



**EVALUATION FINALE DU 7<sup>ème</sup> PROGRAMME DE COOPERATION  
BURUNDI - UNFPA  
2010 – 2015**

**RAPPORT FINAL**



**Bujumbura, Septembre 2016**

CARTE ADMINISTRATIVE DU BURUNDI  
Echelle 1/1 000 000



**Equipe d'évaluation**

- Dr Alain BADJECK :** Démographe, Consultant International, Chef de mission, Population et Développement.
- Dr Charles BATUNGWANAYO :** Spécialiste des questions de santé publique, Consultant National, Santé de la Reproduction
- Mme Francine NZABAREGA :** Economiste, Consultante Nationale, Genre et Droits Humains

## REMERCIEMENTS

---

L'Equipe de l'Evaluation remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont apporté leur appui et leur contribution à l'aboutissement heureux de cet exercice. Elle tient particulièrement à remercier Mme Suzanne NGO MANDONG, Représentante Résidente de l'UNFPA-Burundi, Dr Kacou Pierre Konan, Technical Specialist, MH/RHCS, Coordonnateur du Programme, M. Barampanze Gervais, Représentant Assistant, M. Sota Pierre, Chargé de programme Suivi-Evaluation, et tout le staff de l'UNFPA.

L'équipe n'aurait pu atteindre les résultats attendus de ce travail sans le concours de toutes les personnes rencontrées au niveau central et provincial : Groupe de Référence pour l'Evaluation du Programme, Directeurs généraux des Ministères, Partenaires Techniques et Financiers (PTF), responsables d'ONG nationales et internationales, populations cibles rencontrées dans les provinces, etc. Que tous reçoivent ici la sincère gratitude des évaluateurs.

L'évaluation s'était inscrite dans une approche participative, et dans un processus d'apprentissage impliquant toutes les parties prenantes concernées. A cet égard, elle a bénéficié de beaucoup de soutiens et de conseils. Les résultats obtenus dans ce travail émanent donc d'un certain consensus sur les principales questions liées à la SR, Genre, population et développement. L'Equipe remercie une fois de plus toutes les institutions, agences et personnes rencontrées qui ont donné de leur temps et partagé leurs points de vue avec les consultants au cours de ce long processus d'apprentissage.

## TABLE DES MATIERES

---

REMERCIEMENTS .....	ii
TABLE DES MATIERES .....	iii
LISTE DES ABREVIATIONS .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
STRUCTURE DU RAPPORT .....	xi
RESUME EXECUTIF .....	xi
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	1
1.1. Raison d'être et objectifs de l'évaluation .....	1
1.2. Champ de l'évaluation.....	1
1.3 Approche méthodologique et processus de l'évaluation .....	1
1.3.1. Critères d'évaluation de Programme Pays .....	2
1.3.2. Processus de l'évaluation .....	2
1.3.3. Composition de l'équipe de l'évaluation et répartition des tâches .....	2
1.3.4. Ressources et logistique nécessaires .....	2
1.3.5. Difficultés rencontrées.....	2
CHAPITRE II : CONTEXTE NATIONAL.....	3
2.1. Défis du développement économique, politique et social, et stratégies nationales.....	3
2.1.1 Situation politique et institutionnelle.....	3
2.1.2. Situation économique .....	3
2.1.3. Situation en matière de capital humain .....	4
2.1.4. Santé de la reproduction .....	4
2.1.4. Genre et droits humains .....	7
2.1.5. Population et développement .....	8
2.2. Rôle de l'aide extérieure.....	10
CHAPITRE III : REPONSE STRATEGIQUE ET LE PROGRAMME DE L'UNFPA.....	11
3.1 Réponse stratégique des Nations Unies et de l'UNFPA .....	11
3.2. Réponse de l'UNFPA à travers son programme pays .....	11
3.2.1. Programme passé .....	11
3.2.2 Programme en cours .....	12
3.2.3. Structure financière du programme .....	17
CHAPITRE IV : REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION ET CONSTATS	20
4.1. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR LA PERTINENCE.....	20
4.1.1. En matière de Santé de la Reproduction (SR) .....	20

4.1.2. En matière de genre et droits humains .....	21
4.1.3. En matière de population et développement.....	22
4.1.4. En termes de capacité de réponse aux changements intervenus dans le contexte national .....	23
4.2. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR L'EFFICACITE .....	23
4.2.1. Santé de la reproduction (SR).....	23
4.2.2 Genre.....	35
4.2.3. Population et Développement (P&D) .....	41
4.2.4. Coordination et suivi-évaluation .....	45
4.3. REPONSE A LA QUESTION SUR L'EFFICIENCE .....	48
4.4. REPONSE A LA QUESTION SUR LA DURABILITE.....	51
4.5. REPONSES SUR LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE L'UNFPA.....	53
4.6. EXTENSION DU PROGRAMME (2015-2016).....	54
CHAPITRE V : CONCLUSIONS .....	58
5.1. Au niveau stratégique.....	58
5.2. Au niveau programmatique .....	58
CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS .....	61
ANNEXES .....	A
ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DE LA MISSION D'EVALUATION .....	A
ANNEXE 2 : MATRICE D'EVALUATION.....	H
ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	R
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES DE COLLECTE DES DONNEES .....	X
ANNEXE 5 : CODE DE CONDUITE UNEG.....	Y
ANNEXE 6 : LISTE NON EXAUSTIVES DES DOCUMENTS ET SITES CONSULTES .....	Z
ANNEXE 7 : STRUCTURE DES RAPPORTS D'EVALUATION.....	AA
ANNEXE 8 : PLAN DE TRAVAIL .....	CC
ANNEXE 9 : TABLEAU DES INDICATEURS CPAP 2010- 2014 .....	DD
ANNEXE 10: MATRICE DE PLANIFICATION POUR LE SUIVI ET L'EVALUATION DU PLAN D'ACTION POUR LE PROGRAMME PAYS 2015-2016.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ANNEXE 11 : TABLEAU ECHANTILLONNAGE DES PARTIES PRENANTES (STRUCTURES ETATIQUES, SECTEUR PRIVE ET ONG) .....	VV
ANNEXE 12 : LISTE DES PROJETS ATLAS .....	ZZ

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

ABELO	Réseau des Femmes Elues Locales
ABUBEF	Association Burundaise pour le Bien-Etre Familial
ABUSAFE	Association Burundaise de Sages-Femmes
AFJB	Association des Femmes Juristes du Burundi
AFJO	Association des Femmes Journalistes
AGR	Activités Génératrices de Revenu
APFB	Association pour la Promotion de la Fille Burundaise
BCR	Bureau Central de Recensement
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDFC	Centre de Développement Familial et Communautaire
CDS	Centre De Santé
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CEPGL	Communauté Economique des Pays des Grands Lacs
CHOVIFE	Coalition des Hommes contre les Violences faites aux Femmes
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CIRGL	Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs
COAR	Country Office Annual Report
CORDAID	Catholic Organisation for Relief and Development Aid
CPAP	Plan d'Action du Programme Pays
CPN	Consultation Pré Natale
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence
DSNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
EAC	East African Community
EDS	Enquête Démographique et Santé
FAWE	Forum for Women Educationalist
FO	Fistule Obstétricale
FOSA	Formation Sanitaire
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GSF	Gynécologue Sans Frontières
IDH	Indice de Développement Humain
IHPB	Integrated Health Project in Burundi
IMIS	Integrated Management Information System
INSP	Institut National de Santé Publique
IRC	International Rescue Committee
ISTEEBU	Institut de statistique et d'Etudes Economiques du Burundi
KFW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau
MMEIG	Maternal Mortality Estimation Interagency Group
MSF-B	Médecin Sans Frontière Belgique
MSNDPHG	Ministère de la Solidarité Nationale et des Droits de la Personne Humaine et du Genre
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONP	Office National de la Population
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
P&D	Population et Développement
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMC	Population Media Center
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNG	Politique Nationale Genre
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme Nationale pour la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ	Pays Pauvre Très Endetté
PSI	Population Services International
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
REJA	Réseau des Jeunes en Action pour la paix
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent/ Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP/REFES	Secrétariat Permanent des Reformes Economiques et Sociales
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SWAA-B	Society for Women and Aids in Africa- Burundi
TC	Technologie Contraceptive
TNS	Taux Net de Scolarisation
TPS	Technicien de la Promotion de la Santé
UNDAF	Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le Développement
UNDP	Fonds des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGEI	United Nations Girls' Education Initiative
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine
VSBG	Violences Sexuelles et Basées sur le Genre

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1	Indicateurs clés	ix
Tableau 2	Nombre d'avortements dans les formations sanitaires selon les données du DSNIS entre 2010 et 2014	5
Tableau 3	Produits des CPAP 2010-2014 et CPAP-2015-2016 (extension)	12
Tableau 4	Logique d'intervention de l'UNFPA au Burundi dans le cadre du 7 <sup>ème</sup> programme	14
Tableau 5	Budget total du 7 <sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA en USD par année et par source de financement (2010-2015)	17
Tableau 6	Budget et dépenses par composante (P&D), SR, Genre) en USD et taux d'absorption sur la période 2010-2015	19
Tableau 7	Répartition des Prestataires formés en SONUB par partenaire d'appui (2013- 1 <sup>er</sup> semestre 2016)	25
Tableau 8	Evolution de l'utilisation de méthodes contraceptives entre 2010 et 2015	28
Tableau 9	Répartition des Prestataires formés en TC par partenaire d'exécution (2013- 1 <sup>er</sup> Semestre 2016)	30
Tableau 10	Répartition des victimes de violence sexuelle par tranche d'âge en 2015	31
Tableau 11	Types de violences et répartition par âge des victimes de 2015 au centre Humura	41
Tableau 12	Rôles et responsabilités des différents niveaux de coordination	46
Tableau 13	Date et signature des PTA	50
Tableau 14	Forces et faiblesse, opportunités et menaces du 7 <sup>ème</sup> programme	59

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1	Evolution du taux d'inflation entre 2005 et 2013	3
Figure 2	Pyramide des âges de la population du Burundi	9
Figure 3	Evolution comparée des ressources propres et des ressources mobilisées du 7 <sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA (2010-2015)	17
Figure 4	Situation des fonds propres et des fonds mobilisés en 2015	18
Figure 5	Taux d'exécution du budget	18
Figure 6	Evolution comparée du budget et des dépenses du 7 <sup>ème</sup> programme (2010-2015)	19
Figure 7	Taux de décès maternels dans la zone d'intervention du Programme	27
Figure 8	Répartition des cas de FO pris en charge par année de 2010 à 2015	29

**Tableau 1 : Indicateurs clés**

Type de données	Description	Sources/années
<b>Données générales du pays</b>		
Superficie	27.834 Km <sup>2</sup>	RGPH 2008
Population totale résidente (de droit)	8.053.574	RGPH 2008
Population masculine	3.964.906 (49,2%)	RGPH 2008
Population féminine	4.088.668 (50,8%)	RGPH 2008
Population totale en 2016	10.114.505	Projection démographique, ISTEERU 2013
Taux de croissance démographique	2,4	RGPH 2008
Population rurale	89,9 %	RGPH 2008
Population urbaine	10,1%	RGPH 2008
Population de moins de 15 ans	45%	RGPH 2008
Densité de population	310 km <sup>2</sup>	RGPH 2008
Indice synthétique de fécondité	6,4	EDS 2010
Population de 60 ans et plus	4%	RGPH 2008
Taux d'analphabétisme	61,6% (femmes) ; 51,9% (hommes)	RGPH 2008
Nombre moyen de personnes par ménage	4,7	RGPH 2008
Indice de développement humain (IDH)	0,355	PNUD 2015
Indice d'inégalités de genre	0,492	PNUD 2015
<b>Indicateurs socio-économiques de base</b>		
<b>Economie</b>		
PIB au Prix courant (Milliard BIF)	1741,1	Rapport annuel 2015 du Ministère à la Présidence chargé de la bonne gouvernance et du plan
Dépenses courantes en Santé (Millions BFI courant)	389.874	Comptes de la santé au Burundi 2012-2013
Taux d'inflation	5,5	ISTEERU, 2015
Part du PIB agricole dans le PIB total	40,3	Statistiques mondiales (2014)
Taux de croissance économique	4,7	Statistiques mondiales (2014)
Dette publique en % du PIB	38,6	Statistiques mondiales (2014)
Rapport de dépendance	94,9	RGPH 2008
<b>Education</b>		
Taux net de scolarisation préscolaire	5,9 (dont 5,8 pour les filles et 5,9 garçons)	Rapport annuel Ministère de l'Education (2013-2014)
Taux net de scolarisation primaire/indice de parité	95,6 (dont 93,8 pour les filles et 97,5 garçons)	Rapport annuel Ministère de l'Education (2013-2014)
Taux net de scolarisation secondaire/indice de parité	27,1 (dont 26,6 pour les filles et 27,6 garçons)	Rapport annuel Ministère de l'Education (2013-2014)
Taux d'achèvement au primaire	76%	Rapport national OMD 2015
<b>Santé</b>		
Age médian à la première union	20,3 ans (F) ; 24,1 ans (H)	EDS 2010
Fécondité précoce	11% (15-19 ans)	EDS 2010
Taux de prévalence du VIH (15-24 ans)	0,5% (0,2% garçons) ; (0,8% filles)	EDS 2010
Taux de prévalence contraceptive (femmes en union)	18%	EDS 2010
Couples année protection (CAP)	528.029	Bilan PNSR 2015
Taux d'accouchements en milieu de soins	78,7%	Bilan PNSR 2015
Le nombre d'habitants par Médecins	20.865	Annuaire statistiques sanitaires, 2014
Le nombre d'habitants par infirmier	1.542	Annuaire statistiques sanitaires, 2014

Type de données	Description	Sources/années
Prévalence générale VIH	1,4%	EDS 2010
Ratio de de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	500	EDS 2010
Espérance de vie à la naissance en 2008	49,0	RGPH 2008
Taux de mortalité infantile	61,89 pour mille	Statistiques mondiales (2015)
Taux de mortalité infanto-juvénile	104 pour mille	Statistiques mondiales (2015)

## STRUCTURE DU RAPPORT

---

Le rapport de l'évaluation finale du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA est articulé autour d'un Résumé Exécutif, de 6 chapitres incluant des conclusions et des recommandations.

**Le Résumé Exécutif** présente succinctement les principaux résultats du programme, les conclusions et les recommandations.

**Le chapitre I** rappelle les objectifs de l'évaluation, les thématiques couvertes, l'approche méthodologique adoptée, et le processus même de l'évaluation.

**Le chapitre II** présente le contexte national et les principaux défis en matière de population et développement.

**Le chapitre III** présente la réponse commune du Système des Nations Unies à travers l'UNDAF aux défis économiques et sociaux du Burundi, et la réponse spécifique de l'UNFPA à travers ses deux derniers programmes.

**Le chapitre IV** fait le point des constats et répond aux questions d'évaluation formulées sur la base des critères de pertinence, efficacité, efficience et durabilité. Il donne également des réponses aux questions relatives aux mécanismes de coordination et de suivi-évaluation, ainsi qu'aux questions relatives à la valeur ajoutée de l'UNFPA ; il présente les forces et les faiblesses du 7<sup>ème</sup> programme.

**Le chapitre V** est consacré aux conclusions.

**Le Chapitre VI** est consacré aux recommandations.

## RESUME EXECUTIF

---

### DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération entre le Gouvernement du Burundi et l'UNFPA (2010-2014) a bénéficié d'une extension de deux ans (2015-2016) et fait l'objet de plusieurs ajustements et alignements : alignement au Plan stratégique de l'UNFPA (2008-2011), évaluation à mi-parcours en 2013, alignement à l'UNDAF 2012-2016 et au Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017. Ces nombreux ajustements ont entraîné la reformulation de certains produits et indicateurs dont le nombre a parfois baissé ou augmenté. L'évaluation couvre la période allant de 2010 à 2015.

Le 7<sup>ème</sup> programme vise : (i) l'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et des droits humains et la prévention du VIH ; (ii) le plaidoyer pour l'adoption des projets des lois et l'application de la législation existante ; (iii) l'amélioration de la gestion et de l'accessibilité des données sociodémographiques.

### OBJECTIFS ET CHAMP DE L'EVALUATION

Les objectifs de l'évaluation étaient de : (i) mesurer la redevabilité de l'UNFPA ; (ii) apprécier la performance et la pertinence du 7<sup>ème</sup> Programme ; (iii) tirer les leçons de la mise en œuvre du programme ; (iv) fournir des évidences pour l'élaboration du prochain programme.

L'évaluation a couvert toutes les zones d'intervention de l'UNFPA dans les domaines de la santé de la reproduction (SR), y compris la planification familiale (PF), du genre et droits humains, de la population et du développement. Le rapport pourrait être utilisé comme document de référence par les principales parties prenantes du programme (UNFPA, partenaires nationaux, autres partenaires techniques et financiers (PTF)).

### METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

L'équipe d'évaluation a utilisé la méthodologie du Bureau Evaluation de l'UNFPA (New York). Elle a en plus procédé à la revue documentaire, aux discussions de groupes, aux focus groups, mené des entretiens avec des informateurs clés (planificateurs, gestionnaires de programmes, partenaires de mise en œuvre...) ; elle a également procédé à l'observation directe au cours des visites de terrain. La Matrice d'Evaluation qui est au centre de cette méthodologie, a permis d'évaluer le programme à travers ses trois composantes en fonction des critères suivants : (i) pertinence ; (ii) efficacité ; (iii) efficience ; (iv) durabilité. L'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA a été faite selon le critère de valeur ajoutée/rôle joué par l'UNFPA dans le cadre de l'UNDAF.

Les difficultés rencontrées : insuffisance des données actualisées ; absence de données de référence pour quelques indicateurs du CPAP ; absence d'indicateurs sexospécifiques.

## **PRINCIPAUX RESULTATS PRESENTES PAR SECTEUR**

### **➤ Dans le domaine de la santé de la reproduction**

Dans ce domaine, le Programme a enregistré des résultats encourageants. En effet, les interventions pour améliorer la santé maternelle ont mis l'accent sur la promotion de l'accouchement assisté, l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de la planification familiale, l'appui au programme de formation de base des sages-femmes. On peut citer quelques résultats :

- Le taux d'accouchement dans les structures sanitaires est passé de 59,9% en 2010 à 78,7% en 2015 ;
- La révision du programme de formation de base des sages-femmes pour l'aligner aux normes et standards de l'ICM et OMS ;
- Le nombre de sages-femmes travaillant dans les services de maternité est passé de 7 en 2010 à 88 en 2015 ;
- Le nombre de structures sanitaires assurant les fonctions SONUB est passé de 5 en 2010 à 19 en 2015 au niveau national. La disponibilité de l'offre par fonction SONUC était de 17 en 2010 ; elle est passée à 46 en 2015 (Enquête SPSR 2015) ;
- L'introduction des revues des décès maternels dans les hôpitaux et le renforcement des capacités nationales dans la prise en charge des SONU auraient contribué à la diminution des décès maternels et néonataux. Pour les décès maternels intra-hospitaliers, ce taux est passé de 230 en 2010 à 125 en 2015 pour 100 000 naissances vivantes tandis que le taux des décès néonataux est passé de 20,9‰ en 2010 à 12,8‰ en 2015 ;
- Le taux de prévalence contraceptive a augmenté, passant de 18,9% en 2010, à 37,4% en 2015 ;
- La plupart des femmes enceintes ont fait au moins une consultation prénatale (CPN) au cours de leur grossesse même si la CPN au 1er trimestre de la grossesse est faible (16,5%) ;
- Grâce au renforcement des capacités des prestataires en prise en charge des FO et aux efforts de mobilisation des femmes souffrant des FO, le nombre de cas de fistules obstétricales réparées entre 2010 et Juillet 2015 est de 1780 femmes dont 1270 sorties complètement guéries soit 71%.

Par ailleurs, le Programme a appuyé le développement d'une approche intégrée de réseautage social pour la promotion de la santé des jeunes, autour des centres de santé dits « centre de santé amis des jeunes ». Cet appui a permis une augmentation du nombre des adolescents et des jeunes ayant accès à l'information et aux services de SR/PF (de 39.924 en 2010 à 71.420 en 2015).

### **➤ Dans le domaine du genre**

En 2010-2014, suite à la diffusion des messages sur la lutte contre les VSBG appuyés par l'UNFPA, le programme a contribué à l'engagement des leaders religieux de la province de Rutana pour dénoncer les violences sexuelles. La dénonciation des cas des VSBG et l'implication des hommes dans la prise en charge communautaire des VSBG ont été renforcées par la sensibilisation menée avec les réseaux communautaires et les réseaux des hommes.

La mise en place des clubs UNGEI sensibilise les filles et les garçons sur le respect des droits humains et l'égalité entre les sexes, de manière à susciter entre jeunes une solidarité agissante contre les violences sexuelles et les discriminations liées au genre.

La "Coalition des hommes contre les violences faites aux femmes "(CHOVIFE), les confessions religieuses, les organisations de la société civile comme SERUKA, NTURENGAHO et SWAA Burundi, les CDF, les services compétents de prise en charge médicale et juridique des VSBG, la police judiciaire, s'inscrivent de plus en plus dans ce mouvement d'ensemble visant la réduction des VSBG.

Pour la période 2014-2015, l'UNFPA a mis un accent particulier sur le renforcement des capacités nationales afin de répondre aux violences basées sur le genre en situation d'urgence à travers notamment:

- La formation des prestataires de services dans la prise en charge des survivants des VBG ;
- L'octroi à 31 structures des kits post-viol dont 24 hôpitaux, 3 structures spécialisées, 04 centres des associations des kits de dignité aux femmes et filles en âge de procréer ;
- La mise en place d'un groupe de travail VBG qui est maintenant opérationnel.

Ces actions ont permis la prise en charge médicale de 11.964 survivants et l'octroi de 987 kits de dignité.

## ➤ Dans le domaine de la population et du développement

Au cours de la mise en œuvre du programme, l'UNFPA a appuyé le gouvernement pour la formation de 50 cadres des ministères sectoriels et du Secrétariat Permanent des Reformes Economiques et Sociales (SP/REFES), auxquels il faut ajouter les représentants des partenaires au développement, des confessions religieuses, de la société civile, y compris les associations des jeunes et les représentants du secteur privé, en vue de l'intégration des questions de population (dynamique démographique, SR, genre, jeunes) dans le SCLPII.

Les cadres ainsi formés ont joué un rôle déterminant à tous les niveaux. Ils ont notamment utilisé leurs compétences dans l'intégration des variables démographiques dans le CSLPII, le PNDSII et la Politique nationale Genre (2012-2025). Les projections démographiques produites par le Ministère du Plan ont servi à l'élaboration de la Déclaration de la Politique Démographique Nationale adoptée en octobre 2011.

Ces résultats peuvent être attribués à la prise de conscience des décideurs et des planificateurs de l'importance de l'intégration des variables démographiques dans les stratégies nationales de développement.

### Principaux points forts :

Parmi les points forts du 7<sup>ème</sup> Programme, on peut retenir :

- La cohérence et l'alignement du programme aux priorités nationales, l'alignement aux Plans stratégiques de l'UNFPA (2008-2011 ; 2014-2017), la prise en compte des orientations de « Burundi Vision 2025 » et des besoins des populations cibles ;
- La grande capacité de l'UNFPA à mobiliser les ressources en dépit du contexte national et international difficile ;
- La grande capacité de plaidoyer et de dialogue de l'UNFPA au sein de la coordination et de l'Equipe pays ;
- La grande capacité de l'UNFPA à s'adapter à un environnement difficile et instable ;
- La valeur ajoutée du Fonds dans ses trois domaines d'intervention (P&D, SR, Genre) et de mobilisation des jeunes.

### Principaux points à améliorer :

Suite aux entretiens qu'ils ont eus avec les différentes parties prenantes et à leurs propres analyses, les évaluateurs proposent l'amélioration de certains points utiles pour une atteinte complète des résultats :

- La formulation des produits ;
- Le choix des indicateurs de résultats ;
- La Gestion Axée sur les Résultats (GAR), le suivi-évaluation et la promotion de la culture des résultats ;
- La coordination et la planification.

## PRINCIPALES CONCLUSIONS

A la fin de cet exercice, l'équipe d'évaluation a tiré des conclusions :

### Au niveau stratégique

**Conclusion 1 :** Le plaidoyer et le dialogue politique ont contribué à l'engagement au plus haut niveau de l'Etat à prendre en compte les défis démographiques, notamment les aspects en rapport avec la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

### Au niveau programmatique

**Conclusion 2 :** En dépit des bons résultats enregistrés au niveau du taux de prévalence contraceptive, des efforts restent à fournir pour atteindre les objectifs de la Déclaration de la Politique Démographique Nationale (TPC à 50%) ;

**Conclusion 3 :** L'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle reste une priorité pour contribuer à la lutte contre la Fistule obstétricale ;

**Conclusion 4 :** La lutte contre les VSBG va de pair avec l'autonomisation des femmes et une intégration systématique du genre dans les programmes notamment dans les clusters femmes et jeunes ;

intégration prenant aussi en compte les lois sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, les VSGB, le Code des Personnes et de la Famille.

**Conclusion 5 :** La Déclaration de la Politique Démographique Nationale a besoin d'être actualisée en prenant en compte les questions émergentes en matière de population et développement;

**Conclusion 6 :** La collecte des données désagrégées, leur disponibilité et leur utilisation demeurent un grand défi ainsi que la collecte des informations sur les indicateurs de routine;

**Conclusion 7 :** L'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) n'est pas maîtrisée ; le système de suivi-évaluation et le cadre des résultats du programme ne comportent pas d'indicateurs sexospécifiques ;

**Conclusion 8 :** Une planification soumise à des procédures, à des alignements répétés, aux stratégies nationales, aux révisions de l'UNDAF et aux plans stratégiques de l'UNFPA.

## PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

A la suite de ces constats et conclusions, des recommandations ont été formulées, présentées par ordre de priorités aux niveaux stratégique et opérationnel.

### Au niveau stratégique :

- ❖ Poursuivre le plaidoyer et le dialogue politique pour un meilleur repositionnement de l'Agenda de la CIPD et du dividende démographique au niveau national par :
  - Le dialogue sur les interrelations genre, population et développement durable au Burundi ; population et aménagement du territoire ;
  - Le passage à l'échelle nationale de l'intégration effective de la SSRAJ dans les services de santé et dans les politiques et stratégies nationales.

### Au niveau opérationnel :

#### **Santé de la reproduction :**

- ❖ Améliorer l'accès et l'utilisation des services de PF par :
  - La promotion des stratégies novatrices telles que la distribution à base communautaire ;
  - L'intégration de la PF dans les plans de contingence ;
  - La participation active des hommes et des jeunes dans la promotion, le soutien et la pratique de la contraception ;
  - L'intégration de la PF en post partum et dans les autres services préventifs ;
  - Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion des contraceptifs.
- ❖ Améliorer la qualité des soins de santé maternelle pour contribuer à la lutte contre la Fistule obstétricale à travers:
  - Le renforcement du plateau technique des formations sanitaires en SONUB/SONUC et prise en charge médicale des FO ;
  - Le renforcement de la surveillance des décès maternels et ripostes ;
  - La meilleure sensibilisation de la population et surtout des hommes dans la lutte contre les Fistules Obstétricales.

#### **Genre :**

- ❖ Réduire les VBG par l'autonomisation des femmes et l'intégration systématique du genre dans les programmes, à travers:
  - Le renforcement du plateau technique des hôpitaux et autres structures spécialisées dans la prévention et prise en charge des VSBG ;
  - Le renforcement du partenariat pour appuyer les programmes qui facilitent l'accès des femmes et des filles à l'enseignement formel et informel leur permettant de passer à l'accès aux activités génératrices de revenus (AGR) ;
  - L'appui à l'intégration transversale du genre dans les programmes, aux lois sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, les VSGB, le Code des Personnes et de la Famille.

## **P&D :**

- ❖ Elaborer une politique nationale de population multisectorielle prenant en compte les questions démographiques émergentes, par :
  - La création d'un Office national de la population ;
  - L'élaboration d'une Politique Nationale de Population (PNP) et sa mise en œuvre ;
  - La mise en place des structures nationales de mise en œuvre de la PNP ;
  - L'appui à l'intégration des questions de population dans les politiques et programmes sectoriels de développement.
- ❖ Appuyer la collecte des données désagrégées par :
  - Le renforcement des capacités du Système statistique national ;
  - L'appui à une meilleure application de la loi statistique.

## **Suivi-évaluation :**

- ❖ Améliorer le système de suivi-évaluation par :
  - Le renforcement des capacités des partenaires sur l'appropriation des principes et outils en matière de suivi-évaluation axés sur les résultats ;
  - Le renforcement des capacités des partenaires sur la théorie du changement ;
  - La prise en compte des risques et hypothèses dans la planification et la mise en œuvre des interventions ;
  - La formulation des produits et indicateurs du CPAP ;
  - L'appui à l'élaboration d'indicateurs sexospécifiques.

## **Planification :**

- ❖ Améliorer le processus de planification du programme par :
  - Le renforcement des capacités des partenaires/ recyclage sur les règles et procédures de l'UNFPA ;
  - Le renforcement des capacités des partenaires sur la planification stratégique.

## CHAPITRE I : INTRODUCTION

---

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA devait couvrir la période normale de cinq ans (2010-2014). Mais il a bénéficié d'une extension de deux ans (2015-2016) pour s'aligner aux priorités nationales contenues dans « Vision Burundi 2025 », le Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté deuxième génération (CSLP II), le Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le Développement au Burundi (2012-2016), le Plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017) et le Plan d'Action de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD).

Un budget total de 27.815.317 USD dont 13.201.800 USD de ressources propres et 14.607.517 USD de ressources mobilisées au cours de la période 2010-2015, a été prévu.

### 1.1. Raison d'être et objectifs de l'évaluation

L'évaluation finale d'un Programme pays est une exigence de l'Organisation ; elle n'est pas une simple formalité, mais une pratique instituée qui ne saurait être remise en cause.

L'objectif global de l'évaluation de ce 7<sup>ème</sup> Programme Pays est de mesurer la redevabilité de l'UNFPA et sa capacité à produire des évidences qui éclaireront la conception du prochain programme pays.

Plus spécifiquement, l'évaluation du Programme permet de :

- analyser la pertinence des interventions du programme par rapport aux besoins des populations, priorités nationales, orientations stratégiques de l'UNFPA ;
- apprécier les résultats/progrès dans l'atteinte des produits et leur contribution aux effets du CPAP ;
- mesurer l'efficacité des stratégies d'intervention ;
- mesurer l'efficience des interventions ;
- déterminer la durabilité des résultats, la pérennité des stratégies et l'appropriation nationale du programme ;
- analyser les avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport aux partenaires techniques et financiers dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, l'égalité entre les sexes et la production des données, ainsi que le positionnement stratégique de l'UNFPA ;
- analyser les performances et l'efficience du dispositif de coordination et de suivi ;
- identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques dans la mise en œuvre des interventions ;
- formuler des recommandations pour le prochain Programme de Coopération.

### 1.2. Champ de l'évaluation

L'évaluation couvre l'ensemble du Programme sur la période 2010-2015. Elle s'adresse à toutes les zones d'intervention de l'UNFPA au Burundi, dans les domaines de la santé de la reproduction (SR), y compris la planification familiale (PF), du genre et droits humains, de population et développement. Le rapport pourrait être utilisé comme document de référence par les principales parties prenantes du programme (UNFPA, partenaires nationaux, autres partenaires techniques et financiers (PTF)).

### 1.3 Approche méthodologique et processus de l'évaluation

L'évaluation du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA a appliqué la méthodologie proposée par le Bureau Evaluation/New York<sup>1</sup>). Les évaluateurs ont eu recours à la revue documentaire, aux discussions de groupes (avec les bénéficiaires du programme), aux entretiens avec des informateurs clés (les planificateurs, gestionnaires de programme, les partenaires et les parties prenantes directement impliqués dans la mise en œuvre du programme), ainsi qu'aux observations directes aux cours des descentes sur le terrain, pour répondre aux questions spécifiques appliquées à chacun des trois domaines programmatiques, en fonction des critères d'évaluation : (i) pertinence ; (ii) efficacité ; (iii) efficience ; (iv) durabilité. L'analyse du positionnement stratégique

---

<sup>1</sup>United Nations Population Fund, *Handbook how to design and conduct a country program evaluation at UNFPA, Evaluation Phases*, 2013.

de l'UNFPA a été faite selon le critère de valeur ajoutée, avec un accent sur le rôle de l'UNFPA au sein de la coordination des agences du système des Nations Unies au Burundi (Equipe pays - UNCT).

La matrice d'évaluation a été mise à contribution comme guide pour la collecte et l'analyse des données. Elle a été organisée autour des informations sur les hypothèses, les indicateurs, les sources et les méthodes de collecte. Les évaluateurs ont utilisé à la fois les données primaires (collectées sur le terrain) et les données secondaires (issues des études et des recherches, ou des publications officielles sur le programme, notamment l'EDS 2010 et le RGPH 2008). La triangulation des données secondaires avec les données primaires a permis d'assurer la cohérence entre différentes sources, ainsi que la validité des contenus. Les données désagrégées par sexe ont été utilisées quand elles étaient disponibles.

#### **1.3.1. Critères d'évaluation de Programme Pays**

L'évaluation a été orientée sur 02 axes principaux axes/composantes, sur lesquels(les) ont été définis les critères précis :

Les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité sont retenus pour la composante 1 : Analyse des domaines de programmation. Le critère de valeur ajoutée de l'intervention de l'UNFPA est appréhendé pour la composante 2 : Analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA au sein de l'UNCT.

#### **1.3.2. Processus de l'évaluation**

Le processus de l'évaluation a suivi les phases suivantes : (i) préparation ; (ii) conception et production d'un rapport de démarrage ; (iii) collecte et analyse de données ; (iv) rédaction du rapport provisoire ; (v) rédaction du rapport final (Cf. Manuel de méthodologie : « Comment concevoir et conduire une évaluation de programme pays de l'UNFPA »). Pendant les deux premières phases, l'équipe d'évaluation a procédé à une revue documentaire, élaboré une cartographie des principales parties prenantes et préparé sur cette base, un rapport de démarrage. Les principales parties prenantes ont été rencontrées par l'équipe d'évaluation : l'UNFPA, tous les partenaires de mise en œuvre, autres bénéficiaires directs, etc. Un échantillonnage à choix raisonné a été retenu pour couvrir toutes les catégories de cibles. Les investigations ont couvert l'ensemble de la zone de concentration du Programme. La troisième phase a permis de présenter les premiers constats au cours d'une réunion de débriefing. La quatrième phase a été consacrée à la rédaction du rapport provisoire. Un atelier de restitution a ensuite été organisé. Les commentaires et suggestions issus des échanges ont été intégrés dans la finalisation du rapport, en vue de sa validation.

#### **1.3.3. Composition de l'équipe de l'évaluation et répartition des tâches**

L'équipe d'évaluation était composée comme suit :

- un consultant international, Team Leader, spécialiste des questions de population et développement, chargé de la composante P&D, de la coordination de l'équipe, et de la qualité des rapports produits ;
- une consultante nationale en genre et droits humains, chargée de la composante Genre ;
- un consultant national, chargé de la composante santé sexuelle et reproductive.

Chaque consultant était responsable de la qualité du travail de son ressort/domaine de compétence.

#### **1.3.4. Ressources et logistique nécessaires**

L'évaluation a bénéficié de l'encadrement du Bureau UNFPA, des chargés de portefeuilles et de l'appui du responsable du suivi et évaluation. Un certain nombre de ressources logistiques a été mis à la disposition de l'équipe d'évaluation :

- un bureau avec connexion internet, et une salle de réunion leur permettant de préparer leurs présentations Powerpoint ;
- un moyen de déplacement au niveau des provinces ;
- une documentation ;
- des bloc-notes, stylos à bille, rames de papier, ainsi que des facilités d'impression des documents.

#### **1.3.5. Difficultés rencontrées**

L'équipe a fait face à quelques difficultés au cours du processus d'évaluation : l'insuffisance des données de base (situations/données de référence), la qualité insuffisante des documents mis à la disposition des consultants, l'incomplétude des données de routine ; le manque d'utilisation systématique des indicateurs de résultats. A ces difficultés, il faut ajouter la maîtrise insuffisante par les partenaires de la gestion axée sur les résultats.

## CHAPITRE II : CONTEXTE NATIONAL

### 2.1. Défis du développement économique, politique et social, et stratégies nationales

Avec l'adoption du protocole sur l'Union Monétaire de l'EAC en 2013, le Burundi est rentré dans un processus de réformes économiques et sociales qui a commencé à produire des résultats significatifs tant en ce qui concerne l'amélioration de ses indicateurs macro-économiques et sociaux ainsi que la modernisation de son administration<sup>2</sup>. Mais, en dépit de ces progrès qui visaient la réduction des taux de pauvreté dans toutes les provinces, le développement économique et social du pays demeure encore très fragile<sup>3</sup>.

#### 2.1.1 Situation politique et institutionnelle

L'urgence d'assainir le cadre institutionnel, juridique, politique et sécuritaire s'impose aujourd'hui. Le cadre politique et institutionnel actuel crée des défis multidimensionnels auxquels fait face le pays. Il s'agit entre autres de :

- La paupérisation des populations affectées par la crise politique et sociale ;
- Du taux élevé de pauvreté (le taux de pauvreté monétaire est de 64,6 en 2014 contre 67,1 en 2006)<sup>4</sup> ;
- De la pression démographique et ses effets sur une économie largement tributaire du secteur primaire ;
- De la lutte contre le VIH et de la prise en charge des orphelins du VIH/sida ;
- De l'augmentation du nombre de victimes des violences sexuelles et basées sur le genre, etc.

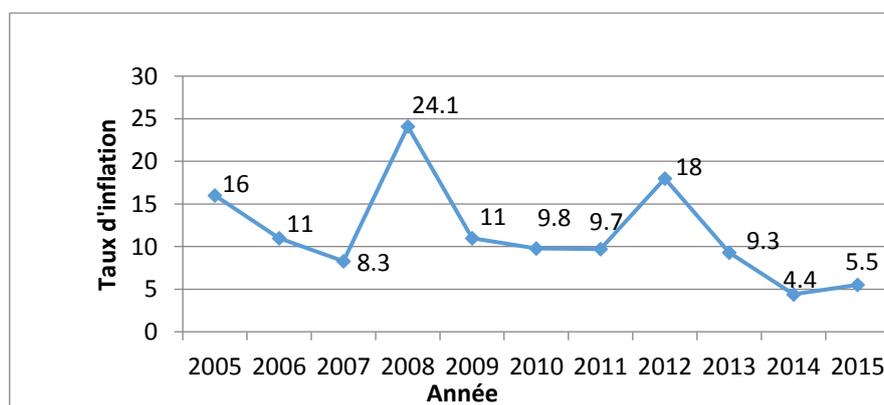
Autant de défis importants à relever dans le court terme pour que le Burundi renoue définitivement avec une croissance économique durable et inclusive.

