfléchir à une intégration dans l'E-Prep.

⇒ **Recommandation 7:**

Réaliser des évaluations intermédiaires pour tous les projets ayant une durée supérieure ou égale à 3 ans pour tirer profit de ces évaluations dans le réaligement des projets aux changements de contexte et des besoins. Etablir des règles pour des évaluations internes et externes. S'assurer de recueillir et mettre en œuvre les leçons tirées de ce projet et d'autres tels que le projet chirurgical MSF OCB de Tabarre en Haïti.



# INTRODUCTION

## CONTEXTE DU PROJET

En 2015, le Burundi a sombré dans une crise socio-politique résultant d'un contentieux électoral. Cette crise a été suivie de violences qui ont fait des morts mais aussi des blessés dont les besoins humanitaires étaient considérables pour des soins dans un cadre neutre. Le projet Arche a démarré la même année 2015 avec comme objectif principal de contribuer à réduire la mortalité et l'invalidité liées aux traumatismes modérés et sévères dans la ville de Bujumbura et ses environs.

L'intervention a commencé via les structures de santé existantes où Médecins Sans Frontières (MSF) a soutenu les victimes de violence en partenariat avec la Croix Rouge du Burundi et Caritas Burundi. Ces trois partenaires ont travaillé ensemble à partir d'Avril 2015 avec une répartition des tâches où la Croix Rouge du Burundi s'occupait du ramassage des blessés et leur acheminement vers les postes avancés où ils recevaient les premiers soins de stabilisation donnés par les équipes MSF. Les patients étaient ensuite acheminés vers les structures de soins partenaires pour les soins spécialisés si besoin, et Caritas Burundi se chargeait du paiement des factures des soins de santé. Suite au prolongement de la crise dans le temps, en juin 2015, MSF a alors loué un établissement privé, qu'elle a appelé : le Centre de traumatologie de l'Arche MSF à Kigobe (Bujumbura) fournissant des soins d'urgence en chirurgie traumatologique et complètement géré par MSF avec son staff.

La gestion initiale du projet Arche a été faite par le Pool d'urgence (E-Pool) de MSF Centre Opérationnel de Bruxelles (OCB) sur la période entre 2015 et 2016 en se concentrant sur l'urgence de la réponse pour alléger les souffrances des victimes de violence. Ensuite, une équipe plus permanente sous la direction de la mission régulière de MSF au Burundi a assuré la gestion du projet.

Le projet Arche a été maintenu après la crise aiguë de 2015 dans le cadre de la préparation à une éventuelle crise vue la persistance de certains débats faisant craindre de nouvelles vagues de violences lors des élections qui se projetaient en 2020.

Vus la tendance à la baisse des cas de violences « politiques » alors que la violence liée aux conditions socio-économiques grimpait, le manque d'une prise en charge complète pour les autres types de traumatismes à Bujumbura à l'époque (2015), pour continuer à jouer son rôle humanitaire le projet Arche a adapté sa stratégie en 2016 en élargissant les critères d'admission des patients. Le Centre fut alors ouvert aux victimes d'accidents de la voie publique / accidents de roulage (AVP), les brûlés, et les victimes d'accidents domestiques. Le projet a également étendu ses activités à la promotion de la santé, au soutien psychologique et à la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

En 2018, quelques ONGs qui ne se sont pas alignées aux nouvelles directives du Gouvernement du Burundi ont vu leur enregistrement non renouvelé. Ainsi Handicap International (Humanité et Inclusion), partenaire de MSF sur le volet physiothérapie et réadaptation physique des patients, s'est retrouvée obligée de fermer sa mission au Burundi.

La tenue des élections de 2020 dans un climat apaisé a alors engagé le projet dans une phase de sortie qui se clôturera par la fermeture du projet à la fin de l'année 2021.

## CONTEXTE, PORTEE, ET CADRE DE L'ÉVALUATION

### CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Sept ans après le démarrage du projet Centre de Traumatologie Arche de Kigobe et à la veille de sa clôture fin décembre 2021, MSF OCB a souhaité réaliser une évaluation finale du projet pour apprécier son démarrage, sa performance au regard des critères CAD2 de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ainsi que le processus de transfert des compétences aux structures locales. L'évaluation a été faite pendant que la majorité des staffs qui ont presté sur le projet pendant les premières phases n'étaient plus sur le projet.

Il s'agissait d'une évaluation sommative et formative de fin de projet avec comme objectif de mettre en évidence les défis, les enseignements tirés de la mise en œuvre du projet, les résultats obtenus et leur pérennité. Les résultats de l'évaluation serviraient à renforcer la responsabilité de MSF, contribuer à l'apprentissage institutionnel et éclairer les décisions futures concernant la conduite et le transfert de la gestion des projets de traumatologie aux acteurs locaux, au Burundi ou dans des contextes similaires.

### PORTEE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation a couvert les 6 critères classiques de l'évaluation selon l'OCDE qui sont **la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, et la durabilité**. Dans le temps, l'évaluation a couvert la période de 2015 à 2021 et dans l'espace, l'évaluation a couvert toutes les structures de santé et partenaires du projet mais avec des variabilités dans le niveau d'accès aux données (*se référer aux difficultés et limites de l'évaluation*).

### CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ÉVALUATION

La figure ci-dessous est un modèle conceptuel de l'interprétation des questions d'évaluation (se référer à la matrice d'évaluation en Annexe 1) par l'équipe d'évaluateurs. Ce modèle logique simplifié relie les six questions d'évaluation (QE1 – QE6). Cela commence par une évaluation des besoins (QE1) qui mène aux activités effectuées par MSF (2015 – 2021) qui sont elles-mêmes basées sur les besoins identifiés et cohérents avec les priorités de MSF (QE2). Ces activités se traduisent par des extraits / produits (QE3), des résultats et des impacts à plus ou moins long terme (QE5) qui sont atteints de manière efficiente et efficace (QE3 et QE4). Ces activités seraient alors pertinentes au regard du contexte burundais (QE1) et sont / seraient durables ou pérennes à moyen et long terme (QE6).

---

<sup>2</sup> Comité d'Aide au Développement, au sein de l'Organisation pour la Coopération et le Développement en Europe (OCDE)

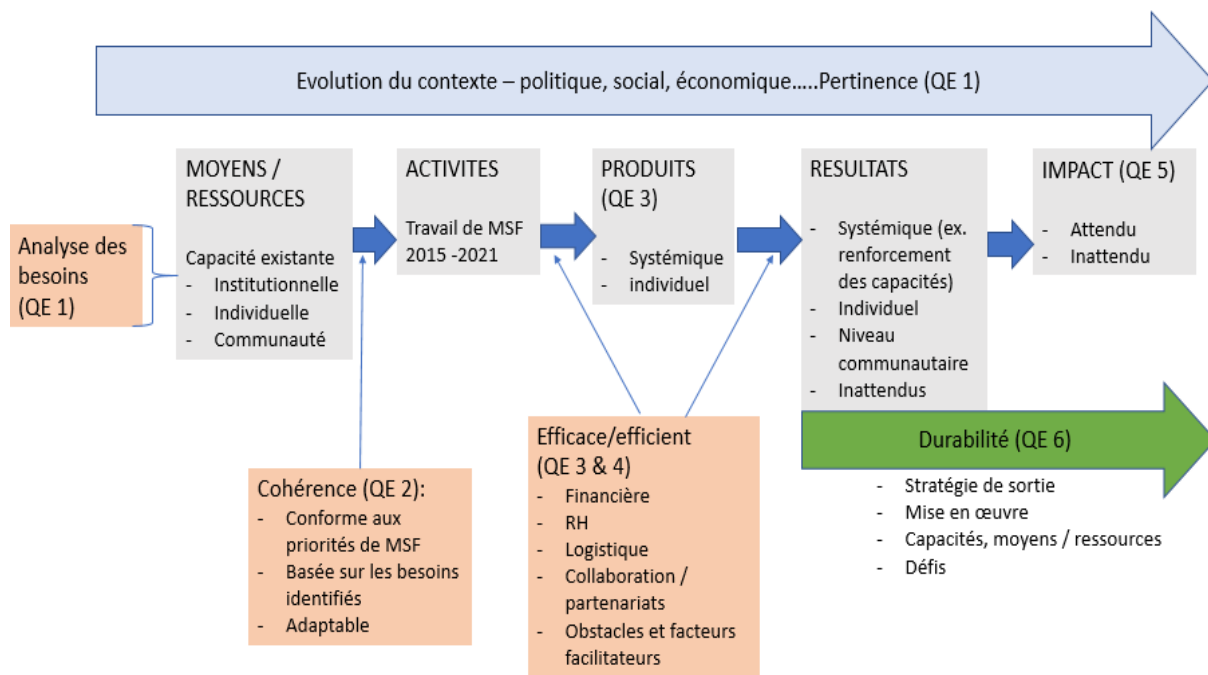


Figure 1. Modèle conceptuel de l'évaluation

## MISE EN OEUVRE DE L'ÉVALUATION

### PHASE PREPARATOIRE

En préparation de l'évaluation, les activités suivantes ont été menées:

- Réunions d'introduction et de briefing de l'équipe d'évaluation et sa présentation au groupe de consultatif de MSF pour cette évaluation ;
- Séances d'information sur le travail de MSF et les directives éthiques ;
- Revue des documents du projet, suivie d'une demande de documents manquants, fournis au fur et à mesure qu'ils sont collectés auprès des personnes clés par la Stockholm Evaluation Unit (SEU);
- Etablissement des contacts avec les principaux responsables de MSF OCB au Burundi (anciens et actuels chefs de mission, le coordinateur de projet, etc.) ainsi qu'avec certains experts techniques qui ont travaillé au Centre Arche ;
- Elaboration du planning des visites de terrain pour la collecte des données et le faire valider par le point focal évaluation (Coordinateur du projet) ;
- Organisation des réunions de suivi hebdomadaire tous les jeudis entre la SEU et l'équipe d'évaluation pour mettre à jour/suivre l'avancement des travaux et prendre des décisions sur les ajustements éventuels ou répondre aux demandes de l'équipe d'évaluation ;
- Rédaction d'un rapport de démarrage précisant la méthodologie et le calendrier de l'évaluation.

Un rapport de démarrage a été élaboré, présentant les questions d'évaluation validées, un cadre conceptuel (Figure 1), une matrice d'évaluation (Annexe 1), un plan de travail et un guide d'entretien.

### COLLECTE DES DONNEES

Une approche à méthode mixte a été utilisée pour l'évaluation, les données primaires étant recueillies qualitativement et les données quantitatives étant recueillies secondairement à partir de documents existants (voir Difficultés et limites de l'évaluation).

Les données ont été collectées à partir de 4 sources ci-dessous :

- a) **Revue documentaire** – une bibliothèque de documents a été créée sur SharePoint avec l'aide de SEU, et les différents acteurs clés contactés ont fourni plus de documents. Il s'agit notamment des rapports de projet, des rapports annuels, des rapports de fin de mission de divers membres du personnel, les bases de données brutes d'activités médicales collectées de manière routinière, etc. Ces documents ont été revus par l'équipe d'évaluation, et le cas échéant les documents manquants ont été partagés avec la SEU qui effectué le suivi pour les obtenir.
- b) **Entretiens avec les informateurs clés** – Une approche de la boule de neige a été adoptée pour les entretiens en ajoutant des intervenants supplémentaires au fur et à mesure que l'évaluation progressait et que la saturation théorique de l'information n'avait pas encore été obtenue. Les entretiens ont été menée en face-à-face ou à distance (en ligne) selon les cas.
- c) **Discussions de groupe** avec les bénéficiaires et quelques informateurs clés de la coordination du projet.

