

**Evaluation de la mise en oeuvre des activités de Healthy  
Entrepreneurs de Février 2021 à Décembre 2023**

**Bujumbura, Décembre 2023**

**Belyse MUNEZERO**

**MD, MPH, PhDc**

## Remerciements

Nos remerciements sont adressés au staff d'HE pour la bonne collaboration durant cette mission. Nous exprimons notre reconnaissance pour les enquêteurs qui ont appuyé la collecte des données et la retranscription.

Nous remercions également tous les participants à l'évaluation pour leur disponibilité et la qualité des échanges que nous avons eus lors de la descente sut terrain.

## **Sigles et abréviations**

**ASC** : Agents de santé communautaire

**BDS** : Bureau du district sanitaire

**CDS** : Centre de santé

**DPS** : Direction de la Promotion de la santé

**HE**: Healthy Entrepreneurs

**IST** : Infections sexuellement transmissibles

**MCD** : Médecins chefs de District

**PF** : Planning familial

**RDC** : République Démocratique du Congo

**SSR** : Santé sexuelle et reproductive

## Résumé exécutif

### Introduction

La planification familiale, l'hygiène menstruelle, la nutrition et l'hygiène sont des domaines importants pour lesquels il y a des engagements tant internationaux que nationaux. Au Burundi, 30,8 % de femmes mariées n'ont pas accès aux services de planification familiale. Le coût et la difficulté d'accéder à des serviettes hygiéniques constituent des défis à l'hygiène menstruelle pour les filles et femmes du milieu rural, les obligeant à utiliser des tissus impropres avec risqué d'attraper des infections.

Pour la dénutrition, 57% des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance. Pour l'hygiène, 56 % de la population n'a pas accès aux toilettes/latrines améliorées et 5.3 % de la population possède un lieu de lavage des mains avec eau et savon.

HE est une entreprise sociale existant depuis 2021 avec comme domaine d'activité la santé communautaire. Son modèle combine les produits en rapport avec la SSR, la nutrition et l'hygiène.

Elle est présente dans 2 provinces sanitaires qui sont Gitega et Kayanza. Elle a ainsi commandité l'évaluation des 2 années d'activités afin de voir les points forts du modèle et les points d'amélioration pour mieux l'affiner.

### Objectif global

L'objectif global de l'évaluation à mi-parcours du modèle de HE était d'apprécier les performances réalisées en matière de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, nutrition et hygiène de la population bénéficiaire afin d'apporter des suggestions et recommandations permettant d'améliorer les interventions ultérieures.

## **Méthodologie**

Une approche mixte de collecte de données qualitatives et quantitatives a été utilisée. Pour la partie qualitative, 62 participants ont été choisis de façon raisonnée à savoir les ASC ; MCD, TPS, DPS, bénéficiaires et le staff de HE. La retranscription a été faite permettant une analyse des opinions des participants. Pour la partie quantitative, la revue documentaire des documents d'HE a permis de répondre notamment aux critères d'efficacité et d'efficience.

## **Résultats**

Le modèle de santé communautaire proposé par HE est pertinent et cohérent car il répond aux besoins de la population et aux engagements nationaux en SSR, nutrition et hygiène. L'insuffisance des documents stratégiques du modèle ne permet pas de mesurer l'efficacité et l'efficience. Il n'y a pas de staff dédié au suivi-évaluation. Le fait d'inclure dans le modèle les bénéficiaires et les ASC assure sa durabilité. Les points forts du modèle sont de renforcer l'acceptabilité et l'autonomie financière des ASC, disponibilité des produits auprès de la population.

Les points faibles sont l'insuffisance des documents de gestion du modèle, l'absence de staff de suivi-évaluation, la faible inclusion des autres acteurs clés de la santé communautaire. Le faible pouvoir d'achat constitue un frein à l'achat des produits.

## **Recommandations**

Les recommandations émises concernent les points suivants :

- Renforcer l'accessibilité des produits : extension de la mise en place des stocks de proximité, adéquation prix et pouvoir d'achat des bénéficiaires, projets de lutte contre la pauvreté
- Renforcer la collaboration public-privé et privé-privé : mamans lumière, les sages-femmes, organisations locales œuvrant dans les trois domaines
- Renforcer la Structuration d'HE : documents de pilotage et suivi-évaluation, staff de suivi-évaluation, équipement des agents de santé communautaire