#### 2.1.2. Situation économique

La crise politique et sécuritaire que connaît le Burundi, accompagnée de la chute des cours mondiaux du café, a eu pour conséquence immédiate une forte récession en 2015 (-5%). Cependant, la croissance avait un rythme d'environ 4,5% en 2013 et 2014 ; et selon les prévisions<sup>5</sup>, elle devrait repartir en 2016 grâce au développement des projets d'infrastructures. L'agriculture (environ 40% du PIB et 90% des emplois) joue un rôle capital dans l'économie du pays. Le Burundi dispose aussi d'autres atouts, notamment : d'importants gisements de cuivre, de cobalt et de nickel qui sont encore peu exploités. Le taux de croissance du PIB réel estimé à 4,5% en 2013, devrait atteindre 7% en 2016<sup>6</sup>.

Au cours de ces dix dernières années, le taux d'inflation (indice des prix à la consommation) a évolué en dents de scie.

**Figure 1** : Evolution du taux d'inflation entre 2005 et 2015



Source : Evalueurs à partir des données mondiales

<sup>2</sup> Revue à mi-parcours du CSLP II

<sup>3</sup> Banque Africaine de Développement et Fonds Africain de Développement, Burundi, Document de Stratégie Pays, 2012-2016, Octobre 2011

<sup>4</sup> ISTEERU, Enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages du Burundi (2013-2014)

<sup>5</sup> FMI, World Economic Outlook Database - 2016.

<sup>6</sup> CSLP II

Comme on peut le constater à partir de cette figure 1, ce taux d'inflation est resté très erratique jusqu'en 2011, avant d'amorcer une baisse notable à partir de 2012, signe d'une certaine amélioration de la situation.

### **2.1.3. Situation en matière de capital humain**

En 2013, le classement du Burundi au niveau mondial en termes d'indice de développement humain (IDH), était de 184 / 188 pays<sup>7</sup>, alors qu'en 2011 il était classé 185 sur 187.

L'indice du développement humain (IDH) rappelle qu'en plus des aspects purement économiques, la dimension humaine est, d'une manière générale, capitale dans le développement d'un pays. L'IDH mesure donc les dimensions clés du développement humain suivantes : vivre une vie longue et en bonne santé, acquérir des connaissances et jouir d'un niveau de vie décent. Le classement du Burundi en fonction de l'IDH montre que d'importants efforts restent à faire pour que ce pays parvienne à offrir à ses habitants un niveau de vie décent.

- **L'Alphabétisation**

D'une manière générale, l'analphabétisme est élevé. Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2008, plus de la moitié des personnes âgées de dix ans et plus (56,8%) ne sait ni lire ni écrire en une langue quelconque. Cette proportion est nettement plus élevée chez les femmes (61,6%) que chez les hommes (51,9%).

- **L'Education**

- **Le préscolaire**

L'offre du préscolaire est destinée aux enfants de 4 à 6 ans (l'entrée au primaire est fixée à 7ans). D'ici 2020, la cible est d'accueillir 50% des enfants de cette tranche d'âge dont 86% seront scolarisés dans des structures communautaires et 10% dans les structures publiques. En 2010/2011, le taux brut de scolarisation préscolaire<sup>8</sup> s'élevait à 6,79%.

- **Le primaire**

L'enseignement primaire a connu un accroissement quantitatif important en une décennie (11,57% dans le public entre 2004 et 2013). En 2009, le taux brut de scolarisation dépassait 100% du fait de la gratuité de l'école décrétée par le gouvernement en lien avec le retour à la paix. En 2013, les filles représentaient 50.65% de l'effectif des élèves contre 46.13% en 2004. Le taux net de scolarisation au primaire (TNS) était de 96,6%<sup>9</sup> en 2015. Aujourd'hui, la parité au primaire (0,99) est presque atteinte.

- **Le secondaire et le supérieur**

La situation en 2015 montre que les effectifs du secondaire général et pédagogique ont augmenté grâce à la création de nombreux collèges communaux ; l'enseignement supérieur a aussi doublé ses effectifs grâce à l'essor de l'enseignement privé. Au niveau du secondaire général, la parité est de 0,73 ; elle est de 0,52 dans l'enseignement technique, de 0,33 dans le supérieur public et de 0,75 dans le privé.

Les acquis dans le domaine de l'éducation et dans les autres services sociaux de base peuvent être remis en question si la situation sociopolitique ne s'améliore pas. Entre autres acquis, on a pu noter par exemple un accroissement sans précédent des taux bruts de scolarisation ainsi qu'une diminution des inégalités de genre grâce à la mesure de la gratuité de l'enseignement primaire.

### **2.1.4. Santé de la reproduction**

En conformité avec la norme de l'OMS, plus de 80% de la population burundaise vivent à moins de 5 km d'un centre de santé. Par ailleurs, le Burundi connaît une couverture en infrastructures sanitaires tendant vers la norme de l'OMS : 0,76 hôpital pour 100.000 habitants et 0,96 centre de santé (CDS) pour 10.000 habitants, la norme étant de 1 hôpital pour 100.000 Habitants et 1 CDS pour 10.000 Habitants »<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2015

<sup>8</sup> BPSE 2014

<sup>9</sup> PNUD, Rapport national sur les OMD 2015

<sup>10</sup> Rapport des progrès CSLP II 2012

Au Burundi, grâce à la décision du gouvernement (mai 2006) instituant la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et à l'accouchement, et grâce aussi à la décision d'instaurer la carte d'assistance médicale (CAM) en mai 2012, l'utilisation des services préventifs et curatifs essentiels a augmenté, améliorant ainsi certains indicateurs clefs de la SR<sup>11</sup>. C'est ainsi par exemple que le taux d'accouchement en milieu de soins est passé de 23% en 2005 à 79% en 2015 et que la prévalence de la contraception sans condom est passée de 3,5% en 2005 à 33,1% en 2015<sup>12</sup>.

- **Un ratio de mortalité maternelle toujours élevé**

Le ratio de mortalité maternelle connaît une tendance décroissante au Burundi depuis 1990. Selon les estimations de Maternal Mortality Estimation Interagency Group (MMEIG), le ratio de mortalité maternelle est passé de 1.100 à 800 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes entre 1990 et 2010. Toutefois, l'EDS réalisée en 2010 montre que le taux de mortalité maternelle est de 500 décès pour 100.000 naissances vivantes. Comparé aux autres pays de l'EAC (East African Community), ce ratio reste élevé. En effet, selon l'enquête EDS réalisée en 2010, le ratio de mortalité maternelle est de 448 au Kenya, 454 en Tanzanie et 478 au Rwanda.

- **Une mortalité infantile et juvénile aux niveaux encore peu satisfaisants**

Les résultats préliminaires de l'EDS réalisée en 2010 rapportent un taux de *mortalité infantile et juvénile* respectivement de 59 pour mille et de 96 pour mille. Si cette situation n'a pas d'indicateurs particulièrement alarmants compte tenu du contexte général du pays, c'est qu'elle est due à plusieurs facteurs, notamment : la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans, le renforcement de la vaccination de routine, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le renforcement des activités de prise en charge des cas de malnutrition, la motivation des prestataires de soins, etc.

- **Planification familiale : des efforts toujours à faire**

La Politique de planification familiale n'a pas encore atteint son objectif au Burundi. On constate toutefois qu'entre 2000 et 2015, le taux de prévalence contraceptive est passé de 2.7 % à 37.4%<sup>13</sup>. Cependant, beaucoup reste encore à faire pour atteindre un taux qui se situerait entre 55 et 60 % en 2025.

- **Avortement : une pratique donnant lieu à des complications médicales**

L'ampleur des avortements au Burundi n'est pas assez connue. En effet, à ce jour, il n'y a pas d'enquête nationale qui ait étudié ce phénomène. Cependant, en 2012, l'ABUBEF a commandité une étude dans les six provinces<sup>14</sup> de sa zone d'intervention qui permet d'avoir une idée partielle de l'ampleur du problème. Les résultats de cette enquête révèlent que « 67,4% des filles burundaises ont leurs premières relations sexuelles entre 16 et 20 ans ; 28,6% de ces relations sexuelles se terminent par des grossesses non-désirées, dont 6,3% finissent par un avortement provoqué. Parmi ces avortements : 50% se font clandestinement ; 25% ont lieu dans des structures de santé privées; et 25% dans les structures de santé publiques ».

Selon les données de la Direction du système national d'informations sanitaires enregistrées dans les hôpitaux et les centres de santé, environ sept mille avortements par an ont lieu, comme l'indique le tableau ci-après.

**Tableau 2:** Nombre d'avortements dans les formations sanitaires selon les données du DSNIS entre 2010 et 2014

PROVINCE	2010		2011		2012		2013		2014	
	HOP	CDS								
BUBANZA	192	ND	122	150	184	106	228	104	283	51
BUJA MAIRIE	430	ND	611	208	447	123	395	159	520	131
BUJUMBURA	372	ND	460	210	463	162	390	254	313	157
BURURI	175	ND	198	196	180	111	235	150	291	133

<sup>11</sup> Politique Nationale de la Santé 2015-2025

<sup>12</sup> Bilan 2015 PNSR

<sup>13</sup> Bilan 2015 PNSR

<sup>14</sup> Ces provinces sont : Bujumbura mairie, Bururi, Kirundo, Muyinga, Ngozi et Gitega

CANKUZO	50	ND	46	122	51	50	48	24	61	43
CIBITOKÉ	144	ND	99	471	130	384	214	490	301	350
GITEGA	576	ND	598	227	543	199	769	203	851	179
KARUSI	133	ND	100	161	103	186	104	287	97	317
KAYANZA	135	ND	147	320	174	299	110	275	107	259
KIRUNDO	147	ND	172	314	207	375	264	229	256	311
MAKAMBA	51	ND	46	390	31	345	29	370	73	445
MURAMVYA	92	ND	76	62	45	40	49	30	50	24
MUYINGA	148	ND	199	283	221	289	235	236	245	229
MWARO	78	ND	84	53	77	55	54	34	64	20
NGOZI	472	ND	554	146	528	135	636	100	705	96
RUTANA	52	ND	37	141	34	122	41	127	73	81
RUYIGI	224	ND	279	98	212	105	256	102	291	178
Total	3 471	ND	3 828	3 552	3 630	3 086	4 057	3 174	4 581	3 004

Source : Tableau conçu par les évaluateurs à partir des données DSNIS

- **Fistules obstétricales : un phénomène peu connu**

Les Nations Unies estiment que dans le monde, entre 2 millions et 3,5 millions de femmes et de jeunes filles vivent avec les fistules obstétricales. Il s'agit d'une complication directement liée à l'accouchement pouvant être évité par une césarienne pratiquée à temps. D'après l'enquête nationale d'estimation des fistules réalisée en 2013, la prévalence des fistules obstétricales est de 1,8‰, soit 3550 cas, l'incidence est de 1,9‰, soit 750 nouveaux cas par an.<sup>15</sup> La recherche active et la prise en charge des cas de fistules est assurée par le Centre URUMURI de Gitega, mis en place en juillet 2010.

- **Santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et jeunes : un domaine devenu prioritaire**

Les adolescents et les jeunes au Burundi font face à des défis sérieux en rapport avec leur santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR). Les principaux défis sont liés à l'accès à l'information correcte et aux services offrant la SDSR.

Les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et jeunes ont, entre autres objectifs, celui de sensibiliser cette catégorie sur les comportements sexuels à risques, la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles dont le VIH.

Le gouvernement avec l'appui de l'UNFPA a initié depuis 2008 l'intégration de l'offre des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes et adolescent-e-s dans des centres de santé publics dénommés « Centres de santé Amis de jeunes » dont la couverture nationale n'était que de 10 CDS en 2011 sur 462, soit 2,7%<sup>16</sup> et 7 cliniques de SR de l'ABUBEF<sup>17</sup>.

Pour pallier cette insuffisance de couverture, un programme conjoint vient d'être proposé par un consortium de quatre partenaires à savoir CARE, Cordaid, Rutgers et UNFPA. Ces partenaires travaillent ensemble avec les ministères techniques clés : le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, le Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre, le Ministère de l'Education et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture, le Ministère de l'Intérieur et de la Formation Patriotique ainsi que le Ministère de la Sécurité Publique. La stratégie opérationnelle qui sera utilisée est le réseautage entre les Centres Jeunes, les Centres de Santé Amis de Jeunes, les écoles et la communauté locale encadré par les agents de santé communautaires.

- **Une épidémie de VIH/Sida persistante**

Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS pour l'année 2010, près de 34 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec plus de 2/3 des personnes infectées; au cours de la même année, sur les 2,6 millions de nouvelles infections enregistrées dans le monde, les

<sup>15</sup> MSPLS & UNFPA, - Enquête Nationale d'estimation de la prévalence des fistules, - Novembre 2013

<sup>16</sup> Rapport du Programme de lutte contre le Sida, Décembre 2011

<sup>17</sup> Plan Stratégique de Santé de la Reproduction révisé 2013-2015

1,8 millions se sont produites en Afrique subsaharienne. Cette région enregistre aussi 76% des cas de décès dus à l'infection à VIH et les femmes représentent 61% des personnes infectées.

Au Burundi, le taux de séroprévalence globale est passé de 2,97 % en 2007 (Enquête de Séroprévalence de 2007) à 1.4% en 2010 dans la population de 15-49 ans (EDS 2010). Chez les jeunes de 15 -24 ans, le taux de séroprévalence est de 0.5% avec une prédominance féminine, 0.8% contre 0.2% chez l'homme (EDS 2010).

Selon une enquête de 2007, le taux de prévalence du VIH dans la population générale était de 3 %, sans commune mesure avec celui des professionnels du sexe (37,7 %). Le SEP/CNLS au cours de la mise en œuvre de son plan stratégique 2007-2011 a fait recours à une plus grande panoplie de services préventifs au sein des groupes très vulnérables ou de ceux qui souffrent du VIH/sida. Il visait les professionnels du sexe, les hommes de 15 à 49 ans ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les femmes enceintes séropositives. Grâce à ces mesures, la prévalence du VIH parmi les professionnels du sexe est passée de 37,7 à 19,8 %<sup>18</sup>.

#### **2.1.4. Genre et droits humains**

Le Burundi a ratifié les instruments internationaux et régionaux qui consacrent l'égalité et l'équité ; on peut citer, entre autres : la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes, la Résolution 1325, etc. La Constitution nationale consacre l'égalité des chances et des droits pour tous les Burundais sans exception. Le pays s'est doté d'une Politique Nationale du Genre (2012-2025) qui repose sur la Déclaration et le Programme d'Action de Beijing adoptés en Septembre 1995.

Malgré ces acquis, des grandes disparités sociales entre hommes et femmes persistent et se caractérisent par :

- ***Une inégalité de statut dans la famille et dans la société***

La culture burundaise perpétue un partage de rôles basé sur des inégalités entre les hommes et les femmes. Ces pratiques, tenaces encore de nos jours, demeurent ancrées dans la mentalité populaire et influencent négativement la société burundaise. La société traditionnelle burundaise était caractérisée par le système patriarcal où le pouvoir de décision au sein du ménage revient à l'homme. Ainsi, les rôles donnant lieu à l'ouverture au monde extérieur (pouvoir, décision, parole en public) sont confiés au jeune garçon qui reçoit une éducation le préparant à assumer ce type de responsabilités. Quant à la fille, dès son plus jeune âge, elle reçoit une éducation qui lui est spécifique; les tâches ménagères (domestiques), les activités de production (agriculture, maraichage) et de reproduction (soins et éducation aux enfants) lui sont réservées. La femme est exclue de l'héritage, et l'accès aux différentes ressources se limite au droit d'usufruit.

- ***Des violences basées sur le genre : un phénomène persistant***

Les Violences Basées sur le Genre (VBG) au Burundi constituent une question multidimensionnelle aussi bien de santé publique que de justice sociale. Les études faites sur les VBG montrent que ce phénomène prend une ampleur très inquiétante. Au lieu de baisser ou d'être éradiqué, les VBG, au contraire, tendent à augmenter dans toutes les régions du pays. Sur une population de 11 831 personnes enquêtées en 2009, 8.5% de femmes et filles contre 3% d'hommes ont déclaré avoir été victimes de viol ou de tentatives de viol<sup>19</sup>. Quarante-neuf pour cent (90%) de victimes des VBG sont des filles et des femmes et plus de 50% sont âgées de moins de 20ans. Au cours des années 2012 et 2013, le Centre Seruka a enregistré une tendance à la hausse des effectifs des victimes des violences sexuelles prises en charge, à savoir une moyenne mensuelle de 121 en 2012 et de 130 en 2013 et de 121 en 2014. C'est une moyenne qui rejoint la tendance des années 2007, 2008 et 2009 tandis que les années 2010 (116) et 2011 (104) affichaient une tendance à la baisse des effectifs<sup>20</sup>.

Suite aux pesanteurs de la tradition, les cas portés à la connaissance du public sont de loin en dessous de la réalité étant donné que la plupart des formes de violences ne sont pas rapportées.

Face à cette situation, le Gouvernement du Burundi a adopté plusieurs mesures visant l'éradication de ce crime. Il s'agit entre autres de : l'actualisation de la Politique Nationale Genre (2012-2025), l'intégration de la problématique des VBG dans le CSLP II, l'adoption de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre et son Plan d'Action, les révisions du code pénal et du code de procédure pénale et l'adoption d'une loi spécifique

---

<sup>18</sup> MSPLS, SEP/CNLS, Plan Stratégique de lutte contre le Sida 2012-2016

<sup>19</sup> Etude nationale sur les violences faites aux femmes au Burundi en période de conflit, septembre 2009

<sup>20</sup> Rapports annuels 2012 et 2013 du Centre Seruka

sur les VBG, le Plan d'Action Nationale de la Résolution 1325 des NU, le protocole sur la lutte contre les violences de la Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs (CIRGL).

- **Un niveau inégal d'accès/accessibilité aux services sociaux de base**

La gratuité de l'enseignement primaire a favorisé l'amélioration de la parité filles/garçons pour le primaire. D'après les informations issues de la Politique Nationale Genre (PNG) 2012-2025, au niveau de l'éducation secondaire, les taux d'achèvement du premier cycle sont de 17% pour les filles contre 23,9% pour les garçons ; dans le second cycle, ces taux sont respectivement de 9,1% et de 17,1%. Les taux de scolarisation restent inégaux dans l'enseignement secondaire et supérieur.

Même si la gratuité des soins de maternité a permis une augmentation des taux d'accouchement assisté par du personnel de santé, les femmes restent particulièrement vulnérables dans le domaine de la santé. Le taux de morbidité des femmes (environ 25%), est supérieur à la moyenne nationale (23,1%). Le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les adultes de 15 à 49 ans est de 4,2% pour les femmes et seulement 3,3% pour les hommes<sup>21</sup>.

- **Un faible pouvoir économique des femmes**

L'inégalité du genre persiste dans plusieurs domaines de la vie socio-économiques du Burundi. Les données de l'enquête QUIBB 2006 révèlent qu'au niveau national, l'incidence de pauvreté est plus forte chez les ménages dirigés par les femmes.

L'autonomisation de la femme est toujours un grand défi. Le très faible accès des femmes aux facteurs de production, tels que le crédit et la terre, et leur participation insignifiante aux secteurs porteurs de croissance, tels que le commerce, les banques et l'industrie, aggravent leur pauvreté monétaire. Selon le RGPH 2008, 80,2% des Burundais ont une propriété foncière, mais 62,5% sont des hommes et seulement 17,7% des femmes.

Il ressort de la PNG que les femmes sont très présentes dans le secteur agricole mais ont peu accès aux technologies appropriées de production et de conservation et ne contrôlent guère les revenus agricoles qu'elles génèrent. Sur le plan de l'emploi, les femmes dominent dans le secteur agricole, plus pénible et peu rémunérateur. Elles sont nettement moins présentes dans le secteur moderne où elles n'occupent que 35,6% des emplois, souvent des postes de faible qualification ou des activités du secteur informel.

- **Une jouissance inégale des droits**

Même si la Constitution de 2005 prône l'égalité des sexes, la discrimination fondée sur le genre persiste non seulement dans les pratiques sociales mais également dans certains textes législatifs et réglementaires, notamment les régimes matrimoniaux, les successions et les libéralités qui restent encore régis par la coutume. Les insuffisances juridiques constatées au niveau de certains textes de lois (code pénal, code de la personne et de la famille, ...) sont de nature à exacerber les inégalités de rôles et responsabilités des hommes et des femmes tant au niveau du couple qu'au sein du ménage et de la communauté.

- **Une amélioration de la représentation et de la participation des femmes aux instances de décision**

Le droit à la participation politique des femmes est régi principalement par l'Accord d'Arusha et la Constitution de 2005. La Constitution prévoit un quota d'un minimum de 30% de femmes au sein des institutions. Il revient à la Commission Electorale Nationale Indépendante (CENI) d'assurer cet équilibre par le biais de la cooptation.

Pendant les élections de 2015, sur les 119 Administrateurs communaux élus au niveau national, 39 sont des femmes, soit 32,77%. L'Assemblée Nationale compte 121 Députés dont 100 élus et 21 cooptés. Parmi les 121 Députés, 44 sont des femmes, soit 36 %. Le Sénat burundais est quant à lui composé de quarante-trois (43) Sénateurs dont 18 femmes soit 41.86%. Sur 14536 Conseillers de colline/quartier élus, 12050 sont des hommes et 2486 sont des femmes, soit 17.10%. Le nombre de chefs de colline/quartier est de 2909 dont 186 femmes, soit 6,39 %.

En 2016, le gouvernement du Burundi est constitué de 20 Ministres dont 6 femmes, à savoir 30%. Sur les 18 Gouverneurs des provinces élus, seuls trois (03) sont des femmes, soit 17%.

## 2.1.5. Population et développement

- **Une croissance démographique relativement stable**

En trente (30) ans, la population burundaise a doublé ; elle est passée de 4. 028. 420 en 1979 à 8.053.574 en 2008. Au cours de ces trente années, le taux d'accroissement annuel moyen de la population est resté quasi stable, passant de 2,5% entre 1979 et 1990, à 2,4% entre 1990 et 2008. En outre, cette croissance de la population est

---

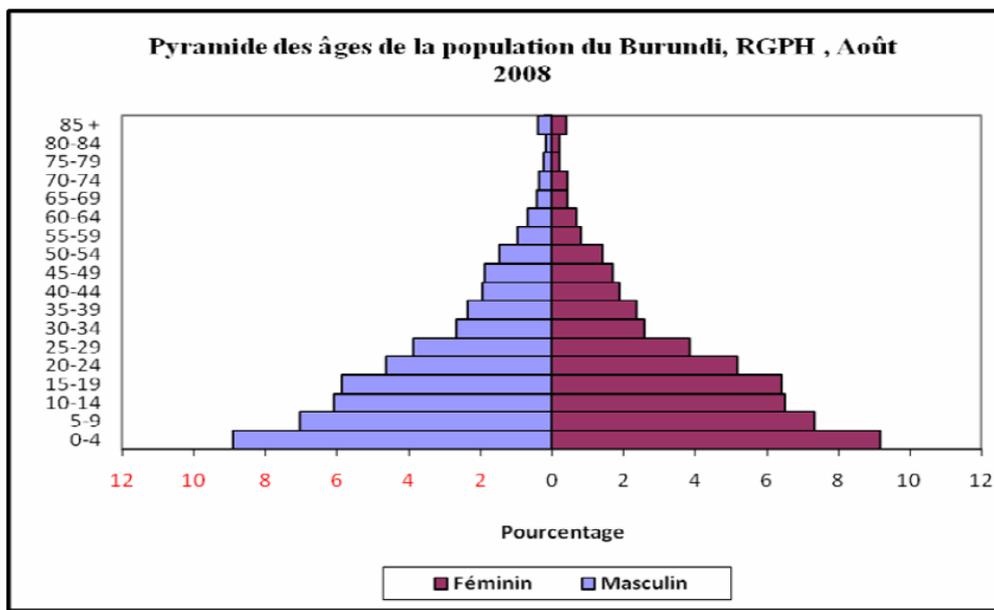
<sup>21</sup> Politique nationale Genre (2012-2025)

caractérisée par des disparités entre les différentes provinces du pays : Makamba (5,8 % à 3,7 %), Cibitoke (4 % à 2,8 %), Bubanza (3,4 % à 2,3 %), Bujumbura (3,1% à 4,2%).

- **Une population en majorité jeune**

Les données du recensement général de la population et de l'habitat de 2008 montrent quela structure par âge de la population du Burundi est extrêmement jeune comme le fait apparaître l'allure de la pyramide des âges ci-dessous, caractérisée par une base très large, conséquence d'une fécondité qui reste très élevée.

**Figure 2** : Pyramide des âges de la population du Burundi



Source :RGPH volume 3 : Analyse Tome 6 : Etat Et Structures De La Population, page 45.

- **Une fécondité toujours élevée**

L'indice synthétique de fécondité (ISF) ou nombre moyen d'enfants par femme se situe à un niveau élevé. Il est de 6,4 au niveau national, de 4,8 en milieu urbain, et de 6,6 en milieu rural<sup>22</sup>. L'ISF varie également selon le niveau d'instruction : 4,4 enfants en moyenne chez les femmes qui ont atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus, et 6,8 pour celles qui n'ont jamais été à l'école.

- **Une population inégalement répartie**

La population du Burundi est aussi inégalement répartie. La population rurale représente près de 87% de la population totale. Les densités de population varient entre 300 et 400 habitants au Km<sup>2</sup>. La croissance urbaine reste relativement faible. Bujumbura à elle seule abrite près des trois quarts (3/4) de la population urbaine du pays. Le taux d'urbanisation est inférieur à 3%<sup>23</sup>.

- **D'importants échanges migratoires régionaux**

Du fait de leurs importantes potentialités économiques, certaines provinces sont plus attractives que d'autres et accueillent un plus grand nombre de migrants, de déplacés internes, de rapatriés ou de réfugiés. Ces mouvements migratoires sont aussi favorisés par la situation géographique même du pays, situé au cœur de la région des Grands Lacs, et intégré au sein de la Communauté Est-africaine (EAC), de la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs (CEPGL).

L'intégration régionale du Burundi constitue donc un facteur favorable à la libre circulation des personnes et des biens.

<sup>22</sup> Burundi, Enquête Démographique et de santé 2010

<sup>23</sup> Dominique Harre, François Moriconi –Ebrard, Hervé Gazel, Agence Française de Développement (AFD), AFRCAPOLOS, L'urbanisation en Afrique centrale et orientale, novembre 2010

- **Le Dividende démographique**

La croissance démographique au Burundi a un impact négatif sur les ressources naturelles et financières, ainsi que sur les infrastructures socio-économiques. Les indices de fécondité présentés plus haut montrent que le pays est encore loin d'amorcer sa transition démographique et de tirer profit du dividende démographique. Non seulement les ISF atteignent des niveaux élevés, mais aussi les rapports de dépendance restent particulièrement forts : pour la population totale, il est de 94,9 ; Ce qui veut dire qu'au Burundi, 100 personnes actives prennent en charge 95 personnes inactives.

## **2.2. Rôle de l'aide extérieure**

Le programme d'appui budgétaire (AB) mis en œuvre de 2005 à 2013 a été un cadre idéal pour les bailleurs des fonds d'aider le Burundi à sortir de la crise et à renouer normalement avec le développement économique et social<sup>24</sup>.

Les principales contributions à l'aide extérieure apportée au Burundi sont, entre autres : la BM, l'UE, la BAD, les Pays-Bas, la Norvège, la France et la Belgique. Entre 2008 et 2013, l'appui budgétaire accordé au Burundi s'élevait à 732 millions USD. A cela il faut ajouter les fonds dégagés au titre de l'initiative PPTE (191 millions USD), soit un appui budgétaire d'un total de 923 millions USD comme contribution apportée au budget de l'Etat.

Depuis quelques années, l'aide extérieure a tendance à baisser. Les apports financiers en termes d'appui budgétaire deviennent insuffisants, la stabilisation s'avère de plus en plus difficile, les bailleurs de fonds ont tendance à « réallouer leur aide vers des circuits parallèles »<sup>25</sup>.

L'Union Européenne, ses Etats membres et la Suisse ont pris des engagements pour un montant total de près de 800 millions d'euros pour appuyer la mise en œuvre du Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté (2012-2016).

Le gouvernement a entrepris des grandes réformes structurelles en mesure d'attirer davantage d'aide extérieure<sup>26</sup> : l'adhésion à l'Initiative sur la Transparence dans les Industries Extractives (ITIE), la simplification des procédures douanières, la mise en place d'un guichet unique pour la création rapide d'entreprises, etc.

---

<sup>24</sup> Union Européenne, Rapport sur l'Evaluation conjointe de l'aide budgétaire au Burundi (2005-2013), mars 2015

<sup>25</sup> UE, Rapport sur l'Evaluation conjointe de l'aide budgétaire au Burundi (2005-2013), mars 2015

<sup>26</sup>Bujumbura, Table ronde des bailleurs de fonds, décembre 2014, parrain UE

### 3.1 Réponse stratégique des Nations Unies et de l'UNFPA

La réponse stratégique du SNU au Burundi se fait à travers l'UNDAF<sup>27</sup>2010-2016 révisé à sa deuxième année de mise en œuvre suite à l'adoption du Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté deuxième génération (CLSP II), et l'UNDAF 2012-2016. Il s'agit d'un cadre stratégique commun d'assistance qu'apporte l'ensemble des agences du SNU (dont l'UNFPA) au Burundi.

Le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté deuxième génération (CSLP II), s'inscrivant dans Vision Burundi 2025, a été élaboré par le gouvernement, et reste l'unique cadre de référence qui prend en compte les défis de développement actuels du pays ainsi que ceux identifiés dans le CSLP I. Tous les autres programmes d'assistance extérieure dont l'UNDAF ont été élaborés en suivant les orientations du CSP II.

L'UNDAF 2012-2016 a adopté une programmation qui s'appuie sur la Gestion Axée sur les résultats (GAR), l'approche basée sur les droits de la personne humaine, l'approche genre, et intègre trois dimensions essentielles du CSLP II : (i) transformation de l'économie burundaise pour une croissance soutenue et créatrice d'emplois ; (ii) amélioration des taux d'accès et de la qualité des services de base, et renforcement du socle de la protection sociale ; (iii) renforcement de l'état de droit, consolidation de la bonne gouvernance et promotion de l'égalité de genre.

En matière de SR, le premier effet du programme pays (CPAP) : « En 2014, les collectivités ont un accès aux services de SR et utilisent des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population », contribue à l'effet UNDAF 2.2 : « Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à terme elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion.

En matière de genre et Droits humains, le deuxième effet du programme pays : « Pour 2014, les systèmes, institutions nationaux qui favorisent l'équité entre les sexes, préviennent les violences sexistes et dispensent des soins intégrés aux victimes sont renforcés et une culture des droits de l'homme est encouragée », contribue à l'effet UNDAF 3.2 : « Les systèmes, institutions et mécanismes de promotion et de protection des droits de l'homme sont mieux outillés pour réduire significativement les violations des droits de l'homme, et une culture des droits de l'homme est progressivement et systématiquement implantée ».

En population et Développement, le troisième effet du programme pays : « Pour 2014, les systèmes nationaux d'information, de production et d'analyse des données démographiques et socioéconomiques sont améliorés et utilisés par le gouvernement pour diriger un processus participatif destiné à concevoir, mettre en œuvre, assurer le suivi et évaluer la nouvelle stratégie de réduction de la pauvreté et les stratégies sectorielles », contribue à l'effet UNDAF 1.1 : « Les institutions gouvernementales clés ont les capacités nécessaires pour animer un système de planification stratégique participatif qui inclut les acteurs nationaux et internationaux et qui tient compte des normes et engagements régionaux et internationaux ».

### 3.2. Réponse de l'UNFPA à travers son programme pays

La réponse stratégique spécifique de l'UNFPA aux défis du développement économique et social du Burundi est contenue dans les deux programmes de coopération passée et en cours.

#### 3.2.1. Programme passé

D'abord le programme passé 2005-2009: parmi les acquis de ce programme, on peut surtout mentionner en matière de santé de la reproduction, l'élaboration des documents stratégiques tels que la feuille de route multisectorielle pour la réduction de la mortalité maternelle, la stratégie nationale de CCC en SR, la stratégie de sécurisation des produits de SR, etc.

Le programme passé a aussi contribué non seulement à l'amélioration de l'accès aux services de santé de la reproduction de qualité, mais aussi à faciliter leur utilisation. Un accent particulier a été mis sur l'utilisation des services de santé maternelle et de planification familiale. Ainsi, entre 2005 et 2009, le taux d'accouchement en

---

<sup>27</sup> Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

milieu de soins est passé de 22,9% à 56,3%, et le taux d'utilisation des méthodes modernes de PF de 8,4% à 11,4% au cours de la même période.

Le 6<sup>ème</sup> programme a également apporté sa contribution à une meilleure connaissance des fistules obstétricales au Burundi (4 nouveaux cas annuels sur 1000 accouchements). Il a mis un accent particulier sur le plaidoyer en faveur de l'intégration de la prévention du VIH et SR, en ciblant surtout les femmes enceintes, les jeunes et les professionnels du sexe.

S'agissant de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, la priorité a été accordée au plaidoyer pour l'intégration des services conviviaux, l'éducation par les pairs, l'équipement des centres pour les jeunes et le renforcement des capacités techniques et institutionnelles des centres des jeunes. Ainsi, le nombre de centres offrant des services conviviaux aux jeunes est passé de 04 en 2004, à 10 en 2009.

Pour le **Genre**, on peut retenir les acquis suivants : l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les VBG, d'un projet de réintégration à l'école des filles-mères, la prise en charge intégrée des victimes des VBG, la promotion de l'égalité de genre grâce à la mise en place d'une législation appropriée.

En **Population et Développement**, les efforts ont surtout porté sur la formation d'une masse critique de compétences en population et développement, en collecte et analyse de données, et sur le renforcement des capacités en matière de conduite des opérations d'envergure nationale, en vue du recensement général de la population et de l'habitat de 2008. A cela il faut ajouter la contribution à l'élaboration d'importants documents : CSLP, Stratégie nationale de développement de la statistique, etc.

### 3.2.2 Programme en cours

Le programme en cours : En matière de **santé de la reproduction**, le programme actuel s'est concentré sur l'amélioration de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, et aux services de PF ; il s'est aussi consacré à la promotion des droits en matière de reproduction, et à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Il s'inspire de la politique nationale de santé et met un accent particulier sur la consolidation du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et du Paquet complémentaire d'Activités (PCA) en santé maternelle et infantile. Le programme en cours s'inspire également de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida.

Pour le **Genre**, le programme s'inspire : du CSLP et de la Politique Nationale Genre ; du PA/CIPD, Beijing + 10 qui invitent les Etats à faire encore plus d'efforts pour le respect et l'application des droits fondamentaux ; des OMD, en particulier de l'OMD 3 relatif à l'autonomisation des femmes.

En **Population et Développement**, le programme en cours est bâti sur le Résultat 1.3 du Cadre Stratégique 2008-2011 de l'UNFPA : « Données sur la dynamique de la population, l'égalité de sexes, la jeunesse, la santé en matière de sexualité et de procréation, le VIH, sont disponibles... »<sup>28</sup>.

L'**extension du programme 2015-2016** (voir § 4.6 p. 63) s'est traduite par la quasi disparition de l'approche ancienne des programmes de l'UNFPA comportant trois domaines d'intervention (SR, Genre, P&D). Le tableau 3 ci-dessous, montre que cette extension est essentiellement centrée sur la SR des femmes et des jeunes.

**Tableau 3** : Produits des CPAP 2010-2014 et CPAP-2015-2016 (extension)

CPAP 2010-2014	CPAP 2015-2016 (Extension)
<b>Santé de la reproduction</b>	<b>Santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes/adolescent(e)s</b>
Produit 1 : Capacités accrues des systèmes de santé nationaux d'assurer les accouchements sans danger, les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les conseils en matière de VIH, et la sécurisation des produits de santé de la reproduction	Produit 1 : Capacités nationales accrues pour consolider l'environnement favorable, augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et améliorer les services de planification familiale de qualité, sans contrainte, discrimination et violence

<sup>28</sup>UNFPA, Cadre Stratégique 2008-2011

Produit 2 : Demande accrue des services de santé de la reproduction, notamment de planification familiale, de prévention du VIH et de dépistage	Produits 2 : Capacités nationales accrues pour offrir des services de santé maternelle de qualité y compris en situation humanitaire
Produit 3 : Les centres pour jeunes fourniront un paquet minimum de services tenant compte des sexo-spécificités pour les adolescents et les jeunes, notamment les conseils de prévention au VIH et le dépistage volontaire	Produit 3 : capacités nationales accrues à fournir des programmes de lutte contre le VIH sans aucune stigmatisation ou discrimination conformément aux engagements relevant du cadre unifié du budget, des résultats et responsabilités de l'ONUSIDA
<b>Genre et Droits humains</b>	Produit 4 : capacités nationales accrues à conduire un plaidoyer basé sur les données en vue d'incorporer les adolescents et les jeunes ainsi que leurs droits/besoins dans les lois, politiques et programmes nationaux y compris dans les situations de crise
Produit 1 : une législation qui protège et favorise l'équité des genres est adoptée, des mécanismes d'application mis en place et la population informée et sensibilisée	Produit 5 : capacités nationales accrues pour élaborer et mettre en œuvre des programmes communautaires et scolaires basés sur une éducation sexuelle compréhensive favorisant la promotion des droits humains et l'égalité des genres
Produit 2 : Les structures de santé, les services de soutien communautaire et juridique sont en mesure de fournir des soins de qualité, d'une manière coordonnée, aux victimes des violences basées sur le genre	
<b>Population &amp; Développement</b>	
Produit 1 : Des informations et des données démographiques et socio-économiques désagrégées sont disponibles, accessibles et utilisées au niveau national, sectoriel et décentralisé.	
Produit 2 : Capacités des décideurs et des institutions de mise en œuvre des programmes de développement au niveau central et décentralisé pour une prise de conscience des liens entre population et développement renforcées	

Source : Tableau conçu par les évaluateurs à partir des CPAP 2010-2014 et 2015-2016

Comme on peut le constater à partir du tableau ci-dessus, les deux années d'extension du 7<sup>ème</sup> programme s'inscrivent dans la continuité des années précédentes du même programme (2010-2014). Il n'y a pas de rupture entre les deux périodes. Non seulement les produits du CPAP 2015-2016 viennent renforcer ceux du CPAP 2010-2014, mais aussi ils s'alignent parfaitement sur les axes stratégiques du CSLP II et sur le plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017. L'extension du programme (2015-2016) part aussi des acquis de la période précédente (2010-2014) en centrant les interventions sur les femmes (Cluster santé sexuelle et reproductive des femmes) et sur les jeunes (Cluster santé sexuelle et reproductive des jeunes y compris les adolescents).