- d) **Visites sur le terrain** – Avec l'accord de la SEU et du Groupe Consultatif de l'évaluation, un calendrier des visites de terrain a été établi et une liste des personnes à interroger a été finalisée. Un évaluateur (TB) a effectué des visites sur le terrain en Août 2021, dans les structures appuyées ou partenaires pour l'observation et les entretiens avec les informateurs clés.

## ANALYSE DES DONNEES

Les données d'entrevue et de FGD ont été codées et analysées manuellement par les évaluateurs et des thèmes ont été identifiés. L'observation sur le terrain a fourni des informations limitées et la collecte des données a été plus basée sur les récits des informateurs clés, car le centre Arche avait fermé et la collaboration avec 5 des 6 structures de décentralisation avait cessé. Des données quantitatives ont été extraites des documents du projet afin de créer un récit longitudinal du projet en croisant ces données avec celles issues des entretiens. Les données ont été triangulées à partir de différentes sources pour tirer des conclusions définitives. L'équipe d'évaluation a tenu des réunions périodiques au cours desquels les analyses et les conclusions ont été discutées, comparées, puis approuvées.

## CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les évaluateurs se sont engagés à respecter pleinement les lignes directrices éthiques de MSF, y compris les guidelines de la SEU à ce niveau, et à informer le responsable de l'évaluation MSF qui les accompagne dès qu'un conflit d'intérêts ou un problème de non-conformité survient.

## REPRESENTATION EQUITABLE ET RESPECT DE LA DIGNITE ET DE LA DIVERSITE

Pour fournir une large inclusion de divers groupes, les évaluateurs ont pris contact avec différents groupes de parties prenantes. Les évaluateurs se sont efforcés d'interroger de manière équilibrée différents membres du personnel de MSF (par exemple, profil, expérience, emplacement) et des représentants (à la fois au niveau opérationnel et au niveau de coordination / managérial) de toutes les structures sanitaires incluses dans le transfert de capacité. Un échantillon aléatoire de patients à interviewer a été sélectionné de commun accord avec le management du projet. Le consentement a été obtenu avant chaque entrevue et les personnes interrogées étaient libres d'arrêter l'entretien à tout moment selon leur convenance.

## TRANSPARENCE

Toutes les conclusions de l'évaluation ont été étayées par des preuves crédibles et l'équipe d'évaluation a procédé régulièrement à un examen mutuel de son travail entre pairs pour se prémunir contre les préjugés personnels non intentionnels.

## CONFIDENTIALITE ET PREVENTION DES DOMMAGES

Les noms des patients vus en entretiens ne sont pas mentionnés dans les documents de l'évaluation et, en règle générale, les sources d'information sont restées anonymes. Toutes les informations recueillies sont confidentielles et ne sont utilisées que par l'équipe d'évaluation pour étayer leurs conclusions. Dans un contexte politiquement et culturellement sensible, les évaluateurs ont évité tout contenu d'entretien qui pourrait empiéter sur la conduite de l'évaluation ou avoir un impact sur l'image de MSF et son acceptabilité. En termes de prévention des dommages sur les individus, notamment les patients inclus comme répondants, les évaluateurs ont évité toute question pouvant constituer un facteur de reviviscence psychique de l'événement traumatique vécu par la personne, en concentrant les échanges sur l'expérience des soins reçus au Centre Arche.

## DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

La bonne collaboration des parties prenantes, y compris informateurs clé, durant le processus d'évaluation et la présence de l'évaluateur principal sur le terrain au Burundi ont été des facteurs majeurs de facilitation de l'évaluation. Néanmoins, l'évaluation s'est heurtée à plusieurs difficultés et limites suivantes :

- **Le Centre de traumatologie ARCHE n'existait plus au moment de l'évaluation** car fermé depuis avril 2021 (urgences fermées fin février 2021). L'établissement a réduit progressivement ses activités et n'admettait plus de nouveaux patients depuis mars 2021, de sorte qu'aucune visite des activités n'a pu être effectuée par l'évaluateur principal qui permettrait de juger de l'adéquation des conditions opérationnelles telles que la qualité de l'accueil, des soins en général, de l'hygiène, et du management général du Centre Arche. Les opinions et les conclusions des évaluateurs ont dû être formulées sur la base des entretiens et des informations tirées de la revue documentaire.
- **Activités de décentralisation partiellement terminées au moment de l'évaluation** : dans cinq des six établissements que MSF a sélectionnés et avec lesquels MSF a travaillé pour la décentralisation et le transfert des capacités, la coopération avait cessé au moment de l'évaluation, de sorte que seul les entretiens pouvaient être réalisés avec certains informateurs de ces structures, mais pas l'observation du processus de transfert lui-même en temps réel. De plus, deux médecins chefs de districts qui ont collaboré à la mise en place du processus de décentralisation des cas verts avaient quitté leurs postes au moment de l'évaluation. La seule structure de santé qui avait encore des activités de transfert de capacités en cours était l'hôpital Prince Régent Charles (HPRC).
- **Non disponibilité de certaines données sur la durée de vie du projet, ou contradiction dans les données quantitatives existantes** - Bien que les évaluateurs aient reçu de nombreux documents, le manque de certains documents et la complexité des bases de données des activités médicales a rendu difficile l'établissement d'une chronologie des événements dans certains domaines et l'analyse des données. Dans d'autres cas, les données quantitatives présentaient certaines contradictions, rendues apparentes lors de la triangulation par l'équipe d'évaluation.
- **Aucune évaluation intermédiaire pendant les 7 ans de vie du projet**, de sorte que les évaluateurs ne pouvaient se baser sur aucune analyse antérieure pour suivre les adaptations ou ajustements effectués en lien avec des observations faites à un moment clé du projet.

## RESULTATS DE L'EVALUATION

### HISTORIQUE ET EVOLUTION DU CONTEXTE DU PROJET DE 2015 A 2021

Le projet Arche, débuté en 2015 pour répondre au besoin humanitaire de soigner les blessés lors des violences consécutives au contentieux électoral, a connu plusieurs évolutions suite aux changements du contexte au Burundi.

Les événements majeurs du projet entre 2015 et 2021 sont repris dans le tableau suivant.

Tableau 1. Evolution du projet Arche entre 2015 et 2021

ANNEE	HISTORIQUE & ELEMENTS DU CONTEXTE
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse des besoins dans le cadre du cluster santé, pas spécifique Arche</li> <li>▪ Démarrage du projet</li> <li>▪ Partenariat MSF/CRB &amp; Police de la protection civile/Caritas Burundi :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CRB &amp; Police : Ramassage et transport des blessés vers les postes de soins</li> <li>○ MSF : Soins aux patients dans les postes avancés</li> <li>○ Caritas : Paiement des factures des soins de santé</li> </ul> </li> <li>▪ Partenariat CMCK : location d'un espace pour la prise en charge des cas sensibles</li> <li>▪ Location des bâtiments + ouverture du Centre de Traumatologie Arche de Kigobe en Juin 2015</li> </ul>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse des besoins au regard de la demande de soins et de l'image de MSF</li> <li>▪ Correspond à la phase d'autonomisation</li> <li>▪ Ouverture / élargissement des critères d'admission (ajout des traumatismes par accidents de circulation, les violences sexuelles, et les brûlures) avec augmentation de la demande (cas à traiter)</li> <li>▪ Augmentation de la capacité d'accueil du Centre Arche pour répondre à la demande croissante (Décembre 2016)</li> </ul>
2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Révision des critères d'admission (sortie des brûlures et des violences sexuelles)</li> <li>▪ Partenariat avec le centre Seruka pour la prise en charge des violences sexuelles</li> </ul>
2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation drastique des cas pris en charge au Centre Arche (&gt;1200/mois)</li> <li>▪ Surcharge pour le staff du Centre Arche avec une inquiétude quant aux conséquences sur la qualité des soins (ex : faible respect des pratiques d'hygiène par le staff rapporté dans les rapports des spécialistes sur la PCI)</li> <li>▪ Décision de décentralisation des cas verts dans 4 centres de santé (Centre de santé de kamenge, Centre de santé Buterere II, Centre de santé Bwiza-Jabe, Centre de santé Ngagara)</li> <li>▪ Décision du Conseil National de Sécurité de suspendre les ONGI ne se confirmant pas à la loi sur les ONGI telle qu'élaborée par le Gouvernement :</li> </ul>



	<p>conséquence sur le calendrier de mise en œuvre du projet, difficultés au niveau des importations (retards suite aux procédures), etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MSF parvient à garder son enregistrement en raison de son œuvre de soins aux patients</li> <li>▪ Quelques ONG ferment, dont Avocats Sans Frontières, Handicap International (partenaire financé par le projet Arche pour les soins de rééducation des patients), etc.</li> </ul>
2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décentralisation des cas verts dans les centres de santé identifiés partenaires</li> <li>▪ Renforcement des capacités des centres de santé (dotations d'équipements pour la petite chirurgie, formation du personnel)</li> <li>▪ Réduction du staff Arche</li> <li>▪ Le Centre Arche garde les cas jaunes, oranges, et rouges</li> <li>▪ Echéance des contrats de collaboration avec les CDS fixée à fin Décembre 2021</li> </ul>
2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partenariat avec le CHUK pour la prise en charge des cas jaunes avec échéance de fin de contrat en Février 2021</li> <li>▪ Sortie des cas jaunes du Centre Arche</li> <li>▪ Le Centre Arche garde la prise en charge des cas orange et rouges</li> <li>▪ Baisse du nombre de cas pris en charge au centre Arche (&lt;1200/mois) et focus sur l'augmentation de la qualité (meilleures pratiques de soins notamment en matière d'hygiène - temps accordé au patient suffisant)</li> <li>▪ Réduction des RH au Centre Arche</li> <li>▪ Prolongement des contrats de collaboration avec les CDS partenaires jusqu'à Avril 2021</li> </ul>
2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partenariat avec l'HPRC pour la prise en charge des cas jaunes, oranges, et rouges (03/2021)</li> <li>▪ Fin de la collaboration avec le CHUK sur la prise en charge des cas jaunes (02/2021) + donation d'un kit de désengagement de 3 mois</li> <li>▪ Fin de l'appui aux 4 CDS dont 2 sont devenus des HD (04/2021) + donation d'un kit de désengagement de 3 mois</li> <li>▪ Fermeture du Centre Arche (04/2021) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fermeture urgences (02/2021)</li> <li>○ Fermeture Hospitalisation (04/2021)</li> <li>○ Fermeture Kinésithérapie (04/2021)</li> <li>○ Fermeture toutes les activités médicales (04/2021)</li> </ul> </li> <li>▪ Réduction du staff du projet Arche</li> <li>▪ Affectation du staff Arche restant à l'accompagnement de l'HPRC dans le cadre du transfert des compétences</li> <li>▪ Phase de sortie</li> </ul>

## PERTINENCE ET ADEQUATION DU PROJET AVEC LES BESOINS ET LE CONTEXTE

### SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

#### Évaluation des besoins avant intervention

L'évaluation des besoins avant le démarrage du projet n'a pas été réalisée d'une manière participative. En effet, cette évaluation aurait été faite en interne à MSF sans implication des acteurs locaux pour appréciation participative et une co-construction de la stratégie. Les bénéficiaires du projet et le Ministère de la santé, acteurs clés du projet n'ont pas été consultés dans la phase initiale et cela a eu un impact sur la collaboration jusqu'en 2018. A partir de cette période, les relations avec le Ministère de la Santé se sont améliorées mais aucune évaluation conjointe de l'évolution des besoins n'a été réalisée.