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	i
<b>Sigles et abréviations</b> .....	ii
<b>Résumé exécutif</b> .....	iii
<b>1. Introduction</b> .....	1
1.1. Contexte global .....	1
1.2. Contexte spécifique.....	2
1.3. Interventions de Healthy Entrepreneurs au Burundi.....	2
<b>2. Objectifs de l'évaluation</b> .....	3
2.1. Objectif global .....	3
2.2. Objectifs spécifiques .....	3
<b>3. Méthodologie</b> .....	3
<b>4. Résultats</b> .....	4
4.1. La pertinence du modèle de HE .....	4
4.1.1. Problèmes de santé publique existant dans la zone d'intervention .....	4
4.1.2. Satisfaction des parties prenantes sur les produits .....	6
4.2. La cohérence du modèle .....	8
4.2.1. Engagements nationaux .....	8
4.2.2. Engagements bilatéraux .....	9
4.2.3. Engagements internationaux .....	9
4.2.4. Role de l'agent de santé communautaire .....	9
4.2.5. Place du modèle HE dans la santé communautaire .....	10
4.3. Efficacité du modèle .....	11
4.4. Efficience du modèle HE .....	12
4.5. Durabilité du modèle.....	12
4.6. Synthèse de l'analyse du modèle.....	13
4.6.1. Forces du modèle .....	13
4.6.2. Faiblesses du modèle.....	13
4.6.3. Opportunités.....	14
4.6.4. Menace.....	14
4.6.5. Analyse des risques et éléments de mitigation .....	14
<b>5. Conclusion et recommandations</b> .....	15
5.1. Conclusion .....	15
5.2. Recommandations.....	15

5.2.1. Renforcer l'accessibilité des produits.....	15
5.2.2. Renforcer la collaboration public-privé et privé-privé .....	16
5.2.3. Renforcer la Structuration de HE .....	16
<b>Références</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>19</b>
Outils de collecte des données .....	19
I. Introduction .....	19
II. Guides d'entretien .....	19

# 1. Introduction

## 1.1. Contexte global

La planification familiale, l'hygiène menstruelle, la nutrition et l'hygiène sont des domaines importants pour lesquels il y a des engagements tant internationaux que nationaux. Au niveau mondial, la prévalence contraceptive est de 65% ; la proportion des femmes mariées ou en couple utilisant la contraception moderne étant de 58,7% (1). En Afrique, cette prévalence est de 30% et le taux de disponibilité des services de planification familiale dans la Région africaine est de 78 % (2).

Les données sur l'hygiène menstruelle montrent que près de 500 millions de femmes et de filles ne sont pas à mesure de se procurer régulièrement des protections hygiéniques, des pilules antidouleurs ou des sous-vêtements pendant leur règle (3).

Pour ce qui est de la dénutrition, en termes de morbidité, 462 millions d'adultes souffrent d'insuffisance pondérale, 52 millions d'enfants de moins de 5 ans d'émaciation, 155 millions ont un retard de croissance et la dénutrition intervient dans environ 45 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans (4).

Pour l'hygiène, 57 % de la population mondiale a accès à des services d'assainissement (5), 71% ont à domicile les installations de base destinées pour le lavage des mains avec de l'eau et du savon (6).

## **1.2. Contexte spécifique**

Au Burundi, 30,8 % de femmes mariées n'ont pas accès aux services de planification familiale (7). Le coût et la difficulté d'accéder à des serviettes hygiéniques constituent des défis à l'hygiène menstruelle pour les filles et femmes du milieu rural, les obligeant à utiliser des tissus impropres avec risqué d'attraper des infections (8).

Pour la dénutrition, 57% des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance (9). Pour l'hygiène, 56 % de la population n'a pas accès aux toilettes/latrines améliorées et 5.3 % de la population possède un lieu de lavage des mains avec eau et savon (10).

## **1.3. Interventions de Healthy Entrepreneurs au Burundi**

HE est une entreprise basée aux Pays-Bas qui a pour vision d'être un fournisseur de soins de santé communautaires de confiance. Sa mission est de répondre aux besoins de santé des consommateurs dans les zones difficiles d'accès et reculées d'Afrique, en réunissant des produits, des experts, des formations et des technologies innovantes par l'intermédiaire d'entrepreneurs de santé communautaire de confiance et d'une chaîne d'approvisionnement unique de bout en bout.

Elle est présente dans 7 pays à savoir: Uganda, Tanzania, Kenya, Burundi, Burkina Faso, RDC et le Nigeria. Au Burundi, HE Entreprise sociale existant depuis 2021 avec comme domaine d'activité la santé communautaire. Son modèle combine les produits en rapport avec la SSR, la nutrition et l'hygiène.

Elle est présente dans 2 provinces sanitaires qui sont Gitega et Kayanza. Elle a ainsi commandité l'évaluation des 2 années d'activités afin de voir les points forts du modèle et les points d'amélioration pour mieux l'affiner.