**Tableau 4 :** Logique d'intervention de l'UNFPA au Burundi dans le cadre du 7<sup>ème</sup> programme

LOGIQUE D'INTERVENTION ET ALIGNEMENT SUR LE PLAN STRATEGIQUE 2014-2017					
RESULTATS/produits	Objectifs stratégiques prioritaires 2015-2016	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement des capacités	Offre des services	Gestion des connaissances
<b>RESULTAT 1 du plan stratégique UNFPA:</b> accroissement de la disponibilité et de l'utilisation des services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la PF, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et satisfont les normes aux droits de l'homme en matière de qualité des soins et d'équité d'accès					
<b>Produit 1 (Produit 2 du SP 2014-2017):</b> Capacités nationales accrues pour consolider l'environnement favorable, augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et améliorer les services de planification familiale de qualité, sans contrainte, discrimination et violence	Consolider l'approvisionnement et la sécurisation des produits de PF à l'échelle nationale	Plaidoyer pour la mise en réseau du logiciel CHANNEL	Renforcement des capacités des prestataires des formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles en technologie contraceptive	Disponibilité permanente à tous les niveaux et promotion de l'accès des produits SR/PF	Planification, gestion et suivi de l'approvisionnement des produits SR/PF.
	Accroître la demande en planification familiale au niveau communautaire	Accentuer les campagnes de sensibilisation, diffusion des supports CCC sur la PF	Renforcement des compétences des ASC sur la DBC et des techniciens de promotion de la santé (TPS)  Renforcement des capacités dans des sites de prise en charge des VSBG	Consolidation de stratégies d'offre de services SR/PF à base communautaire	Promotion de l'utilisation des données sur la performance pour la gestion des services de santé maternelle, de santé sexuelle et de PF  Etudes et recherches (Enquêtes SONU, SPSR, Sage Femmes, Evaluation Campagne PF, etc.).
<b>Produit 2 (Produit 3 du SP 2014-2017) :</b> Capacités nationales accrues pour offrir des services de santé maternelle de	Passer à l'échelle la formation basée sur les compétences	Plaidoyer pour la mise en œuvre de la stratégie de	Renforcement des capacités des formations sanitaires pour la mise en œuvre des SONU	Equipements et approvisionnement des formations	Etudes et recherches (Enquêtes SONU, SPSR, Sage Femmes, Evaluation Campagne PF, etc.).

qualité y compris en situation humanitaire		sécurité transfusionnelle	Renforcement des capacités nationales pour l'estimation des besoins en médicaments qui sauvent les mères  Renforcement des capacités du centre URUMURU  Renforcement des capacités en DMU	sanitaires SONU assurés	
<b>Produit 3 (Produit 4 du SP 2014-2017) :</b> capacités nationales accrues à fournir des programmes de lutte contre le VIH sans aucune stigmatisation ou discrimination conformément aux engagements relevant du cadre unifié du budget, des résultats et responsabilités de l'ONUSIDA	Augmenter la demande et l'offre des condoms	Plaidoyer, partenariats stratégiques, mobilisation d'organisations communautaires, des jeunes, promotion et distribution « CONDOMIZE »	Renforcement des capacités des organisations communautaires y compris de jeunesse dans le domaine de la prévention du VIH	Offre de condoms à travers les points de distribution	Etudes et recherches, autres documents sur l'intégration du VIH/SR
<b>RESULTAT 2 du Plan stratégique UNFPA:</b> Priorité accrue aux adolescents, en particulier les jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment en mettant à leur disposition des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation					
	Centrer l'attention sur les adolescents	Campagnes de sensibilisation multimédia sur la sexualité des jeunes et adolescents	Renforcement des capacités des jeunes en matière de réseautage	Disponibilité des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation	Etudes et recherches sur les grossesses précoces en milieu scolaire
<b>Produit 4 (Produit 6 du SP 2014-2017) :</b> capacités nationales accrues à conduire un plaidoyer basé sur les données en vue d'incorporer les	Améliorer la santé des adolescents	Sensibilisation des communautés, des familles, des	Renforcement des capacités des acteurs du réseautage aux outils de communication et socioéducatifs	Disponibilité des services conviviaux aux jeunes	Elaboration et vulgarisation des documents relatifs au réseautage pour la SSRAJ

adolescents et les jeunes ainsi que leurs droits/besoins dans les lois, politiques et programmes nationaux y compris dans les situations de crise		leaders religieux et communautaires			
<b>Produit 5 (Produit 7 du SP 2014-2017) :</b> capacités nationales accrues pour élaborer et mettre en œuvre des programmes communautaires et scolaires basés sur une éducation sexuelle compréhensive favorisant la promotion des droits humains et l'égalité des genres	Promouvoir les droits humains et l'égalité des genres en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes	Campagnes annuelles « Zéro grossesse à l'école »	Constitution d'un pool de formateurs capables d'assurer le renforcement des capacités des enseignants	Disponibilité des supports pédagogiques relatifs à l'ESC	Elaboration des manuels et guides en matière de SSRAJ

Source : CPAP 2010-2014 et CPAP 2015-2016

### 3.2.3. Structure financière du programme

Le programme de coopération 2010-14 avec extension de deux ans (2015-2016) a sur la période 2010-2015 un budget total estimé à **27.815.317 USD**, dont **13.201.800 USD** de ressources propres, et **14.607.517 USD** de ressources mobilisées. Pour cette période, les ressources propres représentent 47 % du total du budget, et les ressources mobilisées 53 %.

Le tableau ci-dessous présente cette répartition du budget total entre ressources propres et ressources mobilisées au bout de six années d'exécution du programme.

**Tableau 5 :** Budget total du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA en USD par année et source de financement (2010-2015)

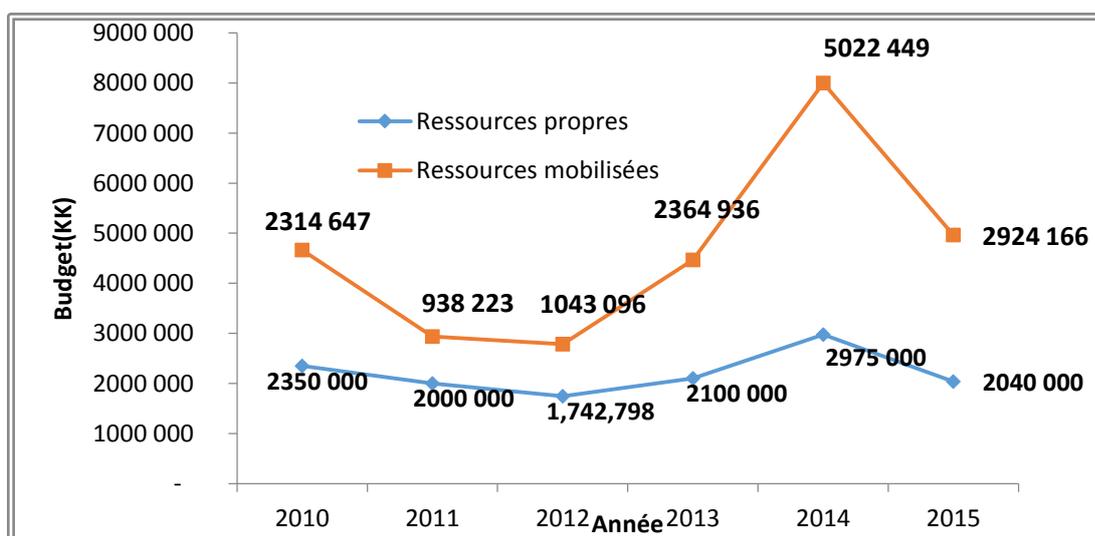
Budgets (KK)	2010	Taux de ressources en % en 2010	2011	Taux de ressources en % en 2011	2012	Taux de ressources en % en 2012	2013	Taux de ressources en % en 2013	2014	Taux de ressources en % en 2014	2015	Taux de ressources en % en 2015	Total	Total de ressources propres et mobilisées du 7 <sup>ème</sup> programme
Ressources propres	2 350 000	50%	2 000 000	68%	1 742 798	63%	2 100 000	47%	2 975 000	37%	2 040 000	41%	<b>13 207 800</b>	47%
Ressources mobilisées	2 314 647	50%	938 222,85	32%	1 043 096	37%	2 364 936	53%	5 022 449	63%	2 924 166	59%	<b>14 607 517</b>	53%
Total	4 664 647	100%	2 938 222,85	100%	2 785 894	100%	4 464 936	100%	7 997 449	100%	4 964 166	100%	<b>27 815 317</b>	100%

Source : Atlas/KK

Tout au long de la période, les fonds propres sont restés inférieurs à 3 millions USD, chutant de moitié en 2012, pour retrouver ensuite dans les années suivantes le même niveau qu'en 2010.

Les fonds mobilisés ont suivi presque la même évolution que les fonds propres, avec un grand pic en 2014 et une baisse drastique en 2015 représentant presque la moitié du budget de l'année antérieure (2014). L'année 2015 a été en effet une année particulièrement difficile pour le programme (Figure 3).

**Figure 3 :** Evolution comparée des ressources propres et ressources mobilisées du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Burundi-UNFPA (2010-2015)

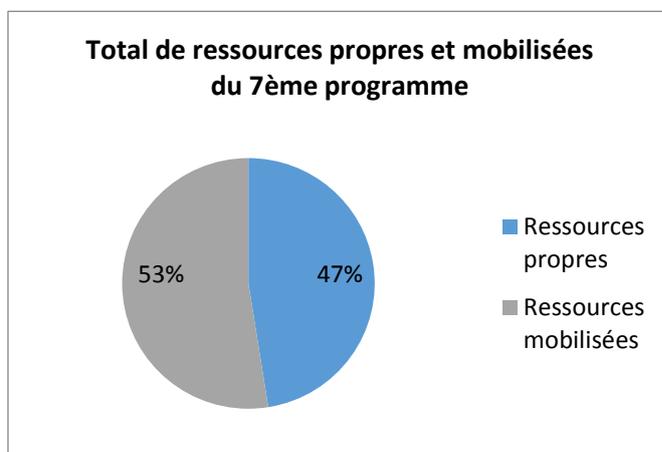


Source : Evalueurs, données tirées d'ATLAS 2015

Il est ressorti des entretiens avec le personnel du Bureau UNFPA que, face à cette réduction drastique du budget en rapport avec le grand nombre d'activités à réaliser, il a fallu déployer d'importants efforts pour mobiliser des ressources qui représentent, à la fin de l'année 2015, 53% du budget total (figure 4).

Aujourd'hui, les bailleurs des fonds font généralement le lien entre la visibilité des résultats d'un programme et le budget alloué ou mobilisé<sup>29</sup>. Ce lien a constitué une préoccupation majeure du management qui l'a confirmé aux évaluateurs au cours de leurs entretiens.

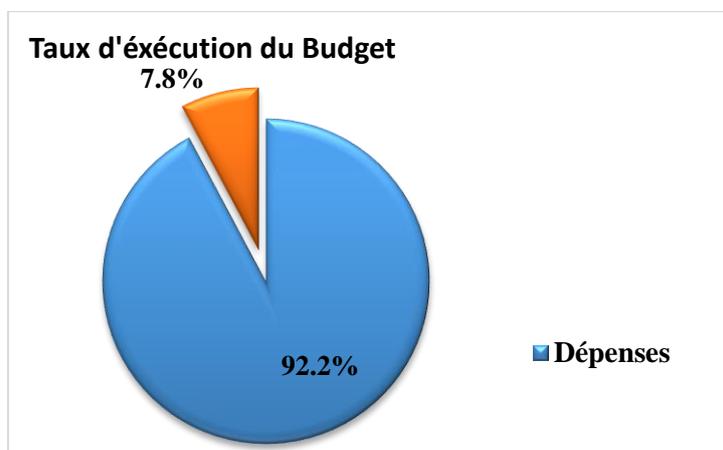
**Figure 4:** Situation des fonds propres et fonds mobilisés en 2015



Source : Graphique conçu à partir des données du tableau 5

Le taux global d'utilisation des ressources est relativement élevé pour l'ensemble du 7<sup>ème</sup> programme (92,2%). Ce chiffre montre que le budget du programme est normalement consommé ; budget et dépenses conservent un certain équilibre ; on n'a pas dépensé au-delà des possibilités offertes par le budget (pas de dépassements observés) ; 7,2 % du budget seulement restaient à consommer à la fin de l'année 2015.

**Figure 5:** Taux d'exécution du budget



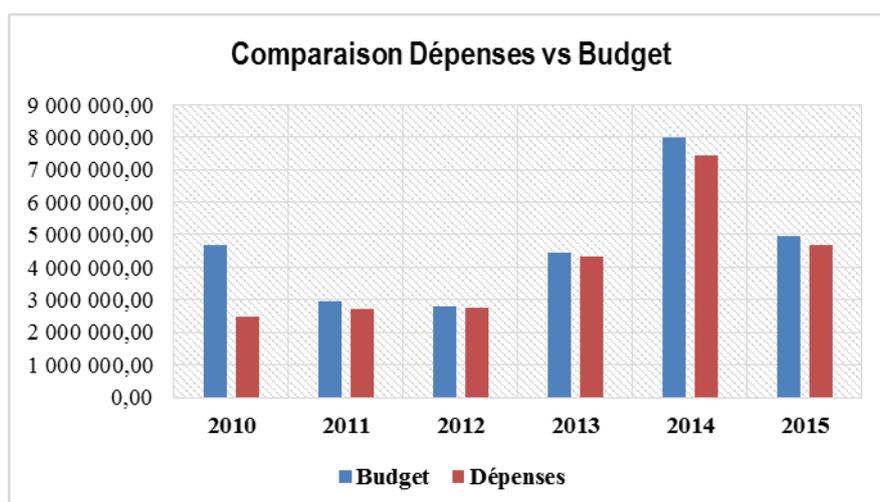
Source : Graphique conçu à partir du tableau 4

Les taux d'utilisation du budget du 7<sup>ème</sup> programme conduisent à poser déjà des questions qui seront examinées au niveau de l'analyse de l'efficacité du 7<sup>ème</sup> programme :

- Quelles ressources sont consommées par le 7<sup>ème</sup> programme et comment le sont-elles?
- Quel rapport y a-t-il entre ces ressources et l'atteinte des résultats?
- De quelle façon la pertinence du programme et d'autres facteurs contextuels influent-ils sur les ressources consommées et les résultats observés?

<sup>29</sup> Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017, page 20

**Figure 6:** Evolution comparée du budget et des dépenses du 7<sup>ème</sup> programme (2010-2015)



Source : Figure conçue par les évaluateurs à partir des données ATLAS 2015

La figure 6 montre que les dépenses ont continué à augmenter progressivement d'une année à l'autre, avec un pic à la dernière année de la première phase du programme (2010-2014), et une baisse en 2015, année difficile et année charnière entre deux CPAP caractérisée par des alignements du programme sur « Vision Burundi 2025 », le CSLPII deuxième génération, le Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017, et l'UNDAF 2012-2016.

**Tableau 6 :** Budget et dépenses par composante (P&D), SR, Genre) en USD et taux d'absorption sur la période 2010-2015

Rubriques	Population & Développement	Santé de le Reproduction	Genre	Management	Total (USD)
<b>Budgets</b>	1 836 570	23 411 684	1 020 149	1 546 906	27 815 309
<b>Dépenses</b>	1 678 687	21 807 330	979 290	1 190 431	25 655 738
<b>Taux d'utilisation</b>	91%	93%	96%	77%	92%

Source : Atlas/KK

Comme on peut le constater à partir du tableau 4, les taux d'utilisation du budget sont élevés et satisfaisants dans les trois composantes. Ils se situent à 90% et plus. Globalement, le programme a montré des très grandes capacités d'absorption.

## CHAPITRE IV : REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION ET CONSTATS

### 4.1. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR LA PERTINENCE

**Question d'évaluation 1** : Dans quelle mesure le programme : (i) est en cohérence avec les priorités nationales déclinées dans les cadres stratégiques nationaux et internationaux de développement, (ii) a répondu aux besoins des groupes cibles, et (iii) est en mesure de répondre efficacement aux changements intervenus dans le contexte national, y compris les situations d'urgence ? [QE1]

#### Constats/Résumé de la réponse à la question de la pertinence (QE1)

Les trois composantes du programme ont largement pris en compte les priorités nationales, les politiques et stratégies nationales et internationales de développement et de lutte contre la pauvreté, les besoins des populations cibles.

La Composante SR s'aligne sur les orientations nationales du Gouvernement contenues dans la « Vision Burundi 2025 », le CSLP II, la Politique Nationale de Santé, le PNDS 2011-2015 et le Plan Stratégique de Santé de la reproduction 2010-2014 révisé en 2013 pour l'aligner au PNDS II en termes de durée et d'objectifs. Les besoins des populations cibles sont pris en compte à travers : (i) l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, la prévention du VIH/sida, l'accès et l'utilisation des services de la PF, le dépistage volontaire du cancer du col de l'utérus ; (ii) l'implication des adolescent(e)s/jeunes dans les programmes via les réseaux nationaux des adolescents et jeunes en population et développement ; (iii) la lutte contre les fistules obstétricales, etc.

En matière de Genre, le programme a pris également en compte les orientations et priorités nationales contenues dans les instruments nationaux et internationaux. Ainsi, l'UNFPA a appuyé les initiatives du Gouvernement en faveur de l'équité et de l'égalité hommes-femmes dans sa politique nationale de genre (2012-2025) au niveau stratégique (élaboration de la PNG 2012-2025), et au niveau institutionnel (renforcement des institutions nationales).

En Population et Développement, les questions de population ont été intégrées dans la planification du développement, notamment dans l'élaboration des CSLP I et II. Les besoins des utilisateurs des données au niveau central, provincial et local ont été pris en compte ; ces données ont été utilisées dans l'élaboration des politiques et programmes sectoriels de développement basés sur des évidences, ainsi que pour le suivi des objectifs de la CIPD et des OMD.

Enfin, le programme a adapté sa réponse aux changements induits par le contexte économique, social et culturel du Burundi, en prenant en compte la situation sociopolitique actuelle. **Toutefois, l'identification des besoins spécifiques des hommes et des femmes n'a pas été faite au moment de la conception de ce programme.**

#### 4.1.1. En matière de Santé de la Reproduction (SR)

##### **Alignement aux priorités nationales et aux cadres stratégiques nationaux de développement**

L'analyse documentaire, les entretiens avec le staff et les partenaires d'exécution ont révélé que les objectifs de la composante Santé de la Reproduction répondaient aux priorités nationales contenues dans les politiques et cadres stratégiques nationaux et internationaux de développement comme, entre autres, la Vision Burundi 2025, les CSLP I et II, la Politique Nationale de Santé, le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2015) et le Plan Stratégique de Santé de la reproduction 2010-2014 révisé en 2013, y compris les engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrit à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), le Plan stratégique de Santé Sexuelle et Santé de la Reproduction (SSR) de la Communauté de l'Afrique de l'Est, le Plan d'action de Maputo en Santé sexuelle et reproductive, l'UNDAF (2012- 2016), etc.

Le Programme a mis un accent particulier sur : (i) l'amélioration de l'accès et utilisation de la PF ;(ii) la santé maternelle à travers l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ou complets (SONUC), y compris la référence et contre référence, en vue de prévenir toutes les complications liées à

l'accouchement (décès maternels, décès néonataux et fistules obstétricales) ; (iii) l'accès à l'information et utilisation des services de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, et (iv) l'introduction de l'éducation sexuelle adaptée aux jeunes dans le cursus scolaire.

#### **Prise en compte des besoins des populations cibles**

En matière de SR, le premier effet du programme pays (CPAP) constitue un élément clé de la prise en compte des besoins des populations cibles : «En 2014, les collectivités ont un accès aux services de SR et utilisent des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population » ;ce qui contribue à l'effet UNDAF 2.2 : « Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à terme elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion ».

Le programme dans son 1<sup>er</sup> produit prend en compte, dans le cadre de la maternité à moindre risque, les besoins essentiels des parturientes (femmes en travail), l'objectif primordial étant de « ne pas perdre la vie en donnant la vie », mais aussi de « ne pas devenir infirme et rejetée par la famille et la société à cause des complications faisant suite à un accouchement ». C'est pourquoi, pendant la mise en œuvre de ce 7<sup>ème</sup> programme, l'UNFPA a contribué à :

- l'appui des programmes de formation de base/initiale (niveau secondaire paramédicale, la filière sages-femmes et faculté de médecine) et autre personnel de santé pour intégrer les SONUB/SONUC dans les curricula de formation ;
- la formation du personnel soignant en SONUB/SONUC, Consultations pré et post natales, PF et autres composantes de SR selon le besoin ;
- l'équipement des structures de soins et des écoles de formation médicale et paramédicale pour améliorer la qualité des services et répondre à l'ensemble des besoins des populations.

Par ailleurs, le programme a soutenu la sécurisation des produits de santé de la reproduction (renforcement des capacités nationales sur le logiciel CHANNEL et les outils de gestion, l'approvisionnement et le suivi de la gestion des produits SR) et au renforcement de l'intégration et de la prise en charge médicale des survivants des violences sexuelles au niveau des hôpitaux de district et des associations. Les préoccupations des populations en rapport avec la planification familiale, la prévention du VIH et le dépistage sont prises en compte par le 2<sup>ème</sup> produit du programme. La Première Dame du Burundi a sillonné les 18 provinces du Pays et a présidé des campagnes de sensibilisation afin que les populations adhèrent à l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale.

Enfin les interventions du 7<sup>ème</sup> Programme ont visé les groupes cibles qui sont, entre autres : les jeunes et les adolescent(e)s scolarisé(e)s, non scolarisé(e)s, les survivants des VBG et les professionnelles de sexe.

Bien plus, le programme a pris spécifiquement en compte les besoins des populations cibles en situation d'urgence à travers:

- le renforcement des capacités des prestataires formés sur le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU);
- la dotation des formations sanitaires de kits de santé de la reproduction ;
- la distribution de kits de dignité aux filles et femmes en âge de reproduction.

#### **4.1.2. En matière de genre et droits humains**

##### **Adéquation du 7<sup>ème</sup> programme avec les orientations des cadres nationaux et internationaux relatifs à l'égalité des sexes, la promotion et protection de la femme et la fille**

L'analyse documentaire et les entretiens avec les partenaires d'exécution montrent que le programme est en adéquation avec les orientations du Gouvernement contenues dans les cadres nationaux de développement, et qu'il est aussi en phase avec les engagements internationaux pris par le Burundi relatifs à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), aux Programmes d'action de la CIPD et de Beijing, aux objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), à la Convention du Protocole de Maputo relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples concernant les droits des femmes en Afrique.

La composante Genre du programme se fonde aussi sur le CSLP II dont le premier axe stratégique met l'accent sur la promotion de l'égalité du genre, sur la Politique Nationale Genre (PNG 2012-2025) qui repose sur la vision

d'une société où les femmes et les hommes, en tant que partenaires égaux, jouissent des mêmes droits et devoirs que les hommes afin de contribuer à l'édification d'une société juste et prospère pour tous. Ces valeurs corroborent celles de la « Vision Burundi 2025 » qui prône la transversalité du genre et l'autonomisation des femmes.

Au niveau des conventions internationales, le programme s'est inscrit dans la vision de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) visant à supprimer toutes les formes de discriminations basées sur le genre. Il prend en compte les orientations du Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), notamment en son chapitre IV sur «l'égalité des sexes et la promotion des femmes» ; il s'inspire des recommandations de la revue de BEIJING +10 en 2005 qui exhorte les Etats à renforcer les efforts pour le respect et l'application des droits humains fondamentaux, des OMD, en particulier de l'objectif 3 consacré à la promotion de l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes, et de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits de la femme, tenu à Maputo en 2003.

#### ***Prise en compte des besoins des populations cibles***

Le deuxième effet du programme pays prend fondamentalement en compte les besoins des populations cibles, particulièrement les victimes des violences sexuelles, ce qui contribue à l'effet UNDAF 3.2 : «Les systèmes, institutions et mécanismes de promotion et de protection des droits de l'homme sont mieux outillés pour réduire significativement les violations des droits de l'homme, et une culture des droits de l'homme est progressivement et systématiquement implantée». Cet effet du programme pays a deux produits qui visent à améliorer la situation des populations cibles : «Une législation qui protège et favorise l'équité des genres et les droits humains...» ; et «Les structures de santé, les services de soutien communautaire et juridiques sont en mesure de fournir des soins de qualité aux victimes des violences basées sur le genre».

Pendant la période 2010-2014, l'UNFPA a appuyé le Ministère du genre à travers les Centres de Développement Familial et Communautaire(CDFC), afin d'assurer **la prise en charge intégrée des survivants de VSBG y compris leur intégration communautaire.**

Dans le domaine de la lutte contre les violences basées sur le genre, le programme, en appuyant le Ministère de genre à travers les Centres de Développement Familial et Communautaire(CDFC), a contribué à la réinsertion communautaire des victimes des VSBG et à leur prise en charge intégrée<sup>30</sup>.

#### **4.1.3. En matière de population et développement**

##### ***Prise en compte des priorités nationales et des cadres nationaux et internationaux de développement***

La composante population et développement s'aligne aux orientations stratégiques nationales (CSLP I, CSLPII, « Burundi Vision 2025 »), UNDAF 2012-2016, et internationales (PA/CIPD, OMD). Il existe aussi une parfaite cohérence entre le 7<sup>ème</sup> programme et le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui préconise dans son chapitre III la prise en compte des liens entre la population et le développement. En effet, le 7<sup>ème</sup> programme aborde d'une manière systémique et intégrée les questions relatives à l'éducation, à la santé de la reproduction, au genre, au VIH/sida, à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, etc., appliquant ainsi l'approche systémique préconisée par la CIPD.

Il ressort de ce qui précède que les priorités nationales ont été prises en compte grâce à l'appui de l'UNFPA à la production des données dans les différents domaines du développement économique et social du Burundi (priorités nationales de suivi-évaluation des politiques et programmes sectoriels de développement dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'habitat, de l'urbanisme, de l'environnement, de la protection sociale, etc.).

##### ***Prise en compte des besoins en données sociodémographiques pour la planification du développement***

Le 7<sup>ème</sup> programme a aussi joué un rôle capital en prenant en compte les besoins en données sociodémographiques utiles pour la planification du développement du Burundi ; l'appui de l'UNFPA au recensement général de la population et de l'habitat de 2008 (RGPH 2008) en est, parmi tant d'autres, un exemple patent. Les données du RGPH2008 ont servi pour la validation du recensement électoral 2010 et la détermination du nombre de sièges dans les provinces du pays; les données et indicateurs clés issus du RGPH 2008 ont aussi été postés dans une base de données (IMIS) en vue de leur utilisation pour le suivi des OMD, l'élaboration du

---

<sup>30</sup>Prend en compte la prévention, la prise en charge médicale, psychologique et juridique ainsi que la répression

CSLP II et du rapport national OMD et du CSLPII, l'organisation d'une campagne de sensibilisation des décideurs politiques et des partenaires au développement à l'utilisation des résultats du RGPH2008 sous le thème "chaque individu compte" à l'occasion de la journée mondiale de la population 2010.

***D'après les constats des évaluateurs, l'identification des besoins spécifiques des hommes et des femmes n'a pas été réalisée au moment de la conception même du programme.***

#### **4.1.4. En termes de capacité de réponse aux changements intervenus dans le contexte national**

La capacité de réponse de l'UNFPA aux défis actuels du Burundi s'est traduite par l'accompagnement que le Fonds fournit au Gouvernement sur la voie d'un développement durable en 2025, en appuyant l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de population volontariste visant un taux de croissance démographique qui passerait de 2,4 % à 2% en 2025. L'atteinte de cet objectif passe aussi par ce 7<sup>ème</sup> programme de coopération qui a mis l'accent sur la lutte contre la mortalité maternelle, les grossesses d'adolescentes, les mariages précoces, la planification familiale, les violences sexuelles et basées sur le genre, la disponibilité de données pour la planification du développement.

L'UNFPA a aussi adapté sa réponse aux changements induits par le contexte politique, économique, social et culturel du Burundi, ce qui s'est traduit par une revue à mi-parcours du 7<sup>ème</sup> programme, par son extension de deux ans (2015-2016), son alignement à l'UNDAF 2012-2016 et au plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017), et son alignement à « Burundi Vision 2025 ». Toutes les stratégies à base communautaire développées dans le cadre du 7<sup>ème</sup> programme témoignent de la grande capacité de réponse de l'UNFPA à s'adapter aux changements du contexte socioculturel du Burundi qui a une forte influence sur les comportements démographiques.

La capacité de réponse de l'UNFPA aux changements du contexte national et international s'est aussi traduite par des actions entreprises en vue d'amener le Burundi à profiter éventuellement de son dividende démographique, et par sa contribution au projet « Appui à la sécurité communautaire et la cohésion sociale auprès des jeunes touchés par les conflits ». Il s'agit d'une réponse originale où l'approche adoptée par l'UNFPA est basée sur la création des « Clubs de paix et de solidarité », et la création des plateformes des « Jeunes pour la paix et la cohésion sociale ».

Suite au contexte politique et aux catastrophes climatiques qui ont entraîné des déplacements importants de population, le programme a répondu à ces nouveaux défis ; il a développé des nouveaux partenariats avec des agences humanitaires, contribué au renforcement des capacités des prestataires, et organisé la distribution des kits de dignité et de kits de santé de la reproduction.

## **4.2. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR L'EFFICACITE**

**Question d'évaluation 2** : Dans quelle mesure dans chacune des trois composantes les produits du CPAP ont été atteints et contribué aux effets du CPAP ?(QE2)

L'analyse de l'efficacité est faite globalement, composante après composante (Santé de la reproduction, Genre et droits humains, Population et développement).

### **4.2.1. Santé de la reproduction (SR)**

Produit 1 : Capacité accrue des systèmes de santé nationaux d'assurer les accouchements sans danger, les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les conseils en matière de VIH et la sécurisation des produits de santé de la reproduction

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 1, SR**

Au niveau de ce produit, le Programme a enregistré des résultats encourageants. En effet, les interventions pour améliorer la santé maternelle ont mis l'accent sur la promotion de l'accouchement assisté, l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de la planification familiale, et le soutien au programme de formation de base des sages-femmes. Ainsi, on peut citer quelques résultats :

- Des taux d'accouchements dans les structures sanitaires sont passés de 59,9% en 2010 à 78,7% en 2015 ;

- La révision du programme de formation de base des sages-femmes pour l'aligner aux normes et standards de l'ICM et OMS ;
  - Le nombre de sages-femmes travaillant dans les services de maternité est passé de 7 en 2010 et à 88 en 2015 ;
  - Le nombre de structures sanitaires assurant les fonctions SONUB est passé de 5 en 2010 à 19 en 2015 au niveau national. La disponibilité de l'offre par fonction SONUC était de 17 en 2010 et de 46 en 2015 (Enquête SPSR de 2015) ;
  - L'introduction des revues des décès maternels dans les hôpitaux et le renforcement des capacités nationales dans la prise en charge des SONU auraient contribué à la diminution des décès maternels et néonataux. Pour les décès maternels intra-hospitaliers, ce ratio est passé de 230 en 2010 et à 125 en 2015 pour 100 000 naissances vivantes tandis que le taux des décès néonataux est passé de 20,9‰ en 2010 à 12,8‰ en 2015<sup>31</sup> ;
  - Le taux de prévalence contraceptive a augmenté, passant de 18,9% en 2010, à 37,4% en 2015 ;
  - La plupart des femmes enceintes ont fait au moins une consultation prénatale (CPN) au cours de leur grossesse même si la CPN au 1er trimestre de la grossesse est faible (16,5%) ;
  - Grâce au renforcement des capacités des prestataires en prise en charge des FO et aux efforts de mobilisation des femmes souffrant des FO, le nombre de cas de fistules obstétricales réparées entre 2010 et Juillet 2015 est de 1780 femmes dont 1270 sorties complètement guéries soit 71% ;
- Compte tenu du niveau d'activités réalisées, on peut dire que le produit 1 a été atteint et qu'il est en mesure de contribuer à l'effet du programme pays suivant : "Pour 2014, les collectivités ont un accès et utilisent les services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population. » qui contribue à l'effet UNDAF 2.2 : « Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à termes elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion ».

#### Evolution des indicateurs :

- 1) *Pourcentage de structures de santé offrant des soins obstétricaux d'urgence (de base et complets) :* Pour cet indicateur : cible : 1,8 % en 2010 (SONUC) ; réalisation en 2010, 1,8% (performance 100%) ; pour SONUC : cible, 6,2 % en 2010 ; réalisation 6,2% en 2010 (performance 100%). **Remarques :** Année 2011, on a les cibles SONUB: 3% ; SONUC: 6,5%, mais les réalisations n'ont pas été déclarées (ND) pour les SONUB et SONUC ; pour l'année 2012, mêmes constats. Année 2013 : cible 7,2% (SONUB), réalisation 7,5%, (performance de plus de 100%) ; Cible 7% (SONUC), réalisation 5,4% (niveau de performance attendu non atteint). En 2014 : cibles fixées 8% (pour SONUB) et 7,5% (pour SONUC) : réalisations ND. En conclusion, 02 années sur 05 ont été renseignées, donc difficile de dire qu'au niveau de cet indicateur le programme a été performant. Cependant, la tendance générale de cet indicateur est bonne puisque les SONUB sont passés de 1,8% en 2010 à 8% en 2014. L'OMS recommande au moins 5 SONU (1 SONUC et 4 SONUB) pour 500.000 habitants.
- 2) *Taux d'accouchements enregistrés dans les structures de santé :* en dehors de l'année 2013, toutes les cibles ont été atteintes à 100% et même plus (performance 100% et plus).
- 3) *Pourcentage de structures de santé offrant des services de PF :* cible 74% en 2010 : réalisation : 74% en 2010 (performance 100%) ; en 2011, cible 74%, réalisation 74,80% (performance plus de 100%) ; 2012, cible 74%, réalisation 70% (cible non atteinte) ; 2013, cible 74%, réalisation, 68% (cible non atteinte). Sur 05 cibles, seulement 02 ont été atteintes.
- 4) *Taux de prévalence contraceptive pour méthodes modernes de PF :* toutes les cibles ont été atteintes (performance 100%).
- 5) *Pourcentage des hôpitaux de district prenant en charge médicalement les survivants des violences sexuelles :* toutes les cibles ont été atteintes.
- 6) *Pourcentage des survivants traités médicalement dans 72 heures :* toutes les cibles ont été atteintes.
- 7) *Nombre d'études sur la SR réalisées :* plus d'études réalisées que prévu, résultat très encourageant.
- 8) *Taux de césarienne :* Cible en 2010 : 5%, réalisation : 6.1% (objectif atteint) ; cible 8% en 2011: réalisation 5.8% (cible non atteinte) ; 2012 : cible 6%, réalisation 4.1% (cible non atteinte) ; 2013 : cible 6% ; réalisation

<sup>31</sup> Données tirées de DSNIS

4.2% (cible non atteinte) ; 2014 : cible, 10% et réalisation 4.9% (cible non atteinte). Dans l'ensemble les taux de césarienne n'atteignent pas le niveau recommandé par l'OMS : 5 à 15 % (Annexes 9).

### Partenariats

Les partenaires de ce produit 1 sont : le PNSR ; l'INSP ; le PNLS/IST ; l'ABUSAFE ; l'ABUBEF ; NTURENGAHO ; SWAA-BURUNDI; le Royaume de Belgique ; GSF ; MSF-B ; Royaume de Pays Bas, KFW, USAID, GIZ.

Le tableau ci-après présente les partenaires qui ont contribué à la formation sur les Soins Obstétricaux d'Urgences (SONU).

**Tableau 7** : Répartition des Prestataires formés en SONUB par partenaire d'appui (2013- 1<sup>er</sup> semestre 2016)

PTF	Effectifs	%
UNFPA	442	76,5
PSI	12	2,1
UNICEF	30	5,2
IHPB	56	9,7
GSF	38	6,6
Total	578	100,0

Source : Base des données sur la formation des prestataires en SONUB, PNSR

### Stratégies d'intervention :

Les stratégies d'intervention du produit 1 ont été :

- Renforcement des capacités techniques et institutionnelles du gouvernement et de la société civile dans la mise en œuvre du programme ;
- Amélioration de la sécurisation des produits de santé de la reproduction et la prise en charge des fistules obstétricales ;
- Renforcement de l'intégration et de la prise en charge médicale des survivants des violences sexuelles
- Plaidoyer et communication pour le changement de comportement.

### Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats

Les activités ci-dessous devaient être réalisées pour atteindre le produit 1 :

- Appui aux programmes de formation de base/initiale des sages-femmes et d'autres personnels pour intégrer les SONUB/SONUC dans les curricula de formation ;
- Formation du personnel soignant en SONUB/SONUC, consultations pré et post natales, PF et autres composantes de SR selon le besoin ;
- Equipement des structures de soins et les écoles de formation médicale et paramédicale pour améliorer la qualité des services;
- Appui à la mise en place des réformes sectorielles (Financement Basé sur les Performances) ;
- Appui au système SIS et à la recherche opérationnelle en SR /PF ;
- Suivi/évaluation de la mise en œuvre de la feuille de route nationale ;
- Prise en compte des urgences en matière SR/Genre/population dans le plan de contingence du Système des Nations Unies ;
- Prise en compte des urgences humanitaires.

***Les activités prévues impliquent la participation des hommes et des femmes. Mais elles ne reflètent pas le souci d'égalité et d'équité entre sexes que le programme devrait avoir.***

### ❖ Des accouchements sans danger en nombre croissant

L'un des principaux objectifs du 7<sup>ème</sup> programme était de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Burundi. En effet, une grande partie des décès maternels dans le monde surviennent en Afrique. En 2013, environ 289 000 femmes sont décédées pendant leur grossesse ou au cours de l'accouchement et 62 % de ces décès se sont produits en Afrique subsaharienne. C'est ce qui ressort du rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de la Banque mondiale et

de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies sur les « Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2013 ».