Une divergence de réponses sur la décision de faire sortir les cas de brûlure des critères d'admission a été notée lors des entretiens. En effet, certains entretiens ont relevé que la décision de faire sortir les brûlés en **2017** n'était pas décidée de commun accord avec le niveau central du Ministère de la Santé mais avec les districts sanitaires. Cela aurait alors eu comme conséquence un sentiment de non-respect des procédures de collaboration, l'interlocuteur sur ces décisions devant être le niveau central du Ministère de la santé. D'autres entretiens ont néanmoins précisé que cela a été fait d'une manière concertée avec le Ministère de la santé en **2018** et qu'un MoU aurait été conclu pour la poursuite de la prise en charge des brûlés avec une surface brûlée < à 20% jusqu'au mois de février 2020, avant qu'ils soient repris par le CHUK lors de la décentralisation. De l'analyse et croisement de ces informations, les évaluateurs ont conclu qu'en 2017 la décision de sortir les cas de brûlures aurait été prise sans concertation avec le Ministère de la santé et qu'en 2018 suite à ce malentendu, un MoU aurait alors été conclu pour orienter l'approche à adopter.

#### Conception du projet et adéquation avec le contexte

En première ligne, les évaluateurs confirment **le respect des principes humanitaires par le projet**. Les victimes du conflit ont été traitées de manière discrète et non discriminatoire. L'importance accordée à ces principes étaient partiellement derrière la décision de choisir un hôpital privé au début de l'intervention. Le projet a également pris en compte la thématique violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), avec des protocoles spécifiques.

L'accès aux victimes fut permis grâce au partenariat avec la Croix Rouge du Burundi (CRB). Il n'y eut pas de problèmes de sécurité pour les travailleurs humanitaires surtout grâce à l'image du partenaire CRB qui a une forte assise communautaire avec déploiement des volontaires membres de la communauté pour le ramassage des blessés. La disponibilité des compétences pour gérer les cas graves (rouges et oranges) au début du projet était limitée car ces compétences tendaient à être largement dépassées par l'afflux des blessés et ces compétences se trouvaient dans des structures privées ou publiques sans système de gratuité pour les personnes sans moyens financiers pour couvrir les coûts des soins.

Les recrutements internationaux (chirurgiens traumatologues, anesthésistes, infirmiers de bloc, urgentistes, spécialistes en prévention et contrôle des infections, etc.) étaient adaptés au contexte de la traumatologie et au contexte local de crise sociopolitique où l'utilisation des experts étrangers était justifiée au-delà de la recherche de compétences, pour des raisons de neutralité et d'impartialité. La qualité et éventuelles lacunes dans les équipes médicales et dans les soins n'ont pas pu être vérifiées vu que l'évaluation s'est déroulée après la clôture du centre ARCHE et qu'aucune évaluation intermédiaire n'a été faite.

## Contribution du projet à la réponse humanitaire face à la crise de 2015

Avec la crise socio-politique qui a prévalu autour des élections de 2015 et suite à l'afflux des blessés lors des violences qui ont suivi, un besoin urgent de chirurgie traumatologique est survenu, besoin auquel le système de santé local ne pouvait répondre rapidement, en raison de l'insuffisance des ressources, des capacités, du contexte politique et de la pauvreté des victimes. Le projet Arche a alors déployé des activités de soins chirurgicaux gratuits aux blessés incluant notamment les services d'urgence et stabilisation, les interventions chirurgicales au bloc opératoire, les soins post-opératoires de physiothérapie / kinésithérapie de rééducation, et l'accompagnement psychologique. Le caractère politique de la crise exigeait une réponse humanitaire que MSF a rendu disponible à travers le projet Arche. Le projet Arche à travers une stratégie avancée menée en collaboration avec la Croix Rouge du Burundi et Caritas du Burundi organisa le pré-triage communautaire des cas sur base des critères de gravité des blessures. . Plusieurs dizaines de milliers de personnes furent pris en charge par le projet Arche au cours de la période de sa mise en œuvre au Burundi.

## Adaptation du projet à l'évolution du contexte et des besoins

Pendant la durée d'intervention, le projet a été modifié selon l'évolution du contexte et des besoins. La prise en charge des victimes d'accidents de la voie publique (AVP) a été incluse en 2016. Cette adaptation est devenue un levier du maintien du projet Arche qui sans cette activité serait devenu non justifié ou non pertinent pour les partenaires locaux, notamment le Ministère de la santé.

La gestion par Epool du projet a duré 2 ans (2015-2016), avant le transfert vers la Mission régulière, avec des règles opérationnelles différentes. Les évaluateurs soulèvent la question si un passage plus précoce à une mission régulière aurait mieux répondu à la nature modifiée du projet mais l'absence des règles de passage de la gestion par l'EPool vers la gestion par la Mission régulière n'a pas permis de conclure.

**Après 2016, le projet a augmenté ses dépenses opérationnelles et les cas traités, bien qu'aucune autre urgence ne soit survenue.** Il se pose la question de comment le projet aurait pu évoluer après 2016. Ainsi, l'adaptation apportée au projet était pertinente pour que le projet persiste dans l'éventualité d'une ré-surgescence de violences sur la période allant jusqu'aux élections de 2020. Néanmoins, même s'il était pertinent de rester préparé pour une autre vague de violence politique, les évaluateurs se posent la question de savoir si les cas verts voire jaunes n'auraient pas pu être traités dans les structures existantes dès 2016 permettant à ces structures de gagner rapidement en compétences, de garder leurs revenus, et accroître l'efficacité du projet qui se serait concentrés sur les cas modérés (oranges) et graves (rouges).

L'élargissement des critères avec l'inclusion des accidents de circulation a fait accroître la demande qui est venue de toutes les provinces du pays. Pour répondre à cette demande, le Centre Arche a procédé à une augmentation de sa capacité d'accueil avec augmentation du nombre de lits.

Avec la réduction des traumatismes violents liés à la crise électorale de 2015 mais persistance des débats politiques faisant craindre une nouvelle crise violente, le projet est rentré dans une phase d'autonomisation et de stand-by et de préparation à un éventuel afflux de blessés issus de violences armées. Ceci fut une adaptation utile et cohérente avec le contexte mais certaines observations sont faites sur la qualité de cette adaptation :

- **Limites de compatibilité avec le fonctionnement du système de santé local (référence contre-référence)** où la majorité des patients venaient directement au centre Arche tous les cas confondus sans triage préalable dans les structures de soins périphériques / primaires, surtout à la recherche de la gratuité des soins ;
- Initiation de la décentralisation et de la sortie avec l'apaisement du climat politique autour des élections 2020 mais **tardive pour les cas verts qui auraient pu sortir tôt.**

### Prise en compte des autres acteurs dans la mise en œuvre du projet

Le projet a été mis en œuvre en collaboration avec des acteurs internationaux et locaux dès le démarrage du projet. Ces partenariats furent stratégiques avec le niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) et le Ministère de la Sécurité Publique (Police en charge de la protection civile) et opérationnels (Mise en œuvre) avec le niveau opérationnel du MSPLS (Districts sanitaires), les structures de santé, les autres ONG (Handicap International, Caritas Burundi, Centre Seruka) et la Croix Rouge du Burundi. Il s'agit en effet d'un point très positif bien que l'implication directe et forte du niveau stratégique du Ministère de la santé dans le projet fut tardive (2018).

Cette situation a eu un impact sur la qualité du partenariat et la collaboration où avant 2018 certaines décisions prises au niveau du projet, comme la décision de faire sortir les brûlés des critères d'admission, fut interrompue sur instruction du Ministère de la santé, prolongeant la prise en charge de ces cas une année de plus.

### Prise en compte du genre dans le projet

Il s'agit d'un point positif du projet dans le contexte des violences armées ou de crise politique suivi de violences, impactant la vulnérabilité des femmes. La prise en charge des VSBG a été intégrée au cours du projet, avec des procédures spécifiques, mais rapidement abandonnée car il existait un partenaire local disposant d'une expertise dans le domaine et avec une expérience de collaboration avec MSF – Centre Seruka.

L'impact spécifique du projet sur le genre n'est pas ressorti clairement dans les rapports du projet ni sur la participation des femmes et des hommes dans la prise de décision.

## Intégration de la protection de l'environnement dans le projet

Certaines actions de rénovation de l'environnement des structures de santé (réparation d'incinérateurs, peinture des murs, rénovation des bâtiments – buanderies) et des activités d'appui à la gestion des déchets (ex: construction d'une zone à déchets) ont été réalisées. Au centre Arche, aucun incinérateur n'était disponible et les déchets étaient transportés pour destruction par un prestataire privé. Les évaluateurs n'ont pas pu avoir accès aux informations sur la manière dont ce prestataire aurait traité ces déchets (triage, conservation, transport et destruction des déchets).

## ANALYSE ET CONCLUSION SUR LA PERTINENCE ET LA COHERENCE DU PROJET

Le projet était pertinent au regard des besoins qui ont émergé de la crise violente liée aux élections de 2015. En effet, le projet a répondu à cette crise en offrant des soins gratuits aux victimes dont la plupart avaient besoin de soins urgents, gratuits, et dans un centre indépendant offrant une confiance et une confidentialité pour les personnes traitées. Au cours du cycle de vie du projet, des adaptations ont été effectuées pour le faire gagner en pertinence au regard du changement de contexte mais en s'écartant de la raison d'être du projet (traiter les victimes des violences traumatiques en Mairie de Bujumbura et dans ses environs).

Globalement, la cohérence du projet était bonne et le projet a gagné en cohérence en impliquant le Ministère de la santé dans l'analyse des adaptations nécessaires et la prise de décision bien que cela aurait pu avoir un impact plus important plus tôt avec une évaluation participative des besoins et une co-définition / co-construction de la stratégie d'intervention. Néanmoins, il faudra noter que pour des raisons inhérentes au contexte du Pays en 2015, certaines stratégies comme l'installation du projet dans une structure publique (avec la lourdeur bureaucratique inhérente) étaient peu compatibles avec la nécessité d'une réponse humanitaire urgente à la crise (c'est pour cette raison par exemple que MSF a choisi la structure Arche, privée), ainsi qu'avec les principes MSF.

## EFFICACITE

### SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

#### Atteintes des objectifs par le projet

La réalisation de trois principaux objectifs du projet a été appréciée :

- **Objectif global / principal** de fournir des soins immédiats aux blessés de violences politique: Atteint ;
- **Objectif de préparation à une autre urgence** : Atteint à un coût plus élevé. En même temps, l'intervention a créé un accès temporaire des populations aux services d'urgence de traumatologie de bonne qualité ;
- **Objectif de transfert de compétences** : Marginalement atteint. Début tardif dû aux facteurs externes et internes.

## Prise en charge au Centre Arche

Depuis le démarrage du projet, 70724 cas ont été pris en charge au niveau du Centre Arche de Kigobe. Ces cas étaient classés en cas simples (cas triés verts aux urgences), cas modérés (cas triés jaunes aux urgences), cas graves / sévères (cas triés oranges et rouges aux urgences), et cas de décès arrivés aux urgences (cas triés noirs ou bleus aux urgences). Le tableau 2 présente la répartition de ces cas dans les différents groupes de classification.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Détails classification couleur des cas :

**Cas verts** : cas bénin (simple) nécessitant des soins simples comme une petite suture et un pansement ;

**Cas jaune** : cas de gravité modérée comme une fracture fermée non déplacée pouvant nécessiter un plâtre pour immobilisation par exemple sans autre intervention ;

**Cas orange** : cas grave nécessitant une intervention spécialisée comme une intervention chirurgicale réparatrice de larges plaies mais ne nécessitant pas une prise en charge en soins intensifs et n'engageant pas ou engageant peu le pronostic vital du malade.