## **2. Objectifs de l'évaluation**

### **2.1. Objectif global**

L'objectif global de l'évaluation à mi-parcours du modèle de HE est d'apprécier les performances réalisées en matière de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, nutrition et hygiène de la population bénéficiaire afin d'apporter des suggestions et recommandations permettant d'améliorer les interventions ultérieures.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

Ils sont au nombre de 4 à savoir :

- Apprécier l'atteinte des objectifs et les résultats fixés par HE
- Evaluer le niveau de satisfaction des entrepreneurs de santé se trouvant dans les programmes
- Apprécier le niveau de satisfaction des bénéficiaires auxquels les produits parviennent
- Mesurer l'impact apporté par le modèle HE sur la santé sexuelle et reproductive sur une période de 2 ans

## **3. Méthodologie**

Une approche mixte de collecte de données qualitatives et quantitatives a été utilisée.

Les étapes qui ont guidé la méthodologie sont les suivantes :

- Réunion de cadrage avec le staff HE pour une compréhension commune de la mission
- Revue documentaire : documents stratégiques internationaux et nationaux d'HE
- Choix aléatoire de 2 districts par province sanitaire : Districts Kayanza et Gahombo pour Kayanza et Districts Gitega et Mutaho pour Gitega
- Conception des outils d'entretiens et validation par HE en annexe au présent document
- Interviews avec 63 parties prenantes pour recueil de leurs perceptions : ASC, Bénéficiaires, MCD, DPS, Staff vente et formation/ HE
- 35 femmes et 27 hommes interviewés
- Analyse de données qualitatives

- Triangulation des données qualitatives avec les données de la revue documentaire

## 4. Résultats

### 4.1. La pertinence du modèle de HE

Les éléments qui ont été analysés étaient : problèmes de santé publique existant dans les zones d'intervention, satisfaction des parties prenantes sur les produits proposés

#### 4.1.1. Problèmes de santé publique existant dans la zone d'intervention

Toute intervention doit répondre à un besoin ou un problème. Ainsi, nous avons voulu savoir les problèmes de santé perçus par les répondants au niveau de la santé sexuelle et reproductive, nutrition et hygiène.

##### 4.1.1.1. Santé sexuelle et reproductive

Les problèmes de santé relevés étaient l'adhésion au PF, les IST et l'hygiène menstruelle déficiente.

La majorité des interviewés ont trouvé qu'il y avait dans leur localité une faible adhésion au PF.

Certains ont évoqués les croyances religieuses comme obstacles à l'adhésion au PF. Ainsi un interviewé le dit en ces termes : *« Bien que le personnel des FOSA soit formé sur la planification familiale et les méthodes contraceptives qu'elles soient modernes ou naturelles, le souci que nous rencontrons est qu'il y a certains qui n'adhèrent pas à ces méthodes du fait notamment de certaines églises qui sont contre. » (PFCBDS)*

Un participant avait un autre avis sur le rôle des églises dans l'adhésion au PF. Pour lui, elles contribuent plutôt à cette adhésion : *« Bien que la majorité des gens dans notre localité adhèrent au PF, il y a certains qui ne le font pas. Pour d'autres, ils peuvent aller au niveau des paroisses suivre les enseignements relatifs au planning familial et suivre les orientations à ce niveau plutôt qu'au niveau des formations sanitaires. » (BC16)*

L'implication du partenaire joue également un rôle dans l'adhésion au PF. Un des participants l'explique de façon suivante : *«Il y a des femmes qui sont sur méthode grâce au soutien de leurs maris alors que d'autres hommes interdisent à leurs femmes de le faire. Nous recevons des femmes qui veulent adhérer à l'insu de leurs maris. Nous les conseillons et les orientons vers les formations sanitaires. J'ai reçu une femme avec 9 enfants, je l'ai aidé. Son mari a fini par le voir car elle n'avait pas de grossesse assez tôt comme d'habitude. Il l'a obligé à se désengager.»* (ASCC17)

Un autre participant a évoqué comme obstacle la peur des effets secondaires des produits contraceptifs et l'inquiétude sur la survie et le nombre de la descendance : *«Certains ont du mal à se décider par peur des effets des méthodes; ils nous parlent de cancer, de malaise du corps. D'autres nous disent que malgré notre sensibilisation, les méthodes ont des effets négatifs dans leurs corps»* (ASCCBC10)

*« Dans ma localité, il y a des hommes qui te disent qu'un enfant ou deux ce n'est pas suffisant. Si l'un d'entre eux meurt, comment ça va se passer? Ils disent alors à leurs femmes d'avoir autant d'enfants que possible »* (ASCCBC10)

Une participante a noté l'existence des infections sexuellement transmissibles dans sa zone : *«Les maladies appelées infections sexuellement transmissibles sont fréquentes dans notre localité»* (BC3B)

L'hygiène menstruelle est perçue comme déficiente pour certains répondants : *« Il y avait des filles qui avaient souvent des infections à cause de l'hygiène menstruelle déficiente »* (ASCGD10).