Cette situation alarmante explique l'importance que le 7<sup>ème</sup> programme a accordée aux principales stratégies visant la réduction de la morbi-mortalité maternelle par l'accouchement assisté par un personnel qualifié tel que les sages-femmes, l'accès aux SONU et l'utilisation des services de la planification familiale. Ainsi, le taux d'accouchements dans les structures sanitaires au niveau national a connu une progression significative passant de 59,9% en 2010 à 78,7% en 2015.

### **Formations du personnel en SONUB/SONUC**

Au total, 578 prestataires de santé dont 442 avec l'appui de l'UNFPA (soit 76,5%) ont été formés en SONUB (de 2013 au premier semestre 2016).

Avec le financement du Royaume de Belgique, 4 médecins ont bénéficié d'un renforcement des capacités pour prendre en charge les cas simples des fistules obstétricales.

A ces interventions, il faut ajouter l'appui de l'UNFPA au renforcement des capacités nationales en matière de revues des décès maternels dans les hôpitaux. Grâce aussi à cet appui, le nombre de sages-femmes recrutés est passé de 24 en 2009 à 75 en 2011 (COARs 2010 et 2011).

Il faut aussi mentionner les faibles capacités des prestataires dans la prise en charge des urgences obstétricales particulièrement les SONUC et les difficultés persistantes des populations à accéder aux SONUB. En effet, selon les résultats de l'enquête SONU de 2010, le Burundi comptait seulement 5 formations sanitaires SONUB, soit 7% sur les 66 recommandées par les normes de l'OMS ; l'enquête SPSR réalisée en 2015 a montré que 19 FOSA offraient les sept (07) fonctions SONUB et 46 hôpitaux étaient SONUC.

### **Intégration des SONUB/SONUC dans le curriculum de formation de base**

Au cours de la même période, l'UNFPA a apporté son appui : (i) à la révision du programme de formation de base des sages-femmes pour l'aligner aux normes et standards de l'OMS prenant en compte les SONUB et la planification familiale ; (ii) l'équipement de 2 salles de démonstration en SONUB et TC ; (iii) la formation pratique en SONUB et TC pour avoir des compétences nécessaires avant les stages dans les structures sanitaires (iv) le renforcement des capacités des sites de stages sur le terrain par la formation des encadreurs en SONU/TC et techniques d'encadrement

En vue d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes qui accouchent, le programme a appuyé la formation de base de 100 sages-femmes en SONUB. Grâce aussi à cet appui, le nombre de sages-femmes recrutés est passé de 7 en 2010 et à 88 en 2015.

### **Meilleure prise en compte de l'ensemble des services obstétricaux**

Quant aux consultations prénatales, les efforts ont porté sur la détection précoce et la prévention des risques liés à la grossesse. Les soins prénatals recentrés (SPR) constituent une approche individualisée et orientée sur les besoins spécifiques de chaque femme et fournis par des prestataires compétents. Les soins prénatals devraient donc se focaliser sur l'assurance, le soutien et le maintien du bien-être maternel tout au long d'une grossesse et d'un accouchement normal.

Selon le bilan 2015 du PNSR, le taux d'inscription en CPN précoce (CPN au premier trimestre) est faible (16,5%) et la majorité des femmes se présentent en CPN1 au deuxième trimestre de grossesse (53,8%) ou au troisième trimestre de grossesse (36,5%). Toutes les femmes font la consultation prénatale au moins une fois avant la fin de la grossesse.

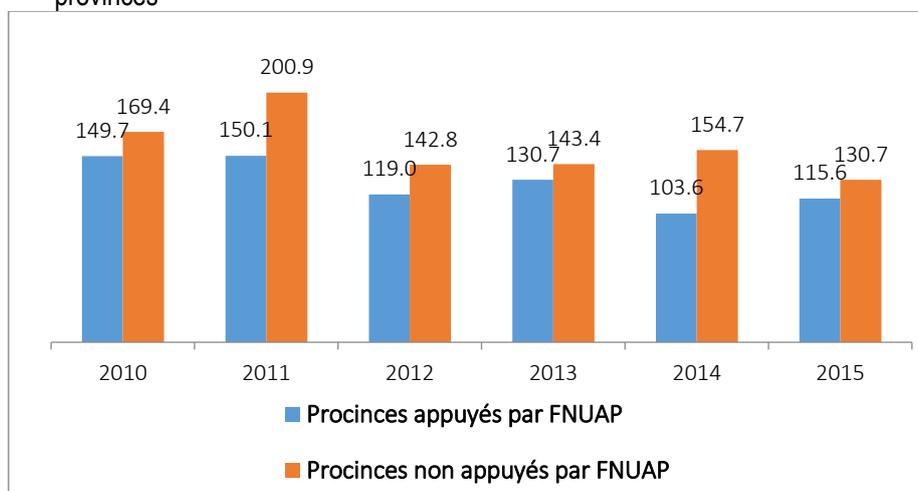
L'augmentation des accouchements en milieu de soins devrait réduire les complications liées à l'accouchement : décès maternels, décès néonataux et aussi les FO.

C'est ainsi que l'analyse des données collectées dans les centres de santé et les hôpitaux entre 2010 et 2015 par DSNIS révèlent que le ratio de décès maternel est passé de 230 en 2010 à 125 en 2015 pour 100.000 naissances vivantes tandis que les taux de mort-nés pour la même période sont passés de 20,9‰ en 2010 à 12,8‰ en 2015.

C'est donc grâce à l'amélioration des compétences du personnel de santé qu'il a été possible de conduire des accouchements avec moins de risques pour la mère et pour le bébé. La figure ci-dessous montre que le taux de

décès maternels constaté dans la zone d'intervention de l'UNFPA est plus faible. La tendance générale est que ce taux semble avoir diminué au cours de la période sous analyse.

**Figure 7:** Ratios de mortalité maternelle dans les provinces appuyées par UNFPA comparées aux autres provinces



Source : Données hospitalières DSNIS collectées entre 2010 et 2015

Le nombre de structures sanitaires assurant les fonctions SONUB est passé de 5 en 2010 à 19 en 2015 au niveau national. La disponibilité de l'offre par fonction SONUC était de 17 en 2010 et de 46 en 2015 (Enquête SPSR de 2015).

Une FOSA est qualifiée de SONUC lorsqu' en plus des sept fonctions de base qui doivent être assurées, la structure est capable de pratiquer la chirurgie comme les césariennes ainsi que la transfusion sanguine. Selon les normes de l'OMS, le taux de césarienne ne devrait pas être inférieur à 5%, ni supérieur à 15%. Or, au Burundi, le taux de césarienne est faible puisqu'il était de 4,7% en 2015 contre 4,9% en 2014.

L'évaluation a constaté que dans la zone d'intervention de l'UNFPA les provinces de Bubanza, de Gitega, de Makamba et de Ngozi satisfont à ce critère (taux de césarienne varie entre 5,5 et 9,5%). Les deux autres provinces de cette zone, à savoir Kayanza et Ruyigi, ont des taux de césarienne inférieurs à 5%.

Un taux de césariennes inférieur à 5% indique que de nombreuses femmes et leurs enfants pourraient mourir, parce qu'elles n'ont pas accès à l'ensemble des services obstétricaux.

Enfin, par rapport à la population du Burundi (estimée à environ 10 millions en 2016), il faut au moins 100 structures sanitaires SONU dont 20 SONUC et 80 SONUB)

Des efforts doivent être renforcés pour :

1. Accroître la disponibilité des structures sanitaires assurant les SONU (passant de 65 à 100 structures sanitaires. En effet, l'enquête nationale sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction réalisée en 2015 montre que:
  - Une (01) province sans aucune formation sanitaire SONU (CANKUZO)
  - De provinces sanitaires sans Centres de santé (niveau périphérique) n'assuraient pas les SONUB (Bubanza, Bujumbura Mairie, Bujumbura, Mwaro et Muramvya)
2. Assurer l'équité en ce qui concerne la répartition géographique des établissements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (entre les provinces et à l'intérieur des provinces)

Renforcer le monitoring des SONU au niveau national (échanger d'expériences avec les autres pays comme le TOGO et renforcer les capacités nationales en monitoring SONU)

#### ❖ Sécurisation des produits de la santé de la reproduction

Entre 2010 et 2015, l'UNFPA, en collaboration avec d'autres partenaires, a contribué au renforcement du système sanitaire dans l'approvisionnement régulier et la gestion des produits contraceptifs pour éviter les ruptures de stock. D'après les mêmes informations, l'utilisation du logiciel CHANNEL dans la gestion des produits SR est efficace et permet non seulement d'estimer les besoins, de mettre à jour la situation de ces produits en stock, mais aussi

d'éviter des ruptures de stock, comme l'ont témoigné plusieurs gestionnaires rencontrés sur le terrain. Ce logiciel est en outre utilisé par des partenaires dans la gestion d'autres produits de la santé. Pour l'utilisation optimale de ce logiciel, selon les bilans 2010 et 2015 du PNSR, l'UNFPA a formé 29 formateurs nationaux et 135 gestionnaires de pharmacies sur ce logiciel.

La disponibilité des produits et la formation des prestataires en techniques contraceptives (TC) ont permis de couvrir une partie des besoins des utilisateurs de méthodes contraceptives modernes. Le tableau ci-après indique l'évolution de l'utilisation de ces méthodes au cours de la période sous analyse.

**Tableau 8:** Evolution de l'utilisation de méthodes contraceptives entre 2010 et 2015

Désignation	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'évolution de nouvelles acceptantes	29,0	17,9	9,4	15,1	-4,2	-3,9
Quantité des produits contraceptifs distribués :						
<i>Quantités de DMPA distribuées par District Sanitaire</i>	453 583	556 037	583 533	575.630	580 696	587 595
<i>Nombre d'implants insérés par District Sanitaire</i>	11.022	19.479	47.799	95.128	74 852	63 756
<i>Nombre de DIU posés par District Sanitaire</i>	29.102	35.895	33.666	25.549	18 408	14 089
<i>Contraceptifs Oraux Combinés « COC » distribués</i>	184.707	206.711	212.983	222.125	231 224	214968
<i>Contraceptifs Oraux à Progestatif seul « COP » distribués</i>	63661	71963	63.898	63.690	61 901	68289
<i>CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire</i>	140	280	521	388	1 068	1 133
<i>Couples année protection</i>	330203	438276	523242	668040	568511	528029
<b>Taux de prévalence contraceptive.</b>	18,9	21,9	25,3	30,8	34,3	37,4

Source : Données tirées des bilans du PNSR 2010-2015

En termes de résultats, l'équipe de l'évaluation a constaté une amélioration de la disponibilité des méthodes contraceptives modernes qui s'explique, entre autres, par des rares ruptures de stocks des produits contraceptifs au cours de ces dernières années et par le renforcement des capacités nationales en matière d'approvisionnement et gestion des contraceptifs avec l'utilisation du logiciel « Channel ».

De plus, il importe de souligner qu'il existe une loi budgétaire votée par le Parlement sur l'achat par l'Etat des contraceptifs.

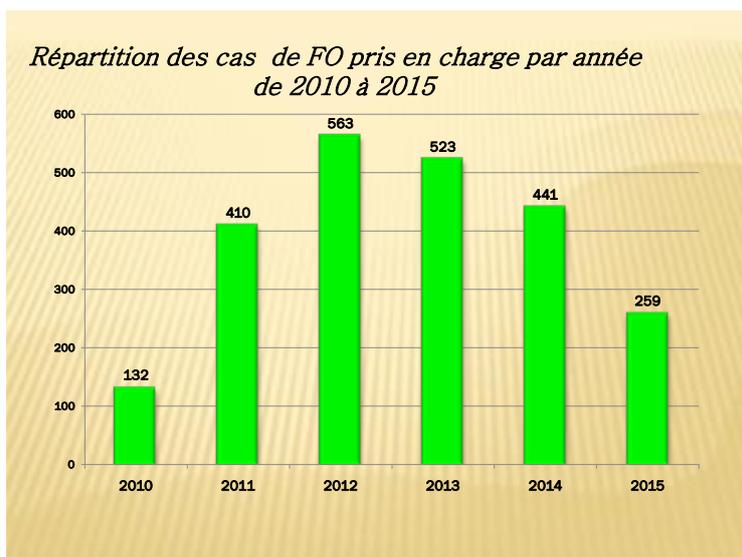
#### ❖ Une lutte renforcée contre les fistules obstétricales

La fistule obstétricale (FO), très répandue dans les pays en développement, est un mal qui touche également le Burundi ; il est surtout lié aux complications de l'accouchement. D'où l'appui apporté au Gouvernement par l'UNFPA avec le soutien financier du Royaume de Belgique pour éradiquer ce phénomène dont la connaissance reste à améliorer.

L'enquête nationale sur l'estimation des fistules réalisée en novembre 2013 a montré des disparités entre les différentes régions du pays en termes de prévalence : au niveau national, la prévalence est de 1,9‰; elle est de moins de 1‰ à Bujumbura Mairie, de 2,2‰ au Nord, et un maximum de 35,1‰ au Centre-Est<sup>32</sup>. On estime donc que l'incidence nationale étant de 1,9‰, on dénombrerait 750 nouveaux cas par an. La figure ci-après montre au niveau national l'évolution des cas de FO pris en charge entre 2010 et 2015.

<sup>32</sup> Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le Sida : Enquête nationale d'estimation de la prévalence des fistules obstétricales, novembre 2013

**Figure 8:** Répartition des cas de FO pris en charge par année de 2010 à 2015



Source : Base des données du Centre Urumuri de Gitega (Centre de traitement des fistules obstétricales)

Cette figure indique qu'en 2012, il y a eu 563 cas de fistules obstétricales pris en charge. Ces cas diminuent jusqu'en 2015. Selon les données du Centre URUMURI, au premier semestre 2016, seulement 138 cas ont été opérés à Gitega. Cela ne signifie pas que les femmes souffrant de fistules sont guéries, mais tout simplement que le recrutement de ces malades est problématique. En effet, malgré l'implication des Agents de santé communautaire dans la sensibilisation et la mobilisation de ces malades à se présenter au niveau des CDS et des hôpitaux pour la confirmation du diagnostic et pour leur orientation vers le centre de traitement URUMURI, les moyens financiers manqueraient pour les déplacements de ces fistuleuses.

La collaboration de l'UNFPA avec MSF Belgique dans le traitement médical des fistules obstétricales a été exemplaire et a permis d'opérer de nombreux cas compliqués (entre 2010 et Juillet 2015, 1780 femmes ont été opérées de fistule et 1270 sont sorties complètement guéries soit 71%)<sup>33</sup>. Les évaluateurs pensent qu'il est important de continuer à impliquer les femmes traitées et guéries dans la sensibilisation de la population au sein de leurs communautés, et qu'il est également très important de poursuivre le renforcement des capacités dans le traitement médical.

La visite des évaluateurs au Centre de Gitega créé par MSF-Belgique et les entretiens qu'ils ont eus avec le personnel médical ont montré la nécessité de poursuivre encore avec plus de détermination la sensibilisation des communautés sur la réduction du premier retard (prise de décision de consulter), le renforcement des capacités du personnel dont l'incompétence et les négligences ont été signalées aux évaluateurs par les victimes des fistules et le corps médical lui-même, l'accessibilité géographique des structures sanitaires de prise en charge des accouchements et des fistules. A cause de longues distances et de la pauvreté, les victimes des fistules ont signalé aux évaluateurs qu'il y avait toujours dans les collines des victimes désireuses d'être traitées et qui ne pouvaient pas le faire, faute de moyens et à cause des difficultés de transport.

Pour améliorer les compétences des prestataires dans la prise en charge des FO, le programme a encore formé en 2014-2015 :

- 2 médecins pour opérer les fistules obstétricales modérées (du centre URUMURI) ;
- 2 médecins pour opérer les fistules obstétricales simples (Nyanza Lac et Muyinga) ;
- 4 médecins pour assurer le diagnostic et confirmation des fistules obstétricales (Mabayi, Cankuzo, Kirundo et Rutana) ;
- 3 infirmiers et 3 sages-femmes formés en soins pré et post-opératoires (Mabayi, Cankuzo, Kirundo, Rutana, Nyanza Lac et Muyinga) ;

<sup>33</sup>[www.minisante.bi/](http://www.minisante.bi/)

- 8 200 membres du réseau communautaire et leaders communautaires pour assurer la sensibilisation sur les FO, le recrutement basé sur les signes évocateurs des FO et la référence vers les FOSA.

L'équipe d'évaluation a constaté, par ailleurs, à la suite des entretiens avec les prestataires rencontrés sur le terrain, l'existence d'un handicap comparable à la fistule obstétricale, à savoir le prolapsus génital. Certaines patientes se sont présentées aux consultations de recrutement de diagnostic pour FO. Elles ont été renvoyées purement et simplement, au lieu de les réorienter vers un service de chirurgie capable de traiter ce genre de malades. L'équipe d'évaluation recommande de mener une étude/enquête pour apprécier.

#### ❖ Des taux de prévalence contraceptive moderne en augmentation

Le 7<sup>ème</sup> programme est resté en phase avec la Déclaration de Politique Démographique Nationale adoptée en octobre 2011, dont l'un des objectifs était de contribuer à faire passer le taux de prévalence contraceptive moderne de 30,8% en 2013 à 50% en 2025. Selon les données du bilan 2015 du PNSR, le taux de prévalence contraceptive moderne a augmenté progressivement, passant de 2,7% en 2000, à 18,9% en 2010, et à 37,4% en 2015.

Mais en dépit des résultats enregistrés jusqu'ici, le pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale reste encore élevé (31%, EDS 2010). C'est pourquoi, le 7<sup>ème</sup> programme a appuyé le Gouvernement pour garantir l'utilisation et l'accès équitable des populations aux services de planification familiale. Ainsi, pour favoriser le continuum des services PF, le Programme a contribué à créer, d'une part, les postes secondaires, et d'autre part, à la formation de 873 Agents de santé communautaire (dans les provinces de Bubanza, Ngozi, Muramvya, Gitega et Mwaro) sur la sensibilisation, la mobilisation et la distribution des pilules et des préservatifs. Par ailleurs, le Programme a contribué à la formation des TPS sur l'administration des méthodes contraceptives injectables. Selon le bilan 2015 du PNSR, la contribution des postes secondaires est bien appréciée : « Sur 297731 nouvelles acceptations des méthodes contraceptives modernes en 2015, 9853 acceptations ont été observées au niveau des postes secondaires, soit 3,3%. Cette contribution n'est pas négligeable si on considère que seulement 22 postes secondaires sont fonctionnels comparés à plus de 900 centres de santé » (Bilan PNSR 2015).

S'agissant de la formation en technique contraceptive, le tableau ci-après résume les effectifs des personnes formées par partenaire.

**Tableau 9** : Répartition des Prestataires formés en TC par partenaire d'appui (2013- 1<sup>er</sup> semestre 2016)

Partenaires	Nombre	%
UNFPA	1121	71,5
KFW	54	3,4
TPO	50	3,2
IHPB	93	5,9
PUVSBGSF-RGL	110	7,0
PSI	139	8,9
Total	1567	100,0

Source : Base des données des prestataires formés en TC

#### Mobilisation des autorités

Les activités de plaidoyer et de dialogue ont conduit à des résultats substantiels. L'un des résultats probants a été la **Déclaration de GITEGA** où les leaders religieux se sont engagés à appuyer le gouvernement dans la résolution des problèmes démographiques du pays. Dans ce cadre, l'UNFPA a en effet appuyé l'élaboration de la politique nationale de population. Par ailleurs, sous le haut patronage de la 1<sup>ère</sup> Dame et faisant suite à la déclaration d'engagement des leaders religieux de Gitega de soutenir et d'accompagner les efforts du gouvernement dans la recherche des solutions durables et globales à ces problèmes démographiques, le programme a organisé une campagne de sensibilisation pour la planification familiale. Cette campagne a ciblé les jeunes et les hommes pour qu'ils se sentent responsables de leur avenir par l'adoption de comportements responsables.

Les évaluateurs ont constaté que dans les localités visitées, les leaders communautaires adoptaient effectivement de plus en plus une attitude positive à l'égard de la planification familiale, grâce aux activités de communication

pour le changement de comportement appuyées par l'UNFPA. La participation des hommes dans la promotion et la pratique de la planification familiale se traduit par le nombre d'hommes qui se soumettent volontairement à la vasectomie (Observation directe et entretiens avec les parties prenantes).

Les évaluateurs ont également constaté sur le terrain que certains facteurs déterminaient le choix des méthodes contraceptives par les femmes. En effet, outre le niveau d'éducation, le milieu de résidence, le statut économique et social de la femme, il y a surtout les caractéristiques liées à la femme et à son conjoint dont l'influence sur le choix de la méthode contraceptive est très grande (témoignages recueillis sur le terrain).

❖ **Une intégration progressive de la SR/ PF/VIH et de la prise en charge des violences sexuelles dans les hôpitaux de district**

Dans le contexte que connaît le Burundi depuis quelques années, les populations, particulièrement les femmes et les filles, sont souvent victimes des violences sexuelles. C'est pourquoi, dans le cadre de ce 7<sup>ème</sup> programme, l'UNFPA a particulièrement appuyé le Gouvernement dans la lutte contre ce phénomène, en accompagnant le gouvernement et la société civile dans la vulgarisation des dispositions relatives aux VBG contenues dans le Code pénal révisé.

Les Principaux acquis dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles et les violences basées sur le genre sont entre autres :

- Existence du Centre HUMURA spécialisé dans la prise en charge intégrée des victimes des VSBG ;
- Disponibilité de 44 prestataires de santé formés sur la prise en charge des victimes de VSBG, répartis dans 24 hôpitaux de la zone d'intervention ;
- Prise en compte des VSBG dans les 3 modules de formation des acteurs du réseautage sur la SSRAJ.

Cependant, en dehors des violences sexuelles, les autres formes de violences basées sur le genre ne sont pas prises en charge gratuitement par les hôpitaux.

**Tableau10:** Répartition des victimes de violence sexuelle par tranche d'âge en 2015 prises en charge dans les FOSA

Age	M	F	TOTAL	Pourcentage
<10	58	804	862	27,35
10-14	23	442	465	14,75
15-19	22	617	639	20,27
20-24	87	374	461	14,63
25-49	95	498	593	18,81
>49	5	127	132	4,19
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>2862</b>	<b>3152</b>	<b>100</b>
<b>Pourcentage</b>	9,20	90,80	100	

Source : Données du PNSR

Le tableau ci-dessus indique au niveau national qu'en 2015 au total 3152 personnes ont été victimes de violences sexuelles dont 290 de sexe masculin (9,20%). Plus d'un quart des victimes est âgé de moins de dix ans (27,35%).

Le programme a surtout contribué au renforcement de la stratégie d'intégration des services de SR, PF et VIH par la formation des prestataires en matière d'intégration des services de SR et VIH, et à l'équipement de 50 formations sanitaires en produits et matériels nécessaires pour le test du VIH chez les femmes enceintes. Ainsi, le nombre de femmes enceintes séropositives recevant les ARV pour la PTME, est passé de 1582 en 2009 à 2154 en 2010. L'intégration a concerné aussi le niveau communautaire. A cet effet, le programme a appuyé : (i) la formation de 420 Agents de santé communautaires sur la SR/prévention du VIH ; (ii) la formation de 150 jeunes pairs éducateurs ( dont 50 % de filles) scolarisés et non scolarisés et de gestionnaires des centres pour jeunes en matière de SSRAJ, prévention des IST dont le VIH ; (iii) la formation de 90 professionnelles de sexe en matière de SR/VIH mettant l'accent sur l'adoption des comportements sexuels à moindres risques et la double protection.

Au total, l'accès des populations, particulièrement des réfugiés et déplacés internes, à l'information et aux services intégrés de VBG, SR et prévention du VIH et aux préservatifs, s'est amélioré grâce à l'utilisation de 2 cliniques mobiles et IEC mobile dans les zones géographiques inaccessibles, et à la stratégie de distribution à base

communautaire effectuée par les jeunes pairs éducateurs et les gestionnaires des centres pour jeunes, et à l'organisation de sport de masse dans les communes.

**Produit 2** : Demande accrue des services de santé de la reproduction, notamment de planification familiale, de prévention du VIH et de dépistage.

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 2, SR**

Le programme a beaucoup investi dans l'offre et la demande des services de SR/PF/VIH, en s'appuyant sur des stratégies de communication efficaces. Pour augmenter la demande des services de SR/PF, l'UNFPA a soutenu de nombreuses activités dont (1) celle qui a conduit à la déclaration de Gitega par les leaders religieux en 2010 ; (2) la déclaration de politique de population en 2011 et (3) l'organisation des campagnes de sensibilisation dans toutes les provinces du pays sous le Haut Patronage de la 1<sup>ère</sup> Dame sur le thème en kirundi « **Batatu Beza Baruta Benshi** » (vaut mieux avoir trois enfants que d'en avoir beaucoup en mauvais état). Trois cent (300) animateurs communautaires ont été formés dans la création de la demande et de l'offre des services de planification familiale.

En ce qui concerne les groupes vulnérables, 60 Pairs Educateurs prisonniers ont été formés pour sensibiliser le milieu carcéral. L'utilisation des préservatifs dans les prisons où la SWAA fait ses interventions est effective. Ainsi, sur une population carcérale estimée à 3 000 personnes en 2011, 20736 préservatifs masculins ont été distribués en moyenne par mois (COARs 2010 et 2013).

La plupart des activités mises en œuvre au niveau de ce volet ont contribué à l'atteinte du produit 2 qui contribue à l'effet du programme pays : "Pour 2014, les collectivités ont un accès et utilisent les services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population. » qui contribue à l'effet UNDAF 2.2 : « Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à termes elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion ».

#### **Evolution des indicateurs du produit 2 :**

L'évolution des indicateurs du produit 2 montre que toutes les cibles ont été atteintes (Annexe 9). Toutefois, selon la revue documentaire et les entretiens avec les partenaires, l'intégration SR/PF/VIH n'est pas encore totale.

#### **Partenariats**

Les partenaires d'exécution du produit 2 sont PNSR ; PNLs ; ABUBEF ; NTURENGAHO ; SWAA-BURUNDI ; PATHFINDER ; PMC.

#### **Stratégies d'intervention**

Les stratégies d'intervention du produit 2 ont été :

- Appui à la stratégie de communication pour un changement de comportement en vue de susciter la demande
- Amélioration de l'accessibilité des services pour les groupes les plus vulnérables

#### **Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats**

Le programme a réalisé de nombreuses activités pour atteindre le produit 2 ; **les activités prévues ici impliquent la participation des hommes et des femmes, mais elles ne reflètent pas le souci d'égalité et d'équité entre sexes que le programme devrait avoir.**

- ❖ **Plaidoyer et campagnes de communication efficaces pour accroître augmenter la demande des services et un environnement favorable**

Au Burundi, les besoins non satisfaits en planification familiale sont encore très nombreux ; ils représentent 31% dont 28% pour les moins de 25 ans (EDS 2010). Pour augmenter la demande des services de SR/PF, l'appui de l'UNFPA a contribué aux résultats suivants : (1) une déclaration de Gitega par les leaders religieux (catholiques, protestants et musulmans) privilégiant le choix libre et éclairé de la méthode contraceptive a été adoptée en 2010, (2) l'adoption de la déclaration de politique nationale de population en 2011, (3) l'engagement des hautes autorités politiques particulièrement la Première Dame à la promotion de la pratique de la planification familiale à travers les

campagnes de sensibilisation dans toutes les provinces du pays sous le thème en kirundi « **Batatu Beza Baruta Benshi** »<sup>34</sup> et (4) la participation communautaire par un réseau de 873 agents de santé communautaires ; Ces derniers contribuent à mobiliser les populations pour qu'elles sollicitent les services de PF, et à relancer les abandons de PF ainsi que la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives modernes.

Afin d'améliorer l'accès aux services de PF particulièrement dans les zones desservies par les centres de santé gérés par les confessions religieuses, l'UNFPA a apporté son appui au Ministère de la santé et de la lutte contre le sida dans la mise en place des postes secondaires. A titre d'exemple, les évaluateurs ont visité le poste secondaire GISEKURO du CDS Murehe du BDS de Kiremba à Ngozi ; ils ont constaté qu'au cours du mois de juin 2016, le responsable de ce poste avait reçu 78 femmes pour injectable, 18 implants et 2 DIU posé, 0 pilule. Le travail de ces agents communautaires et de ces postes secondaires a largement contribué à l'augmentation de la demande et de l'offre des services de PF. «Grâce au travail des agents communautaires fondé sur la distribution à base communautaire, les services sont proches ; nous n'avons plus besoin de faire de longues distances » (propos d'un bénéficiaire de Ngozi).

**Produit 3** : Les centres pour jeunes et de santé fourniront un paquet minimum de services tenant compte des sexo-spécificités pour les adolescents et les jeunes, notamment les conseils de prévention du VIH et le dépistage volontaire

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 3, SR**

Pour répondre aux questions que se posent les adolescents et les jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, l'UNFPA a appuyé le développement d'une approche intégrée de réseautage social pour la promotion de la santé des jeunes, autour des centres de santé dits « centre de santé amis des jeunes ».

Entre 2010 et 2014, l'UNFPA a contribué au renforcement des capacités des Clubs Stop SIDA par la formation des encadreurs et des pairs éducateurs jeunes sur l'intégration de la SR/PF dans les programmes de sensibilisation des élèves de 30 écoles secondaires. Il a permis d'intégrer les services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) au sein de 05 centres de santé amis des jeunes. Cet appui a permis un passage de 39924 en 2010 à 71420 adolescents et de jeunes en 2015, d'avoir accès à l'information et aux services de SR/PF. En plus, UNFPA a appuyé une étude sur les grossesses en milieu scolaire en 2013 qui a mis en exergue l'ampleur du problème. Ce qui a permis d'initier des campagnes zéro grossesse à l'école et l'intégration des notions de santé de la reproduction et de population dans les programmes scolaires de 7<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> années.

Ces personnes formées sont aujourd'hui en mesure d'assister les adolescents et les jeunes en tenant compte de leurs besoins et de leurs droits en santé sexuelle et reproductive. A cet égard, les actions entreprises dans ce cadre par le 7<sup>ème</sup> programme ont permis d'atteindre le produit 3 qui contribue à l'atteinte de l'effet du programme pays : "Pour 2014, les collectivités ont un accès et utilisent les services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population. », qui contribue à l'effet UNDAF 2.2 : « Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à termes elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion ».

#### **Evolution des indicateurs du produit 3 :**

L'évolution des indicateurs de ce produit montre une performance globalement satisfaisante. Parfois le niveau de performance se situe au-delà de 100%. Il s'agit des trois indicateurs suivants : nombre de jeunes/adolescents ayant bénéficié des services de SRAJ dans les 37 centres de santé offrant les services conviviaux ; nombre de jeunes ayant fait le dépistage volontaire du VIH ; nombre de structures de santé offrant des services conviviaux aux jeunes (Annexe 9).

#### **Partenariats**

Les partenaires d'exécution du produit 3 sont PNSR ; PMC ; PATHFINDER ; ABUBEF ; Réseaux des jeunes

<sup>34</sup> Ce qui peut se traduire par « Vaut mieux avoir trois enfants en bonne santé que d'en avoir beaucoup en mauvais état »

### **Stratégies d'intervention :**

Les stratégies d'intervention du produit 3 ont été :

- Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des partenaires dans l'intégration du VIH/SR/SSRAJ
- Plaidoyer et communication pour le changement de comportement et mobilisation communautaire

### **Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats**

***Les activités réalisées au niveau ce produit ont conduit à certains résultats. Mais elles ne montrent pas comment le programme apporte des réponses relatives aux besoins spécifiques des femmes et des hommes.***

#### **❖ Des capacités des centres pour jeunes et de centre de santé, amis de jeunes, de plus en plus renforcées**

Dans le cadre de la SSRAJ, l'UNFPA a contribué au renforcement des capacités des centres pour jeunes et centres de santé, amis de jeunes, en appuyant les partenaires dans l'intégration du VIH, de la SR et de la PF grâce aux interventions suivantes :

- Intégration des services de prévention du VIH et SR/SSRAJ dans les services des soins ;
- Appui aux trente (30) centres de santé publique (à raison de 05 nouveaux CDS par an) et 07 centres (dont 06 d'ABUBEF et 01 centre modèle de SWAA-Burundi en 2011).

Entre 2010 et 2014, l'UNFPA a contribué au renforcement des capacités des Clubs Stop SIDA par la formation de 90 encadreurs et de 90 jeunes pairs éducateurs sur l'intégration de la SR/PF dans les programmes de sensibilisation des élèves de 30 écoles secondaires. Il a fourni des équipements à 05 centres de santé (CDS) offrant des services conviviaux aux jeunes et à 05 centres pour jeunes. Cet appui a permis à un certain nombre d'adolescents et de jeunes d'avoir accès à l'information et aux services de SR/PF.

Au cours de la même période, avec l'appui du bureau régional, un atelier de renforcement des capacités a regroupé 15 leaders des jeunes sur le plaidoyer et le positionnement des jeunes dans les plans et politiques publiques. Un comité de suivi composé de représentants des jeunes et des cadres du ministère de la jeunesse a été mis en place. Une campagne de sensibilisation sur la SR/PF sous l'égide de la Première Dame, a été organisée à l'intention des leaders communautaires et religieux afin qu'ils prennent conscience de la nécessité de l'intégration de l'éducation sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires et la création des clubs EVF dans les écoles.

#### **❖ L'efficacité de la mobilisation communautaire**

Pour le changement de comportement en matière de SR/PF, le programme devait contribuer à la mise en place d'une stratégie de plaidoyer et de communication en faveur de la SR/PF, à travers :

- L'établissement de dialogue entre jeunes et leaders communautaires sur la SSRAJ ;
- L'appui à l'éducation par les pairs au niveau des centres pour jeunes qui collaborent avec les 30 centres de santé qui offrent des services adaptés aux jeunes ;
- L'information et sensibilisation sur les grossesses non désirées ;
- Le plaidoyer pour la diffusion de la Charte Africaine de la Jeunesse et pour l'élaboration de la Politique nationale de la Jeunesse.

Les évaluateurs ont constaté que grâce au plaidoyer de l'UNFPA et à la mobilisation communautaire, les services conviviaux offerts aux jeunes sont de plus en plus intégrés dans les services existants délivrés par les centres de santé publics. Il y a une meilleure collaboration entre les centres de santé, les centres pour jeunes et la communauté, ce qui contribue à améliorer l'accès à l'information et aux services de SSRAJ.

Mais les évaluateurs ont aussi constaté qu'il existe un très grand besoin dans le renforcement de la demande des services conviviaux, et que la participation communautaire, la sensibilisation des parents devraient être renforcées, étant donné la nécessité d'une communication inter-générationnelle en matière de SSRAJ.

Les partenaires d'exécution ont attiré l'attention des évaluateurs sur ce qui suit : insuffisance des formations sanitaires publiques offrant des services conviviaux aux jeunes ; insuffisance des ressources financières pour étendre les services conviviaux aux jeunes ; insuffisance des supports de CCC adaptés aux jeunes en matière de SSRAJ ; nécessité de renforcer les capacités des formations sanitaires dans l'organisation et l'offre des services

conviviaux aux jeunes (formation des prestataires-équipement des centres de santé, supervisions formatives et conjointes) ; et nécessité de renforcer les capacités des formations sanitaires dans l'organisation et l'offre des services conviviaux aux jeunes (formation des prestataires,-équipement des centres de santé, supervisions formatives et conjointes.

#### ❖ **Un accès des services pour groupes vulnérables en bonne voie d'amélioration**

Des progrès ont été faits pour améliorer l'accès des groupes vulnérables aux services de SR et PF grâce à la réalisation d'un certain nombre d'activités.

L'accent a été mis sur la production et la diffusion des supports de CCC en matière de prévention du VIH et de la santé sexuelle et de la reproduction chez les groupes vulnérables : 90 femmes professionnelles de sexe ont été formées en matière de SR et de lutte contre le VIH et contre les VBG ; 60 Pairs Educateurs prisonniers pour sensibiliser le milieu carcéral. L'utilisation des préservatifs dans les prisons où la SWAA fait ses interventions est effective. Ainsi, sur une population carcérale estimée à 3 000 personnes en 2011, 20736 préservatifs masculins ont été distribués en moyenne par mois (COARs 2010 et 2011). « En conclusion, l'éducation à la prévention leur a fait du bien, car des prisonniers relâchés nous ont affirmé que arrivés à la maison avant de s'engager dans les rapports conjugaux, ils pensent d'abord à se protéger en attendant les résultats des tests de dépistage, demandé par le mari dès qu'il arrive à la maison » (témoignage tiré du COAR 2011).

#### ❖ **Programme conjoint Jeunes**

En novembre 2015, face à la recrudescence du phénomène des grossesses précoces au Burundi et dans le but de renforcement de l'éducation complète à la sexualité chez les jeunes en milieu scolaire et dans les communautés, le Royaume des Pays-Bas, a accordé un financement de 17,5 million d'Euro en faveur du «Programme conjoint d'appui à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes au Burundi» pour passer à l'échelle le model de réseautage sociocommunautaire initié par UNFPA. Ce programme a contribué à l'accroissement de la demande des services SSRAJ et à la diminution des grossesses précoces tout en veillant au respect des droits humains en santé, en éducation et au développement du potentiel des jeunes âgés de 10 à 24 ans.

Ledit programme est mis en œuvre par le consortium UNFPA, CARE (qui assure le lead du consortium), Rutgers, CORDAID, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, à travers le Programme National de Santé de la Reproduction, le Ministère de l'Education de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre, le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture ainsi que les partenaires nationaux travaillant dans ce domaine.

L'objectif du programme est de permettre aux jeunes d'accéder à l'éducation, à la santé, particulièrement à la santé sexuelle et reproductive et à l'éducation sexuelle complète, afin de leur permettre de prendre des décisions saines et responsables pour sécuriser leur futur et devenir des acteurs du développement du pays. En adoptant l'approche de « réseautage », ce programme d'une durée de cinq ans, vise à atteindre l'environnement fréquenté par les adolescents et les jeunes : le milieu scolaire, la communauté et les services de Santé.