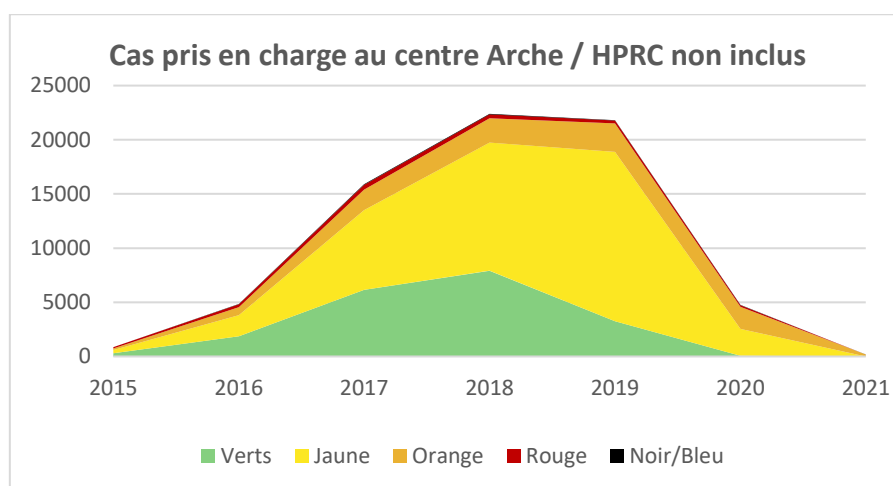
**Cas rouge** : cas grave nécessitant une réanimation médicale, une hospitalisation en soins intensifs et une intervention chirurgicale (ex : traumatisme avec amputation d'un membre, traumatisme crânien associé à un traumatisme de la colonne vertébrale).

**Cas noir / bleu** : cas de décès, patient sans signe de vies.

**Note** : Selon la South African Triage System la classification en code couleur est : (1) rouge—urgence vitale ; (2) orange—très urgent ; (3) jaune—urgent ; ou (4) vert—routine.

**Tableau 2.** Cas admis aux urgences du Centre Arche entre 2015 et 2021 classés selon leur gravité

TYPE DE CAS	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Verts	312	37%	1866	39%	6157	39%	7907	35%	3261	15%	53	1%	0	0%	19556	28%
Jaune	269	32%	1955	40%	7348	46%	11837	53%	15625	72%	2482	52%	0	0%	39516	56%
Orange	157	18%	722	15%	1892	12%	2237	10%	2632	12%	2038	43%	186	95%	9864	14%
Rouge	108	13%	273	6%	449	3%	370	2%	249	1%	149	3%	5	3%	1603	2%
Noir/Bleu	4	0.5%	20	0.4%	39	0.25%	41	0.2%	40	0.2%	37	1%	4	2%	185	0.3%
<b>TOTAL</b>	<b>850</b>	<b>100%</b>	<b>4836</b>	<b>100%</b>	<b>15885</b>	<b>100%</b>	<b>22392</b>	<b>100%</b>	<b>21807</b>	<b>100%</b>	<b>4759</b>	<b>100%</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>	<b>70724</b>	<b>100%</b>
Femmes	143	17%	1191	25%	4165	26%	5852	26%	6011	28%	1189	25%	40	21%	18591	26%
Age moyen (années)	30	-	28	-	26	-	24	-	24	-	27	-	30	-	27	-



**Figure 2.** Comparaison graphique de la fréquence des différents cas pris en charge au Centre Arche

L'âge moyen des patients était de 27 ans montrant la contribution du projet à la préservation de la population active, capital humain du pays. Les cas sévères n'étaient pas nombreux et avec l'ouverture des critères, les cas simples et modérés ont encore augmenté.

La plupart des victimes / patients étaient des hommes, ceci pouvant s'expliquer par leur participation plus importante aux activités de protestations et leur surreprésentation dans les activités professionnelles à haut risque (taxi moto, taxi vélo, travail dans le bâtiment / construction, etc.).

Les cas modérés – jaunes [(39516) ; 56%] et graves – oranges et rouges [(11476) ; (1603) ; 14%] en les considérant comme des cas qui si non pris en charge correctement peuvent conduire au décès ou à des invalidités permanentes prouvent la contribution du projet Arche dans l'évitement des décès et des invalidités. Ces cas représentaient 70% de l'ensemble des cas pris en charge. Les cas rouges ont en tout représenté 2% de l'ensemble des cas pris en charge (ils représentaient 13% en 2015 pendant la période active de la crise et des violences qui en ont suivi). Néanmoins, les sources de données disponibles n'ont pas permis de connaître la mortalité dans les différents groupes avec précision.

Certaines données font questionner la qualité du rapportage pour apprécier l'efficacité ; par exemple, 0 cas verts rapportés en 2021 et uniquement 53 en 2020 pourrait s'expliquer par le fait que les données disponibles ne sont que pour le centre Arche et non pour les centres de décentralisation montrant qu'une partie importante de l'activité du projet n'a pas été rapportée / valorisée. En effet, il s'agirait d'une erreur de rapportage ou d'enregistrement de certaines données.

La discordance au niveau de certaines données était expliquée par les personnes interviewées comme un abandon / refus de soins au niveau du triage mais aucune traçabilité sur ces cas n'a été retrouvée (certificat de refus de soins signé par le patient).

La compilation des cas pris en charge par cause de traumatisme montre l'importance des traumatismes par accident de la circulation (AVP). Les traumatismes violents intentionnels par arme à feu et arme blanche montrent aussi la contribution du projet en termes de nombre de cas pris en charge. La qualité de la prise en charge de ces cas est appréciée / analysée à la partie conformité aux protocole et qualité de soins du présent rapport. Le tableau 3 classe les cas pris en charge selon la cause du traumatisme.



Tableau 3. Cas pris en charge au Centre Arche par cause de traumatisme<sup>4</sup>

CAUSE DE TRAUMA	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		TOTAL / MOYENNE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TVA	92	11%	277	7%	806	5%	1094	5%	973	4%	203	4%	8	4%	3453	5%
TVB	348	41%	537	13%	179	3%	56	0%	19	0,1%	65	1,4%	1	0.5%	1205	2%
TVG	276	32%	158	4%	63	0,4%	50	0%	34	0%	34	0,7%	2	1%	617	1%
TVK	44	5%	116	3%	172	1%	206	2%	135	1%	61	1,3%	3	2%	737	1%
TAT	9	1%	2393	60%	9017	56%	12641	57%	11239	52%	2482	52%	123	63%	37904	54%
TVT	0	0%	67	2%	11	>0%	4	>0%	0	>0%	0	0.0%	0	0%	82	0,1%
Autres	81	10%	443	11%	5763	36%	8252	37%	9418	43%	1903	40%	58	30%	25918	37%
<b>TOTAL</b>	<b>850</b>	<b>100%</b>	<b>3991</b>	<b>100%</b>	<b>16011</b>	<b>100%</b>	<b>22303</b>	<b>100%</b>	<b>21818</b>	<b>100%</b>	<b>4748</b>	<b>100%</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>	<b>69916</b>	<b>100%</b>
TVA: Trauma par tabassage TVB : Trauma par bombe TVG: Trauma par balle TVK: Trauma par arme blanche TAT: Trauma par accident de la circulation TVT : Trauma au cours de la torture Autres: Autres causes (accidents domestiques, causes inconnues)																

<sup>4</sup> L'addition du nombre de cas par type de trauma par année, non présentée dans ce tableau 3, a mis en évidence certaines différences avec les totaux du tableau 2, illustrant les contradictions ayant pu être constatées lors de l'analyse des données quantitatives (exemple : 2016 : total de 3991 (tableau 3) vs 4836 (tableau 2) et 2017 : total de 16011 (tableau 3) vs 15885 (tableau 2))

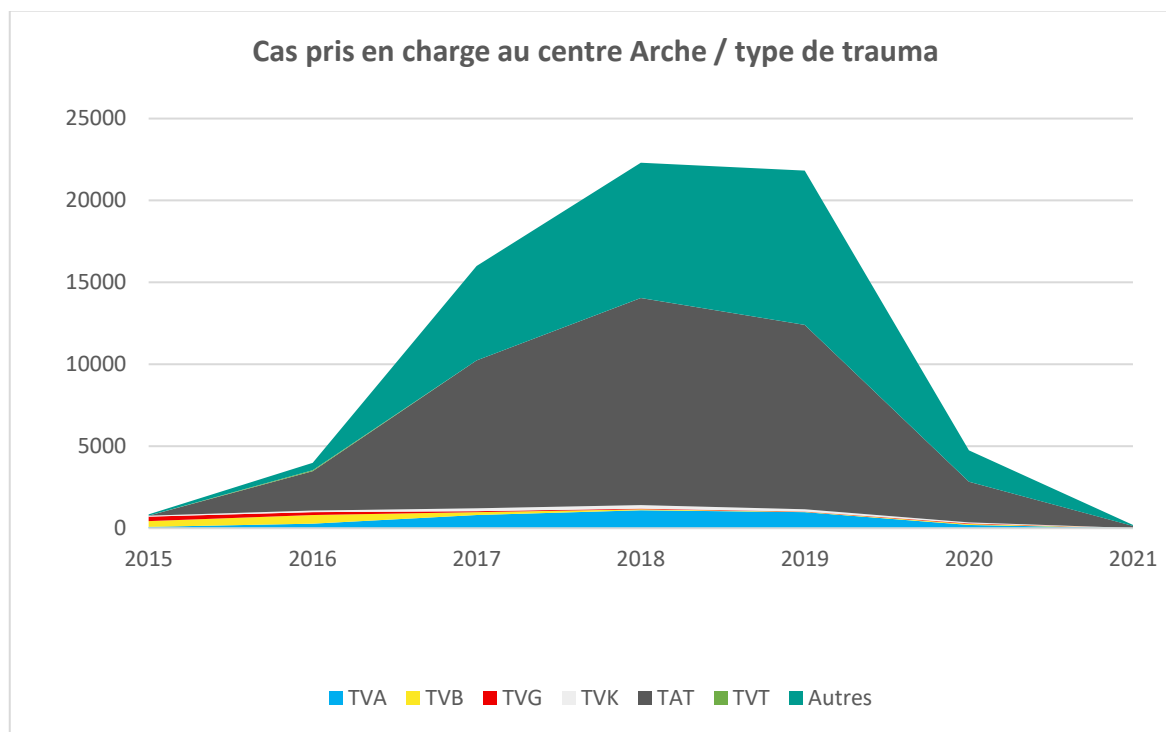


Figure 3. Comparaison schématique des cas pris en charge au Centre Arche par cause de traumatisme

Après la phase d'urgence, la plupart des cas n'étaient pas liés aux traumatismes en lien avec la crise sociopolitique de 2015 autour des élections. Entre 2016 et 2020, la majorité des cas étaient ceux liés aux accidents de circulation.

Une répartition des activités de chaque département du Centre Arche a également été faite.