La raison citée était la non disponibilité des serviettes hygiéniques : *« Par manque de serviettes hygiéniques, les femmes utilisaient des tissus pas propres du tout et avaient des infections »* (BD159)

#### **4.1.1.2. Nutrition**

Pour la majorité des interviewés, la malnutrition infantile persiste dans leur localité à l'instar de ce participant: *«Bien que nous fassions des sensibilisations, la malnutrition infantile persiste mais pas comme avant grâce aux mamans lumières qui apprennent aux mamans à mieux cuisiner pour leurs enfants »* (ASCC18)

Les pratiques alimentaires sont aussi perçues comme inadéquates : « *Les pratiques alimentaires sont inadéquates dans notre localité. Des fois, nous ne mangeons pas correctement* » (BC15)

Une des raisons qui explique cet état est la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires et la pauvreté des ménages : «*Les causes d'une alimentation adéquate pour moi sont la méconnaissance des aliments qu'il faut pour les enfants de bas âge et le manque d'argent pour acheter les semences* » (ASCC18)

«*A cause de la pauvreté, les gens ne mangent pas comme ils devraient, leur alimentation ne respecte pas les 3 groupes alimentaires; ils ne mangent pas comme ils aimeraient le faire*» (BC1410).

Un seul participant a mentionné la baisse du travail des mamans lumières comme pouvant expliquer les pratiques alimentaires inadéquates pour apprendre aux mamans de cuisiner suite au manque d'intrants : « *Il y avait des partenaires qui aident les mamans lumière avec des aliments et cela facilitait leur travail. Comme cet appui n'est plus là, il devient difficile de mobiliser ces denrées alimentaires*» (BC15).

#### **4.1.1.3. Hygiène**

Le souci déclaré par la plupart des participants était l'absence d'hygiène ou hygiène déficiente au niveau des latrines : « *Ici, le gros challenge est que certaines personnes n'ont pas de latrines ou dans certains cas comme par exemple les restaurants ou les bars, l'hygiène au niveau des latrines est déficiente* » (TKC).

#### **4.1.2. Satisfaction des parties prenantes sur les produits**

Les aspects qui ont été cherchés ont été l'utilité des produits proposés par HE et l'opinion sur le paquet de produits proposés.

#### *4.1.2.1. Utilité des produits proposés par HE*

Pour la majorité des répondants, il y a eu une amélioration de l'hygiène menstruelle grâce à des serviettes hygiéniques vendues par HE. Un ASC le dit en ces termes : *«Le cotex a beaucoup amélioré les conditions de la femme dans ma localité. Les femmes viennent les chercher et elles les utilisent. Comme ça leur santé est améliorée » (ASC D15)*

Cette opinion est aussi partagée par les bénéficiaires dont une l'a exprimée ainsi : *« Le fait d'avoir des cotex à proximité a considérablement contribué à faire évoluer les mentalités dans notre localité. Les femmes n'utilisent plus les morceaux de tissus sales comme avant qui étaient source d'infections au niveau de leur appareil génital » (BD11)*

L'autre utilité des produits ressentie par les participants a été une amélioration de l'hygiène corporelle, vestimentaire ainsi que de meilleures pratiques alimentaires.

Pour les savons, huiles de corps et de cuisson, une bénéficiaire décrit leur utilité de cette manière : *«J'apprécie les produits fournis par HE. J'ai pu guérir d'une mycose de la peau grâce à leur savon. Je prends régulièrement la bouillie, l'huile d'arachide et j'utilise l'huile de corps. Si tu cuis les légumes avec l'huile d'arachide, c'est trop bon. » (BC14)*

Une autre fait référence aux bouillies et aux savons: *« Il y a des effets probants sur l'alimentation et l'hygiène. Pour les enfants avec problème de malnutrition, s'ils consomment la bouillie, il y a une amélioration sur leur état de santé. Pour l'hygiène, maintenant puisque les savons sont accessibles, les lavages d'habits sont plus fréquents. » (BC13)*

Une autre utilité soulevée est le renforcement de l'autonomie des agents de santé communautaire : *«Quand j'ai ces produits, comme la demande est forte, ils sont rapidement écoulés. J'ai ainsi de quoi assurer les besoins de ma famille. Avant je prenais des dettes pour le stylo de mon enfant mais maintenant plus.» (ASC G D)*

Le renforcement de l'acceptabilité des agents de santé communautaire dans leur localité est aussi pour les participants un atout de ce modèle : *«Un agent de santé qui vient juste pour la sensibilisation ressemble à un enseignant qui vient enseigner sans matériel. Mais ceux que nous voyons viennent avec les produits et sont plus efficaces car ils font la sensibilisation et aident la population.» (BD11)*