La «campagne Zéro grossesse» menée par le Ministère de l'Education a contribué à une réduction des cas de grossesses précoces surtout au niveau de l'école primaire et une hausse moins importante dans le secondaire. Pour l'année scolaire 2014-2015, c'est la province de Ruyigi qui a connu moins de grossesses en milieu scolaire soient 5 cas au primaire et 37 au secondaire, suivi de la province de Mwaro avec 6 grossesses au primaire et 45 au secondaire.

#### **4.2.2 Genre**

**Produit 1** : Une législation qui protège et favorise l'équité des genres et les droits humains est adoptée ; des mécanismes d'application mis en place et la population informée et sensibilisée

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 1, genre**

Au cours de la mise en œuvre du programme, dans le cadre de la promotion des droits et de l'égalité du genre, 152 personnes intervenant sur terrain (dont 51 femmes et 101 hommes) constitués du personnel des CDF, de

l'administratif à la base, des leaders communautaires, des élus locaux, des officiers d'état civil, ont été sensibilisés et informés sur les Résolutions 1325 et 1820 et sur la CEDAW.

Malgré tous les efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires au développement, les femmes, les adolescentes et les jeunes filles burundaises, dont 90% vivent en milieu rural, restent confrontées pour la plupart à des problèmes d'accès à la terre, à l'éducation, à la santé, à l'emploi rémunéré, faute d'une loi sur la succession les régimes matrimoniaux et les libéralités et d'une loi spécifique à la lutte contre les VBG favorisant l'équité des genres et le respect des droits humains.

L'UNFPA doit continuer à appuyer le gouvernement sur l'élaboration des projets de lois en faveur de l'égalité et de l'équité des genres et sur l'application de la législation existante.

Ces actions et tant d'autres ont permis l'atteinte du produit 1 qui contribue à l'effet du programme pays : « Pour 2014, les systèmes, institutions et mécanismes nationaux qui favorisent l'équité entre sexes, préviennent les violences sexistes et dispensent des soins intégrés aux victimes sont renforcés, et une culture des droits de l'homme est encouragée », qui contribue à l'effet UNDAF 3.2 concernant la mise en place d'une culture des Droits de l'Homme.

### **Evolution des indicateurs du produit 1 :**

Des efforts restent à faire pour atteindre les niveaux requis des indicateurs suivants : (i) Existence de loi sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités ; (ii) Existence de loi spécifique sur les VBG ; (iii) Existence d'un Code des Personnes et de la Famille révisé ; Existence des mécanismes d'application des lois précitées (ordonnances ministérielles, structures spécialisées).

Globalement, le niveau de performance de ce produit est insuffisant(Annexe 9).

### **Partenariats**

Les partenaires d'exécution du produit 1 sont :

- Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre/ Département de la Promotion de la Femme (Projet d'Appui à la Promotion de la Femme) ;
- FAWE/UNGEI, APFB, REJA, AFJB, RRPD, NTURENGAHO, CHOVIPE, AFJO, Mother's Union, Centre Seruka ;
- Réseau des Femmes Elues Locales (ABELO), Réseau des Femmes et Alliés Artisans de la Paix (RAP/WAP).

### **Stratégies d'intervention :**

Les stratégies d'intervention du produit 1 sont :

- Plaidoyer pour une législation favorable à l'égalité des genres ;
- Renforcement des capacités techniques et institutionnelles du Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre et autres institutions clés ;
- Coordination suivi- évaluation.

### **Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats (produits)**

***La liste des activités de ce produit montre qu'il n'y a pas eu une évaluation des besoins de renforcement des capacités du Ministère en charge des questions de genre et de son personnel pour la création des compétences nécessaires en vue de l'exécution efficace des activités d'intégration du genre.***

Les appuis apportés par l'UNFPA au programme dans le cadre de ce produit s'inspirent des recommandations de Beijing + 10 qui invitent les Etats à élaborer des lois en faveur de l'égalité et de l'équité de genre, et de les appliquer. Pendant toute sa mise en œuvre, le 7<sup>ème</sup> programme a ainsi contribué à :

#### **❖ Un environnement politique et institutionnel de plus en plus favorable à l'égalité de genre**

Entre 2010 et 2014, le programme a appuyé le Gouvernement pour renforcer la représentativité des femmes au Gouvernement, au Parlement, au Sénat et dans l'Administration locale. Le plaidoyer de l'UNFPA a contribué à l'augmentation du nombre des femmes dans les instances de prise de décision. Des formations ont été données pour permettre aux femmes d'être candidates et électrices aux élections de 2010. Des résultats encourageants ont été obtenus à l'issue de ces élections avec des taux en hausse de femmes élues par rapport à 2005. À l'Assemblée Nationale, 32% des élus étaient des femmes ; au Sénat les femmes constituaient 46% ; au niveau des

conseils communaux, elles ont été élues à 33% et 17 % au niveau des conseils collinaires. Par ailleurs, les femmes Ministres représentaient 33% de l'effectif des membres du gouvernement issu des élections de 2010.

Des activités de sensibilisation et d'information ont été organisées à l'intention des administratifs publics, des officiers d'état civil et des responsables des CDF, en vue de réviser certaines dispositions discriminatoires du Code des personnes et de la famille. En même temps, l'UNFPA a appuyé des ateliers de formation sur le projet de loi, la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités. Ainsi, soixante (60) leaders communautaires de la province Cankuzo ont été formés, ainsi que 30 jeunes filles et femmes leaders des associations. Ces ateliers étaient animés par l'Association des femmes Juristes du Burundi et l'Association pour la Promotion de la Fille Burundaise dans l'objectif de l'élimination progressive des discriminations faites aux femmes en matière d'héritage. Suite à ces ateliers de sensibilisations et de formation, le processus de la révision du Code de la Personne et de la Famille avait été déclenché. Toutefois, il s'avère nécessaire de continuer les procédures de sa révision.

En vue de réduire les abandons scolaires et de maintenir les filles à l'école, l'UNFPA a appuyé deux (02) ateliers régionaux en collaboration avec le Ministère chargé du Genre et l'ONG FAWÉ Burundi.

Au total, les élus locaux ont été sensibilisés et formés sur la CEDEF, les Résolutions 1325 et 1820 ; ils ont formulé des engagements pour intégrer le genre dans la planification locale pour plus d'équité et d'égalité. Un guide de prise en compte du genre dans la planification locale a été élaboré. Des actions ont été prises pour la vulgarisation du Code des Personnes et de la Famille. Les leaders communautaires et religieux ont été sensibilisés sur les dispositions du Code pénal révisé en 2009 réprimant les VBG.

En dépit de tous ces efforts, l'évaluation a constaté que le plaidoyer auprès du Gouvernement et des législateurs doit être stratégique et renforcé, à cause de : la non adoption de la loi sur les successions, les régimes matrimoniaux et les libéralités; une loi spécifique sur les VBG adoptée mais non encore promulguée ; la faible connaissance des femmes de la Résolution 1325 et de la CEDEF ; la faible participation des femmes dans les instances de prise de décision (malgré le taux minimal de participation de 30%).

#### **❖ Un renforcement accru des capacités techniques et institutionnelles des structures nationales chargées du genre**

Entre 2010 et 2014, le Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre a bénéficié de l'appui de l'UNFPA, entre autres, à travers les activités suivantes :

- Un appui technique au département de la promotion de la femme, notamment des centres de développement familial (CDF), et un appui technique à sept (07) CDF
- La mise en place d'un système de collecte et d'analyse des données sur le genre
- L'enquête nationale sur les VBG en milieu scolaire
- La mise en place d'un nouveau règlement scolaire favorable à la scolarisation des filles-mères
- L'étude d'impact des AGR sur la promotion SR/genre ;
- La mise en place du Centre HUMURA, structure nationale d'accueil et de prise en charge intégrée des victimes des VSBG, fonctionnel depuis juillet 2012 ;
- Les stages de formation des infirmiers et des Agents de Santé Communautaires (ASC) sur la prise en charge médicale des victimes des VBG
- La mise en place et le renforcement des capacités du Forum National des Femmes jusqu'au niveau des collines.

Le Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre, a besoin d'un renforcement des capacités techniques et institutionnelles encore plus grand, compte tenu des défis à relever.

Entre 2010 et 2014, le 7<sup>ème</sup> Programme a appuyé des formations qui ont permis de contribuer à la mise en œuvre du plan d'action national de la Résolution 1325 élaboré en Juillet 2009. L'appropriation par la partie nationale de la résolution 1325 et du plan d'action de sa mise en œuvre par le Gouvernement ont contribué à la mise en œuvre de ladite résolution et de la CEDEF pour la promotion et la protection des droits des femmes.

Au cours de cette période, le programme a apporté un appui au renforcement des capacités des consultants chargés de l'évaluation et de l'actualisation de la Politique Nationale Genre. Deux cent(200) cadres nationaux ont été formés en matière d'analyse de la situation et d'élaboration des outils de suivi-évaluation ; soixante (60) cadres du Ministère chargé du Genre en planification stratégique et vingt(20) cadres nationaux ont été formés en matière d'enquêtes et d'analyse des données pour mieux planifier la mise en application de la politique nationale genre.

Toutes ces formations ont permis au Gouvernement de réactualiser la Politique Nationale du Genre (PNG) et son plan d'action.

Outre l'UNFPA, l'ONUFEMMES et le PNUD ont aussi contribué à l'actualisation de cette PNG, validée par le Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre et adoptée par le Conseil des Ministres de Juillet 2012.

Avec l'appui de l'UNFPA, le Ministère en charge du Genre, en partenariat avec l'ONG FAWE, a organisé deux ateliers régionaux sur la vulgarisation du nouveau règlement scolaire favorable à la scolarisation des filles-mère à l'intention d'une centaine de responsables scolaires dont les inspecteurs et directeurs d'écoles. Ils ont sensibilisé à leur tour les enseignants et les encadreurs scolaires pour qu'ils contribuent à la réduction des abandons scolaires et au maintien des filles à l'école.

De l'entretien avec la Direction de la Promotion de la femme, il est ressorti que UNFPA était l'un des partenaires principaux après ONUFEMMES dans le domaine de la promotion de la femme, du genre et de la lutte contre la VBG à travers son appui technique et institutionnel aux structures nationales. L'évaluation a noté que malgré tous ces efforts, l'appui au Gouvernement devrait être renforcé et consistant pour la promotion de la femme et du genre au Burundi. Il s'agit notamment du renforcement des capacités techniques des cellules Genre mises en place dans tous les Ministères.

L'un des obstacles majeurs à la promotion de la femme au Burundi est l'emprise de la culture et des coutumes sur le statut de la femme dans la communauté. Pour pallier cet obstacle qui accroît les inégalités entre l'homme et la femme et combattre les VBG, les parties prenantes interrogées souhaitent dans l'ensemble la mise en place des programmes nationaux pour l'autonomisation de la femme.

**Produit 2 :** Les structures de santé, les services de soutien communautaire et juridiques sont en mesure de fournir des soins de qualité, de manière coordonnée, aux victimes des violences basées sur le genre.

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 2, genre**

L'UNFPA a efficacement contribué à la lutte contre les violences sexuelles pendant la mise en œuvre de ce programme. Il a appuyé dans la prise en charge médicale de 11.964 survivants et a fourni 987 kits de dignité post-viol à 31 structures des kits post-viol dont 24 hôpitaux, 3 structures spécialisées, 04 centres des associations. Malgré ces efforts, les services de qualité de prise en charge des victimes des viols sont encore peu accessibles par ces dernières ; dans les hôpitaux des confessions religieuses, il n'y a pas d'offre de paquet complet de prise en charge médicale, parce que la contraception pour éviter toute grossesse liée au viol n'est pas acceptée.

Cinquante (50) prestataires de santé et 27 responsables de CDF ont bénéficié de formations sur la prise en charge psychosociale, ce qui leur a permis d'améliorer la qualité d'assistance aux victimes. Egalement, 50 leaders communautaires ont été informés et sensibilisés sur le Code des Personnes et de la Famille et sur les VBG. A leur tour, ils ont informé et sensibilisé les membres de leurs communautés sur la prévention des violences domestiques et sexuelles (entretiens avec les leaders communautaires et les partenaires d'exécution (PE).

Des séminaires de sensibilisation ont été organisés à l'intention de 396 membres des Comités de Développement Communal (CDC) et de 80 Conseillers communaux de la province Muramvya en vue d'intégrer le genre et la lutte contre les VBG dans leurs plans de développement.

En conclusion, l'ensemble des activités organisées dans ce cadre ont permis l'atteinte du produit 2 qui contribue à l'effet du programme pays : « Pour 2014, les systèmes, institutions et mécanismes nationaux qui favorisent l'équité entre sexes, préviennent les violences sexistes et dispensent des soins intégrés aux victimes sont renforcés, et une culture des droits de l'homme est encouragée », qui contribue à l'effet UNDAF 3.2 concernant la mise en place d'une culture des Droits de l'Homme.

#### **Evolution des indicateurs du produit 2 :**

L'évolution des indicateurs suggère qu'un effort soit fait pour combler les lacunes au niveau des indicateurs suivants du cadre des résultats : (i) Nombre d'intervenants en matière de lutte contre les VBG formés (Ministères des DPHG, Santé, Sécurité Publique, Intérieur, Education nationale, Justice et les OSC) ; (ii) Nombre de victimes des VBG

orientés par les CDF et autres partenaires dans les provinces de Ngozi, Muramvya, Mwaro, Rutana, Makamba, Cankuzo et Bubanza ; (iii) Nombre de dossiers des victimes traités et clôturés juridiquement dans 6 provinces appuyées par UNFPA. Globalement, le niveau de performance est insatisfaisant(Annexe 9).

### **Partenariats**

Les partenaires d'exécution du produit 2 sont :

- Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre/ Département de la Promotion de la Femme (DPF) ;
- Mother's Union, Centre SERUKA ;
- Coalition des Hommes contre les Violences faites aux femmes (CHOVIFE) ;
- Réseau des Medias en Population et Développement ;
- Association pour la Promotion de la Fille Burundaise (APFB), FAWE/UNGEI, NTURENGAHO
- Réseau des Femmes élues locales (RAP/WAP) ;
- REJA et AFJO.

### **Stratégies d'intervention :**

Les stratégies d'intervention du produit 2 ont été :

- Mobilisation pour une prise en charge médicale, psychosociale et juridique des victimes des VBG ;
- Renforcement des capacités techniques et institutionnelles du Ministère des Droits de la Personne Humaine et du Genre et autres institutions clés.

### **Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats**

***Les bénéficiaires du programme à ce niveau sont les victimes des violences sexuelles et basées sur le genre ; il aurait fallu au préalable une analyse complète sexospécifique de cette population cible avant de proposer des activités sur la base des principales caractéristiques juridiques, politiques et socioéconomiques de cette population cible.***

Le programme a apporté son appui aux activités de mobilisation pour la prise en charge médicale, psychosociale et juridique des victimes des violences basées sur le genre.

#### **❖ Une mobilisation de plus en plus grande pour une prise en charge intégrée : médicale, psychosociale et juridique des victimes des violences sexuelles et basées sur le genre**

Entre 2010 et 2014, le programme a appuyé des séances de sensibilisation et de formation sur la lutte contre les VBG et la prise en charge intégrée des victimes des VBG.

Des séminaires de sensibilisation ont été organisés à l'intention de 396 membres des Comités de Développement Communal (CDC) et de 80 Conseillers communaux de la province Muramvya en vue d'intégrer le genre et la lutte contre les VBG dans leurs plans de développement.

Des actions de mobilisation de la communauté pour la lutte contre les VBG ont été aussi menées à travers les réseaux communautaires : cinquante (50) leaders communautaires hommes et femmes, ont été informés et sensibilisés sur le Code des Personnes et de la Famille et les VBG.

D'une manière générale, les activités ont consisté en :

- Un appui matériel aux structures de prise en charge médicale, psychosociale et juridique des victimes des violences basées sur le genre ;
- L'organisation des formations à l'intention des acteurs clés (police, juristes, société civile, agents communautaires) ;
- L'information et l'orientation des victimes des VBG vers les services de prise en charge psychosociale, médicale, juridique et économique.

Au cours de cette période, des points focaux magistrats ont été mis en place. Les magistrats sensibilisés accordent une attention particulière aux cas de viols et des VBG en général. Des unités genre au sein de la police nationale ont été mises en place, suite aux formations sur la lutte contre les VBG, en partenariat avec l'association NTURENGAHO et le centre SERUKA. Aujourd'hui, la police de proximité s'implique davantage dans la prévention et la répression des VBG ; sa capacité d'intervention a été améliorée, notamment dans l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des victimes des VBG vers les services appropriés.

Cinquante (50) prestataires de santé et 27 responsables de CDF ont bénéficié de formations sur la prise en charge psychosociale, ce qui leur a permis d'améliorer la qualité d'assistance aux victimes. Egalement, 50 leaders communautaires ont été informés et sensibilisés sur le Code des Personnes et de la Famille et sur les VBG. A leur tour, ils ont informé et sensibilisé les membres de leurs communautés sur la prévention des violences domestiques et sexuelles (entretiens avec les leaders communautaires et les PE).

L'évaluation a constaté que la collaboration avec les organisations de la société civile comme SERUKA, NTURENGAHO et SWAA Burundi, IRC et Care International, avec les services décentralisés du Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires sociales et du Genre (Centres de Développement Familial et Communautaires), a contribué à aborder les questions de violences sexuelles d'une manière intégrée et holistique.

❖ **Une action en synergie des intervenants pour un changement de comportement et une prise en charge intégrée des VBG**

Entre 2010 et 2014, les leaders religieux de la province de Rutana ont pris l'engagement de dénoncer les violences sexuelles, suite à la diffusion des messages sur la lutte contre les VSBG. La dénonciation des cas des violences basées sur le genre et l'implication des hommes dans la prise en charge communautaire des VSBG a été renforcée par la sensibilisation menée par les réseaux communautaires et les réseaux des hommes.

Le Ministère ayant l'Education Nationale dans ses attributions a pris l'engagement de publier le règlement scolaire favorable à la réintégration des élèves-mères pour réduire le taux d'abandon scolaire des filles et leur maintien à l'école. La mise en place des clubs UNGEI sensibilise les filles et les garçons sur le respect des droits humains et de l'égalité entre les sexes, de manière à susciter entre jeunes une solidarité agissante contre les violences sexuelles et les discriminations liées au genre.

La "Coalition des hommes contre les violences faites aux femmes "(CHOVIFE), les confessions religieuses, les organisations de la société civile comme SERUKA, NTURENGAHO et SWAA Burundi, les CDF, les services compétents de prise en charge médicale et juridique, la police judiciaire, s'inscrivent de plus en plus dans ce mouvement d'ensemble visant la réduction des VSBG. En effet, les cas de violences basées sur le genre qui se présentent aux CDF bénéficient d'une assistance psychosociale; d'autres sont référés aux services compétents de prise en charge intégrée comme le centre Seruka qui offre une prise en charge médicale complète et efficace à plus ou moins 1400 victimes des VBG par an. La coordination du centre Seruka a affirmé aux évaluateurs que le partenariat avec l'UNFPA a contribué à l'harmonisation de la prise en charge médicale des victimes VSBG selon le protocole national et les actions du centre Seruka ont été étendues aux provinces d'intervention d'UNFPA.

Pour une réponse holistique aux VSBG, le Centre public Humura a été créé et est fonctionnel depuis le 28 Juin 2012. Ce centre, appuyé par les Agences du Système des Nations Unies dont UNFPA, est un guichet unique (One stop center) de prise en charge intégrée, sous tutelle du Ministère en charge du Genre, en collaboration avec les Ministères de la Santé, de la Sécurité et celui de la Justice. L'UNFPA en a assuré l'équipement en matériel médical et fournitures. Le centre Humura accueille et prend en charge en moyenne 1560 victimes par an dont environ 10% sont des hommes. Les services offerts par le centre sont l'accueil, l'abri temporaire, les soins médicaux; la prise en charge psychologique, le service juridique et judiciaire, la réinsertion familiale, communautaire et socio-économique selon les cas. Le tableau ci-après donne la répartition des violences par type et par âge. Contrairement à l'idée reçue, les violences sexuelles ne représentent que 15% des cas par rapport à l'ensemble des cas.

**Tableau 11** : Types de violences et répartition par âge des victimes de 2015 au centre Humura

% par type de violence en 2015			% par répartition par âge		
Type de violence	Nombre des cas	%	Tranche d'âge	Nombre	%
Violences sexuelles	202	15%	Inférieur à 10 ans	50	4%
Violences physiques	281	21%	Entre 10 et 18 ans	174	13%
Violences socio-économiques	107	8%	Entre 18 et 25 ans	393	29%
Violences psychologiques	162	12%	Plus de 25 ans	717	53%
Autres cas	750	56%			

Source : Données du Centre Humura, Août 2016

En 2015, le centre Humura a traité 56% d'autres cas qui sont des conflits conjugaux et familiaux, généralement résolus par la médiation. Cela trouve explication par les 53% de victimes âgées de plus de 25 ans qui sont en effet pour la plupart mariées et victimes des conflits conjugaux ou familiaux.

Selon la Coordination du centre Humura rencontrée lors de la descente sur le terrain de l'équipe d'évaluation, les victimes des VBG prises en charge par le centre bénéficient d'une procédure judiciaire rapide. Ainsi, selon une enquête réalisée par le centre Humura en 2015, le nombre de plaintes déposées à la police judiciaire s'élevait à 139 ; 77 dossiers transmis au Ministère Public ; 80 présumés auteurs appréhendés. Au cours de la même année, 90 dossiers ont pu être clôturés, 70 jugés. Parmi ces derniers, il y a eu 66 condamnés et 4 acquittés. La lutte contre l'impunité enregistre donc des résultats.

L'implication de la Première Dame dans la lutte contre les VSBG a contribué à la mobilisation des différentes couches de la population dont les leaders religieux, les élus locaux, les représentants des associations féminines et du Réseau des hommes contre les violences faites aux femmes.

Néanmoins, la plupart des partenaires rencontrés par l'équipe d'évaluation ont insisté sur la nécessité des programmes de réinsertion socio-économique des victimes des VSBG. Ils souhaiteraient que des programmes des activités génératrices de revenus (AGR) soient initiés et soutenus par les bailleurs de fonds afin d'appuyer les groupements ou associations des femmes survivantes des VSBG ; cela contribuerait à leur autonomisation et à la restitution de leur dignité.

#### 4.2.3. Population et Développement (P&D)

**Produit 1** : Des informations et des données démographiques et socioéconomiques désagrégées sont disponibles, accessibles, utilisées au niveau national, sectoriel et décentralisé

##### Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 1, P&D

Dans la composante Population et Développement, le programme a appuyé le Gouvernement dans la collecte et l'analyse des données démographiques désagrégées ; il a ainsi mis à la disposition des décideurs et des planificateurs des données fiables pour le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de développement ; il a renforcé les capacités des cadres nationaux en collecte et analyse des données ; 50 cadres nationaux provenant de différents Ministères techniques ont été formés sur l'intégration des variables démographiques dans les politiques, plans et programmes sectoriels de développement. A cet égard, l'UNFPA a aussi appuyé le gouvernement pour la formation de 44 experts chargés d'élaborer le CSLP II ; six (06) démographes ont également été formés et affectés dans les différents services du système national de statistique. A ce nombre, il faut ajouter 23 autres cadres nationaux formés en techniques d'analyse des données du RGPH2008 ; quatorze (14) rapports thématiques ont été produits.

L'ensemble des activités organisées et mises en œuvre ont permis d'atteindre le produit 1 qui contribue à l'effet du programme pays suivant : « Pour 2014, les systèmes nationaux d'information, de production et d'analyse des données sociodémographiques sont améliorés et utilisés par le Gouvernement pour diriger un processus participatif destiné à concevoir, mettre en œuvre, assurer le suivi et évaluer la nouvelle Stratégie de réduction de la pauvreté et les stratégies sectorielles », qui contribue à l'effet UNDAF 1.1 : « Les institutions gouvernementales clés ont les capacités nécessaires pour animer un système de planification stratégique participatif qui inclut les acteurs nationaux et internationaux et qui tient compte des normes et engagements nationaux et internationaux ».

##### Evolution des indicateurs du produit 1 :

L'examen des indicateurs au niveau de ce produit 1 montre le niveau satisfaisant des indicateurs suivants : (i) Existence des tableaux statistiques du recensement ; (ii) Existence des rapports d'analyse thématique sur les données démographiques et socio-économiques désagrégées ; (iii) Existence d'une base de données intégrée. Globalement, le niveau de performance est satisfaisant (Annexe 9).

##### Partenariats

Les partenaires d'exécution du produit 1 sont :

- Institut National de Statistique et des Etudes Economiques (ISTEEBU)
- Bureau Central du Recensement (BCR)
- Réseaux en population et Développement (journalistes, parlementaires, jeunes)

### **Stratégies d'intervention :**

Les stratégies d'intervention du produit 1 ont été :

- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour l'analyse et la dissémination des données du RGPH 2008
- Renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système statistique national

### **Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats**

Les activités suivantes étaient programmées pour être réalisées entre 2010-2014 :

- Appui de l'UNFPA aux analyses thématiques basées sur les données du RGPH 2008 ;
- Publication et dissémination des résultats du RGPH 2008 ;
- Réalisation de l'enquête démographique et de santé (EDS 2010) ;
- Appui apporté à l'ISTEEBU dans la mise en place de la base nationale de données désagrégées intégrant IMIS et Burundi Info appuyé par l'UNICEF ;
- Publication périodique des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du CSLP, de la politique nationale de population et des OMD ;
- Appui à la révision et à la vulgarisation de la loi statistique ;
- Appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la statistique.

Le renforcement des capacités a fait l'objet d'une attention particulière :

#### **❖ Renforcement des capacités techniques et institutionnelles**

Le 7<sup>ème</sup> programme, dans sa composante population et développement, a mis un accent particulier sur la collecte et l'analyse des données, indispensables pour une bonne planification du développement.

Entre 2010 et 2014, en ce qui concerne l'intégration des facteurs démographiques dans les politiques et programmes sectoriels de développement, l'UNFPA a contribué à renforcer les capacités nationales (ISTEEBU, BCR et autres) pour produire des documents tels que le rapport d'évaluation de la performance et de l'impact du premier CSLPI (2007-2009), en organisant des ateliers et revues sectorielles pour la prise en compte des questions de population dans le CSLPI. A cet égard, l'UNFPA a appuyé le gouvernement pour la formation de 44 experts chargés d'élaborer le CSLP II (2010-2015); six (06) démographes ont également été formés et affectés au BCR et à l'ISTEEBU en vue de contribuer à l'élaboration des rapports thématiques du RGPH 2008. A ce nombre, il faut ajouter 23 autres cadres nationaux formés en techniques d'analyse des données du RGPH2008 ; quatorze (14) rapports thématiques ont été produits.

L'UNFPA a financé la formation de 3 cadres nationaux en démographie, niveau Master, à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) de Yaoundé, et de 50 cadres nationaux provenant de différents Ministères techniques sur l'intégration des variables démographiques dans les politiques, plans et programmes sectoriels de développement. Entre 2010 et 2011, l'appui des institutions universitaires, régionales et nationales (IFORD, CURDES) à l'ISTEEBU et au BCR a permis de renforcer les capacités des cadres nationaux pendant l'élaboration du CSLPII, notamment dans la production d'outils et des notes méthodologiques permettant d'améliorer la qualité technique des documents. D'après les informations recueillies par les évaluateurs, tous les démographes ont été affectés à l'ISTEEBU qui reste la seule structure nationale à disposer d'une masse critique de compétences en collecte et analyse des données.

#### **❖ Prise en compte des questions des jeunes**

Le 7<sup>ème</sup> programme a pris en compte les questions des jeunes : en 2010, les réseaux des jeunes ont participé activement dans les revues annuelles du CSLPI et ont identifié des lacunes au niveau de la prise en compte de leurs besoins. L'UNFPA, en collaboration avec le réseau des jeunes en population et développement, a appuyé la participation des leaders de 4 associations dans les consultations communautaires. Soixante (60) jeunes provenant des réseaux et fora ont participé aux consultations nationales sur la nécessité de doter le pays d'une politique nationale de population. La Déclaration de Politique Nationale de Population adoptée en 2011 intègre effectivement les besoins des jeunes en SSRAJ ; 15 leaders des jeunes et cadres du ministère de la jeunesse ont été formés en plaidoyer pour leur meilleur positionnement dans les politiques et stratégies publiques.

#### **❖ Plaidoyer pour l'utilisation des données sociodémographiques**

Malgré les progrès enregistrés par l'ISTEEBU et le BCR au cours des années passées, des efforts restent à faire dans le domaine de la production et de l'utilisation des données.

En 2010, l'UNFPA a appuyé l'organisation d'une campagne de sensibilisation des décideurs politiques et des partenaires au développement à l'utilisation des résultats du RGPH2008 sous le thème "chaque individu compte" à l'occasion de la journée mondiale de la population 2010.

Cette campagne de sensibilisation à l'utilisation des résultats du RGPH 2008 avait été présidée par le Premier Vice-Président de la République du Burundi. Elle a eu comme résultat immédiat le recours de tous les partenaires au développement à l'utilisation systématique des données du RGPH 2008 pour le suivi des OMD et du CSLP II.

Les données du RGPH 2008 ont été utilisées dans de nombreux domaines, entre autres, la validation du recensement électoral de 2010 et la détermination du nombre de sièges dans les provinces du pays; la base de données (IMIS) ; le suivi des OMD et l'élaboration du CSLP II.

Ainsi, les bases de données sociodémographiques IMIS et Burundi Info sont opérationnelles et contribuent à améliorer la disponibilité de l'information.

L'équipe de l'évaluation a insisté sur **la nécessité de prendre en compte les questions de genre à l'aide des données désagrégées disponibles permettant une meilleure compréhension des disparités entre les deux sexes. En l'absence des données sexospécifiques suffisantes, l'équipe de l'évaluation suggère la possibilité de commanditer une étude de référence spécifique sur le genre avant l'intervention du prochain programme.**

**Produit 2** : Capacités des décideurs et des institutions de mise en œuvre des programmes de développement au niveau central et décentralisé pour une prise de conscience des liens entre population et développement renforcées

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 2, P&D**

Dans le cadre de la sensibilisation sur les liens population et développement, l'UNFPA a contribué au renforcement des capacités techniques des cadres de l'ISTEEBU, du BCR et des ministères de la santé, de l'éducation, du travail et de l'emploi, avec l'appui technique du Conseiller régional en population et développement et d'un consultant international ; 14 cadres ont été formés pour l'élaboration et l'utilisation des perspectives et projections démographiques à partir des données du RGPH2008 et l'EDS2010. Ces projections ont été des éléments forts de sensibilisation utilisés pour construire le model RAPID (Ressources d'Analyse de la Population et son Impact sur le Développement)Burundi afin de démontrer l'impact de la croissance démographique sur les secteurs clés du développement socio-économique.

En dépit des difficultés liées à la coordination et à la mobilité des cadres nationaux, la qualité des activités réalisées permet d'affirmer que le produit 2 a été atteint et est en mesure de contribuer à l'effet du programme pays suivant : « Pour 2014, les systèmes nationaux d'information, de production et d'analyse des données sociodémographiques sont améliorés et utilisés par le Gouvernement pour diriger un processus participatif destiné à concevoir, mettre en œuvre, assurer le suivi et évaluer la nouvelle Stratégie de réduction de la pauvreté et les stratégies sectorielles », qui contribue à l'effet UNDAF 1.1 : « Les institutions gouvernementales clés ont les capacités nécessaires pour animer un système de planification stratégique participatif qui inclut les acteurs nationaux et internationaux et qui tient compte des normes et engagements nationaux et internationaux ».

#### **Evolution des indicateurs du produit 2 :**

Le niveau d'atteinte des indicateurs suivants reste satisfaisant : (i) Nombre de cadres des ministères et institutions cibles formés en techniques d'intégration des questions de population ; (ii) Existence des rapports d'évaluation du CSLP ; (iii) Existence du CSLP 2<sup>ème</sup>Génération.

Le niveau des indicateurs est problématique pour les indicateurs suivants : (i) Déclaration de Politique nationale de population adoptée et sa mise en œuvre ; (ii) Nombre de ministères et institutions cibles ayant intégré les questions de population, de SR et d'égalité des sexes dans les plans sectoriels.

Globalement, le niveau de performance mesurée par les indicateurs est satisfaisant(Annexe 9).

#### **Partenariats**

Les partenaires d'exécution du produit 1 sont :

- Institut National de Statistique et des Etudes Economiques (ISTEEBU) ;

- Bureau Central du Recensement (BCR)<sup>35</sup> ;
- Réseaux en population et Développement.

### **Stratégies d'intervention :**

La stratégie d'intervention du produit 2 a été :

- Renforcement des capacités techniques des institutions clés en matière d'intégration des questions sexo-spécifiques, de population et de santé reproductive dans les plans de développement à tous les niveaux.

### **Réalisations (activités) pour l'atteinte des résultats**

Le programme a appuyé les activités relatives à une plus grande prise de conscience des relations entre population et développement. D'où l'importance du plaidoyer :

#### **❖ Plaidoyer pour la prise en compte des questions de population dans les politiques et programmes**

L'intégration des questions de population constitue l'un des volets majeurs de la composante P&D. Plusieurs activités relatives au renforcement des capacités dans le domaine de l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement ont été réalisées.

Au cours de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme, l'UNFPA a en effet appuyé le gouvernement pour la formation de 50 cadres des différentes ministères sectoriels et du Secrétariat Permanent des Reformes Economiques et Sociales (SP/REFES), auxquels il faut ajouter les partenaires techniques et financiers (PTF), des confessions religieuses, de la société civile, sans oublier les associations des jeunes et les représentants du secteur privé, en vue de l'intégration des questions de population (dynamique démographique, SR, genre, jeunes) dans le CSLPII.

Les cadres ainsi formés ont joué un rôle déterminant à tous les niveaux. Ils ont notamment utilisé leurs compétences en intégration des variables démographiques dans le CSLPII, le PNDSII et la Politique nationale Genre (2012-2025). Les projections démographiques produites par le Ministère du Plan ont servi à l'élaboration de la Déclaration de la Politique Démographique adoptée en octobre 2011.

Ce résultat peut être attribué à la prise de conscience des décideurs et des planificateurs de l'importance de l'intégration des variables démographiques dans les stratégies nationales de développement.

#### **❖ Le défi de la population et du développement**

Les évaluateurs ont constaté à partir de la revue documentaire, que les liens entre population et développement étaient encore mal connus et faiblement intégrés dans les politiques et programmes sectoriels du pays. C'est le rôle de la composante P&D que d'attirer constamment l'attention des décideurs et des planificateurs sur l'importance de prendre en compte ces liens intersectoriels dans tous les aspects du développement.

Ainsi, la planification familiale, par exemple, ne saurait être considérée isolément comme un facteur extérieur au développement, mais comme faisant partie intégrante du développement. Il est donc important qu'on garde ces liens à l'esprit, en s'impliquant avec beaucoup plus de détermination dans la maîtrise et la résolution des problèmes que pose la croissance démographique, notamment en matière d'éducation, de nutrition, de santé, d'alimentation, de dégradation de la qualité de vie rurale, de la mauvaise condition de vie de beaucoup de femmes et d'enfants, etc. Compte tenu de l'impact de la démographie sur les ressources, on doit tenir compte de la notion de "carrying capacity". Cette dernière, centrée sur la production, a l'avantage de poser les problèmes de surfaces, d'occupation de l'espace, de techniques de production, d'aménagement du territoire au Burundi.

#### **❖ Le défi du dividende démographique**

Près de 90% de la population du Burundi vivent de la terre, sur une superficie du territoire de 27834km<sup>2</sup>. Dans ces conditions, la maîtrise de la croissance démographique et de son impact sur les ressources apparaît comme un défi majeur à relever, en termes de développement et de lutte contre la pauvreté.

La réponse du gouvernement du Burundi à cette question est contenue dans le pilier 5 de la Vision 2025 qui a pour objectif principal de « ramener le taux d'accroissement de la population de 2,4% à 2% en 2025 ». Mais cet objectif ne peut être atteint sans massivement investir dans l'éducation, la santé, l'emploi des jeunes, l'autonomisation de la femme, dans des réformes économiques en profondeur, etc. Autant de conditions préalables

<sup>35</sup> Structure temporaire pour exécuter le projet RGPH et les cadres étaient recrutés comme des consultants, actuellement pour plus de pérennisation il y a la loi statistique et des textes d'application et un département d'études démographique à l'ISTEEBU

et indispensables pour réduire les taux de fécondité et les taux de dépendance (encore très élevés), et ouvrir enfin la première fenêtre d'opportunité du dividende démographique (DD), tout en sachant que le DD n'est qu'une possibilité et non un acquis une fois pour toutes ou une certitude.

La jeunesse burundaise pourrait constituer un atout pour le pays, en termes de dynamisme et de main-d'œuvre, mais elle pose surtout le problème de l'accès à l'éducation et à l'emploi pour des centaines de milliers de jeunes.

Au niveau de cette composante, l'évaluation a constaté la situation suivante : (i) des problèmes institutionnels et de coordination persistants ; (ii) tous les partenaires rencontrés ont insisté sur la grande mobilité des cadres nationaux formés ; (iii) la faible appropriation de la composante par la partie nationale ; (iv) la nécessité pour le Burundi de disposer d'une structure nationale forte pour coordonner et gérer l'ensemble des problèmes démographiques (Office national de la population) ; (v) nécessité de l'application de la loi statistique.

***La dimension genre est étroitement liée au dividende démographique. La structure par âge du Burundi montre l'importance numérique des femmes et leur poids potentiel en tant que ressources humaines au plan national. La perspective genre devrait donc être prise en compte à tous les niveaux, avec la possibilité pour les hommes et les femmes de participer pleinement au développement du pays.***

#### 4.2.4. Coordination et suivi-évaluation

**Question d'évaluation 3** : Dans quelle mesure le dispositif de coordination et de suivi va-t-il influencé la réalisation des activités et l'atteinte des résultats ? (QE3)

##### **Constats/Résumé de la réponse à la question de la coordination (QE3)**

L'évaluation a constaté que les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation du 7<sup>ème</sup> programme sont peu efficaces, du fait d'une faiblesse de supervision/suivi par les structures de coordination.