**Tableau 4.** Cas pris en charge dans les différents départements de soins du Centre Arche

DPT.	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		TOTAL / MOYENNE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SU	850	25%	4836	22%	15885	24%	22392	36%	3261	5%	4759	14%	195	4%	52178	20%
BO	873	25%	3200	15%	4100	6%	4158	7%	4081	6%	2978	9%	310	6%	19700	8%
IPD	326	10%	1795	8%	2296	4%	2031	3%	2050	3%	1455	4%	1600	31%	11553	4%
OPD	1229	36%	0	0%	30378	47%	29371	47%	36893	55%	13071	39%	1626	32%	112568	44%
Physio	146	4%	11238	52%	11957	18%	3935	6%	20677	31%	11288	33%	1397	27%	60638	23%
ICU	0	0%	495	2%	430	1%	398	1%	384	1%	304	1%	27	1%	2038	1%
<b>TOTAL</b>	<b>3424</b>	<b>100%</b>	<b>21564</b>	<b>100%</b>	<b>65046</b>	<b>100%</b>	<b>62285</b>	<b>100%</b>	<b>67346</b>	<b>100%</b>	<b>33855</b>	<b>100%</b>	<b>5155</b>	<b>100%</b>	<b>258675</b>	<b>100%</b>

En lisant les chiffres, notamment en comparant le service des urgences et le bloc opératoire, selon le circuit du patient on aurait plus de patients passés au bloc opératoire qu'aux urgences en 2015, 2019 et 2021. L'explication trouvée est la réadmission au bloc opératoire pour certains patients pour une seconde intervention programmée et le patient n'est pas enregistré deux fois aux urgences mais deux fois au bloc opératoire. Les cas de réadmission au bloc opératoire **seraient** aussi et surtout des cas hospitalisés soit aux soins intensifs soit en hospitalisation qui, au cours des tours de salles, étaient identifiés et sont retournés au bloc opératoire sans repasser aux urgences.

Le graphique suivant permet une meilleure visualisation et une comparaison des activités des différents départements au fur des années.

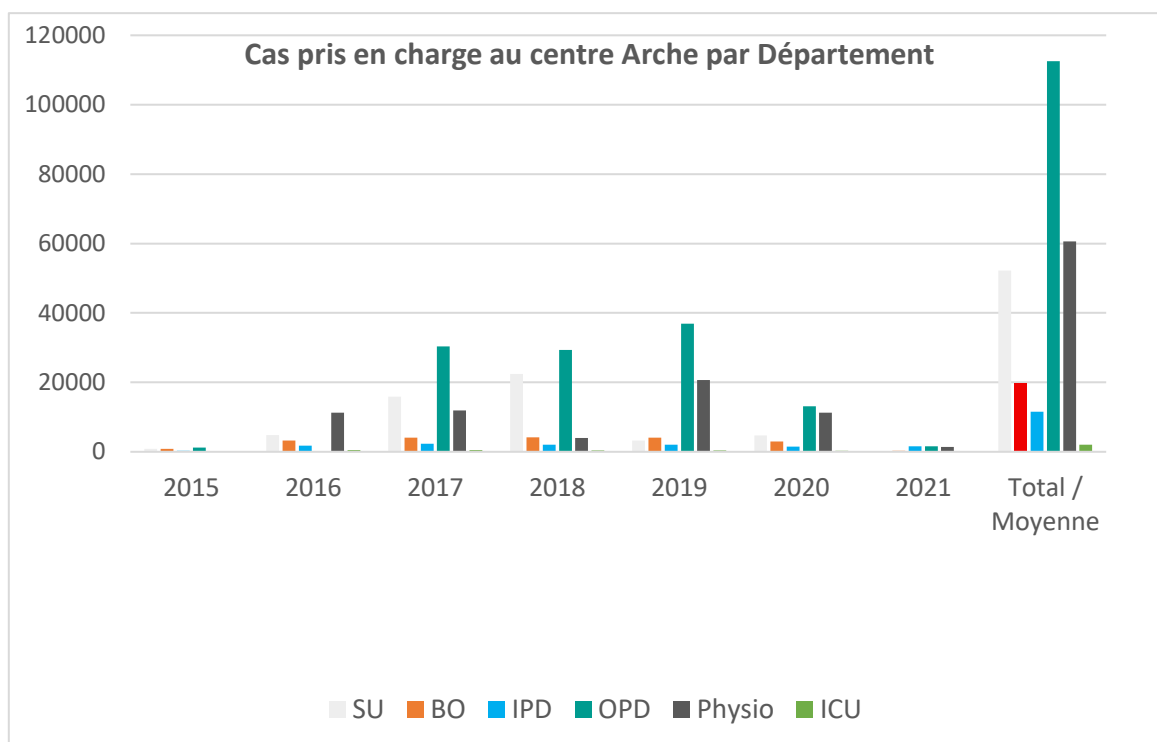


Figure 4. Comparaison graphique des cas pris en charge dans les départements de soins du Centre Arche

La plupart des patients étaient ambulants (out-patients, 44%) et étaient des cas verts et jaunes et il faut noter un nombre important de patients qui ont utilisé le service de physiothérapie (23%). La triangulation des informations a permis de comprendre que certains patients utilisant le service de physiothérapie / kinésithérapie avaient été reçus / comptabilisés plusieurs fois (à chaque consultation).

### Prise en charge à l'HPRC

A partir du 1<sup>er</sup> mars 2021, alors que le Centre Arche était en train de fermer, a démarré le transfert des compétences sur la prise en charge des cas jaunes, oranges et rouges à l'HPRC par le projet Arche. Ce transfert de compétence est passé par un accord sous forme de mémorandum d'entente entre MSF

et l'HPRC après une évaluation des besoins et des ressources humaines pour accompagner le processus.

L'évaluation a constaté que les données existent pour apprécier le nombre de cas pris en charge à cet hôpital avec l'appui du projet Arche mais sans classification des cas selon les codes couleurs. Le bloc opératoire a vu ses 3 salles réhabilitées par le projet Arche et le circuit de stérilisation fut amélioré. Le service des urgences fut appuyé avec la formation, la dotation d'équipements (monitoring, appareil d'anesthésie, appareil de radiologie, etc.), et la supervision formative. En effet, des équipes MSF ont été déployées sur place pour accompagner le processus mais à certains moments il manquait les spécialistes MSF et un médecin généraliste formé par MSF a été recruté comme chirurgien national pour assurer le transfert de compétence d'une manière plus permanente.

L'insuffisance de staffs fut un défi pour la réussite du projet Arche à l'HPRC. En effet, il y avait 6 médecins généralistes affectés au service de chirurgie mais travaillant sur un planning non compatible avec la demande de soins à laquelle le service était soumis. L'absence de chirurgiens sous contrats permanents à l'HPRC, en raison du statut d'autonomie de gestion et du manque de ressources, l'obligeant à recourir aux vacataires, a eu un impact sur la qualité de la mise en œuvre du projet au niveau de l'HPRC. Les staffs MSF déployés à cet hôpital se sont alors retrouvés dans une situation de substitution du staff de l'HPRC au lieu de se concentrer sur l'accompagnement dans l'acquisition des compétences. Ceci pourrait aussi s'expliquer par le fait de déployer des staff MSF avec des salaires d'ONGs dans une structure avec des salaires comparativement bas, pouvant créer une frustration et un renoncement à la participation dans les activités du projet.

Le tableau suivant présente les réalisations du projet à l'HPRC en termes de nombre de cas pris en charge depuis le démarrage des activités dans cet hôpital.

Tableau 5. Cas pris en charge à l'HPRC par département

DEPARTEMENT	AVRIL/21		MAI/21		JUIN/21		JUILLET/21		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Urgences	720	42%	797	33%	745	32%	770	33%	3032	35%
Bloc Op.	79	5%	96	4%	75	3%	91	4%	341	4%
Hospitalisation	22	1%	40	2%	26	1%	36	2%	124	1%
ICU	18	1%	18	1%	14	1%	18	1%	68	1%
OPD (pansements + kiné)	151	9%	574	24%	633	27%	654	28%	2012	23%
Radiologie	708	42%	884	37%	839	36%	780	33%	3211	37%
<b>TOTAL</b>	<b>1698</b>	<b>100%</b>	<b>2409</b>	<b>100%</b>	<b>2332</b>	<b>100%</b>	<b>2349</b>	<b>100%</b>	<b>8788</b>	<b>100%</b>

## Réalisation des indicateurs du projet (indicateurs du cadre logique)

Les indicateurs du projet ont été appréciés sur base des outils de suivi opérationnel appelé monitoring sheets qui effectuent un suivi de la réalisation des indicateurs annuellement. Ces informations ont été croisées avec celles des sitreps / rapports trimestriels du projet. Les sitreps ont permis de compléter l'analyse sur la période de 2015 à 2017 où il n'existe pas de monitoring sheets.

Par rapport aux indicateurs on note une grande variabilité dans leur réalisation au cours des années. Il faudra noter que l'analyse des monitoring sheets couvre la période de 2018 au deuxième trimestre de 2021. En 2018, aucun des indicateurs de l'objectif spécifique du projet n'était atteint. Néanmoins, les évaluateurs pensent que la définition de ces indicateurs peut porter à une conclusion erronée sur la performance du projet car certains ne sont pas dépendants du management du projet et donc avec peu de possibilité de les contrôler (indicateur de garder les admissions entre 1000 et 1200 / mois ne peut être contrôlé par le projet car les patients viennent de leur gré chercher les soins, sauf si le Centre Arche décidait de ne pas admettre des patients qui rentrent dans les critères pour rester dans l'intervalle de l'indicateur), tandis que d'autres cibles ont été dépassées. Il faudrait une option de conclusion « cible dépassée » qui n'est pas synonyme de ne pas avoir atteint l'objectif de soins aux patients, bien que la qualité des soins ne soit pas mise en avant (l'objectif quantitatif peut être interprété différemment). Par exemple l'indicateur taux d'occupation des lits de 76%, interprété comme une non-réalisation de l'indicateur de se situer entre 80 et 95% devrait être nuancé (on ne va pas admettre des patients sans indication d'hospitalisation et ne pas réaliser cet indicateur n'est pas un échec du projet à atteindre ses objectifs).

Il existe également une contradiction entre l'indicateur d'avoir un taux d'occupation des lits entre 80 et 95% et l'indicateur de rester à moins de 10 jours d'alitement. En effet, avoir un taux d'occupation des lit réduit avec le raccourcissement de la durée d'hospitalisation et des admissions en hospitalisation en général ne signifie pas un manque de performance du projet / centre Arche.

Au niveau des différents indicateurs les mêmes constats sur la définition et l'interprétation des indicateurs ont été faits.

Les évaluateurs pensent aussi que le projet a défini beaucoup d'indicateurs et qu'il faut sans doute cibler les plus pertinents (49 indicateurs à renseigner avec les bases de données non centralisées, cela pose la question de la qualité des données / informations). Sur les 49 indicateurs, 15 indicateurs n'étaient pas atteints en 2018, 4 indicateurs non atteints en 2019, 1 indicateur non atteint et 1 atteint partiellement en 2020, 12 indicateurs réalisés et 18 indicateurs réalisés partiellement jusqu'en Juin pour l'année 2021. Il faudra noter qu'aucun commentaire n'accompagne les résultats obtenus dans le monitoring sheets pour expliquer le niveau de réalisation des différents indicateurs. Les indicateurs globaux / cumulés sur toute la durée du projet n'ont pas été calculés.

## Conformité aux normes de qualité et aux résultats attendus

Les évaluateurs ont constaté la disponibilité des protocoles de soins. Par contre, au moment des visites de terrain, le Centre Arche était déjà fermé et il n'était donc pas possible d'évaluer la compliance des techniques chirurgicales et soins péri- et post-opératoires aux protocoles MSF standards.