#### **4.1.2.2. Paquet de produits proposés par HE**

Certains interviewés ont trouvé qu'il y avait des produits à ajouter tels que les savons, kit de femmes qui vont accoucher, sandales: *«Le paquet n'est pas suffisant. Il y a beaucoup de produits qui manquent. Nous avons demandé à ce qu'on ajoute des petits savons appelés gifuranguwo car certaines personnes n'ont pas assez d'argent pour acheter ceux que nous avons et aussi des sandales actualisées pas ceux que nous avons actuellement.»* (ASC D15)

Pour d'autres, il y avait des produits qu'il faut retirer ou réajuster en fonction des besoins et localité: *«Les produits comme yeboyebo, lame de rasoir, prudence n'ont pas trouvé d'acheteurs dans notre localité. Nous les avons toujours avec nous.»* (ACD8)

## **4.2. La cohérence du modèle**

Les éléments qui ont été considérés pour la cohérence ont été : Les engagements nationaux, bilatéraux, internationaux, rôle de l'ASC, place du modèle de HE dans la santé communautaire.

### **4.2.1. Engagements nationaux**

La Politique Nationale de Santé du Burundi allant de 2016-2025 décrit la santé maternelle, infantile et nutritionnelle comme une priorité nationale dans son premier objectif. Les domaines 3 et 4 sont respectivement: *«Amélioration de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant d'âge préscolaire, de l'enfant d'âge scolaire, de l'adolescent(e) et de la personne âgée»* et *« Lutte contre la malnutrition »*

Il est également en phase avec le Plan Stratégique Multisectoriel de Sécurité Alimentaire et Nutrition deuxième génération dont les axes stratégiques 1 et 3 sont respectivement: *« Accroissement de la disponibilité et de l'accès aux aliments à haute valeur nutritive, sains et diversifiés »* et *«Promotion des pratiques favorables à la nutrition optimale, à l'hygiène et à l'assainissement de base.»*

#### **4.2.2. Engagements bilatéraux**

En renforçant l'accessibilité informationnelle, géographique des produits de contraception et de nutrition, ce modèle est en cohérence avec les axes des interventions de l'Ambassade des Pays-Bas au Burundi dans la SSR et la nutrition à travers les programmes SRHR Solutions et sécurité alimentaire.

#### **4.2.3. Engagements internationaux**

Le modèle est en phase avec le 2<sup>ème</sup> objectif de développement durable dans sa cible 2.1 : *« D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, aient accès tout au long de l'année une alimentation saine, nutritive et suffisante. »*

Il s'aligne avec le 3<sup>ème</sup> Objectif de Développement Durable dans sa cible 3.7: *« D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. »*

En matière d'hygiène, il est en accord la cible 6.2 du 6<sup>ème</sup> ODD: *« D'ici à 2030, assurer l'accès à tous, dans des conditions «équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable. »*

#### **4.2.4. Rôle de l'agent de santé communautaire**

Le manuel de procédures de la santé communautaire de 2021 indique le rôle de l'ASC dans le système de santé burundais: *«C'est une femme ou un homme choisi par les membres de sa communauté, selon des critères précis pour s'occuper des problèmes de santé des individus et de la collectivité sous la supervision des services de santé. Il est chargé de sensibiliser la communauté sur les questions de santé et d'effectuer certaines prestations au niveau communautaire. »*

En choisissant les ASC comme acteurs clés du modèle, HE est en cohérence avec leur rôle dans la santé communautaire.

De plus la bonne perception de la population sur leur rôle dans la santé renforce cette cohérence dans le choix des ASC comme l'indique un des participants aux interviews: *«Quand nous avons des soucis de santé, les premières personnes vers qui nous nous tournons sont les agents de santé communautaire. Ils nous conseillent dans divers domaines et nous orientent. » (BCKD14)*

#### **4.2.5. Place du modèle HE dans la santé communautaire**

Le modèle proposé par HE propose des similitudes avec les autres modèles de santé communautaire dans la mesure où tous sont focalisés sur la promotion de la santé. Un participant le dit de cette manière: *«La similitude réside dans le fait ce sont tous des modèles investis dans la promotion de la santé. » (DDPS)*

La différence avec les autres modèles réside dans l'implication directe de l'ASC dans le modèle et l'innovation qui consiste à mixer l'aspect entrepreneurial et la santé. Les propos de ces participants illustrent ces aspects: *« Il y a d'autres modèles qui mettent en avant les administratifs, les TPS, les points focaux communauté voire l'équipe cadre du District mais celui-là met le focus sur l'agent de santé communautaire »MCD2 et «C'est un modèle innovant. Les autres modèles pensent à comment un agent de santé communautaire peut travailler efficacement tandis que celui-là pense à faciliter son travail. Ainsi, il est directement impactant et pour les agents de santé communautaire de par l'aspect entrepreneurial et pour la population en comblant leurs besoins.» (DDPS)*

Pour la majorité des participants, la complémentarité du modèle avec les autres réside dans le paquet proposé par HE. En effet, il permet aux ASC de faire mieux leur travail en ayant le matériel dont la population a besoin à portée de main lors des sensibilisations.