Des efforts restent aussi à faire pour engager le programme dans la recherche des résultats. D'où l'importance que doit revêtir la Gestion axée sur les résultats (GAR) dans la planification stratégique et opérationnelle, ainsi que dans la mise en œuvre et le suivi du CPAP. L'évaluation a constaté que la mise en œuvre d'un Plan de suivi-évaluation et le rapportage étaient à améliorer. Six formations sur le suivi évaluation ont été organisées depuis 2010 mais il s'avère nécessaire d'organiser d'autres formations sur la GAR à tous les niveaux. Les outils de rapportage sont très descriptifs et ne permettent pas de faire ressortir facilement les résultats.

Avec l'appui de l'UNFPA, le Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le Sida a développé des outils de collecte des données désagrégées dans le domaine de la SR qui seront opérationnels en 2017.

##### 4.2.4.1. Coordination du programme

Initialement dans sa stratégie de partenariat, le 7<sup>ème</sup> programme de coopération (2010-2014) était placé sous la coordination nationale du Ministère des Relations Extérieures, alors que la coordination technique était assurée par le Ministère du Plan et de la Reconstruction. Au niveau de chaque composante, un comité de gestion et de coordination technique sectoriel (Ministère de la santé pour la SR, Ministère des Droits de la Personne Humaine pour le genre et le Ministère du plan pour la P&D) devait être mis en place. Par conséquent, le gouvernement était de ce fait le premier responsable de ce programme. La coordination technique a connu des difficultés de rassembler tous les partenaires ; les restructurations intervenues au niveau du Ministère du Plan ne lui ont pas permis de jouer pleinement ce rôle.

Dans le cadre de la Stratégie Intégrée d'Appui du Système des Nations Unies au Burundi à travers l'UNDAF, c'est le Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération Internationale qui assure la coordination globale du programme pour tout ce qui concerne les relations entre l'UNFPA et le Gouvernement du Burundi.

Pour suppléer à l'absence de la structure de coordination précédente, l'extension du Programme a mis en place un comité de pilotage conjoint avec deux comités techniques relatifs à la PF/SM et adolescents et jeunes.

**Tableau 12:** Rôles et responsabilités des différents niveaux de coordination

<b>Comité de pilotage conjoint- (GoB, UNFPA et PTF)</b>	
<b>Composition</b>	<b>Rôle et responsabilités</b>
Ministère des Relations Extérieures et de la CI Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida: PNSR, DGPPS, DG Planification Ministère à la Présidence chargé de la bonne gouvernance et du plan (DG Planification nationale et prévision, ISTEERU) Ministère de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ; Ministère de la Jeunesse, des Sports de la et de la Culture (DG Jeunesse) Ministère des droits de la personne humaine, des affaires sociales et du genre (DG PF/Genre) Ministère de l'Intérieur et de la formation patriotique, ONGs et associations partenaires de mise en œuvre	Le MRECI assure la Présidence Le PNSR assure le secrétariat du CP Organisation des revues semestrielles et annuelles, revue globale du PP et de la réunion de stratégie de préparation du nouveau document de PP
<b>Comité Technique PF/SM</b>	
<b>Composition</b>	<b>Rôle et responsabilités</b>
PNSR, PNLs, DSNIS, DGP, DGSS, INSP Direction Générale de la Planification nationale et prévision, ISTEERU Direction Générale PF/Genre ONGs et associations partenaires de mise en œuvre (ABUBEF)	Présidence : PNSR en collaboration avec le Bureau Pays UNFPA, le comité aura la responsabilité de : (i) coordonner la préparation des plans de travail annuels; (ii) organiser des réunions trimestrielles de suivi; consolider les rapports techniques trimestriels et annuels des différents plans de travail annuels; rapporter au CP
<b>Comité technique Ado/Jeunes</b>	
PNSR, DSNIS, Direction Générale de l'Administration de l'Enseignement de Base et Secondaire et Direction générale des Bureaux Pédagogiques (BEPEB, BEPES, BEET) ; Direction Générale de la Jeunesse ; Direction Générale PF/Genre ; PNLs ; ONGs et associations partenaires de mise en œuvre.	Ce comité sera présidé par la Direction Générale de l'Administration de l'Enseignement de Base et Secondaire en collaboration avec le Bureau Pays UNFPA, le comité aura la responsabilité de : (i) coordonner la préparation des plans de travail annuels; (ii) organiser des réunions trimestrielles de suivi; consolider les rapports techniques trimestriels et annuels des différents plans de travail annuels; rapporter au CP

Source : CPAP (2015-2016)

• **Modalités d'exécution du 7ème programme**

Initialement, le 7<sup>ème</sup> programme de coopération avait adopté la modalité de l'exécution nationale (NEX). Celle-ci implique, entre autres :

- Le transfert de fonds sur un compte bancaire du partenaire d'exécution ;
- La remise d'espèces directement au partenaire d'exécution avant ou après la réalisation des activités planifiées et justifiées ;
- Le paiement direct aux fournisseurs ou à des tierces parties au titre d'obligations encourues par le partenaire d'exécution, sur la base de demandes approuvées par le responsable du projet et la/le Représentant de l'UNFPA ;
- La demande d'avance.

L'exécution nationale est une exigence de la Déclaration de Paris. Elle vise à renforcer l'exercice de responsabilité et de transparence dans l'utilisation des ressources allouées à un programme, et surtout à mettre le Gouvernement devant ses responsabilités. Elle prône enfin l'implication de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre du programme élaboré de commun accord.

C'est pourquoi, au cours de ce 7<sup>ème</sup> programme de coopération, l'UNFPA a mis à la disposition de tous les partenaires d'exécution un manuel d'Exécution Nationale (NEX) qui, selon les informations recueillies par les

évaluateurs, a fait l'objet d'ateliers de formation à l'intention de la partie nationale. Cependant, l'utilisation de ce manuel ne semble pas avoir été suffisamment maîtrisée, compte tenu de certaines difficultés de gestion rencontrées par la partie nationale.

La signature des PTA est un bel exemple des engagements que prennent le Gouvernement et l'UNFPA, pour une mise en œuvre transparente du programme et axée sur les résultats.

#### 4.2.4.2. Suivi du programme

L'évaluation du système du suivi du 7<sup>ème</sup> programme a porté sur les points suivants :

- Cadre des résultats ;
- Suivi des intrants et des activités ;
- Suivi des produits et des effets ;
- Suivi des hypothèses et risques ;
- Renforcement des capacités nationales.

##### • Cadre des résultats

Le CPAP 2010-2014, auquel est annexé un cadre de résultats et de ressources, en lien avec des effets de l'UNDAF, ne s'aligne pas sur les effets du Plan stratégique 2008-2011 de l'UNFPA, mais contient des produits et des indicateurs parfois sans données de base, ainsi que les partenaires d'exécution et les montants du budget alloué pour chaque rubrique.

Le CPAP 2010-2014 est l'outil de base qui a permis la mise en œuvre concrète du 7<sup>ème</sup> Programme. Le cadre des résultats a été revu lors de l'évaluation à mi-parcours du programme, et suite à l'extension de deux ans (2015-2016) dudit programme et à son alignement sur le plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017.

Ce cadre des résultats a des insuffisances en termes de détermination d'une situation de référence, avec des indicateurs peu renseignés.

Le 7<sup>ème</sup> Programme dispose d'un Plan de Suivi-évaluation mis à jour, qui définit les rôles et responsabilités des acteurs, le cycle complet de suivi, les activités du suivi, de rapportage, d'évaluation du programme, les sources de données et les outils afférents, y compris la matrice de planification pour le suivi et l'évaluation.

Annuellement, les activités de suivi-évaluation sont reportées en termes d'études et d'enquêtes, les activités de suivi et de rapportage du Bureau ainsi que les évaluations planifiées.

**L'évaluation attire l'attention sur le suivi annuel des indicateurs : certains indicateurs sont faciles à renseigner à partir des données de routine et d'autres nécessitent la réalisation des études /enquêtes qui sont très coûteuses et non réalisables chaque année, ce qui pose un problème pour renseigner les cibles annuelles de ces indicateurs.**

##### • Suivi des intrants et des activités

Le suivi des intrants et des activités constitue la plus grande partie des tâches qu'accomplit au quotidien par le personnel du Bureau de l'UNFPA-Burundi. A ce niveau, les évaluateurs n'ont constaté aucun problème particulier, car il s'agit des tâches qui rentrent dans la routine. Ce suivi se fait sur la base d'un certain nombre de documents financiers ou de rapports institués par le Fonds :

- PTA, rapports financiers, ATLAS, rapports de progrès trimestriels, et rapports standards de progrès ;
- Tenue des réunions entre l'UNFPA et les partenaires d'exécution et autres parties prenantes concernées ;
- Rapports des missions sur le terrain ;
- Revues conjointes ;
- Audits annuels ;
- Préaudits ;
- Retraites de Bureau

Les revues semestrielles et annuelles des produits du CPAP sont systématiquement organisées pour faire un bilan exhaustif de l'état d'avancement des activités réalisées dans l'année, par rapport aux cibles définies. L'évaluation a constaté que le programme dispose de : (i) un plan de suivi-évaluation du CPAP 2010-2014 ; (ii) des calendriers de suivi-évaluation pour les années 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.

- **Suivi des produits et des effets**

Il s'agit ici d'un suivi axé sur les résultats, c'est-à-dire que toutes les activités de suivi devraient être orientées vers l'obtention des résultats, en suivant systématiquement la logique de la chaîne des résultats, depuis les intrants ou les moyens mis en œuvre, en passant par des activités qui conduisent directement aux produits, puis l'ensemble des produits aux effets, et l'ensemble des effets à l'impact. Car, il ne suffit pas de lister les activités, mais de se demander toujours quel résultat on obtient après chaque activité ou après un ensemble d'activités réalisées.

L'interruption de certaines activités au cours de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme, la multiplicité des petites activités et leur dispersion, le faible lien entre activités et produits, et le retard accusé dans la signature des PTA, rendent difficile la réalisation de la logique de la chaîne des résultats, fondement de la théorie de changement prônée par l'UNFPA. La faiblesse constatée au niveau de cette vision axée sur les résultats conduit les partenaires à raisonner toujours en termes d'intrants et d'activités, oubliant dans leur rapportage de mettre l'accent sur les résultats obtenus.

Il importe cependant de signaler que plusieurs enquêtes et études ont été faites pour voir les changements produits au niveau des bénéficiaires : Enquête SPSR, enquête SONU, CAP/PF, EDS, la prévalence des fistules obstétricales, les services conviviaux aux jeunes et les grossesses en milieu scolaire.

- **Suivi des hypothèses et des risques**

Le contexte sociopolitique du Burundi aurait dû faire l'objet d'une analyse approfondie des hypothèses et de risques pendant la conception du 7<sup>ème</sup> programme. L'environnement dans lequel a en effet évolué ce programme a été particulièrement marqué par une grande instabilité politico-sociale qui a eu un impact néfaste sur la mise en œuvre des activités. Il serait donc recommandé que dans la conception du prochain programme on tienne compte des facteurs externes, et qu'on détermine les conditions nécessaires (hypothèses) pour que se réalise comme prévue la relation de cause à effet, entre les différents niveaux de résultats. Ces hypothèses incluent des conditions internes et externes au programme.

- **Renforcement des capacités nationales**

Dans le cadre du renforcement des capacités en suivi et évaluation, il est apparu aux évaluateurs que des ateliers de formation ont été organisés au cours de la mise en œuvre de ce programme, à l'intention des partenaires d'exécution. Des points focaux suivi-évaluation des institutions partenaires de mise en œuvre ont été formés sur le suivi/rapportage.

- **Prise en compte du genre dans le cadre des résultats**

Les objectifs, buts et indicateurs du cadre des résultats du 7<sup>ème</sup> programme ne sont pas explicites, réalistes, et en phase avec les indicateurs d'égalité homme-femme. Il est important que dans la préparation du prochain programme, la problématique homme-femme soit mise en exergue chapitre par chapitre, et que les capacités en matière de collecte des données désagrégées par sexe et l'élaboration des indicateurs sexospécifiques soient renforcées.

#### **4.3. REPONSE A LA QUESTION SUR L'EFFICIENCE**

**Question d'évaluation 4** : Dans quelle mesure les mécanismes administratifs et financiers et l'utilisation des ressources ont-ils permis l'atteinte des résultats attendus dans le cadre des trois composantes du Programme ?  
(QE 4)

#### Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficience (QE 4)

Le programme a investi d'importantes ressources pour financer les activités planifiées jusqu'en 2015 dans les trois domaines programmatiques (SR, Genre, P&D) : 32 324 273 USD, dont 13 845 840 USD de fonds propres et 18 478 433 USD de fonds mobilisés sur la période 2010-2015. Les niveaux des taux d'exécution financière sont bons pour les trois composantes : Population et développement (91%) ; Management (77%), santé de la reproduction (93%) et Genre (96%). Le taux d'exécution financière global se situe à 92%. (Source : Atlas, septembre 2015).

L'UNFPA a fait preuve d'une gestion rationnelle des ressources ; avec peu de ressources, il a pu contribuer à la réalisation de la plupart des activités planifiées. Cependant, des contraintes subsistent : planification insuffisante, difficultés dues aux procédures, retards dans la mise en œuvre de certaines activités, faible maîtrise des procédures par la partie nationale, nombreux changements d'orientation au cours de la mise en œuvre du programme, etc. Le niveau de renseignement des données de performance (prévisions et réalisations) n'a pas permis de déterminer le rapport coût-efficacité du programme.

L'évaluation de l'efficience peut se baser sur l'analyse coût efficacité (ACE) en reportant les dépenses engagées aux résultats obtenus. Elle répond à des questions de type : «en avons-nous pour notre argent?», en comparant des ratios de coût par unité de résultat, par exemple: coût par médecin formé en réparation des fistules obstétricales, coût par personnel médical formé en SONU, etc. Les évaluateurs n'avaient ni données, ni possibilité de procéder à une telle analyse de l'efficience. Ils se sont limités à l'examen des mécanismes administratifs et financiers, à la disponibilité des ressources fournies en temps opportun (ou non) et à la qualité des services offerts.

- **Adéquation entre ressources et résultats**

Il ressort de la revue des documents financiers consultés par les évaluateurs que l'UNFPA **a utilisé rationnellement les moyens à sa disposition, et atteint ses objectifs à moindre coût** (financier, humain et organisationnel). La relation entre les différentes activités, les ressources disponibles, et les résultats prévus a été cohérente. En d'autres termes, le programme a été mis en œuvre de manière optimale et la plus économiquement avantageuse.

L'UNFPA a mis à la disposition du programme (voir structure financière du programme, chapitre 3, paragraphe 3.5) des ressources matérielles, financières et humaines afin d'atteindre les résultats en temps opportun, conformément aux objectifs fixés.

L'examen des taux d'utilisation budgétaire met en évidence une exécution budgétaire satisfaisante pour les 3 composantes du programme : 91% pour population et développement ; 93% pour la santé de la reproduction ; 96% pour le Genre, et 77% pour le Management. Il est de 92% pour l'ensemble du programme (voir chapitre 3, structure financière du programme).

La répartition du budget du programme montre néanmoins un énorme déséquilibre entre les trois composantes, traduisant ainsi la politique de l'Organisation qui entend tout centrer sur la santé de la reproduction. Les composantes genre et P&D apparaissent donc en termes budgétaires trop affaiblis pour jouer efficacement leur rôle d'appui à la SR. Le programme, dans ce sens, n'est pas équilibré. La stratégie de financement a changé en mettant l'accent sur la SR.

A titre d'illustration, la répartition du budget par composante se présente comme suit : **SR, 84,17% ; P&D, 6,60% ; Genre, 3,67%, et Management, 5,56%.**

Pendant la mise en œuvre du programme, la gestion du temps a été un problème récurrent qui s'est notamment traduit par la signature tardive des PTA.

**Tableau 13** : Dates et signature des PTA (Quelques exemples)

Composante	Produits	PTA 2010	PTA 2011	PTA 2012	PTA 2013
<b>SR</b>	Produit 1	03 Mars 2010	21 Mars 2011	30 Janv.2012	Cachet sans date
	Produit 2	03 Mars 2010	21 Mars 2011	30 Janv.2012	Cachet sans date
	Produit 3	03 Mars 2010	21 Mars 2011	30 Janv.2012	Cachet sans date
<b>P&amp;D</b>	Produit 1	04 Mars 2010	24 Janv. 2011	31 Janv. 2012	09 Avril 2013
	Produit 2	04 Mars 2010	15 Févr. 2011	31 Janv. 2012	09 Avril 2013
<b>Genre</b>	Produit 1	05 Mars 2010	05 Août 2011	31 Janv. 2012	15 Janv.2013

Composante	Produits	PTA 2010	PTA 2011	PTA 2012	PTA 2013
	Produit 2	05 Mars 2010	05 Août 2011	31 Janv. 2012	15 Janv.2013

Source : Revue des PTA

Il ressort du tableau ci-dessus qu'en 2010 tous les PTA étaient signés au mois de mars ; la signature a été plus tardive en 2011 où certains PTA étaient signés au mois d'août ; la situation s'est améliorée en 2012 ; puis en 2013, elle est restée très fluctuante avec certains PTA sans date de signature.

- **Budget du programme et genre**

Le budget du programme n'a pas explicitement tenu compte du genre ; or, il devrait répondre aux besoins différenciés des hommes, des femmes, des filles et des garçons et rejaillir sur ces groupes. Les initiatives budgétaires sexospécifiques devraient être prises au niveau de chaque composante du programme pour contribuer aux objectifs d'équité, d'égalité, de respect effectif des droits humains, d'efficacité et de performance.

- **Faible maîtrise des procédures de l'UNFPA**

Les personnes interrogées tant au niveau central que provincial pensent que les procédures de l'UNFPA sont trop compliquées et constituent même de véritables goulots d'étranglement, source de blocages persistants. Mais l'évaluation a aussi permis de mettre en évidence non seulement un manque d'appropriation des procédures par la partie nationale, mais aussi du programme d'une manière générale. En outre, des points focaux ont été placés dans les ministères pour assister les partenaires d'exécution dans la confection de leurs dossiers financiers et administratifs.

Grâce à cet appui de l'UNFPA et des points focaux, les rapports d'audits sont plutôt favorables dans l'ensemble et ne signalent pas des erreurs de gestion particulières, même si certaines institutions nationales n'ont pas été retenues pour mériter la modalité de l'exécution nationale.

A la faible maîtrise des procédures s'ajoutent des problèmes de planification et de coordination qui handicapent la bonne exécution des activités, notamment :

- l'absence d'harmonisation entre les cycles de programmation de l'UNFPA et les cycles nationaux de programmation ;
- la difficulté de la partie gouvernementale et des partenaires d'exécution de s'approprier les outils de gestion et de planification ;
- les conditionnalités dans l'utilisation de certains fonds ;
- la signature tardive des plans de travail (PTA) due en partie à l'indisponibilité des signataires, etc.

- **L'insuffisance de ressources humaines**

Aujourd'hui l'indicateur réel pour évaluer l'efficacité d'un programme n'est plus sa disponibilité financière mais plutôt sa capacité de mobiliser des ressources humaines efficaces, susceptibles d'assumer les responsabilités et tâches qui leur sont dévolues.

L'analyse de la situation basée sur des documents existants a permis à l'équipe d'évaluation de constater quelques faiblesses : (i) l'absence d'une stratégie et d'un plan de formation continue ; (ii) le manque de suivi des personnes formées. Dans ce programme, il y a eu tellement de formations dans les trois composantes qu'il est difficile de les chiffrer, et qui ne semblent pas obéir à une stratégie d'ensemble bien coordonnée.

Au niveau des partenaires nationaux, on cite parmi les contraintes, la grande mobilité du personnel de l'administration. En effet, il a signalé à l'équipe d'évaluation beaucoup de cas de cadres nationaux formés dans le cadre du 7<sup>ème</sup> programme qui ont été affectés à d'autres postes. Dans ces conditions de grande mobilité du personnel, le transfert des compétences ne se fait pas, car il est important que les connaissances soient préservées avant qu'elles quittent une organisation, afin d'assurer la continuité du service. Face à cette situation, l'UNFPA devrait donc avec la partie nationale accorder une attention particulière à la notion de gestion des connaissances, en vue de préserver la mémoire institutionnelle et organisationnelle des programmes.

- **Un processus de planification à renforcer**

Le processus de planification du 7<sup>ème</sup> programme est encore à renforcer. Il s'agit d'un processus visant à définir les résultats (objectifs) attendus, grâce aux intrants et aux activités nécessaires pour produire ces résultats, et grâce

aux indicateurs servant à mesurer leur accomplissement et les hypothèses clés qui peuvent influencer sur ces résultats attendus.

Cette vision des choses n'apparaît pas clairement dans ce 7<sup>ème</sup> programme où l'approche Gestion Axée sur les Résultats (GAR) est largement insuffisante. La GAR vise précisément à définir les résultats mesurables, ainsi que les méthodologies et les outils à utiliser pour obtenir les résultats.

La mise en œuvre du programme, caractérisée par une grande dispersion de multiples activités, ne s'est pas intégrée dans un processus de planification rigoureux, orienté vers l'atteinte des résultats.

- **Existence d'un plan de mobilisation de ressources**

Le Bureau-Pays dispose d'un plan de mobilisation des ressources pour accompagner son 7<sup>ème</sup> programme et apporter des réponses adéquates à la mesure des défis que posent les problèmes de population au Burundi. La mobilisation des ressources va de pair avec le partenariat qui suppose un climat de confiance, des avantages mutuels entre les partenaires au développement et l'UNFPA. La grande capacité du Fonds à mobiliser les ressources a été mise en évidence au chapitre III (Structure financière du programme).

#### 4.4. REPONSE A LA QUESTION SUR LA DURABILITE

**Question d'évaluation 5 :** Dans quelle mesure la durabilité des résultats du programme sera-t-elle assurée après le retrait de l'assistance extérieure ? (QE 5)

##### **Constats/Résumé de la réponse à la durabilité (QE 5)**

Dans l'ensemble, le programme a créé toutes les conditions de durabilité, par le biais du renforcement des capacités nationales, techniques et institutionnelles, l'implication des parties prenantes concernées et la prise en main du programme par les structures gouvernementales.

**Dans le domaine de la santé de la reproduction :** les résultats acquis s'inscrivent tous dans la durabilité, puisque toutes les interventions sont celles-là mêmes qui s'alignent sur les documents stratégiques du Ministère de la santé (par exemple le PNDS) et donc sur les priorités nationales. Même le renforcement des capacités en termes d'équipement des structures de référence en SONU, de gestion des ressources et soins, auront à long terme un impact qui va se traduire par des améliorations des conditions de vie des populations et le changement des comportements.

**Dans le domaine du Genre et droits humains :** Le programme a généré d'importants facteurs de durabilité dans le cadre de la composante Genre ; cependant, le contexte socioculturel burundais risque de remettre en cause les acquis sur l'égalité et l'équité de genre, si ceux-ci ne sont pas renforcés.

L'appropriation des stratégies et des outils de plaidoyer en matière de genre figurent également parmi les facteurs qui favorisent la pérennisation des résultats.

**En Population et Développement :** La composante P&D véhicule des éléments importants de pérennisation, à travers la collecte des données, la prise en compte des questions de population dans la planification du développement, l'appui à l'utilisation des données dans le suivi et évaluation des politiques et programmes de développement. Tout cela se fait avec le concours du système statistique Burundais.

Pour évaluer la durabilité du 7<sup>ème</sup> programme, la mission a fait appel à trois éléments : (i) le renforcement des capacités ; (ii) l'implication de la société civile et des communautés dans la mise en œuvre du programme, et (iii) les capacités d'appropriation des résultats du Programme par la partie nationale.

##### 4.4.1. En matière de santé de la reproduction

➤ **Renforcement des capacités en vue de la pérennisation**

Le renforcement des capacités des formations sanitaires par : (i) la formation des sages-femmes, des médecins et autres prestataires de santé ; (ii) l'équipement des formations sanitaires pour améliorer la qualité des services de SR/PF et de PTME ; (iii) la formation des agents de santé communautaire et de distribution à base communautaire des produits contraceptifs ; (iv) le renforcement des stratégies telles que la distribution à base communautaire, le réseautage, la coalition des hommes en faveur de la santé de la reproduction et de la PF, constituent autant de facteurs de durabilité des résultats de ce 7<sup>ème</sup> programme.

➤ **Un engagement fort des parties prenantes**

Sur le terrain, les évaluateurs ont constaté l'engagement fort des parties prenantes, notamment des leaders communautaires et religieux, des ONG nationales et internationales, désireuses de poursuivre les activités du programme, même au cas où l'UNFPA se retirerait. Elles souhaiteraient néanmoins un retrait progressif et non brutal du Fonds, accompagné d'une stratégie de sortie. Outre cet engagement ferme des parties prenantes, l'implication du Ministère de la santé publique et de la Lutte contre le Sida dans la vie du programme et son financement de certaines activités, la mobilisation des médias et de certains groupes parlementaires, etc., s'inscrivent dans un processus de pérennisation.

#### 4.4.2. En matière de Genre et Droits humains

➤ **Le renforcement des capacités techniques et institutionnelles en genre et droits humains**

Le renforcement des capacités en genre à travers des formations organisées pour contribuer à la mise en œuvre du plan d'action national de la Résolution 1325 élaboré en Juillet 2009, la formation des leaders communautaires, des élus locaux pour plus d'équité et d'égalité en vue de prévenir les conflits et violences liées au genre au niveau des ménages et dans la communauté en général, le renforcement des capacités du personnel des Centres de Développement Familial(CDF) sur les outils de collecte des données sur les VBG, permettent de doter les cadres nationaux et les institutions étatiques et les ONG locales des compétences qui leur permettront d'assurer la pérennisation et la coordination des interventions relatives au genre.

➤ **L'engagement de la classe politique, des Parlementaires, des hommes des médias et des leaders communautaires**

Aujourd'hui, toute la classe politique au Burundi, les médias et les leaders d'opinion, sont véritablement engagés dans la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre, et pour le respect des droits et de l'égalité entre hommes et femmes. Leur implication inscrite dans la durée, en plus de celle de la société civile, contribue au changement des comportements en matière de genre et des violences sexuelles et basées sur le genre. Le Centre Humura constitue un bon exemple de durabilité parce qu'il bénéficie de l'appui de l'Etat.

➤ **L'implication des hommes et des garçons dans les questions liées au genre**

En organisant des ateliers et des campagnes de sensibilisation visant à toucher les hommes et les garçons sur les inégalités de genre et les conséquences de la violence contre les femmes, le 7<sup>ème</sup> programme contribue au changement des mentalités et pose ainsi les bases d'une véritable durabilité.

#### 4.4.3. En matière de Population et Développement

➤ **Renforcement des capacités :**

Le renforcement des capacités des cadres nationaux et leur implication dans les opérations de collecte d'envergure nationale, a contribué à l'appropriation nationale des opérations du recensement et d'autres enquêtes de portée nationale telles que les EDS. Désormais le Burundi est doté d'une masse critique de compétences en collecte et analyse des données utiles pour la planification du développement du pays.

➤ **Appropriation nationale des opérations de collecte :**

La prise en main des opérations de collecte de grande envergure par le Gouvernement burundais à travers les cadres nationaux s'inscrit dans la durabilité, parce que faisant de moins en moins appel à l'appui extérieur, l'appropriation nationale dans ce domaine est devenue une réalité. Les institutions nationales telles que l'Institut National de Statistique et des Etudes Economiques (ISTEEBU) sont des garants solides de la durabilité, parce qu'elles sont l'émanation même de l'Etat et donc de l'intérêt national.

➤ **Utilité des données : une réalité permanente**

Au fur et à mesure que notre société se modernise, l'importance des données statistiques et démographiques devient encore plus grande. Le besoin des données s'inscrit ainsi dans la durée et garantit en même temps la durabilité aux structures nationales qui les produisent. C'est le cas des systèmes nationaux de statistiques dont celui du Burundi. En outre, les données statistiques et démographiques sont de plus utilisées par les organisations internationales et nationales, pour l'évaluation et le suivi des politiques et programmes de développement. Le système intégré de base de données (IMIS) mis en place avec l'appui de l'UNFPA est un outil important de gestion de données qui répond aux besoins de nombreux utilisateurs de données au Burundi.

En prenant en compte les questions de genre et des rapports de pouvoir qui les conditionnent, on rend les politiques de développement plus pertinentes et durables. Il s'agit de prendre en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes dans le processus de planification du programme.

#### 4.5. REPONSES SUR LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE L'UNFPA

**Question d'évaluation 6** : Quels ont été les avantages comparatifs de l'UNFPA dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, la collecte et l'analyse des données, le genre, et l'UNFPA est-il resté en conformité avec l'UNDAF, va-t-il favorisé les complémentarités et évité les duplications d'activités au sein de l'Equipe pays du SNU ? (QE 6)

##### **Constats/Résumé des réponses au positionnement stratégique de l'UNFPA (QE 6)**

L'UNFPA est apparu dans ce programme comme une agence très active, douée de beaucoup de capacités au sein de la coordination des agences du Système des Nations Unies au Burundi, tant au niveau stratégique qu'opérationnel. Il a établi des bons rapports de travail et de collaboration avec l'ensemble des PTF et les autres agences onusiennes, dans un souci de complémentarité et de concrétisation du « Delivering as One ».

La valeur ajoutée de l'UNFPA apparaît clairement dans ses trois domaines d'intervention (SR, P&D, Genre) par ailleurs liés à son mandat. Toutes les parties prenantes interrogées reconnaissent qu'en matière de collecte de données, de SR et de genre, l'UNFPA apporte une contribution spécifique qui le différencie des autres agences.

Le Système des Nations Unies au Burundi est composée de plusieurs Agences avec des représentations régionales et sous régionales couvrant plusieurs pays d'Afrique du sud et de l'Est. L'UNFPA joue un rôle important au sein de cette équipe où les organisations membres se complètent dans la diversité de leurs mandats respectifs.

##### ➤ **Au niveau stratégique**

Au sein de l'Equipe Pays, le Coordinateur Résident joue le rôle de chef d'orchestre, en facilitant la collaboration autour de l'UNDAF entre le Gouvernement du Burundi et l'ensemble des agences du SNU. Le Coordinateur Résident doit s'assurer, d'une part, que l'aide apportée au Burundi par les agences des Nations Unies est en phase avec les priorités nationales, et d'autre part, que les actions du système des Nations Unies avec celles d'autres bailleurs de fonds sont bien coordonnées. L'UNFPA a été très présent dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'UNDAF en étant membre du Groupe de Gestion de l'UNDAF. A cet effet, il participe aux instances suivantes : Comité de Pilotage Conjoint ; Groupes thématiques Conjoints de mise en œuvre ; Groupe de Suivi-Evaluation.

Au sein même des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) présents au Burundi, l'UNFPA apparaît comme une des agences du SNU les plus actives dans le domaine du dialogue de politique sur des thèmes aussi sensibles que la planification familiale, la lutte contre les violences sexuelles, la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, etc.

##### ➤ **Au niveau opérationnel**

L'appui de l'UNFPA au CSLP I et II, à « Vision Burundi 2025 », à la Déclaration de Politique Nationale de Population, au débat sur le dividende démographique au Burundi, met l'UNFPA dans un positionnement stratégique résultant de sa grande capacité de plaidoyer.

L'UNFPA contribue aussi à la préparation du prochain UNDAF en l'harmonisant avec le CSLP, en collaboration avec le Task Force national sur les Objectifs du Développement Durable (ODD). Sur le plan opérationnel et administratif, toutes les agences EXCOM (PNUD, UNICEF, UNFPA, PAM) se retrouvent pour adopter l'approche HACT (Cadre Opérationnel Harmonisé pour la Remise d'Espèces), processus aboutissant à l'évaluation des capacités des structures nationales dans le domaine de la gestion.

##### • **Delivering as One (Unis dans l'action)**

L'UNFPA a été très actif au sein de la coordination du SNU et s'est engagé dans la réalisation du "ONE UN" ; il s'est particulièrement distingué par sa capacité de dialogue et de plaidoyer à travers les programmes conjoints. Le Fonds a aussi élargi son champ de partenariats avec un grand nombre de bailleurs de fonds et le gouvernement, travaillant en synergie et dans la complémentarité avec toutes les parties. Malgré des mandats différents des uns et des autres mais complémentaires, il a joué son rôle dans le processus du « Delivering as One ».

Il ressort des entretiens que la mission d'évaluation a eus avec des partenaires que ceux-ci souhaitent voir ce « Delivering as One » se concrétiser dans les faits déjà à travers l'UNDAF.

Il est aussi ressorti des entretiens que l'UNFPA possède des avantages comparatifs (ou une valeur ajoutée) dans :

- La santé de la Reproduction SR/VIH, la SSRAJ, la planification familiale
- Les violences sexuelles et basées sur le genre (VBG) ;
- La collecte et analyse des données ;
- Les situations d'urgences humanitaires.

- **En matière de santé sexuelle et reproductive :**

L'UNFPA a placé la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au centre de ses interventions. Du point de vue des partenaires et des populations, il est parmi les agences des Nations Unies celle qui s'investit spécifiquement le plus dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Le Fonds s'est notamment distingué par son appui à l'amélioration de la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction, à la formation des sages-femmes, à la lutte contre les fistules obstétricales, au renforcement des capacités des SONUB/SONUC.

- **En matière de genre :**

Il est ressorti des constats de l'équipe d'évaluation que les partenaires et les populations bénéficiaires reconnaissent la valeur ajoutée de l'UNFPA dans la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre. En effet, en partenariat avec le Ministère ayant le Genre dans ses attributions, l'UNFPA a beaucoup investi dans le plaidoyer et dans des actions visant le respect des droits humains, la création d'un environnement réglementaire et législatif favorable à l'égalité et à l'équité de genre, à la lutte contre les violences basées sur le genre, et les mariages précoces. Sa valeur ajoutée réside surtout dans la prise en charge médicale des victimes des violences sexuelles et dans la disponibilité des kits de dignité pour les femmes.

- **En matière de population et développement :**

L'UNFPA est unanimement reconnu par les partenaires comme l'agence UN de référence pour tout ce qui est collecte et analyse des données statistiques et démographiques ; la collecte et l'analyse des données font effectivement partie de son mandat. Sa valeur ajoutée se traduit aussi par sa capacité de dialogue et de plaidoyer sur toutes les questions relatives à la croissance démographique au Burundi.

L'UNFPA est aussi pionnier dans le débat sur le dividende démographique au Burundi ; il fait le plaidoyer auprès des dirigeants de ce pays pour qu'ils profitent du dividende démographique lié à la jeunesse de sa population : car, c'est maintenant qu'il faut prendre des mesures appropriées pour que la fécondité entame un certain déclin.

#### **4.6. EXTENSION DUPROGRAMME (2015-2016)**

Le programme 2010-2014 s'est terminé par une Extension de deux ans (CPAP 2015-2016) ; il est ressorti de l'évaluation que ce 7<sup>ème</sup> programme a enregistré des résultats substantiels et contribué notamment : (i) à des taux de prévalence contraceptive globalement en hausse, et à une amélioration de la disponibilité et de la qualité des SONU, marquée par une augmentation du nombre des accouchements assistés ; (ii) la mise en place du logiciel CHANNEL de gestion de stocks avec l'appui de l'UNFPA a presque mis fin aux ruptures de stocks des produits contraceptifs ; (iii) la lutte contre la fistule s'est intensifiée et a enregistré une augmentation des victimes traitées ; (iv) au niveau de la SSRAJ, la mise en place du système de réseautage rassemblant un certain nombre d'écoles, de centres de santé « Amis des jeunes » et des associations des jeunes, a contribué à accroître la demande et l'utilisation des services de SSRAJ.

En Genre et Droits Humains, on peut mentionner les acquis suivants : (i) adoption de la Politique Nationale Genre ; (ii) mise en place des Points focaux VSBG au niveau des parquets et des Tribunaux de Grande Instance.

En Population et Développement, on peut mentionner : (i) la contribution au RGPH 2008 ; (ii) l'adoption de la Déclaration de la Politique Démographique Nationale en 2011 ; (iii) la formation des démographes (07) ; la mise en place de la base de données IMIS.

##### **4.6.1. Justification de l'extension :**

- Alignement aux priorités nationales contenues dans « Vision Burundi 2025 »
- Alignement au CSLP II

- Alignement à l'UNDAF 2012-2016
- Alignement au Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017)
- Prise en compte du Plan stratégique de Planification Familiale de 2014-2020 de l'UNFPA.

#### 4.6.2. Les produits :

L'extension prend en compte 05 produits du Plan stratégique (2014- 2017) de l'UNFPA :

- Produit 2 (Planification Familiale) ;
- Produit 3 (santé maternelle) ;
- Produit 4 (Prévention de l'infection au VIH) ;
- Produit 6 (santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes) ;
- Produit 7 (Education sexuelle complète, communautaire et scolaire).

#### 4.6.3. Les «Clusters»:

Les «Clusters» sont nés des directives du Plan stratégique (2014- 2017) de l'UNFPA qui met l'accent sur ses deux principales cibles: les femmes et les jeunes. Il y a deux Clusters:

- Cluster santé sexuelle et reproductive des femmes qui vise à assurer l'accroissement de la disponibilité et de l'utilisation des services intégrés de santé sexuelle et reproductive
- Cluster santé sexuelle et reproductive des jeunes y compris des adolescents qui vise à mettre à la disposition des jeunes des services complets d'éducation sexuelle.

#### 4.6.4. Activités et résultats :

##### ❖ Situation des indicateurs

En se basant sur la matrice de planification pour le suivi et évaluation du Plan d'action pays 2015-2016 joint en annexe, on constate ce qui suit :

Les indicateurs du Produit PP 1 : **«Capacités nationales accrues pour renforcer l'environnement favorable, l'augmentation de la demande pour la promotion et l'offre des services de planification familiale de qualité libres et sans discrimination ni violences»** présentent une évolution globalement satisfaisante. Le pourcentage de districts sanitaires mettant en œuvre au moins quatre éléments de génération de la demande pour la planification familiale affiche une bonne performance de 100% ; il en va de même du nombre de bases de données avec des données sur la population accessibles aux utilisateurs à travers les plateformes sur Internet qui facilitent le repérage des inégalités socioéconomique et démographiques (100%). Cependant, des efforts doivent être faits pour atteindre en 2016 le nombre de personnes des services publics ayant la capacité de mettre en œuvre le nouveau protocole sur la planification familiale basé sur les droits humains (contreperformance, 83%).

Quatre (04) indicateurs sur six (06) du Produit PP 2 (**« Nombre de personnes des services publics ayant la capacité de mettre en œuvre le nouveau protocole sur la planification familiale basé sur les droits humains »**) atteignent des performances de 100% ; des efforts restent à faire pour augmenter le nombre des victimes de fistules opérées avec succès (contreperformance de 93%) et pour augmenter le nombre d'hôpitaux qui ont mis en place des systèmes de surveillance et de réponse de la mortalité maternelle (contreperformance de 62%).