L'observation faite l'a été au niveau de l'HPRC où les protocoles étaient clairement définis mais la limite de l'observation de leur application sur les patients (en temps réel ou l'exploitation des dossiers personnels des patients) demande une préparation en amont (préparation des dossiers à examiner, consentement des patients, demande d'autorisation au Comité d'Éthique Médicale du Burundi, etc.). Le même obstacle aurait donc pu se manifester également à l'Arche si cette préparation n'était pas faite. L'appréciation de l'application des protocoles s'est donc uniquement basée sur les rapports des différents experts / spécialistes MSF qui ont presté sur le projet.

La très bonne qualité du service des urgences à l'Arche est à souligner (qualité de la relation de soins et rapidité de la prise en charge) par rapport aux autres hôpitaux, mentionnée dans plusieurs interviews avec les parties prenantes, dont les patients.

Par contre, la qualité globale des soins s'avérait fluctuante selon l'augmentation de la demande mais les données disponibles n'ont pas permis d'apprécier quantitativement les taux de décès et les taux d'infections. A partir des entretiens, des taux pouvant aller jusqu'à plus de 50% des décès chez les enfants avec brûlure ont été évoqués, même en cas de brûlure non graves. Certains entretiens ont permis d'émettre des hypothèses sur ces taux de décès et d'infection en hospitalisation ; il s'agit notamment des retard ou insuffisance des soins locaux pour les plaies, le refus de certains prestataires d'isoler les patients avec des plaies infectées (voir rapports de mission d'experts IPC), le traitement des plaies de brûlure sans pansements questionnant l'adaptation des protocoles MSF au contexte local (l'hygiène personnelle corporelle des patients, si non optimale, ne devrait pas imposer des mesures pour couvrir les plaies ? se demandent les évaluateurs).

Il a été difficile d'apprécier la variation du taux d'infection et de décès avant et après l'intervention du projet (indicateurs de décès dans le service de soins intensif mais pas d'indicateur global sur les décès ou les infections). En effet, les bases de données sur les activités médicales du projets Arche sont complexes, difficiles à exploiter, et ne contiennent pas toutes les informations permettant cette analyse. Il n'a pas été noté l'existence d'un comité d'audit des décès ou d'investigation des infections bien que certains entretiens aient fait état de la réalisation des audits de décès sans toutefois fournir des rapports d'audits cliniques. Selon les interviews avec les patients, la qualité des soins post-opératoires n'étaient pas toujours assurée (changements des pansements et des draps tardifs ou après interpellation du soignant).

Le fichier sur les décès ne couvre que la période de 2018 à 2019 et présente 11 cas de décès ce qui est en contradiction avec les données des entretiens relatant parfois des taux élevés de décès notamment chez les brûlés.

Les critères d'admission étaient pendant une période parfois non adaptée ou exclusive (admission d'un trauma crânien moins grave car associé à une lésion minime d'une autre partie du corps et non admission d'un trauma crânien grave). Certains cas jaunes auraient continué à être pris en charge alors qu'officiellement ces cas étaient sortis depuis 2020 vers le CHUK questionnant la conformité aux décisions et protocoles internes.

Les évaluateurs n'ont pas trouvé assez d'information pour évaluer l'efficacité de la passation entre l'E-Pool et la Mission régulière. Une évaluation intermédiaire faite au moment du shift de la gestion par

Le pool d'urgence de MSF vers la mission régulière aurait pu apporter un croisement de regards des différents acteurs et impacter le réaligement du projet sur cette période qui coïncidait avec l'ouverture / élargissement des critères d'admission des patients. La décision de prolonger le projet au-delà de 2018 et quels critères de décision ont été appliqués n'a pu être évaluée en raison du manque de documentation détaillée sur ce processus.

## ANALYSE ET CONCLUSION SUR L'EFFICACITE

L'efficacité du projet a été difficile à apprécier d'une manière objective en raison de la faible qualité du suivi et rapportage sur les indicateurs du projet et les bases de données d'activités médicales. **Les indicateurs clés de mortalité et du taux d'infection n'ont pas été clairement définis ni renseignés**, pourtant indicateurs de la qualité des soins. Certains documents fournis (par exemple les documents d'audits des décès et rapport sur les pratiques d'hygiène dans les soins / les infections) n'ont pas permis aux évaluateurs de tirer des conclusions factuelles car fournis après les premières analyses des données et leur contenu était limité (absence de conclusion sur les résultats de ces analyses, notamment le faible taux de conformité aux pratiques de lavage des mains par le personnel à certains moments du projet).

## EFFICIENCE

Il s'agissait à ce niveau d'apprécier si les ressources avaient été utilisées / allouées de manière optimale.

## SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

### Efficienc e par rapport aux ressources financières

Le montant total alloué à l'intervention était important, soit 22.5 MEUR pour la période de 2015 à 2020 sans les montants de l'année 2021 et les frais généraux / de fonctionnement du siège en Belgique. L'analyse des différentes dépenses a montrés un montant de 6.4 MEUR comme masse salariale, soit 1/4 du budget total du projet. L'achat des vaccins aura coûté 432 KEUR au projet mais aucune précision n'était fournie sur les types exacts de vaccins achetés et les raisons du montant zéro pour l'année 2016 et l'absence de budget pour l'année 2021. Les frais de location des bâtiments Arche (505 KUSD = 428 KEUR pour 2015 -2020, pas de données pour 2021) n'étaient pas intégrés dans la liste des autres dépenses du projet et sans données d'analyse sur le coût d'un bâtiment type, il était impossible pour les évaluateurs de conclure sur l'efficacité de la location par rapport à la construction ou par rapport à la location d'un autre bâtiment qui se trouverait dans un quartier de standing moyen (si la localisation du Centre à Kigobé n'était pas également dicté par le fait que le quartier n'avait pas connu les violences et était resté relativement calme pendant la crise). L'urgence de répondre à la crise de 2015 justifie la location pendant la période d'urgence de 2015 à 2016 et MSF aurait pu faire une analyse du coût de location versus la construction, et approfondir la réflexion pour justifier les autres raisons de ce choix, pour la capitalisation de l'expérience et des leçons apprises de la mise en œuvre du projet Arche au Burundi.



Il était efficient et stratégique d'accorder un financement à Handicap International avec un montant forfaitaire de 300.000 euros par an dans le cadre du partenariat sur le volet rééducation. En effet, vu le nombre de patients en besoin de rééducation sur la période de collaboration avec Handicap International, cette synergie avec ce montant semble efficiente bien qu'il n'ait pas été possible d'avoir les détails du nombre de patients pris en charge au niveau d'Handicap International et ce qu'aurait coûté ce service.

En raison de l'absence de certaines compétences au niveau du projet / centre Arche, des références des patients pour consultations experts externes (neurochirurgiens) ou pour la réalisation d'exams comme le CT Scan à Bujumbura (notamment à l'Hôpital Kira) ont coûté 876KEUR et les évaluateurs se demandent si ce montant n'aurait-il pas pu aider à l'acquisition des compétences recherchées à l'Arche (recrutement de ces compétences, acquisition d'un appareil de scanner). Des sommes importantes ont été dépensées de 2018 à 2020 pour garder le projet et répondre à une éventuelle ré-surgescence d'une crise violente lors des élections de 2020 (contexte sociopolitique instable depuis plusieurs années tel qu'évoqué plus haut dans ce rapport) et réponse aux besoins de soins de chirurgie traumatologique dont la demande importante a été stimulée par l'offre de soins rendu disponible par MSF. Il faudrait néanmoins préciser que la raison d'être initiale du projet était de soigner les victimes de violences et que le projet s'était écarté de cet objectif pour adapter sa stratégie à l'évolution des besoins. Ceci mériterait donc une analyse plus fine du coût de l'adaptation d'un projet à l'évolution des besoins et du contexte. Peut-être le projet aurait-il pu limiter ses dépenses (plus de 12 MEUR de 2018-2020 vs 4.9 MEUR pour la période de crise active 2015-2016)

Certaines incohérences ont également été relevés au niveau des dépenses et cela concerne certaines rubriques comme l'achat des médicaments où le coût des médicaments est zéro pour l'années 2016. Avec l'élargissement des critères d'admission en 2016, il est logique que la consommation des médicaments devrait augmenter et que les stocks de 2015 achetés pour soigner les victimes de violences ne pourraient couvrir toute l'année 2016 (zéro achat de médicament en 2016 fait penser à une possible erreur d'affectation des dépenses ou erreur d'imputation sur les lignes budgétaires à vérifier au niveau de MSF). En effet, un document interne de mission de 2016 note des faiblesses au niveau de la gestion de pharmacie.

## Efficienc e par rapport aux ressources humaines

Le Centre Arche était suffisamment doté en personnel national et expatrié pour réponse à ses besoins de fonctionnement. Des experts (chirurgiens – orthopédistes, anesthésistes, spécialistes en prévention et contrôle des infections, urgentistes, etc.) ont été déployés malgré une forte rotation constatée. Il fut constaté également une absence de certaines spécialités par moment mais la rotation était considérée par certains membres de l'équipe projet comme un point fort pour permettre l'acquisition d'une diversité de techniques chez les personnes formées.

Le processus de décentralisation a été initié après une phase d'analyse des besoins et la situation des structures de décentralisation. Néanmoins, cette analyse n'a pas permis d'identifier les risques liés à la situation des ressources humaines de ces structures qui allaient contribuer au projet. Ainsi, par exemple, à l'HPRC, des chirurgiens présentés comme staff lors de l'élaboration du protocole de

collaboration entre cet hôpital et MSF sont en réalité tous des vacataires et il n'existe pas une garantie de les maintenir ou de les fidéliser dans le temps au sein de l'hôpital. Ils auraient aussi un faible intérêt pour participer aux activités de renforcement des capacités du projet Arche et cet aspect ressources humaines n'avait pas été mentionné lors de la négociation du partenariat. Pour accompagner les structures de décentralisation, une enveloppe forfaitaire a été donnée à ces structures pour compenser le manque à gagner occasionné par la gratuité des soins des patients soignés dans le cadre du projet Arche mais aussi pour stimuler la motivation du personnel dont l'activité s'est vue augmentée suite au nombre croissant de patients à prendre en charge. A l'HPRC, le staff des services appuyés par le projet a évoqué un grand changement dans le système de travail, notamment le changement du rythme de rotation avec passage de 3 shifts à 2 shifts entre les équipes (augmentation des heures de travail). Ces staffs n'auraient pas été consultés avant l'implantation du projet (négociation partenariale avec le management de l'hôpital sans rétro-information aux prestataires de soins) notamment sur la question des primes que l'hôpital allait donner à partir de l'enveloppe MSF ainsi que sur le changement possible des horaires de travail. L'appui en termes de primes serait une pratique officiellement interdite dans les structures de santé mais qui continue d'être effectif.

Les évaluateurs ont alors proposé la réalisation d'un diagnostic participatif collectif avec l'HPRC (structure de décentralisation encore opérationnelle au moment de l'évaluation) pour analyser les différents défis et problèmes et proposer des approches de solutions consensuelles sous-forme d'une feuille de route pour la période restante avant la clôture du projet. Ce diagnostic fut réalisé et intégré dans la gestion du projet pour la période d'octobre à décembre 2021.

## ANALYSE ET CONCLUSION SUR L'EFFICIENCE

Le coût financier du projet sur la période de 2015 paraît justifié par le caractère de la crise et l'urgence d'agir. Néanmoins, le maintien du projet en stand-by **aurait pu se faire avec la sortie précoce des cas non graves vers les structures locales** d'autant plus que ce n'était pas des cas sensibles résultant de la crise politique mais plutôt des victimes d'accident de circulation pour la plupart (le projet aurait pu garder alors les cas graves parmi ceux-ci). Ceci aurait pu fortement réduire l'activité au centre Arche et permettre de réaliser des économies tout en restant cohérent avec les objectifs et la portée initiale du projet (victimes de violences de la mairie de Bujumbura et ses environs pendant la crise de 2015). Avec les cas pris en charge après 2015 constitués essentiellement des traumatismes par accidents de la voie publique, les évaluateurs se demandent si le recours à certains experts locaux n'aurait pas contribué à réduire les coûts RH sur les années 2017-2021 en renforçant rapidement les capacités locales.