Le participant suivant l'a expliqué de cette manière: *«La complémentarité réside dans le fait que maintenant quand l'agent de santé communautaire fait la sensibilisation, il a aussi les outils d'usage à montrer. Si c'est pour l'hygiène, il a les savons avec lui si je puis ainsi dire le matériel didactique avec lui. C'est différent de sensibiliser sans le matériel. » (MCD2)*

### 4.3. Efficacité du modèle

Les résultats sur l'enrôlement des ASC et les produits vendus sont les suivants:

- **Cible des agents de santé communautaire à atteindre:**
  - ✓ Au début du modèle: 2500
  - ✓ Décembre 2023: 1500
  - ✓ **Proportion des ASC déjà enrôlés par rapport aux prévisions: 60%**
- **Produits dispensés:**
  - ✓ Préservatifs: 7070
  - ✓ Serviettes hygiéniques (Feathers): 5790
  - ✓ Serviettes hygiéniques DADA Pads: 1508
  - ✓ Serviette hygiéniques Agateka: 9
  - ✓ Savons anti bactériens (Skin guard): 19047
  - ✓ Savons centenaires: 22295
  - ✓ Savons muganga: 7553
- **Limites :**
  - ✓ Pas d'indicateurs permettant de mesurer les changements / l'autonomie des agents de santé communautaire
  - ✓ Pas d'indicateurs pour mesurer les changements au niveau des bénéficiaires:
    - Contribution du modèle dans la gestion des problèmes de santé: SSR, Nutrition, Hygiène dans la population de la zone d'intervention
    - Données HE non intégrées dans le DHIS2

#### 4.4. Efficience du modèle HE

Les constats suivants ont été relevés :

- **Budget alloué au modèle:**
  - ✓ Budget de départ: 771581 Euros
  - ✓ Budget au mois de Décembre 2023: 74229 Euros
  - ✓ **Taux d'exécution budgétaire: 90,4%**
  
- **Ressources humaines:**
  - ✓ Disponibles: Directeur Pays, directeur de l'exploitation et du développement des affaires, responsables des ventes, responsable des achats et de la chaîne d'approvisionnement
  - ✓ **Point positif:** personnel médical et personnel / marketing
  - ✓ **A pourvoir:** Staff suivi-évaluation; bons outils de suivi-évaluation

#### 4.5. Durabilité du modèle

La durabilité est assurée par le fait que les ASC et les bénéficiaires sont impliqués dans le modèle d'une part du fait de la contribution financière des AC qui entrent dans le modèle et d'autre part du fait que les bénéficiaires achètent eux-mêmes les produits. Néanmoins, le pouvoir d'achat de la population constitue un frein à l'achat des produits. Pour ce qui est des retombées du modèle sur le moyen terme, ils sont difficiles à évaluer vu qu'il n'y a pas de théorie du changement y relatif.

## 4.6. Synthèse de l'analyse du modèle

### 4.6.1. Forces du modèle

Elles sont résumées de façon suivante :

- Renforcement du dynamisme de travail des ASC
- Renforcement de l'entrepreneuriat chez les ASC/autonomie financière des ASC
- Renforcement de l'acceptabilité des ASC
- Accessibilité géographique des produits: produits à proximité de la population
- Contribution à la prévention des problèmes de santé dans les domaines de SSR, Nutrition et hygiène
- Staff comprenant le personnel médical et de marketing

### 4.6.2. Faiblesses du modèle

Elles sont regroupées de manière suivante :

- **Accessibilité des produits:**
  - ✓ Disponibilité des produits (ruptures de stocks, retards de livraison, produits à ajouter)
  - ✓ Adéquation prix/pouvoir d'achat de la population (perception des prix élevés pour la population et les ASC)
- **Collaboration public-privé et privé-privé:**
  - ✓ Faible implication des districts dans la mise en œuvre et le suivi des activités relatives au modèle HE
  - ✓ Non intégration des indicateurs du modèle d'HE dans le DHIS2
  - ✓ Non intégration ou collaboration de certains acteurs clés: mamans lumières, leaders religieux, organisations locales œuvrant dans la SSR, Nutrition et hygiène