Tous les trois (03) indicateurs du Produit PP 3 : **« Capacités nationales accrues pour mettre en œuvre des programmes VIH sans stigmatisation ni discrimination, en accord avec les résultats de budget unifié et cadre de redevabilité de l'ONUSIDA (UBRAF) »** affichent des belles performances de 100% et plus. Il en est de même des deux (02) indicateurs du Produit PP 4 : **« Capacités nationales accrues pour mener un plaidoyer basé sur les faits développés pour intégrer les droits et besoins des adolescents et jeunes dans les lois, politiques et programmes au niveau national y compris dans les situations humanitaire »**, 100% ; et des deux (02) indicateurs du Produit 5 : **« Capacités nationales accrues pour élaborer et mettre en œuvre des programmes communautaires et scolaires basés sur une éducation sexuelle compréhensive(CSE) favorisant la promotion des droits humains et l'égalité des genres »**, 100% de performance.

Au total, selon la situation des indicateurs, on peut dire que l'efficacité du programme Extension 2015-2016 a été très bonne, malgré la situation difficile qu'a connue le Burundi en 2015.

#### ❖ Contribution à l'atteinte des produits :

Pour atteindre les résultats attendus de cette extension (2015-2016), le programme a réalisé des activités importantes de réapprovisionnement des produits contraceptifs au niveau communautaire : 30 534 DépoProvera (injectables) en faveur des TPS ; 11 498 plaquettes de pilules et 582 509 préservatifs en faveur des agents de santé communautaire dans les 5 provinces appuyées par UNFPA (COAR 2015).

Au total, 1.232 prestataires ont été formés en technologie contraceptive. L'objectif était de former 2 unités par FOSA, mais seulement 305 structures sanitaires (30%) ont atteint ce résultat. La distribution à base communautaire a concerné la sensibilisation et la référence vers les FOSA de 487 646 personnes.

Dans le cadre de la sensibilisation de masse de la population, il faut mentionner la production et la diffusion des émissions de 104 feuillets radiophoniques et des projections de films sur la planification familiale.

En 2015, le programme a aussi contribué à l'élaboration de la politique nationale de la santé (2016-2025) et du plan national d'accélération de la planification familiale (2015-2020). D'autres activités ont été réalisées, entre autres :

- 183 femmes opérées des fistules obstétricales ;
- Capacités de 2 médecins nationaux renforcées pour prendre en charge les cas simples des fistules obstétricales ;
- Intégration du traitement chirurgical des fistules obstétricales dans les activités quotidiennes de l'hôpital de Gitega, après le départ de MSF Belgique ;
- Renforcement des capacités techniques des structures sanitaires pour répondre notamment aux urgences obstétricales et humanitaires ;
- Intégration progressive de renforcement des capacités de 71 étudiants sages-femmes de l'INSP en SONU et technologie contraceptive ;
- Capacités de 53 prestataires de santé et 33 acteurs humanitaires renforcées pour mettre en œuvre le DMU ;
- 1375 survivants des viols ont bénéficié de la prise en charge médicale et psycho-sociale.

#### **SUCCES DE LA CAMPAGNE CONDOMIZE**

La Campagne CONDOMIZE a permis d'atteindre les résultats suivants :

- 5 500 personnes sensibilisées ;
- 142.300 préservatifs masculins et 2850 condoms féminins distribués ;
- 282 personnes dépistées volontairement pour le VIH ;
- 250 distributeurs de condoms installés au niveau des lieux à forte fréquentation dans les districts sanitaires de Gitega, Mwaro, Ruyigi, Makamba et Bujumbura Mairie.

A ce bilan il faut ajouter pour 2015 :

- Capacités de 60 travailleuses de sexe renforcées en trois réseaux communautaires pour la prévention des IST/ VIH et la pratique de la planification familiale ;
- Cinquante (50) organisations/Associations de jeunes pour participer à une consultation en vue de définir ensemble leurs priorités et mettre en place une plateforme de plaidoyer sur les programmes en direction des jeunes et adolescents ;
- Cinq cent (500) jeunes de Bujumbura identifiés pour participer à une journée culturelle et sportive en vue de créer un environnement favorable à la cohésion sociale ;
- Participation de 2500 jeunes à Kamenge pour prendre part à 3 camps d'encadrement des jeunes pendant les vacances pour une meilleure cohésion sociale ;
- 120 Jeunes de Bujumbura sensibilisés sur la paix et la cohésion sociale et les valeurs positives d'entraide lors d'une retraite organisée dans la province de Gitega ;
- Curricula de 7ème et 9ème année intégrant les notions de SSRAJ et de Démographie ;
- Une campagne « zéro grossesse » organisée en vue de recueillir les données sur les grossesses en milieu scolaire et de primer les écoles, les DPE et DCE qui ont réduit sensiblement le nombre des grossesses chez les élèves (9 provinces sur 18 ont pu réduire le nombre de grossesses à l'école en comparant l'année scolaire 2014 et 2015) ;
- 04 unités de production de serviettes hygiéniques mises en place et distribués à 100 élèves du Lycée de Busiga à Ngozi.

Le taux d'accouchements dans les formations sanitaires a augmenté de 59,9% en 2010 à 78,7% en 2015 ; on a également noté une augmentation de la Déclaration obligatoire des décès maternels faite hebdomadairement par les hôpitaux de tous les districts du pays (COARs 2015).

Les partenaires rencontrés par les évaluateurs ont tous reconnu que la campagne CONDOMIZE a eu beaucoup de succès et ils en demandent encore.

#### ❖ **Visibilité du bureau UNFPA améliorée**

Dans le cadre de cette extension 2015-2016, plus d'une trentaine de visites ont été réalisées par la Représentation de l'UNFPA à l'endroit des hautes autorités (Présidence et les Ministres) du pays et à l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers.

La visibilité du Bureau UNFPA a aussi été assurée par la production des bulletins mensuels sur les activités du programme, l'organisation des ateliers avec les médias pour qu'ils s'approprient le mandat et les domaines d'interventions de l'UNFPA. Les articles sur les réalisations du programme ont été postés sur le web site du bureau. Plusieurs outils de visibilité et de communication ont été produits tels que les plaquettes, facts sheets, etc.

#### ❖ **Défis à relever**

- Rumeurs apparemment non fondées sur la contraception moderne ;
- barrières socioculturelles et religieuses ;
- Promotion de l'intégration de la PF en post-partum particulièrement dans les hôpitaux (89% des femmes qui ont accouché, n'ont pas bénéficié des services de la planification familiale avant la sortie des services de maternité) ;
- Renforcement de la communication pour le changement de comportement ciblant particulièrement les jeunes et les hommes pour la promotion et la pratique de la PF.

#### **4.6.5. Fonctionnement des Clusters**

Il est encore tôt d'évaluer l'approche «Cluster» qui est une vision nouvelle par rapport à celle basée sur les trois domaines programmatiques de l'UNFPA (SR, Genre, P&D), où le Genre, Population et développement sont considérés comme des thématiques transversales, en appui à la SR/ PF. Selon certaines parties prenantes, l'approche « Cluster » a été adoptée pour illustrer la mise en œuvre de la théorie de changement ».

L'extension 2015-2016 basée essentiellement sur les deux clusters a contribué d'une manière substantielle à la mobilisation des fonds en vue d'appuyer les programmes destinés aux femmes et aux jeunes, «ce qui n'était pas le cas avec les anciens programmes de coopération», selon les propos d'un partenaire d'exécution. Elle a également entraîné un grand impact sur les comportements des femmes et des jeunes dans leur vie sexuelle et reproductive.

Les évaluateurs constatent que cette extension du programme (2015-2016), en investissant beaucoup sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes qui constituent une dimension fondamentale du dividende démographique, a contribué indirectement à maintenir la scolarité de ces adolescents et jeunes, en particulier celle des jeunes filles, à les aider à commencer une vie professionnelle productive, à entretenir des relations saines entre hommes et femmes, etc.

Enfin, l'équipe d'évaluation considère que le programme dans son Extension 2015-2016 a été un succès en ciblant particulièrement les femmes, les adolescents et les jeunes, dans la mesure où les investissements dans la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes permettent également d'améliorer le retour sur les autres investissements en matière de santé, d'éducation et de croissance économique.

## CHAPITRE V : CONCLUSIONS

---

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération (2010-2015) entre le Gouvernement du Burundi et l'UNFPA a été handicapé par la formulation approximative des produits du CPAP et de nombreux indicateurs sans données de base.

Les conclusions auxquelles l'évaluation a abouti sont présentées ci-dessous, y compris les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces.

### 5.1. Au niveau stratégique

**Conclusion 1 :** Le plaidoyer et le dialogue politique ont contribué à l'engagement au plus haut niveau de l'Etat à prendre en compte les défis démographiques, notamment les aspects en rapport avec la sante sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

Dans « Burundi Vision 2025 », le Burundi s'engage à lutter contre la pauvreté en amenant son taux de croissance démographique à 2% d'ici 2025. L'appui de l'UNFPA lui sera nécessaire.

### 5.2. Au niveau programmatique

**Conclusion 2 :** En dépit des bons résultats enregistrés au niveau du taux de prévalence contraceptive, les efforts restent à fournir pour atteindre les objectifs de la Déclaration de la Politique Démographique Nationale (TPC à 50%)

- Les besoins en PF sont encore nombreux (31%) ; le taux de prévalence contraceptive est passé de 18,9% en 2010, à 37,4% en 2015, malgré cette encourageante évolution, des efforts restent à faire pour atteindre l'objectif de 50% fixé dans « Burundi Vision 2025).
- L'implication des hommes dans le choix par les couples des méthodes contraceptives reste faible

**Conclusion 3 :** L'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle reste une priorité pour contribuer à la lutte contre la Fistule obstétricale.

Des efforts importants ont été faits, allant dans le sens de la réduction de la FO. Mais l'absence d'une approche multisectorielle renforcée, se traduit par l'insuffisante de coordination des interventions. Il y a aussi nécessité de renforcer les compétences du personnel soignant en SONU.

**Conclusion 4 :** *La lutte contre les VSBG va de pair avec l'autonomisation des femmes et une intégration systématique du genre dans les programmes, notamment dans les clusters femmes et jeunes ; intégration prenant aussi en compte les lois sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, le Code des Personnes et de la Famille.*

L'autonomisation réelle des femmes leur confère un certain pouvoir sans lequel elles restent victimes de multiples oppressions telles que les violences conjugales, sexuelles et basées sur le genre. A cet égard, le programme en cours n'a pas mis suffisamment d'accent sur cet aspect. Il n'a pas non plus accordé beaucoup d'importance aux lois sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, le Code des Personnes et de la Famille.

**Conclusion 5 :** *La Déclaration de la Politique Nationale de Population (DPNP) a besoin d'être actualisée en prenant en compte les questions émergentes en matière de population et développement.*

C'est par une approche multisectorielle que la fécondité pourra entamer son déclin au Burundi, grâce à la mise en place d'une déclaration de la politique nationale de population multisectorielle.

**Conclusion 6 :** *La collecte des données désagrégées, leur disponibilité et leur utilisation demeurent un grand défi ainsi que la collecte des informations sur les indicateurs de routine.*

L'UNFPA a renforcé les capacités du système statistique national dans la collecte, l'analyse et la diffusion des données démographiques désagrégées (RGPH2008, EDS 2010). Toutefois, le besoin des données désagrégées, fiables, actualisées et disponibles, se fait encore vivement sentir.

**Conclusion 7 :** L'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) n'est pas maîtrisée ; **le système de suivi-évaluation et le cadre des résultats du programme ne comportent pas d'indicateurs sexospécifiques**

L'absence de l'application de la GAR est manifeste dans ce programme, où l'accent est mis plus sur les activités que sur les résultats, et où les indicateurs sont plus des indicateurs de processus que de résultats.

**Conclusion 8 :** **Une planification soumise à des procédures, à des alignements successifs aux stratégies nationales, aux révisions de l'UNDAF et aux plans stratégiques de l'UNFPA**

Ces multiples changements entraînent des dysfonctionnements dans le processus de planification des activités et des résultats ; ils brisent la logique de la chaîne des résultats et brouillent les interventions du programme.

### **FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES**

Les forces, faiblesses, opportunités et menaces de ce programme sont présentées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 14 :** Forces, faiblesses, opportunités et menaces du 7<sup>ème</sup> programme

<b>Au niveau stratégique</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
1. Alignement du programme aux priorités nationales et prise en compte des besoins des populations cibles	1. Le système de suivi-évaluation présente des insuffisances
2. Contribution efficace de l'UNFPA à la coordination du SNU	2. La faible prise en compte du genre dans la planification
3. Grande capacité de dialogue et de plaider sur les questions de population (SR, Genre, croissance démographique, jeunes et VIH/sida)	3. Insuffisante coordination du programme 4. Insuffisance des ressources humaines en SR/PF (pas de logisticien, et en sécurisation des produits de SR)
4. Rôle pionnier joué en faveur de la SSRAJ	
5. Grande détermination dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et les violences basées sur le genre	
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
1. Existence d'un partenariat stratégique fort avec le Gouvernement, basé sur une même vision relative à la situation démographique du Burundi	1. Contexte socioculturel et religieux réticent aux changements rapides en matière de fécondité
2. Existence de partenariats efficaces avec les PTF, les agences du SNU, les partenaires d'exécution	2. Insuffisante implication des hommes et des jeunes dans la promotion, soutien et pratique de la PF
3. Existence des partenaires travaillant dans les mêmes domaines d'intervention	
4. Grande capacité de mobilisation de fonds qui a permis d'atteindre la majorité des résultats attendus	
<b>Au niveau programmatique</b>	
<b>Santé de la reproduction</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
6. Grande attention accordée par le programme à la santé de la reproduction, aux adolescents et jeunes, à la mortalité maternelle, néonatale et infantile.	5. l'insuffisance de la qualité des services de la SR particulièrement des soins maternels
7. Des stratégies novatrices adoptées dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, et la promotion de la PF	6. L'accès des populations aux services de SR/PF reste encore faible
8. Forte contribution à l'amélioration de la prise en charge des Fistules obstétricales	7. Précarité des stratégies fondées sur du bénévolat (agents de distribution à base communautaire)
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
5. La mise en place des stratégies à base communautaire et du système de réseautage pour rapprocher les populations des services de SR/PF (continuum de l'offre de service)	3. La non prise en compte du contexte socio culturel dans la promotion des nouveaux concepts en matière de santé de la reproduction (éducation sexuelle complète)
6. L'adhésion de plus en plus grande des leaders communautaires et religieux et leur implication dans les questions relatives à la SR/PF/VIH, SSRAJ	

<b>GENRE ET DROITS HUMAINS</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
9. Prise en compte spécifique des violences sexuelles et basées sur le genre et appui à l'application des accords internationaux et de la législation en cours	8. Faible intégration du genre dans le programme
10. Grande implication du programme dans le renforcement des capacités techniques et institutionnelles des structures nationales en charge des questions de genre	9. Manque d'outils de collecte de données sur les VSBG au niveau national
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
7. Cadre légal et réglementaire favorable au respect des droits humains et d'égalité de genre	4. Contexte socioculturel rigide
<b>POPULATION ET DEVELOPPEMENT</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
11. Capacité à réaliser des opérations de collecte de grande envergure (RGPH, EDS...)	10. Insuffisante prise en compte des questions de population dans la planification du développement
12. Capacité à promouvoir le dividende démographique	11. Faible application de la loi statistique
13. Existence d'une loi statistique et des textes d'application	
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
8. La problématique du dividende démographique place le programme au centre de ce débat	5. Inexistence d'un office national de population et d'une politique nationale de population actualisée
<b>PLANIFICATION, SUIVI-EVALUATION</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
14. Existence d'un chargé de suivi-évaluation	12. Qualité insuffisante des outils
	13. Insuffisance dans le suivi du programme, moyens insuffisants
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
9. Existence d'un système d'information intégré fonctionnel au Ministère de la santé	

### **LECONS APPRISES**

1. La participation des hommes et des jeunes dans la promotion, le soutien et la pratique de la PF contribue à l'augmentation de l'utilisation des services;
2. La promotion d'une culture des résultats favorise l'efficacité du programme et la mobilisation des ressources;
3. La bonne gestion des données de base pour les indicateurs contribue à assurer un meilleur suivi et évaluation correcte des progrès réalisés pour l'atteinte des résultats du programme ;
4. La promotion de la coopération sud-sud ouvre des perspectives nouvelles au programme et lui permet de s'ouvrir, par exemple, aux nouvelles technologies ;
5. La multiplication des extensions du programme, des alignements aux stratégies nationales et internationales, et aux plans stratégiques de l'UNFPA, ne permettent pas une planification rigoureuse des activités ;
6. L'adoption des stratégies à base communautaire permet de rapprocher les populations des services de SR/PF ;
7. L'approche Cluster Femme s'apparente plus à l'ancienne approche Intégration de la Femme au Développement (IFD) qu'à l'approche genre.

### **LEÇONS A RETENIR COMME MODELES**

1. **Contribution des autorités nationales au débat sur la croissance démographique**  
Presque toute la communauté nationale participe au débat sur les défis et enjeux démographiques au Burundi ; même dans les milieux les plus conservateurs, la planification familiale n'est plus un sujet tabou.
2. **Prise en compte du contexte socioculturel du Burundi**  
L'évaluation a montré l'importance pour tout programme de prendre en compte la dimension socioculturelle dans toutes les stratégies d'intervention.
3. **Accueil des femmes présentant des fistules obstétricales dans leur communauté**

La plupart des victimes rencontrées ont parlé de leurs maris et de leurs familles en termes très élogieux grâce au soutien qu'elles ont reçu de leur entourage proche.

4. **La synergie des intervenants dans la lutte contre les VSBG aboutit à des résultats probants**
5. **L'esprit d'entraide et le volontariat ont permis au programme d'obtenir de bons résultats**

## CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont présentées aux niveaux stratégique et programmatique. L'essentiel des recommandations, en réponse aux conclusions, a été organisé par niveau de priorité.

CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS	PRIORITE	CIBLE
<b>Niveau stratégique</b>			
<p><u>Conclusion 1</u></p> <p>Poursuivre le plaidoyer et le dialogue politique pour un meilleur repositionnement de l'Agenda de la CIPD et du dividende démographique au niveau national.</p>	<p><u>Recommandation 1</u> <u>Domaines : SR, P&amp;D et Genre</u></p> <p>Poursuivre le plaidoyer et le dialogue politique pour un meilleur repositionnement de l'Agenda de la CIP au niveau national par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dialogue sur les interrelations genre, population et développement durable au Burundi ; population et aménagement du territoire ;</li> <li>- Le passage à l'échelle nationale de l'intégration effective de la SSRAJ dans les services de santé et dans les politiques et stratégies nationales.</li> </ul>	1	BP UNFPA
<b>Niveau opérationnel</b>			
<p><u>Conclusion 2</u></p> <p>En dépit des bons résultats enregistrés au niveau du taux de prévalence contraceptive, les efforts restent à fournir pour atteindre les objectifs de la Déclaration de la Politique Démographique Nationale (TPC à 50%)</p>	<p><u>Recommandations 2</u> <u>Domaine SR</u></p> <p>Améliorer la qualité des soins de santé maternelle pour contribuer à la lutte contre la Fistule obstétricale, à travers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement du plateau technique des formations sanitaires en SONUB/SONUC et prise en charge médicale de FO ;</li> <li>- Le renforcement de la surveillance des décès maternels et ripostes ;</li> <li>- La meilleure sensibilisation de la population et surtout des hommes dans la lutte contre les Fistules Obstétricales</li> </ul>	1	BP UNFPA
<p><u>Conclusion 3 :</u></p> <p>L'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle reste une priorité pour contribuer à la lutte contre la Fistule obstétricale</p>	<p><u>Recommandation 3</u> <u>Domaine SR :</u></p> <p>Améliorer la qualité des soins de santé maternelle pour contribuer à la lutte contre la Fistule obstétricale à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement du plateau technique des formations sanitaires en SONUB/SONUC et prise en charge médicale de FO ;</li> <li>- Le renforcement de la surveillance des décès maternels et ripostes ;</li> <li>- La meilleure sensibilisation de la population et surtout des hommes dans la lutte contre les Fistules Obstétricales.</li> </ul>	1	BP UNFPA
<p><u>Conclusion 4</u></p> <p>La lutte contre les VSBG va de pair avec l'autonomisation des femmes et une intégration systématique du genre par les programmes ; <b>intégration prenant aussi</b></p>	<p><u>Recommandation 4</u> <u>Domaine Genre</u></p> <p>Réduire les VBG par l'autonomisation des femmes et l'intégration systématique du genre dans les programmes à travers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement du plateau technique des hôpitaux et autres structures spécialisées dans la prévention et prise en charge des VSBG ;</li> </ul>	2	BP UNFPA

CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS	PRIORITE	CIBLE
<b>en compte les lois sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, le Code des Personnes et de la Famille.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement du partenariat pour appuyer les programmes qui facilitent l'accès des femmes et des filles à l'enseignement formel et informel leur permettant de passer à l'accès aux activités génératrices de revenus (AGR) ;</li> <li>- <b>L'appui à l'intégration transversale du genre dans les programmes ;</b></li> <li>- <b>Appui aux lois sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, les VSGB, le Code des Personnes et de la Famille.</b></li> </ul>		
CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS	PRIORITE	CIBLE
<u>Conclusion 5</u> La déclaration de la politique nationale de population (PNP) a besoin d'être actualisée en prenant en compte les questions émergentes en matière de population et développement.	<u>Recommandation 5</u> <u>Domaine P&amp;D</u>  Elaborer une politique nationale de population multisectorielle prenant en compte les questions démographiques émergentes par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La création d'un Office national de la population ;</li> <li>- L'élaboration de la PNP et sa mise en œuvre ;</li> <li>- La mise en place des structures nationales de mise en œuvre de la PNP ;</li> <li>- L'appui à l'intégration des questions de population dans les politiques et programmes sectoriels de développement.</li> </ul>	1	BP UNFPA
<u>Conclusion 6 :</u> La collecte des données désagrégées, leur disponibilité et leur utilisation demeurent un grand défi ainsi que la collecte des informations sur les indicateurs de routine.	<u>Recommandation 6</u> <u>Domaine P&amp;D</u>  Appuyer la collecte des données désagrégées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des capacités de l'ISTEEBU ;</li> <li>- Renforcement du système statistique national dans l'ensemble ;</li> <li>- Appui à l'amélioration de l'application de la loi statistique ;</li> <li>- Appui à la collecte des indicateurs de routine et à la réalisation des enquêtes mandataires.</li> </ul>	1	BP UNFPA
<u>Conclusion 7</u> L'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) n'est pas maîtrisée ; le système de suivi-évaluation du programme et le cadre des résultats ne comportent pas d'indicateurs sexospécifiques	<u>Recommandation 7</u> <u>Domaine SR, P&amp;D et Genre</u>  Améliorer le système de suivi-évaluation par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement des capacités des partenaires sur l'appropriation des principes et outils en matière de suivi-évaluation axés sur les résultats ;</li> <li>- Le renforcement des capacités des partenaires sur la théorie du changement ;</li> <li>- La prise en compte des risques et hypothèses dans la planification et la mise en œuvre des interventions ;</li> <li>- La formulation des produits et indicateurs du CPAP ;</li> <li>- <b>L'appui à l'élaboration d'indicateurs sexospécifiques;</b></li> </ul>	1	BP UNFPA
<u>Conclusion 8 :</u> Une planification soumise à des procédures, à des alignements répétés, aux stratégies nationales, à l'UNDAF et aux plans stratégiques de l'UNFPA	<u>Recommandation 8 :</u> <u>Domaine SR, P&amp;D et Genre</u>  Améliorer le processus de planification du programme par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement des capacités des partenaires/ recyclage sur les règles et procédures de l'UNFPA ;</li> <li>- Le renforcement des capacités des partenaires sur la planification stratégique</li> </ul>	2	BP UNFPA

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DE LA MISSION D'EVALUATION

#### 1. Introduction

Le Gouvernement du Burundi et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont élaboré un 7<sup>ème</sup> Programme de coopération pour la période 2010-2014 qui s'alignait avec les priorités du Gouvernement consignées dans le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté de deuxième génération (CSLP II).

Par la suite, le Gouvernement a revu ses priorités pour les étendre sur la période 2012-2016. Le système des Nations a revu l'UNDAF pour l'aligner aux orientations du Gouvernement et UNFPA Burundi a demandé l'extension de son programme sur la période 2015-2016 pour être en phase avec les priorités gouvernementales.

La politique de l'évaluation d'UNFPA de 2013 prévoit l'évaluation des programmes pays au moins une fois tous les deux cycles de programmation. La revue à mi-parcours du Programme a été réalisée en 2013 et a mis en exergue les progrès réalisés, les défis et les leçons apprises. La revue a permis un meilleur alignement par rapport au nouveau Plan stratégique et un meilleur ciblage de nos interventions. L'évaluation du 7<sup>ème</sup> Programme va permettre de démontrer les résultats atteints et les performances enregistrées aux yeux du Conseil d'Administration de UNFPA, des partenaires de développement, des partenaires de mise en œuvre et des bailleurs de fonds et les leçons apprises contribueront à la mise en œuvre du Plan d'Action de la CIPD et serviront de base pour les futures planifications (élaboration d'un nouveau programme pays).

#### 2. Contexte

La situation sanitaire s'améliore de manière générale grâce à l'accroissement sensible des capacités d'offre de services de qualité et un engagement politique fort en faveur surtout de la santé maternelle qui a permis d'accroître le pourcentage d'accouchements ayant lieu dans les établissements sanitaires de 22,9% en 2005 à 72,9% en 2013 et le taux de prévalence contraceptive a de 8,4% à 30,8%. Les besoins non satisfaits restent très élevés (31%, EDS). Il y a une réduction très importante de la mortalité maternelle mais le taux de mortalité maternelle est encore élevée (500 pour 100 000 naissances vivantes) 2010 (EDSB 2010). L'évaluation des SONU de 2010 a montré que le pays doit encore faire des efforts dans la mesure où il ne dispose que de 22 FOSA capables d'offrir les SONU. Selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010, la prévalence globale du VIH dans la population âgée de 15 à 49 ans est de 1,4% ; elle est de 1% chez les hommes, de 1,7% chez les femmes, 0,2 % chez les filles et 0,3 % chez les jeunes garçons avant l'âge de 20 ans. L'intégration des services SR/VIH, avec l'association de l'offre de services VIH+PF n'est disponible que dans 14% des FOSA. Selon l'enquête SPSR de 2013, la PTME est offerte dans 68% des hôpitaux contre 28% des CDS

Le septième programme de coopération 2010-2014 qui s'articulait autour de trois composantes (Droits et santé de la Reproduction, Egalité de genre et Population et Développement) visait : (a) l'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et de droits humains et la prévention du VIH; (b) le plaidoyer pour l'adoption des projets de lois et l'application de la législation existante, des conventions et des traités internationaux et; (c) l'amélioration de la gestion et de l'accessibilité des données sociodémographiques.

Depuis le démarrage du Programme en 2010, la couverture était nationale et la revue à mi-parcours a recommandé de concentrer certaines de nos interventions sur six provinces (Bubanza, Kayanza, Ngozi, Gitega, Ruyigi et Makamba) alors que les activités de planification familiales sont restées au niveau national. Dans le domaine du suivi-évaluation, des revues semestrielles et annuelles avec les partenaires ont été réalisées pour présenter les bilans et faire des réajustements éventuels. Des enquêtes et des études ont été réalisées pour renseigner nos indicateurs. Des rapports ont été produits par les partenaires pour rendre compte des résultats atteints. Des formations ont été données aux partenaires sur les nouveaux outils de planification, de rapportage mais aussi sur la gestion axée sur les résultats et l'évaluation d'un Programme au sein de UNFPA.

#### 3. Objectifs de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation du Programme Pays est de mesurer la redevabilité de l'UNFPA et sa capacité à produire des évidences qui éclaireront la conception du prochain programme pays.

Plus spécifiquement, l'évaluation du Programme permettra de :

- analyser la pertinence des interventions du programme par rapport aux besoins des populations, priorités nationales, orientations stratégiques de l'UNFPA ;
- apprécier les résultats/progrès dans l'atteinte des produits et de leur contribution aux effets du cadre de résultats du Programme de coopération 2010-2015 ;
- mesurer l'efficacité des stratégies d'intervention ;
- mesurer l'efficience des interventions ;
- déterminer la durabilité des résultats, la pérennité des stratégies et l'appropriation nationale du programme ;
- analyser les avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport aux partenaires techniques et financiers dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, l'égalité entre les sexes et la production des données, ainsi que le positionnement stratégique de l'UNFPA ;
- analyser les performances et l'efficience du dispositif de coordination et de suivi ;
- identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques dans la mise en œuvre des interventions ;
- formuler des recommandations pour le prochain Programme de Coopération

#### **4. Champ de l'évaluation**

L'évaluation couvre l'ensemble du Programme sur la période 2010-2015. Elle s'adresse à toutes les zones d'intervention de l'UNFPA au Burundi, dans les domaines de la santé de la reproduction (SR), y compris la planification familiale (PF), du genre et droits humains, de population et développement. Le rapport pourrait être utilisé comme document de référence par les principales parties prenantes du programme (UNFPA, partenaires nationaux, autres partenaires techniques et financiers (PTF)).

#### **5. Critères et questions d'évaluation**

Les critères et questions d'évaluation suivants seront considérés dans le cadre de cette évaluation :

##### Pertinence

- Dans quelle mesure l'appui de UNFPA a (i) répondu aux besoins des bénéficiaires ? (ii) est en cohérence avec les priorités nationales ? (iii) est en cohérence avec les cadres stratégiques de développement internationaux (Plan d'action CIPD, Plan d'action Beijing, OMD, etc.)?

##### Efficacité

- Dans quelle mesure les résultats poursuivis ont été atteints ? Qu'est-ce qui a marché ou qui n'a pas marché ? Pourquoi ? Quelle a été la capacité d'adaptation du programme aux changements du contexte national ?
- Dans quelle mesure le programme a répondu aux besoins d'urgence (inondations) dans le domaine de la santé maternelle/santé sexuelle et reproductive ?
- Dans quelle mesure le dispositif de coordination et de suivi a-t-il eu des effets sur la réalisation des activités et l'atteinte des résultats ? Quels ont été les points forts et points faibles de ce dispositif ?

##### Efficience

- Dans quelle mesure y-a-t-il eu adéquation entre ressources disponibles et résultats atteints ?

##### Durabilité

- Dans quelle mesure les résultats sont-ils susceptibles d'être durables ? Quels mécanismes le programme a-t-il développés ou mis en place pour assurer l'appropriation nationale des retombées du programme et la pérennisation des résultats ?

##### Valeur ajoutée

- Quel rôle l'UNFPA a-t-il joué au sein de l'Equipe Pays (UNTC) ?
- Quelle a été la valeur ajoutée de l'UNFPA dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, le genre et l'égalité entre les sexes, la production des données et leur accessibilité ?

#### **6. Approche Méthodologique**

##### La collecte des données

Les approches qualitatives et quantitatives seront combinées durant l'évaluation. Les données seront collectées à travers la revue documentaire, les interviews semi structurées, les focus group et visites de terrain. Ces dernières permettront de vérifier les informations initialement collectées et d'assurer la triangulation des sources, des méthodes de collecte et des approches.

Les informations seront collectées auprès de : Ministères techniques, Organisations de la société civile (ONG, Réseaux, les Groupements de femmes, jeunes), Partenaires techniques et financiers, Parlementaires, Leaders coutumiers et religieux, populations bénéficiaires directs.

La matrice d'évaluation fournira pour chaque question d'évaluation les données à collecter, les outils à utiliser et les sources.

Un échantillonnage à choix raisonné se fera à 2 niveaux (entre les régions et au sein de la région) pour couvrir toutes les catégories de cibles, les types et l'intensité des interventions.

#### Les mécanismes de validation

La triangulation des sources de données et méthodes/outils de collecte permettra d'assurer une certaine validité des données. En outre, les rencontres entre l'équipe d'évaluateurs et les parties prenantes constitueront d'autres mécanismes de validation des informations.

#### La participation des parties prenantes

L'approche participative sera privilégiée pour réaliser cette évaluation. Toutes les parties prenantes du programme seront impliquées durant le processus de l'évaluation. Ce processus sera conduit avec le Gouvernement et l'implication des partenaires d'exécution, des autres bénéficiaires (jeunes, femmes, leaders coutumiers, leaders religieux, etc.), des Réseaux, des Partenaires techniques et financiers et des Parlementaires.

Y prendront aussi part à cette activité, les représentants de la partie nationale au sein du groupe de référence chargé de suivre l'état d'avancement du processus et l'assurance qualité de l'évaluation. Le Bureau régional et le Bureau de l'évaluation du siège seront également étroitement associés à cet exercice.

Enfin, l'évaluation sera conduite par un consultant international et deux (2) consultants nationaux. Elle s'adressera aux trois composantes du programme (population et développement, santé de la reproduction, genre et droits humains).

Le tableau ci-dessous répertorie les principaux groupes cibles et méthodes de collecte des données.

**Tableau 1 : Principaux groupes cibles et techniques de recueil des données**

Technique de recueil des données	Groupes cibles
Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentante de l'UNFPA</li> <li>- Représentant Assistant de l'UNFPA</li> <li>- Personnel des Opérations de l'UNFPA</li> <li>- Chargés de Programmes de l'UNFPA</li> <li>- Représentant de la Coordination nationale du programme (Directeur Général des Organisations Internationales au Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération Internationale)</li> </ul>
Interview des informateurs clés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partenaires de mise en œuvre (Gouvernement et ONG)</li> <li>- Associations des sages-femmes</li> <li>- Prestataires de services</li> <li>- Parlementaires</li> <li>- La Coordination SNU et les agences SNU</li> <li>- Les principaux bailleurs (Belgique, Pays-Bas)</li> <li>- Leaders communautaires/opinion.</li> </ul>
Focus groupes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupes féminins (fistules, forum national des femmes)</li> <li>- Leaders religieux</li> <li>- Autorités sanitaires locales</li> <li>- Prestataires de services de santé</li> <li>- Responsables centres jeunes, centres de santé amis des jeunes</li> <li>- Les écoles</li> <li>- Bénéficiaires ultimes (Femmes, Adolescent(e)s, Jeunes garçons et filles)</li> </ul>

Les évaluateurs veilleront au respect des normes et codes de conduite et d'éthique édictée par le Groupe d'évaluation des Nations Unies(UNEG) dans la collecte et l'analyse des données

## **7. Processus d'évaluation**

L'évaluation se déroulera en trois phases et chacune d'entre elles comprend plusieurs étapes :

### **Phase de conception**

Cette phase comprendra:

- Une revue de tous les documents pertinents disponibles au siège de l'UNFPA et au Bureau pays concernant le Programme pays.
- Une cartographie des parties prenantes. L'équipe d'évaluation établira une cartographie des parties prenantes. Cet exercice impliquera les acteurs étatiques et de la société civile.
- Une analyse de la logique d'intervention du programme, c'est à dire la théorie du changement se fera et visera à lier les activités prévues aux résultats escomptés du programme
- La finalisation de la liste des questions d'évaluation (voir matrice d'évaluation)
- Un plan de travail pour la phase de terrain.

À la fin de la phase de démarrage, l'équipe d'évaluation produira un rapport de conception mettant en exergue les résultats des étapes ci-haut énumérées.

### **Phase de terrain**

Après la phase de démarrage, l'équipe d'évaluation entreprendra deux à trois semaines de mission de collecte et d'analyse des données nécessaires pour répondre à la liste finale des questions d'évaluation consolidée à la phase de conception.

À la fin de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation fera au Bureau pays une présentation des résultats préliminaires de l'évaluation, comprenant des conclusions et recommandations provisoires.

### **Phase de synthèse**

Durant cette phase, l'équipe d'évaluation poursuivra le travail d'analyse entrepris au cours de la phase de terrain et préparera un premier draft de rapport final d'évaluation, en tenant compte des observations formulées par le Bureau pays lors de la réunion de débriefing.

Ce premier draft de rapport final sera soumis au groupe de référence de l'évaluation pour commentaires (par écrit). Les observations faites par le groupe de référence et consolidées par le gestionnaire d'évaluation vont permettre à l'équipe d'évaluation de préparer un deuxième projet de rapport d'évaluation final. Ce rapport devra bénéficier des commentaires du M&E Regional Advisor et aussi du réseau régional mis en place par le bureau de l'évaluation du siège.

Ce deuxième projet de rapport final servira de base pour organiser un séminaire de diffusion des résultats dont les participants seront constitués des représentants du Bureau Pays ainsi que toutes les parties prenantes clés du programme.

Le rapport final sera amélioré en intégrant les derniers commentaires issus du séminaire-atelier formulés par les participants.

## **8. Résultats attendus**

Les documents suivants sont attendus de l'équipe d'évaluation :

- Un rapport de conception, incluant: a) une cartographie des parties prenantes; b) la matrice d'évaluation; c) l'approche méthodologique ; d) une présentation (Power Point) des premiers constats pendant la réunion de débriefing, des conclusions et recommandations préliminaires, qui seront discutés avec le staff du Bureau pays.
- Un premier draft de rapport d'évaluation final provisoire suivi d'un second rapport final provisoire prenant en compte les commentaires du groupe de référence ainsi que ceux du gestionnaire de l'évaluation

- Une présentation PowerPoint des résultats de l'évaluation pendant l'atelier de validation qui se tiendra à Bujumbura, au Burundi.
- Un rapport final revu sur la base des commentaires issus de l'atelier de validation.

Tous les documents seront rédigés en français.