La collaboration avec les autres partenaires en début de projet a augmenté l'efficacité notamment en permettant une synergie d'action.

## IMPACT

### SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

#### Atteinte des objectifs généraux et spécifiques du projet

**Le projet a eu l'impact escompté, il a sauvé des vies et évité des années d'invalidité dans une crise politique** violente et au-delà avec l'élargissement des critères d'admission aux victimes d'accidents de la voie publique et aux victimes de violences sexuelles. Le projet a été établi rapidement par la Cellule d'Urgence (EPool) et a commencé son travail dans le mois après le début de la crise.

#### Effets du projet perçus par les bénéficiaires et les autres acteurs

Le projet a entraîné une réduction des décès, des risques d'invalidité et de la gravité des invalidités car il n'y avait pas d'autres options viables pour recevoir des soins dans un contexte politiquement tendu avec une capacité chirurgicale limitée et des moyens financiers pour payer les soins chirurgicaux au-delà des capacités des victimes. Le projet aurait permis à plusieurs familles de ne pas vendre leur terrains cultivables ou d'autres biens pour payer les factures des soins de santé, ce qui a contribué à ne pas déstabiliser les économies familiales et à précipiter ces dernières dans l'extrême pauvreté d'une manière chronique. Néanmoins, il reste difficile d'apprécier objectivement la valeur économique de cet impact sur les ménages au-delà des informations qualitatives issues des entretiens avec les patients, leurs familles, et les représentant de l'administration.

Pendant la brève période de la décentralisation, le projet a partagé les connaissances médicales avec des équipes de 6 structures de santé avec impact sur la qualité des soins surtout en lien avec les pratiques professionnelles des soins. La contribution au comblement du gap en termes de compétence fut un des principaux apports du projet Arche par le déploiement des experts en chirurgie et des équipes d'appui (anesthésistes, infirmiers, etc.).

#### Conséquences inattendues du projet

Au-delà des effets attendus du projet, des effets inattendus ont été également notés tels que :

- Afflux de patients aux structures appuyées par Arche à la recherche des soins gratuits pendant la période de collaboration et **diminution de la fréquentation ailleurs avec impact sur les revenus et le fonctionnement de ces structures** ;
- Difficultés de retour au paiement direct des soins par les patients dans les structures de décentralisation après cessation de la collaboration. Certains patients continuent à affluer vers l'HPRC même s'ils ne sont pas dans les critères d'admission, car dans les structures de décentralisation des cas verts les soins sont redevenus payants.

### ANALYSE ET CONCLUSION SUR L'IMPACT

L'offre de soins rendu disponible et accessible par le projet Arche a eu un effet de stimulation de la demande. Plusieurs milliers personnes ont pu se faire soigner sans devoir subir le fardeau et les conséquences du paiement direct des soins et ont vu leur vie sauvée ou évité des handicaps / incapacités permanents. Néanmoins, le caractère gratuit des soins sans mesures d'accompagnement

dans la suite pour la prise en charge des cas similaires a **perturbé le système local** qui ne saurait répondre à cette demande créée.

## DURABILITE / PERENNITE

### DECENTRALISATION

La conséquence de l'ouverture ou élargissement des critères d'admission fut l'acceptation de MSF comme partenaire clé pour répondre à un besoin de traumatologie non suffisamment couvert mais également l'augmentation de la demande de soins et du nombre de cas à gérer au niveau du Centre Arche **avec dépassement de sa capacité d'accueil** ce qui a conduit le projet à entamer un processus de décentralisation et de transfert de capacités à d'autres structures.

La décentralisation a été plutôt définie comme une intégration des services et activités de l'Arche au sein des structures partenaires (transfert de cas suivi de la sortie des cas au Centre Arche) avec réduction progressive du volume d'activités et des staffs au centre Arche, transfert progressif des compétences et de la responsabilité puis clôture du projet prévu fin Décembre 2021.

Le processus de décentralisation s'est accompagné d'un transfert des compétences vers les structures de décentralisation (formation du personnel, dotations d'équipements / matériels, rénovation des bâtiments, etc.). Néanmoins, au niveau du renforcement des compétences techniques et organisationnelle du personnel par la formation, les évaluateurs ont trouvé que le temps alloué au processus de transfert de compétences était limité pour une acquisition de ces compétences. En effet, pour acquérir les compétences, les équipes du centre Arche ont été accompagnées sur une longue période. Ainsi, même avec la limitation du paquet de compétences à transférer, l'acquisition de compétences chirurgicales par un médecin généraliste demande plus de temps que celui consacré à cette activité au niveau des structures de décentralisation sur le projet Arche.

### STRATEGIE DE SORTIE

Avec l'évolution positive de la situation politique à partir de 2017-2018, le projet a entamé les réflexions sur la stratégie de sortie en maintenant un certain volume d'activités qui permettrait de garder opérationnel et réactif le projet en cas de nouvelle crise violente. Cette stratégie s'est basée sur la décentralisation / intégration des services et le transfert des compétences aux structures de santé publiques locales.

### DURABILITE

**Au début, l'intervention poursuivait l'objectif d'une réponse immédiate à un besoin émergent d'une crise aiguë.** Dans cette perspective, il est positif que les gestionnaires de MSF aient mis une décentralisation / transfert de certaines compétences comme stratégie de sortie du projet.

La durabilité de l'intervention au niveau du Centre Arche qui n'existe plus, est zéro. Les équipements utilisés au Centre Arche furent repris par MSF lors de la décentralisation à l'HPRC et tout le personnel

avait quitté cette structure pour d'autres structures. Les bâtiments construits au Centre Arche pour augmenter sa capacité d'accueil étaient en matériaux non durables et semblaient en état de délabrement au moment de la visite terrain d'évaluation. Le manque d'échange sur la possible réutilisation de ces bâtiments par le propriétaire pour d'autres services de soins aux patients limite la possibilité de conclure sur la durabilité de cette capacité augmentée par ces constructions. Il n'y a pas également de certitude si ces bâtiments ne seront pas démolis à l'avenir.

La collaboration avec le CHUK a cessé très tôt et les négociations pour le maintien de la collaboration ne se sont pas avérées fructueuses. Le passage du projet au CHUK n'a pas donc pu laisser des acquis durables dans le temps car les staffs impliqués dans sa mise en œuvre au niveau du CHUK ne se sont pas approprié le projet. La problématique du partage des primes sur l'enveloppe donnée au CHUK a été un facteur important de non-succès de cette collaboration. Il faut aussi noter que le fait que l'administration du CHUK relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur et non du Ministère de la Santé peut avoir eu un impact sur cette collaboration. En effet, en l'absence d'une collaboration antérieure entre MSF et le Ministère de l'Enseignement supérieur, le projet ne pouvait tirer parti de relations partenariales précédemment établies.

La coordination du projet Arche a dû démarrer un plan B de décentralisation à l'HPRC, ce qui a entraîné un retard du démarrage du transfert des compétences sur la gestion des cas modérés (oranges) et graves (rouges).

Un système d'enveloppe forfaitaire pour combler le manque à gagner dans les structures de santé, en raison de la gratuité des soins sur le projet Arche, a été utilisé comme moyen de primer le personnel mais cette solution **n'est pas durable si les moyens de la maintenir ne sont pas discutés et la transparence de la distribution de l'enveloppe n'est pas assurée.**

Le transfert des compétences aux structures de décentralisation était limité dans le temps **et son suivi trop limité pour être durable** (< 1 ans pour HPRC). Une partie des nouvelles procédures et techniques transférées risque de ne pas continuer.

## **ANALYSE ET CONCLUSION SUR LA DECENTRALISATION, LA STRATEGIE DE SORTIE ET LA DURABILITE**

Les évaluateurs soulèvent la question si le renforcement de capacités n'aurait pas dû débuter plus tôt que 2019, vu le temps nécessaire pour négocier les modalités du transfert des compétences et les formaliser.

Une durabilité partielle de l'intervention peut être obtenue grâce aux formations et dotations d'équipements dans les structures décentralisées. Pourtant, les vols de quelques équipements, le budget restreint pour la maintenance, l'insuffisance de la performance dans le suivi des stocks, limitent et mettent à risque la durabilité des solutions techniques.

## CONCLUSION

Les évaluateurs ont trouvé de nombreux points à féliciter, ainsi que des domaines qui auraient pu être améliorés. La rapidité de la réponse initiale a été remarquable avec un lancement du projet à peine 3 mois après le début des violences politiques en 2015. MSF OCB a loué un établissement privé pour le traitement des cas de traumatismes permettant la prise en charge des cas dans un cadre neutre. En coordination avec la Croix Rouge du Burundi (qui a soutenu le transport des blessés), cette structure s'est d'abord concentrée sur le traitement des seuls cas graves de violence politique. Étant donné qu'il y avait une certaine capacité sous-utilisée, un autre point positif a été l'élargissement des critères aux cas graves d'accidents de la voie publique bien que cela ait eu un impact important sur les finances du projet après 2015 et le contournement du système national de référence-contre référence dans les soins de santé.

Malheureusement, cet élargissement des critères d'admission des patients a entraîné d'autres défis liés à la taille du Centre Arche, relativement petit qui a été rapidement surchargé ce qui aurait eu un impact négatif sur la qualité des soins, notamment sur l'application des précautions d'hygiène par certains soignants bien que les données disponibles pour explorer et comprendre la situation des cas d'infections étaient limitées dans le cadre de cette évaluation. Les cas de traumatismes crâniens associés à d'autres lésions et de brûlures ont été sortis de la prise en charge, en partie à cause des problèmes d'hygiène récurrents, des taux d'infection élevés dont les causes n'ont pas pu être suffisamment documentées, et du manque de compétences en neurochirurgie. L'absence de rapports sur les causes d'infections ou de décès a rendu difficile de porter un jugement sur la manière dont la qualité des soins a été gérée et appréciée. Dans les différents rapports de suivi, le taux d'infection signalé est resté faible ; Cependant, les entretiens ont relaté des taux variables et parfois très élevés, notamment chez les brûlés, mettant en doute la fiabilité de certaines données et informations reçues.

L'élément clé du transfert de compétences aux acteurs locaux a malheureusement été retardé par des difficultés bureaucratiques inattendues et n'a démarré effectivement qu'en 2019, dans un cadre restreint. L'organisation du transfert des compétences connut également des difficultés organisationnelles, principalement liées à une insuffisance dans l'analyse des besoins et des dynamiques partenariales qui allaient être mise place. En effet, l'analyse des besoins ne fut pas assez participative pour prendre en compte les avis de toutes les parties prenantes, notamment les prestataires de soins, et l'insuffisance de transparence sur la gestion du partenariat et des primes allouées aux personnes des structures de décentralisation eut un effet pervers sur la motivation.

Les évaluateurs se demandent pourquoi les leçons et la riche expérience que MSF a acquises d'opérations similaires dans le monde entier (par exemple, la prise en charge des plaies en milieu tropical, l'organisation des soins postopératoires, l'organisation des processus et de la logistique) ne semblent pas avoir été appliquées de manière robuste sur le projet Arche. Au cours des sept années du projet, aucune évaluation à mi-parcours n'a été effectuée, ce qui représente une occasion manquée d'améliorer le projet au cours de sa mise en œuvre.