- **Structuration d’HE:**

- ✓ Insuffisance de certains documents de pilotage du modèle et des documents de de suivi-évaluation : Théorie de changement, cadre logique, diagramme de Gant, cadre de suivi-évaluation et un plan opérationnel
- ✓ Pas de staff dédié au suivi-évaluation
- ✓ Faible encadrement/ suivi des agents de santé communautaire impliqués dans le modèle
- ✓ Non renouvellement équipement des ASC: Sacoques, parapluies, bottes

#### 4.6.3. Opportunités

- Existence d’organisations locales œuvrant dans les domaines de SSR, nutrition et hygiène

#### 4.6.4. Menace

- Faible pouvoir d’achat de la population

#### 4.6.5. Analyse des risques et éléments de mitigation

Le tableau suivant illustre les risques potentiels qui pourraient freiner les avancées du modèle et les voies de solution y relatives :

**Tableau n°1 : Risques potentiels et voies de mitigation**

Risque	Mitigation
<b>Faible pouvoir d’achat de la population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer des projets de développement pour la communauté en vue de lutter contre la pauvreté</li> </ul>
<b>Baisse de financement pour le modèle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation de fonds</li> <li>• Elaborer des projets pour des Grants</li> </ul>

## **5. Conclusion et recommandations**

### **5.1. Conclusion**

Le modèle est apprécié par les parties prenantes rencontrées. Il est pertinent et cohérent par rapport aux engagements nationaux et internationaux en matière de SSR, Nutrition et Hygiène. Il y a la nécessité de tenir compte des leçons acquises lors son implémentation pour des éventuels ajustements.

### **5.2. Recommandations**

#### **5.2.1. Renforcer l'accessibilité des produits**

##### ***5.2.1.1. Renforcer la disponibilité des produits:***

- Etendre la mise en place des stocks de proximité dans toute la zone d'intervention au niveau des CDS ou BDS
- Décentralisation du mode de fonctionnement/HE: des agences d'HE dans les provinces concernées
- Ajouter ou réajuster le paquet des produits: évaluation des besoins des bénéficiaires, collaboration avec les institutions œuvrant dans les 3 domaines (ISABU pour les semences)
- Se doter de voitures propres à HE pour la livraison des produits

##### ***5.2.1.2. Renforcer le pouvoir d'achat des acheteurs***

- Mener des études de faisabilité pour l'adéquation des prix et le pouvoir d'achat
- Mettre en place un système qui permet de baisser les prix pour certains produits tout en permettant à ce que le prix d'autres puisse permettre de couvrir ce gap financier, ceci permettant alors à tous de pouvoir acheter les produits dont ils ont besoin
- Constituer des banques de projets de lutte contre la pauvreté dans la zone d'intervention pour le futur : favoriser la création des coopératives, élevage du petit et du gros bétail, les microprojets au niveau communautaire

### **5.2.2. Renforcer la collaboration public-privé et privé-privé**

- Renforcer l'implication du niveau opérationnel du système de santé: BDS
  - ✓ Meilleure implication des BDS et CDS dans la mise en œuvre des activités et suivi d'HE
  - ✓ Meilleure participation dans les réunions de partenaires au niveau BDS pour HE
- Faire un plaidoyer pour intégrer les données d'HE dans le DHIS2
- Intégrer des autres acteurs clés:
  - ✓ Intégrer les Mamans lumières dans le modèle: renforcement de la collaboration avec les ASC pour favoriser l'intégration des soins offerts au niveau communautaire en SSR, Nutrition et hygiène, appui si possible pour les intrants des mamans lumière (séances culinaires)
  - ✓ Intégrer des sages –femmes et des leaders religieux notamment dans les activités de SSR
  - ✓ Etablir un cadre de collaboration avec les organisations locales travaillant dans les domaines de SSR, nutrition et hygiène
- Renforcer la sensibilisation dans les 3 domaines d'action avec notamment la paire éducation: promouvoir la masculinité positive, parents modèles

### **5.2.3. Renforcer la Structuration de HE**

- Mettre en place un département de suivi-évaluation :
  - ✓ Elaborer et tenir des documents de suivi-évaluation de qualité
  - ✓ Organiser des visites de suivi/supervision
- Elaboration de documents stratégiques du projet et de suivi-évaluation : Théorie de changement, cadre logique, diagramme de Gantt, cadre de suivi-évaluation et un plan opérationnel

- Doter les ASC d'un équipement leur permettant de faire leur travail : parapluies, bottes, sacs
- Faire de la recherche sur les effets du modèle dans la zone d'intervention