En conclusion, nous pensons qu'avec les capacités opérationnelles, organisationnelles et médicales élevées de MSF, ce projet aurait pu être mené avec une efficacité et un impact nettement meilleur. Nous restons optimistes quant au fait que MSF, en tant qu'organisation apprenante, saura relever ce défi lors de futurs projets.

## RECOMMANDATIONS

### ⇒ **Recommandation 1:**

Améliorer le management projet sur les aspects programmatiques incluant l'analyse des besoins, la définition des indicateurs du cadre logique, le suivi-évaluation et rapportage, ainsi que la gestion des relations partenariales. Il faudrait en effet renforcer l'accompagnement des gestionnaires des projets par les référents programmes du siège avec suivi du rapportage et des revues programmes et projets plus régulièrement avec les équipes de terrain pour effectuer des corrections tôt dans le cycle de vie des projets. De manière générale, veiller à instaurer les approches participatives à toutes les étapes du cycle de vie du projet.

Pour ce qui est du passage de gestion Epool vers la mission régulière, clarifier les critères et mécanismes de transfert et introduire une passation formalisée et signée entre e-Pool et mission régulière (revue structurée ou évaluation).

### ⇒ **Recommandation 2:**

Améliorer la gestion des données et informations des projets par la mise en place d'outils standards simples sous-forme de base de données permettant l'exploitation des données et le pilotage des projets et programmes sur bases de données factuelles. Spécifiquement :

- Réaliser des audits cliniques sur tous les cas de décès et investiguer les cas infections associés aux soins à Arche sous un angle plus large ne se limitant pas uniquement aux données cliniques, notamment en menant des enquêtes auprès des patients pour la triangulation des données ;
- Harmoniser le système de triage par couleur, de sorte que les définitions soient les mêmes pour les patients hospitalisés et pour ceux de la salle d'urgence ;
- Mettre en œuvre des rapports semestriels au-delà des fiches individuelles dans de futures installations similaires - faciles à compiler ou rapports de mission avec des questions d'évaluation obligatoires - nombre et types d'infections, types de chirurgies effectuées, résultats du traitement, lits, équipement non fonctionnel, synthèses des rapports d'audits des décès.

### ⇒ **Recommandation 3:**

Pour des projets incluant l'élaboration des protocoles de soins, s'assurer que les protocoles sont adaptables au contexte local notamment en ce qui concerne les procédures de soins chirurgicaux, les médicaments d'usage courant localement, le traitement des plaies, et le suivi / évaluation de la qualité des soins. Organiser des rappels périodiques pour le personnel sur l'hygiène, en particulier dans les milieux de soins des plaies. Mettre en place des contrôles plus stricts en matière d'hygiène au-delà de la simple observation des pratiques en matière d'hygiène.

Recommandations 4 à 7 (de 7) →



⇒ **Recommandation 4:**

Améliorer le suivi budgétaire et financier par un meilleur enregistrement des dépenses et réaliser régulièrement une analyse annuelle des variations de coûts année par année et par catégorie de coûts avec les coordinateurs de projets. Il faudrait également porter une attention particulière à l'efficacité des interventions notamment au niveau de l'affectation des dépenses entre les différentes lignes budgétaires et au niveau des ressources humaines.

⇒ **Recommandation 5:**

Assurer le contrôle de la pharmacie idéalement avec des outils numériques pour maintenir la transparence concernant la situation des stocks, le calendrier des commandes, et les consommations.

⇒ **Recommandation 6:**

Prolonger le projet Arche d'au moins 6 mois pour lui donner le temps d'exécuter les recommandations du diagnostic participatif collectif réalisé avec l'Hôpital Prince Régent Charge en Septembre 2021, tel que préconisé par l'équipe d'évaluation lors de la présentation des résultats préliminaires de l'évaluation. En effet, le démarrage effectif de la décentralisation et du transfert des compétences à cet hôpital a commencé tardivement certaines données / informations manquantes n'ont pas permis d'obtenir les résultats dans la période prévue pour réaliser ce transfert. Mettre un focus sur la qualité des services et l'harmonisation des protocoles avec le contexte local.

De manière générale, institutionnaliser le transfert de compétences dès l'année 2 des projets. Dans le cas de l'Arche, réfléchir à une intégration dans l'E-Prep.

⇒ **Recommandation 7:**

Réaliser des évaluations intermédiaires pour tous les projets ayant une durée supérieure ou égale à 3 ans pour tirer profit de ces évaluations dans le réaligement des projets aux changements de contexte et des besoins. Etablir des règles pour des évaluations internes et externes. S'assurer de recueillir et mettre en œuvre les leçons tirées de ce projet et d'autres tels que le projet chirurgical MSF OCB de Tabarre en Haïti.

## ANNEXE: MATRICE D'ÉVALUATION (du rapport initial)

Tableau 6. Matrice d'évaluation

CRITERES ET QUESTION D'ÉVALUATION	SOUS-QUESTIONS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES
Pertinence : Le projet est-il resté pertinent d'année en année, compte tenu des besoins?	1.1 Quels étaient les besoins ? Ont-ils été évalués de manière indépendante ? 1.2 Comment le projet a-t-il pris en compte les besoins exprimés par les patients et les communautés ? 1.3 Les objectifs du projet et les activités correspondantes ont-ils répondu aux besoins identifiés ? 1.4 Le projet était-il pertinent et cohérent avec les priorités de MSF ? 1.5 Le projet a-t-il pu s'adapter de manière pertinente et opportune à l'évolution des besoins ? 1.6 Comment le projet aurait-il pu être plus pertinent ?	A. Documentation de l'évaluation formelle des besoins qui prend en compte les besoins des patients et de la communauté. B. Perceptions des parties prenantes de la congruence entre les objectifs/activités du projet et les besoins identifiés. C. Perceptions des parties prenantes sur les adaptations ou les modifications du projet en réponse à l'évolution des besoins. D. Documentation de l'adaptation ou des modifications du projet en réponse à l'évolution des besoins. E. Opinions des parties prenantes sur l'accroissement de la pertinence du projet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue documentaire</li> <li>▪ Entretiens avec les informateurs clés (EIIC)</li> </ul>
Cohérence : La stratégie, la conception et la mise en œuvre du projet ont-elles été cohérentes compte tenu du contexte ?	2.1 Le projet a-t-il été conçu de manière adéquate compte tenu du contexte ? 2.2 Le projet a-t-il pu s'adapter dans le temps aux changements de contexte ? 2.3 Comment le projet a-t-il pris en compte les autres acteurs ? 2.4 Comment la stratégie aurait-elle pu être plus cohérente ?	F. Opinions des parties prenantes sur le lien entre la conception du projet et le contexte local, et sa capacité à s'adapter au changement contextuel. G. Documentation des changements du projet en réponse au changement contextuel H. Perception des parties prenantes de l'inclusion d'autres acteurs. I. Opinions des parties prenantes sur l'augmentation de la cohérence du projet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue documentaire</li> <li>▪ Entretiens avec les informateurs clés (EIIC)</li> </ul>
Efficacité: Le projet était-il efficace ?	3.1 Quels sont les résultats obtenus (outputs) ? 3.2 Dans quelle mesure ces résultats sont-ils conformes aux normes de qualité et aux résultats attendus ?	J. Documentation des résultats du projet et comparaison avec les résultats attendus dans le cadre logique. K. Rapports des parties prenantes sur les raisons de	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue documentaire</li> <li>▪ EIIC</li> <li>▪ Visites terrain</li> <li>▪ Données médicales</li> </ul>

CRITERES ET QUESTION D'EVALUATION	SOUS-QUESTIONS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES
	<p>3.3 Quelles étaient les raisons expliquant si les résultats attendus ont été atteints ou non ?</p> <p>3.4 Qu'est-ce qui aurait pu rendre le projet plus efficace ?</p>	<p>l'insuffisance des résultats (le cas échéant).</p> <p>L. Opinions des parties prenantes sur la manière de rendre le projet plus efficace.</p>	
Efficience: Le projet était-il efficient ?	<p>4.1 Quelles ressources (humaines, logistiques, financières, plaidoyer, etc.) ont été allouées pour atteindre les résultats ci-dessus ?</p> <p>4.2 Comment MSF s'est-elle coordonnée et a-t-elle collaboré avec d'autres acteurs, notamment pour renforcer les capacités existantes et le système de santé publique ?</p> <p>4.3 Les ressources auraient-elles pu être utilisées plus efficacement ?</p>	<p>M. Revue de documents pour évaluer les ressources (humaines, logistiques, financières, plaidoyer, etc.) allouées et les tendances au fil du temps.</p> <p>N. Documentation de la collaboration avec d'autres acteurs (MoU).</p> <p>O. Perceptions des parties prenantes de la collaboration avec d'autres acteurs.</p> <p>P. Opinions des parties prenantes sur l'utilisation efficace des ressources pendant la durée de vie du projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue documentaire</li> <li>▪ EIIC</li> <li>▪ Visites terrain</li> </ul>
Impact: Le projet a-t-il eu un impact ?	<p>5.1 Dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs généraux et spécifiques ?</p> <p>5.2 Quels sont les effets du projet tels qu'ils sont perçus par les bénéficiaires et les autres homologues ?</p> <p>5.3 Le projet a-t-il eu des conséquences inattendues ?</p>	<p>Q. Revue des indicateurs de projet à partir des rapports de projet.</p> <p>R. Perceptions des parties prenantes de l'impact du projet et de toute conséquence involontaire (positive/négative).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue documentaire</li> <li>▪ EIIC</li> </ul>
Pérennité / Durabilité: Dans quelle mesure les résultats atteints par le projet sont-ils pérennes ?	<p>6.1 La stratégie de sortie était-elle cohérente et planifiée, et sa mise en œuvre en ligne, y compris en matière de communication et de plaidoyer ?</p> <p>6.2 La stratégie de sortie a-t-elle pris en considération les défis potentiels, et comment ont-ils été abordés ?</p> <p>6.3 Quelles capacités et ressources locales ont été identifiées ? Comment le projet a-t-il établi un lien avec ceux-ci en vue</p>	<p>S. Examen des documents pour cartographier la stratégie de sortie, sa mise en œuvre et les défis potentiels.</p> <p>T. Perception des parties prenantes de la stratégie de sortie, y compris la mise en œuvre, la modification/l'adaptation, la communication et la résolution des problèmes.</p> <p>U. Documentation du lien/utilisation des capacités/partenaires locaux pour la stratégie de sortie.</p> <p>V. Perception par les parties prenantes du lien/utilisation des capacités/partenaires locaux, y compris les</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue documentaire</li> <li>▪ EIIC</li> <li>▪ Visites terrain</li> </ul>

CRITERES ET QUESTION D'EVALUATION	SOUS-QUESTIONS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES
	<p>d'assurer la pérennité des résultats ?</p> <p>6.4 Existe-t-il des facteurs facilitants/prévenants liés spécifiquement au contexte burundais ?</p> <p>6.5 Quels éléments généraux pourraient être reproduits dans d'autres contextes ?</p>	<p>obstacles et les facteurs facilitateurs.</p> <p>W. Points de vue des parties prenantes sur les leçons apprises et les éléments pouvant être reproduits dans d'autres contextes.</p>	

Stockholm Evaluation Unit  
<http://evaluation.msf.org/>  
Médecins Sans Frontières

Rédigé de façon indépendante par  
Théophile Bigirimana, Lenka Tucek,  
Richard Gosselin et Amardeep Thind  
Novembre 2021