## Références

1. OMS. Planification familiale/méthodes de contraception. Septembre 2023
2. OMS 2023. Mortalité maternelle : L'urgence d'une approche systémique et multisectorielle pour réduire la mortalité maternelle en Afrique. 2023
3. Action contre la faim. Quand les règles accentuent les inégalités.2023
4. OMS. Malnutrition. Décembre 2023
5. OMS. Assainissement. 2023
6. JMP OMS et UNICEF. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène des ménages : 2000-2020. 2021
7. USAID. Planning familial/ Santé reproductive. Rapport d'impact Burundi. 2022
8. UNFPA Burundi. Lancement de 4 unités de production des serviettes hygiéniques réutilisables par les filles et pour les filles. 2016
9. Burundi. Enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la mortalité basée sur la méthodologie SMART. Rapport principal. 2019
10. UNICEF. Eau, hygiène, assainissement. Analyse budgétaire 2023-2024. 2023

## Annexes

### Outils de collecte des données

#### **I. Introduction**

Bonjour. Merci pour le temps que vous nous accordez. Nous sommes ici dans le cadre d'évaluation des activités d'HE dans votre localité. Nous aimerions avoir votre opinion sur ces activités pour qu'HE puisse savoir comment mieux ajuster le modèle. Il n'y a pas de mauvaises ou bonnes réponses. Votre anonymat sera garanti car votre nom sera codifié. Vous pouvez également arrêter l'interview à tout moment. Acceptez-vous de faire cette interview? Merci

#### **II. Guides d'entretien**

##### **A. Pour les Bénéficiaires de l'intervention / Provinces sanitaires Gitega et Kayanza; Agents de santé faisant partie de l'intervention, TPS (Techniciens pour la promotion de la santé / Districts concernés)**

##### **I. Les problèmes de santé sexuels, reproductifs et nutritionnels les plus courants**

1. Pour vous, quels sont les principaux problèmes de santé sexuels et reproductifs de même que nutritionnels rencontrez-vous dans votre région?
2. A qui vous vous adressez pour la gestion de ces problèmes de santé?
3. Selon vous, quel est le rôle des agents de santé communautaire dans la gestion de ces problèmes de santé évoqués?

##### **II. Apport du modèle d'HE dans la gestion des problèmes de santé sexuels, reproductifs et nutritionnels**

1. Que pensez-vous du paquet de soins préventifs proposés par HE?
2. Pour vous y a-t-il une différence dans le fonctionnement des agents de santé communautaires classiques et ceux du modèle de HE? Pouvez-vous m'en dire plus?

3. Le modèle de HE a-t-il contribué à trouver des solutions aux problèmes de santé sexuels, reproductifs et nutritionnels de votre localité? Pouvez-vous étayer votre propos?

4. Quel a été l'impact de ce modèle dans votre vie personnelle et sociale? (**adressée aux agents de santé communautaire**)

### **III. Suggestions pour améliorer le modèle d'HE**

1. Quelle est votre opinion sur les forces et les points d'amélioration de ce modèle?

2. Quelles suggestions avez-vous pour améliorer ce modèle?

### **B. Pour le personnel du département de vente et de formation /HE**

#### **I. Plus-value du modèle d'HE dans la santé communautaire**

1. Pour vous, quelle est la contribution du modèle d'HE dans la gestion des problèmes de santé sexuels et reproductifs?

2. Quel est votre point de vue sur l'implication des agents de santé communautaires dans la gestion des problèmes de santé sexuels et reproductifs?

3. Y a-t-il des similitudes ou des différences dans le modèle proposé par HE et les autres modèles de santé communautaire? Pouvez-vous m'en dire plus?

#### **II. Suggestions pour améliorer le modèle d'HE**

1. Quelle est votre opinion sur les forces et les points d'amélioration de ce modèle?

2. Quelles suggestions avez-vous pour améliorer ce modèle?

## **C. Pour les Médecins chefs de district et le Directeur de la Promotion de la santé**

### **I. Partenariat public-privé dans la gestion des problèmes de santé sexuels, reproductifs et nutritionnels**

1. Pour vous, quel est l'apport du modèle d'HE mixant l'entreprenariat et la santé au niveau communautaire dans la gestion des problèmes de santé liés aux aspects de santé sexuelle, reproductive et nutritionnelle?
2. Que pensez-vous de ce modèle comparativement aux autres modèles de santé communautaire?
4. Pour vous y a-t-il complémentarité de ce modèle par rapport au modèle de fonctionnement des agents de santé communautaire classiques et leurs paquets d'activité? Pouvez-vous m'en dire plus?

### **II. Suggestions d'amélioration**

1. Selon vous, quels sont les points forts et les points d'amélioration du modèle HE?
2. Quelles sont vos propositions pour affiner ce modèle et le rendre plus efficient?