## 9. Calendrier indicatif de l'évaluation

Etapes/Produits de l'évaluation	Nombre de jours	Dates indicatives
<b>1. Phase préparatoire</b>		
Elaborer les TDR de l'évaluation		Déjà réalisé 2015
Mettre en place le groupe de référence		Déjà réalisé
Appel d'offre et recrutement de l'équipe d'évaluation		Déjà réalisé, Mars 2015
Briefing de l'équipe d'évaluation		4 Juillet 2016
<b>2. Phase de Conception</b>		
- Finalisation des questions d'évaluation (6 jours)	6	11 au 16 Juillet
- Soumission du rapport de conception (6 jours)	6	18 au 23 Juillet
<b>3. Phase de terrain</b>		
Collecte des données (2 semaines)	12	25 Juillet au 6 Août
Préparation et présentation des résultats préliminaires (1 jour)	1	8 Août
<b>4. Phase de rapportage</b>		
Rédaction du premier draft du rapport final (2 semaines)	12	8 Août au 20 Août
Feedback de la soumission du draft du rapport final au groupe de référence, au Bureau Régional, au réseau régional de M&E et Intégration des commentaires et rédaction du deuxième draft du rapport final (1 semaine)	6	22 Août au 27 Août
Draft évaluation qualité du deuxième draft du rapport final d'évaluation	1	29 Août
Production du rapport final de l'évaluation	6	29 Août au 3 Septembre
Atelier de validation Intégration des commentaires de l'atelier dans le rapport et finalisation du rapport	1 3	5 Septembre 8 Septembre
<b>5. Phase de diffusion</b>		
Développement de la réponse managériale de l'évaluation		15 Septembre
Publication du rapport de l'évaluation		25 Septembre

## 10. Composition de l'équipe de l'évaluation

Une équipe locale de consultants nationaux sous la responsabilité d'un consultant international va faire l'évaluation. Le chef d'équipe aura la responsabilité globale de coordination du processus d'évaluation et de production du rapport final. Les consultants locaux fourniront l'expertise dans les domaines de la santé reproductive, du genre et sur les questions de population et de développement.

- ❖ Un chef d'équipe avec la responsabilité globale de la production du draft et le rapport d'évaluation finale. Il / elle dirigera et coordonnera le travail de l'équipe d'évaluation et de garantir l'assurance de la qualité de tous les résultats de l'évaluation. Le chef d'équipe apportera son expertise sur les questions de population et développement, sur la santé reproductive et maternelle (la planification familiale, la sécurité des produits de santé de la reproduction, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes). Le chef d'équipe doit avoir en outre une bonne connaissance du contexte de développement national et parler couramment français. A la phase de synthèse, il / elle sera responsable de la production de la première version complète du rapport d'évaluation sur la base des apports d'autres membres de l'équipe d'évaluation.

- ❖ Un spécialiste de la santé sexuelle et reproductive (consultant) apportera son expertise en matière de santé reproductive et maternelle (la planification familiale, la sécurité des produits de santé de la reproduction, la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Outre son expertise technique, l'expert doit avoir une bonne connaissance du contexte du développement national. Elle / il va prendre part à la collecte de données et l'analyse lors de la conception et la phase de terrain. Il / elle sera responsable de la rédaction des éléments clés du rapport de conception et du rapport final d'évaluation, y compris (mais sans s'y limiter) les sections relatives à la SR.
- ❖ Un expert genre (consultant) pour fournir une expertise sur les questions de l'égalité des sexes (les femmes, jeunes et les adolescents, la prévention de la discrimination et de la violence contre les femmes). Outre son expertise technique, l'expert genre devrait avoir une bonne connaissance du contexte de développement national. Elle / il va prendre part à la collecte de données et à l'analyse lors de la conception et la phase de terrain. Il / elle sera responsable de l'élaboration des éléments clés du rapport de conception et le rapport final d'évaluation, y compris (mais sans s'y limiter) la partie relative à l'égalité des sexes

Tous les consultants doivent écrire et parler couramment le français. Avoir la capacité d'exploiter les documents en Anglais.

Le travail de l'équipe d'évaluation sera guidé par les normes établies par le Groupe d'évaluation des Nations Unies (UNEG). Les membres de l'équipe doivent respecter les directives d'éthique pour les évaluateurs dans le système des Nations Unies et le Code de conduite également établis par UNEG. Les évaluateurs seront invités à signer le Code de conduite avant de s'engager dans l'exercice d'évaluation.

## 11. Qualifications de l'équipe d'évaluation

### ❖ **Consultant International, chef d'équipe**

- Avoir au moins un Doctorat /PHD en Démographie, Sciences sociales ou domaine similaire
- Au moins 10 ans d'expérience en évaluation des Programmes
- Compétences analytiques des programmes, des stratégies et politiques
- Bonnes connaissances des questions de population et développement
- Connaissance des questions transversales telles que le genre, les violences basées sur le genre et les droits humains
- Expérience significative dans la conduite d'évaluations dans le domaine du développement pour le compte d'agences des Nations Unies ou d'autres organisations internationales
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français
- Avoir une capacité d'exploiter les documents en Anglais

### ❖ **Consultant national, spécialiste en Santé de la reproduction**

- Maîtrise en Sciences sociales, en Médecine ou domaine similaire
- Spécialisation en santé publique
- Bonnes connaissances de la Planification familiale, des interventions dans le domaine de la SSRAJ et des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle
- Expérience significative (5ans) en conduite des évaluations avec les Nations Unies ou d'autres organisations internationales
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français

### ❖ **Consultant national, spécialiste en genre**

- Maîtrise en Sciences sociales ou domaine similaire
- Expérience pertinente dans le domaine du genre et des violences basées sur le genre
- Expérience significative (5ans) dans l'évaluation des programmes et projets pour le compte des organisations internationales ou pour les Nations Unies
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français
- Avoir une capacité d'exploiter les documents en Anglais

## **12. Rémunération**

Les frais des consultants seront payés sur base des procédures des Nations Unies en utilisant les modalités de paiement suivantes:

- a. 20% - paiement initial lors de l'approbation du rapport de conception,
- b. 50% - deuxième paiement après acceptation de la production d'un projet de rapport complet
- c. 30% payable à la réception d'un rapport final qui doit être précédée d'une réunion des parties prenantes avec la facilitation des consultants.

## **13. Gestion et conduite de l'évaluation**

La gestion et la conduite de l'évaluation sont sous la responsabilité du gestionnaire de l'évaluation qui travaillera avec le Groupe de référence de l'évaluation. Le gestionnaire de l'évaluation est le Chargé du Suivi-Évaluation du bureau pays de l'UNFPA. Il est non seulement chargé d'apporter à l'équipe d'évaluation l'appui nécessaire pour la conduite de l'évaluation mais aussi de fournir un feedback aux membres pour assurer la qualité du rapport d'évaluation. Il sera appuyé par le conseiller régional du Suivi-Evaluation basé à Johannesburg.

Le groupe de référence sera composé des représentants du Bureau de pays d'UNFPA Burundi, la contrepartie nationale, le Bureau Régional de UNFPA, la Division des programmes et le Bureau de l'évaluation de l'UNFPA du siège.

Les principales fonctions du groupe de référence sont:

- Discuter des termes de référence.
- Fournir à l'équipe d'évaluation de l'information et de la documentation pertinente sur le programme.
- Faciliter l'accès de l'équipe d'évaluation aux informateurs clés au cours de la phase de terrain.
- Discuter et approuver les rapports produits par l'équipe d'évaluation.
- Donner des avis sur la qualité du travail accompli par l'équipe d'évaluation.
- Donner des feedback sur les constats, les conclusions et recommandations de l'évaluation en vue de les intégrer dans la prochaine conception et exécution des programmes.

## **14. Audience de l'évaluation**

L'évaluation et son utilisation s'adressent à plusieurs acteurs. Le rapport de l'évaluation est utilisé d'abord par UNFPA au niveau du pays en mettant en exergue les progrès réalisés, les défis qui restent et les leçons tirées et s'en servir pour l'élaboration du prochain programme. Les bonnes pratiques peuvent aussi dupliquées dans d'autres pays. Le Conseil d'Administration est aussi informé des résultats de l'évaluation et tiennent compte dans l'approbation d'un nouveau programme. Le rapport de l'évaluation est aussi utilisé par la partie nationale pour cerner les avancées dans le domaine de la SR pour définir de nouvelles stratégies avec les autres intervenants (partenaires techniques et financiers, Nations Unies, ONG) dans ce secteur.

## ANNEXE 2 : MATRICE D'ÉVALUATION

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
<b>Pertinence</b>	<b>QE1</b>				
	Dans quelle mesure le programme : (i) est en /cohérence avec les priorités nationales déclinées dans les cadres stratégiques nationaux et internationaux de développement (ii) a répondu aux besoins des groupes cibles, et : (iii) est en mesure de répondre efficacement aux changements intervenus dans le contexte national, y compris les situations d'urgence ?	(i) Le programme est aligné sur les stratégies nationales en matière de SR déclinées dans le Cadre stratégique de lutte contre la Pauvreté (2012-2016), le Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015), les orientations des cadres nationaux et internationaux relatifs à l'égalité des sexes, la protection/promotion de la femme et de la fille, le Programme d'action de la CIDP	Existence des stratégies dans les domaines de SR, Genre et P&D  Déclarations des autorités nationales sur la contribution de l'UNFPA au développement du Burundi	CPAP du 7ème Programme  PNDS (Période)  Politique Nationale Genre 2003, 2012-2025 ;  CEDEF, PA CIPD, PA Beijing, OMD, Protocole Maputo, Résultats d'entretiens avec les partenaires de mise en œuvre et le staff UNFPA	Analyse documentaire.  Entretiens individuels avec les partenaires et staff UNFPA
<p>(i) En matière de SR, le premier effet du programme pays (CPAP) : «En 2014, les collectivités ont un accès aux services de SR et utilisent des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population », contribue à l'effet UNDAF 2.2 : « Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à terme elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion ». La composante SR se réfère aux orientations stratégiques de la Politique Nationale de la santé et aux axes prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en rapport avec la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, la prise en compte de la santé sexuelle et reproductive des jeunes, la planification familiale. La SR s'aligne également à la Stratégie Nationale de lutte contre le VIH/Sida. Elle se conforme aux engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrit, entre autres le Plan stratégique de Santé Sexuelle et Santé de la Reproduction (SSR) de la Communauté de l'Afrique de l'Est, le Plan d'action de Maputo en SSR</p> <p>(ii) En matière de genre et Droits humains, le deuxième effet du programme pays : « Pour 2014, les systèmes, institutions nationaux qui favorisent l'équité entre les sexes, préviennent les violences sexistes et dispensent des soins intégrés aux victimes sont renforcés et une culture des droits de l'homme est encouragée », contribue à l'effet UNDAF 3.2 : « Les systèmes, institutions et mécanismes de promotion et de protection des droits de l'homme sont mieux outillés pour réduire significativement les violations des droits de l'homme, et une culture des droits de l'homme est progressivement et systématiquement implantée ». La composante Genre prend en compte : les orientations stratégiques de la Politique Nationale Genre (2012-2025) ; intègre les engagements nationaux et internationaux relatifs à l'égalité des sexes, à la promotion, la protection des femmes, des filles et des groupes vulnérables ; est en phase avec la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les Programmes d'action de la CIPD et de Beijing, les objectifs du Millénaire pour le développement, la Convention du Protocole de Maputo relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples</p>					

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
<p>(iii) En population et Développement, le troisième effet du programme pays : « Pour 2014, les systèmes nationaux d'information, de production et d'analyse des données démographiques et socioéconomiques sont améliorés et utilisés par le gouvernement pour diriger un processus participatif destiné à concevoir, mettre en œuvre, assurer le suivi et évaluer la nouvelle stratégie de réduction de la pauvreté et les stratégies sectorielles », contribue à l'effet UNDAF 1.1 : « Les institutions gouvernementales clés ont les capacités nécessaires pour animer un système de planification stratégique participatif qui inclut les acteurs nationaux et internationaux et qui tient compte des normes et engagements régionaux et internationaux ». La composante population et développement s'aligne aux orientations stratégiques nationales (CSLP I, CSLPII, Vision 2025 Burundi, UNDAF 2012-2016, et internationales (PA/CIPD, OMD).</p>					
		(ii) Les besoins des populations bénéficiaires sont pris en compte dans le programme	Les besoins sont pris en compte dans les PTA : en SR, SSRAJ, VBG et VIH, P&D	CPAP du 7 <sup>ème</sup> Programme 2010-2016. PTAs 2010-2016 Résultats d'entretiens avec les partenaires de mise en œuvre et le staff UNFPA. Résultats de discussions de groupe	Analyse documentaire Entretiens individuels avec les partenaires et staff UNFPA Discussions de groupe
			Les stratégies développées dans le CPAP 2010-2016 prennent en compte les besoins spécifiques des femmes et des victimes des VBG	CPAP du 7 <sup>ème</sup> Programme	Analyse documentaire Entretiens individuels
			Les besoins en données sociodémographiques sont pris en compte dans les PTA	PTA 2010-2016 Résultats d'entretiens avec les partenaires de mise en œuvre et le staff UNFPA	Analyse documentaire. Entretiens individuels avec les partenaires et staff UNFPA
		Les jeunes et les adolescents scolarisés, déscolarisés et non scolarisés à travers les Centre de santé conviviaux pour jeunes/adolescent(e)s, les Points de Prestations de Services et les centres de formation (Centre de Formation Professionnelle), les mères et les nouveau-nés ainsi que les victimes des VBG au niveau des structures sanitaires, les groupements de femmes, les femmes en âge de procréer et les femmes vulnérables constituent des cibles importantes visées par les interventions du 7 <sup>ème</sup> Programme.			

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
		Le 7 <sup>ème</sup> Programme adresse de manière transversale le genre, en l'appliquant à la santé sexuelle et reproductive. Enfin, le Programme prend en compte les besoins des femmes, des jeunes et des adolescent-e-s, en lien avec la santé maternelle et l'égalité des sexes, à travers l'appui à la collecte des données démographiques et de santé.			
		(iii) L'UNFPA a adapté sa réponse aux changements intervenus dans le pays en matière de santé de la reproduction, genre et disponibilité des données et de dynamique de population	Existence d'un dispositif minimum d'urgence (DMU)  Prise en charge de la SR durant les situations d'urgence	Rapports de performances de l'UNFPA 2010 – 2016  Rapports d'activités des partenaires d'exécution	Analyse documentaire  Entretiens staff de l'UNFPA  Entretiens avec les partenaires de mise en œuvre
		L'UNFPA a mené les actions suivantes : (i) le renforcement des capacités des prestataires formés sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU) ; (ii) la dotation des centres de santé de kits d'accouchements et césariennes; (iii) la distribution de kits de dignité aux femmes en âge de reproduction (iv) l'élaboration d'un projet national d'assistance humanitaire.			
<b>Efficacité</b>	<b>QE 2</b>				
	Dans quelle mesure dans chacune des trois composantes les produits du CPAP ont été atteints et contribué aux effets du CPAP ?	(i) <b>En SR</b> , les systèmes de santé nationaux sont capables d'assurer : les accouchements sans danger, les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les conseils en matière de VIH et la sécurisation des produits de SR	Proportion de structures sanitaires offrant des SONU de base.  Nombre/proportion de personnels formés en SOUB/C dans la zone d'intervention du programme.  Taux de couverture en CPN.  Nombre de personnel formés en technologie contraceptive, méthodes longues durée  Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	Rapports de progrès  Résultats d'entretiens avec les partenaires de mise en œuvre et le staff UNFPA.  Rapports de visites de structures.	Analyse documentaire  Entretiens avec les partenaires d'exécution et staff UNFPA  Visites de terrain

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
			Taux de prévalence contraceptive moderne  Nombre de cas de fistules obstétricales réparées		
		Présentation des indicateurs des produits 1, 2, 3  <b>Produit 1 : Capacité accrue des systèmes de santé nationaux</b> <b>Indicateurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ % de structures de santé offrant des soins obstétricaux d'urgence (de base et complets) ;</li> <li>✓ % de structures de santé publiques offrant des services de PF ;</li> <li>✓ Taux de prévalence contraceptive par méthode moderne de PF ;</li> <li>✓ Taux d'accouchement assistés par un personnel de santé ;</li> <li>✓ % des hôpitaux de district prenant en charge les survivants des violences sexuelles ;</li> <li>✓ % des survivants traités dans les 72 heures ;</li> <li>✓ Nombre de cas de fistules obstétricales traités ;</li> <li>✓ Nombre d'études réalisées</li> </ul> <b>Produit 2 : Demande accrue de services de Santé de la Reproduction</b> <b>Indicateurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proportion de structures de santé intégrant des services de dépistage volontaire et de conseils et SR</li> <li>✓ Pourcentage de la population connaissant au moins 3 méthodes PF</li> </ul> <b>Produit 3 : Paquet minimum tenant compte des sexospécificités pour adolescents et jeunes.</b> <b>Indicateurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de jeunes/adolescents ayant bénéficiés des services de SRAJ dans les 37 centres ;</li> <li>✓ Nombre de jeunes ayant fait le dépistage volontaire (par sexe) ;</li> <li>✓ Nombre de structures de santé offrant des services conviviaux aux jeunes</li> </ul>			
		La demande des services de SR a augmenté en particulier ceux de la PF, de la prévention du VIH, et de dépistage	Proportion de structures de santé intégrant des services de dépistage volontaire, de conseils et de SR ; pourcentage de la population		

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
			connaissant au moins 3 méthodes modernes de PF		
		La question d'intégration de la SR/PF et VIH reste à l'ordre du jour. Entre 2010 et 2014, l'UNFPA a contribué au renforcement des capacités des Clubs Stop SIDA par la formation de 90 encadreurs et de 90 jeunes pairs éducateurs sur l'intégration de la SR/PF dans les programmes de sensibilisation des élèves de 30 écoles secondaires. Il a fourni des équipements à 05 centres de santé (CDS) offrant des services conviviaux aux jeunes et à 05 centres pour jeunes. Cet appui a permis à un certain nombre d'adolescents et de jeunes d'avoir accès à l'information et aux services de SR/PF.			
		Les centres pour jeunes et adolescents offrent effectivement un paquet minimum de services tenant compte des sexospécificités pour les adolescents et les jeunes, notamment les conseils de prévention du VIH et le dépistage volontaire	Nombre de jeunes et adolescents ayant bénéficié des services de SRAJ dans les 37 centres ; nombre de jeunes ayant fait le dépistage volontaire ; nombre de structures de santé offrant des services conviviaux aux jeunes		
		<b>(ii) En Genre</b> : L'équité de genre et les droits humains sont assurés par une législation qui est adoptée et appliquée	Existence des lois sur la succession ; existence de loi sur la SR ; existence de loi sur les VBG ; existence ; existence des mécanismes des lois ; nombre de leaders communautaires sensibilisés sur le genre et les VBG		
		Les structures de santé, les services de soutien communautaire et juridiques prodiguent des soins appropriés aux victimes des VBG	Nombre d'acteurs en VGB formés ; nombre de victimes de VBG orientés vers les CDF ; nombre de dossiers de victimes traités et clôturés juridiquement		
		Cinquante (50) prestataires de santé et 27 responsables de CDFE ont bénéficié de formations sur la prise en charge psychosociale, ce qui leur a permis d'améliorer la qualité d'assistance aux victimes. Egalement, 50 leaders communautaires, hommes et femmes, ont été			

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
		informés et sensibilisés sur le Code des Personnes et de la Famille et sur les VBG. A leur tour, ils ont informé et sensibilisé les membres de leurs communautés sur la prévention des violences domestiques et sexuelles (entretiens avec les leaders communautaires et les PE).			
		(iii) <b>En P&amp;D</b> : Les données démographiques et socioéconomiques désagrégées sont disponibles et utilisées au niveau national et décentralisé	Existence de tableaux statistiques et rapports d'analyse RGPH 2008 ; existence rapport de EDS ; loi statistique révisée et vulgarisée ; rapports périodiques de suivi du CSP		
		La prise de conscience des interrelations entre population et développement est effective	Nombre de ministères et institutions cibles ayant intégré les questions de population (SR, genre, P&D) dans leurs plans sectoriels ; nombre de réseaux		
		Les produits ont contribué aux effets du CPA			
		En 2010, l'UNFPA a appuyé l'organisation d'une campagne de sensibilisation des décideurs politiques et des partenaires au développement à l'utilisation des résultats du RGPH2008 sous le thème "chaque individu compte" à l'occasion de la journée mondiale de la population 2010. Cette campagne de sensibilisation à l'utilisation des résultats du RGPH 2008 avait été présidée par le n°2 Burundais. Elle a eu comme résultat immédiat le recours de tous les partenaires au développement à l'utilisation systématique des données du RGPH 2008 pour le suivi des OMD et du CSLP II.			
<b>Coordination et Suivi évaluation</b>	<b>QE3</b>				
	Dans quelle mesure le dispositif de coordination et de suivi a-t-il influencé la réalisation des activités et l'atteinte des résultats ?	Le système de suivi-évaluation a permis de rendre compte de la performance des interventions du programme et d'identifier dans les meilleures conditions les facteurs	Existence d'un système de suivi-évaluation aligné aux différents plans stratégiques de l'UNFPA.  Points forts et points faibles du système de suivi-évaluation	Document de système de suivi-évaluation du Programme.  Résultats d'entretien avec staff et partenaires de mise en œuvre	Analyse documentaire  Entretiens avec partenaires de mise en œuvre.

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
		de réussite et les contraintes de mise en œuvre	Existence d'un plan de suivi-évaluation du CPAP 2010-2014.  Existence d'une matrice de planification pour le suivi-évaluation du CPAP 2015- 2016.		Visites de terrain
		<p>Un Plan de suivi-évaluation a été élaboré et aligné sur le Plan stratégique 2014-2017 en 2014. Ce plan définit les rôles et responsabilités des différents acteurs et fournit les outils pour le suivi-évaluation du 7<sup>ème</sup> programme de pays. En revanche, son appropriation par toutes les parties prenantes et sa mise en œuvre restent insuffisantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelques points forts du S&amp;E : Le 7<sup>e</sup> programme a appuyé l'amélioration de la qualité des données et le renforcement du suivi et évaluation dans les politiques de développement.</li> <li>- Quelques points faibles du S&amp;E : (i) Le programme a opté pour la gestion axée sur les résultats (GAR), mais la mise en œuvre des activités du 7<sup>e</sup> programme n'a pas suffisamment obéi à la logique de la gestion axée sur les résultats : les rapports consultés sont axés sur les intrants et les activités et non sur les résultats ; (ii) Les insuffisances dans la planification stratégique, l'insuffisance des ressources humaines des partenaires.</li> <li>- les priorités nationales et le Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA sont pris en compte. Dans ce cadre de résultats, la situation de référence et les cibles annuelles 2015 et 2016 sont définies et les sources de vérification précisées pour chaque indicateur retenu</li> </ul>			
		Le dispositif institutionnel de coordination a permis la mise en œuvre des activités du programme de manière à contribuer à l'atteinte des résultats	Existence de mécanismes de coordination permettant de rendre compte de la performance due aux interventions.	CPAP 2010-2014  Résultats des entretiens	Revue documentaire.  Entretiens avec les parties prenantes au programme
		<b>Comité de pilotage conjoint- (GoB, UNFPA et PTF)</b>			
		<b>Composition</b>		<b>Rôle et responsabilités</b>	
		Ministère des Relations Extérieures et de la CI Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida: PNSR, DGPPS, DG Planification Ministère à la Présidence chargé de la bonne gouvernance et du plan (DG Planification nationale et prévision, ISTEEDBU)		Le MRECI assure la Présidence Le PNSR assure le secrétariat du CP Organisation des revues semestrielles et annuelles, revue globale du PP et de la réunion de stratégie de préparation du nouveau document de PP	

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
		Ministère de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique Ministère de la Jeunesse, des Sports de la et de la Culture (DG Jeunesse) Ministère des droits de la personne humaine, des affaires sociales et du genre (DG PF/Genre) Ministère de l'Intérieur ONGs et associations partenaires de mise en œuvre			
		<b>Comité Technique PF/SM</b>			
		<b>Composition</b>		<b>Rôle et responsabilités</b>	
		PNSR, PNLS, DSNIS, DGP, DGSS, INSP Direction Générale de la Planification nationale et prévision, ISTEEDU Direction Générale PF/Genre ONGs et associations partenaires de mise en œuvre (ABUBEF)		Présidence : PNSR en collaboration avec le Bureau Pays UNFPA, le comité aura la responsabilité de : (i) coordonner la préparation des plans de travail annuels; (ii) organiser des réunions trimestrielles de suivi; consolider les rapports techniques trimestriels et annuels des différents plans de travail annuels; rapporter au CP	
<b>Efficienc</b>	<b>QE 4</b>				
	Dans quelle mesure les mécanismes administratifs et financiers et l'utilisation des ressources ont-ils permis l'atteinte des résultats attendus dans le cadre des trois composantes du programme	Les ressources mises à la disposition du programme ont permis d'atteindre les résultats tels que planifiés au début du programme	PTA  Rapports sur la mise à disposition des ressources  Taux d'exécution des budgets ; taux d'absorption	PTA signés  Notification du positionnement des ressources	Analyse documentaire.  Entretiens avec les chargés de portefeuille, les partenaires d'exécution et les responsables administratifs et financiers
		La partie gouvernementale et les autres partenaires de mise en œuvre ne se sont pas suffisamment appropriés les outils de gestion. Les PTA sont signés avec un retard. Cette situation est due en partie à l'instabilité institutionnelle ; la date de signature d'un PTA dépend de la disponibilité du Ministre concerné. La préparation des demandes d'avances de fonds prend beaucoup de temps parce que les dossiers sont mal composés (FACE, qualité des fiches d'activités, plan de travail, rapport de suivi du PTA, etc.). Lorsque les FACE sont bien			

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
		<p>remplis, ils parviennent souvent aux services financiers tard, par exemple au mois de mai au lieu du 05 avril, pour la demande du 2<sup>ème</sup> trimestre.</p> <p>L'examen des taux d'utilisation budgétaire met en évidence une exécution budgétaire satisfaisante pour les 3 composantes du programme : 91% pour population et développement ; 93% pour la santé de la reproduction ; 96% pour le Genre, et 77% pour le Management. Il est de 92% pour l'ensemble du programme (voir chapitre 3, structure financière du programme).</p>			
<b>Durabilité</b>	<b>QE 5</b>				
	Dans quelle mesure la durabilité des résultats du programme sera-t-elle assurée après le retrait de l'assistance extérieure ?	La partie nationale s'approprie les résultats du programme à travers le renforcement des capacités	<p>Existence d'une stratégie de pérennisation</p> <p>Existence d'une stratégie de renforcement des capacités.</p> <p>Existence d'initiatives développées par les populations.</p>	<p>Rapports d'activités des partenaires d'exécution.</p> <p>Rapport de supervision.</p> <p>Rapports des ateliers de formation.</p> <p>Résultats des discussions de groupe</p>	<p>Revue documentaire.</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes</p> <p>Discussions de groupe</p>
		<p>Les populations et autres parties prenantes maîtrisent les stratégies et outils d'intervention et prennent des initiatives pour assurer la continuité et consolider les acquis.</p> <p>Les capacités ont été renforcées dans les trois composantes : SR, genre et population et développement (cf tableaux sur les formations, les équipements, la communication avec les leaders). Les outils mis à la disposition des partenaires (curricula de formation, supports de communication) les prédisposent à renforcer la pérennisation des interventions. Les parlementaires, les membres des organisations de la société civile et les autres acteurs clés du programme ont déroulé des <b>activités de plaidoyer</b> et de sensibilisation sur le terrain.</p> <p>- La participation des parties prenantes au financement des activités favorise l'appropriation et la pérennisation des stratégies. Quelques PTAs présentent une contrepartie nationale à la mise en œuvre des activités. Par ailleurs, le plaidoyer fait par l'UNFPA et certains partenaires a conduit à une intégration officielle des produits PF dans le circuit national d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels.</p>			
<b>Coordination SNU/valeur ajoutée</b>	<b>QE 6</b>				

Critères	Questions d'évaluation (QE)	Hypothèses	Indicateurs	Sources	Méthodes
	<p>Quels ont été les avantages comparatifs de l'UNFPA dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, la collecte et l'analyse des données, le genre, et l'UNFPA est-il resté en conformité avec l'UNDAF, a-t-il favorisé les complémentarités et évité les duplications d'activités au sein de l'Equipe pays du SNU ?</p>	<p>UNFPA a une grande capacité de plaidoyer et de dialogue de politique sur les questions de population (SR, Genre, P&amp;D) ;</p> <p>Agence très active au sein du SNU</p>	<p>Existence des programmes conjoints avec les autres agences du SNU ; pilotage de certains groupes thématiques</p>	<p>Compte-rendu des réunions de UNCT ; rapports d'activités du UNCT</p>	<p>Revue documentaire.</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes</p> <p>Discussions de groupe</p>

## ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### 3.1. ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DISCUSSIONS DE GROUPE

#### Liste du personnel d'UNFPA rencontré Bureau d'UNFPA Burundi, Juillet 2016

	Nom et Prénom	Sexe	Titre	Téléphone	E-mail
1.	Suzanne MANDONG	F	Représentante	71 424 226	<a href="mailto:mandong@unfpa.org">mandong@unfpa.org</a>
2.	Dr. Kacou Pierre KONAN	M	Technical Specialist	71 933 553	<a href="mailto:konan@unfpa.org">konan@unfpa.org</a>
3.	Julien OUEDRAOGO	M	Spécialiste de la Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes	72 018 406	<a href="mailto:jouedraogo@unfpa.org">jouedraogo@unfpa.org</a>
4.	Gervais BARAMPANZE	M	Rep. Assistant	79 926 943	<a href="mailto:baramapnze@unfpa.org">baramapnze@unfpa.org</a>
5.	Judith DAH	F	Int'l Operations Manager	79 952 119	<a href="mailto:dah@unfpa.org">dah@unfpa.org</a>
6.	Pierre SOTA	M	Chargé de Programme Suivi-Evaluation	79 928 822	<a href="mailto:sota@unfpa.org">sota@unfpa.org</a>
7.	Sylvère BAREGENSABE	M	Chargé du Suivi-Evaluation PNSR	79 042 951 77 746 988	<a href="mailto:baregensabe@unfpa.org">baregensabe@unfpa.org</a>
8.	Dr Georges GAHUNGU	M	Chargé de Programme VIH/JEUNES	79 959 182	<a href="mailto:gahungu@unfpa.org">gahungu@unfpa.org</a>
9.	Dr Yolande MAGONYAGI	F	Chargée de Programme Santé de la Reproduction	72 016 030	<a href="mailto:magonyagi@unfpa.org">magonyagi@unfpa.org</a>
10.	Janvier NDIZEYE	M	Chargé de Programme Plaidoyer	79 901 071	<a href="mailto:ndizeye@unfpa.org">ndizeye@unfpa.org</a>
11.	Jean Claude NKURUNZIZA	M	Associé aux Finances	79 935 246	<a href="mailto:nkurunziza@unfpa.org">nkurunziza@unfpa.org</a>
12.	Geneviève NISHIRIMBERE	F	Associé Financier	79 884 481	<a href="mailto:nishirimbere@unfpa.org">nishirimbere@unfpa.org</a>
13.	Eric MBONICURA	M	Assistant Financier	71 277 277	<a href="mailto:mbonicura@unfpa.org">mbonicura@unfpa.org</a>
14.	Rose NIYONIZIGIYE	F	Assistante Admin/RH	71 725 077	<a href="mailto:niyonizigiye@unfpa.org">niyonizigiye@unfpa.org</a>
15.	Bonose NIYONZIMA	F	Chargé de Programme Genre	71 172 663 76 911 618	<a href="mailto:niyonzima@unfpa.org">niyonzima@unfpa.org</a>

#### Liste des personnes rencontrées- Partenaires d'UNFPA Juillet- Août 2016

Nom et Prénom	Sexe	Institution/ Organisation	Fonction/ Titre	Téléphone/ Email
<b>Niveau central</b>				
1. DG Mme Jeanine	F	1) Ministère du Plan/ Direction Générale de la Planification	Directrice Générale de la planification	
2. Rénovât Bigirimana	M		Cadre Direction générale	
3. Dr Anatole Nkeshimana	M	2) PNSR	Directeur Technique Adjoint	79 411 257 <a href="mailto:nkeshimanaanatole@yahoo.fr">nkeshimanaanatole@yahoo.fr</a>
4. Dr Eric Nzeyimana	M		PNSR/ EAC	75 478 278 <a href="mailto:nzeyeric@gmail.com">nzeyeric@gmail.com</a>
5. Julie Harushimana	F		Service Prestations Cliniques	77 936 796 <a href="mailto:harushimanajulie@yahoo.fr">harushimanajulie@yahoo.fr</a>
6. Sadique Niyonkuru	M		PNSR	79 489 564 <a href="mailto:sadiquen9@yahoo.fr">sadiquen9@yahoo.fr</a>

Nom et Prénom	Sexe	Institution/ Organisation	Fonction/ Titre	Téléphone/ Email
7. Eric Ivyizigiro	M		PNSR	79 319 302 <a href="mailto:ericivyizigiro@gmail.com">ericivyizigiro@gmail.com</a>
8. Olivier Gahungere	M		PNSR	79 558 704 <a href="mailto:gahungereolivier@yahoo.fr">gahungereolivier@yahoo.fr</a>
9. Sosthène Sinarinzi	M		PNSR	79 923 356 <a href="mailto:sossinar@yahoo.fr">sossinar@yahoo.fr</a>
10. Rose Simone Ndayiziga	F	3) ABUSAFE/ Association Sage-femme	Secrétaire ABUSAFE	77 757 720 <a href="mailto:NDAYI64@yahoo.fr">NDAYI64@yahoo.fr</a>
11. Emma	F	4) Association Nturengaho	Secrétaire Exécutif	71 641 340 ou 75 825 294
12. Bosco Ndayishimiye	M	5) Population Media Center (PMC)	Représentant Résident	+ 257 79 927815 ou 75 927815 + 257 22 27 83 91 (Office) <a href="mailto:ndayishimiye@populationmedia.org">ndayishimiye@populationmedia.org</a>
13. Willy Nsengiyumva	M		Assistant Financier	
14. François Abedi Ndondo	M		Producteur	
15. Consolate Sindakirimana	F		Ecrivaine en chef	
16. Ntibasharira	M		Ecrivain	
17. Jeannine Ndayiragije	F		Ecrivain	
18. Thaddée Nzigamasabo	M		Ecrivain	
19. Frédéric Kanyugu	M		Chargé du M&E	
20. Richard Manirakiza	M		6) PNLS/ Programme Nationale de Lutte contre le Sida	Directeur Adjoint
21. Dr Félicité Nkuzimana	F	PNLS/ PTME		79 967 488 <a href="mailto:felinkuzimana@gmail.com">felinkuzimana@gmail.com</a>
22. Raphael Nshimirimana	M	PNLS/ IST		79 400 750 <a href="mailto:rap_nshimiye@yahoo.com">rap_nshimiye@yahoo.com</a>
23. Térance Mbonabuca	M	7) Ministère de l'Intérieur BCR/ Bureau Central de Recensement	DG Administration du Territoire	77 780 880 <a href="mailto:mbunabucaterence@yahoo.fr">mbunabucaterence@yahoo.fr</a>
24. Léopold Baraguzwa	M	8) SWAA Burundi	Chargée Programme	77 696 505 <a href="mailto:lbaraquzwa@yahoo.fr">lbaraquzwa@yahoo.fr</a>
25. Dr Prosper Bigirimana	M	9) INSP/ Institut National de la Santé Publique	Directeur de la Formation	
26. Chantal Inamahoro	F	10) Pathfinder International	Représentante Résident	79 927 195 ou 22 25 86 47 (B) <a href="mailto:cinamahoro@pathfinder.org">cinamahoro@pathfinder.org</a>
27. Dr Iréné Ndabagiye	M		Chargé de la SR	75 555 745 <a href="mailto:ndabagiye@pathfinder.org">ndabagiye@pathfinder.org</a>
28. Abbé Pierre	M	11) Centre Jeunes Kamenge (CJK)	Recteur du CJK	79 266 561 ou 77 774 386 <a href="mailto:manirpi@yahoo.fr">manirpi@yahoo.fr</a>
29. Jean Claude Nkuruziza	M		Coordinateur du CJK	79 921 760 ou 79 944 194 <a href="mailto:nkuruclaude@yahoo.fr">nkuruclaude@yahoo.fr</a>
30. Assumani Mnana	M		Responsable de la Radio Colombe/ CJK	75 969 092 <a href="mailto:mnana634@yahoo.fr">mnana634@yahoo.fr</a>
31. Léon Nimbona	M	12) SP/REFES (Secrétariat Permanent des Réformes Economiques et Sociales)	Secrétaire Permanent	
32. Aline Ndayikeza	F	13) ABUBEF	Directrice Adjoint	

Nom et Prénom	Sexe	Institution/ Organisation	Fonction/ Titre	Téléphone/ Email
33. Mme Léonce	F		Chargée du Programme CCC	
34. Nicolas Ndayishimiye	M	14) ISTEEBU	Directeur Général	79 956 548 ou 22 22 26 35 (Bur) <a href="mailto:ndayishimiyenicolas@gmail.com">ndayishimiyenicolas@gmail.com</a>
35. Pierre Claver Kariyo	M		Cadre	75 110 204 <a href="mailto:sekuzihasha@gmail.com">sekuzihasha@gmail.com</a>
36. Anatole Niyonkuru	M	15) Ministère de l'Education (MINEDUC)	Directeur Général EFPF	
37. Cyriaque Ntungwanayo	M		Conseiller à la DGEFPF	79 984 536 <a href="mailto:cyriaquentungwanayo@yahoo.fr">cyriaquentungwanayo@yahoo.fr</a>
38. Marcién Ndiyunze	M		Conseiller à la DGEFPF	
39. Jocelyne Kwizera	F	16) Centre SERUKA	Chargée de Programme	77 139 473 ou 79 593 531 <a href="mailto:kwizerajocelyne@gmail.com">kwizerajocelyne@gmail.com</a>
40. Willy Ndayishimiye	M	17) ONUFEMMES	Chargé de Programme	79 906 536
41. Donatienne Girukwishaka	F	18) Min.DH&G/ Promotion de la Femme et Egalité du genre	D.G Promotion de la Femme et Egalité du genre	79 984 990 ou 22 22 42 47 (Bur) <a href="mailto:giradona2@gmail.com">giradona2@gmail.com</a>
42. Mme ...	F		Chargée du Projet Genre	
43. Mme ...	F		Cadre du Projet Genre	
44. Roderik Gross	M	19) IRC	Directeur adjoint du Programme IRC	
45. Georges Niyonizigiye			Coordonnateur des projets GBV et BES en milieu des réfugiés	
46. Dr Nicimpaye Anglebert	F	20) Ambassade de Belgique	Chargé de Programme	
47. Dr Busogoro Jean François	M	21) OMS	Chargé de Programme SR, Santé de la mère, Enfants et Adolescents	
48. Maaïke van Vliet	F	22) Ambassade Pays Bas		
49. Dr Nicole	F		Chargée des Droits sexuels	
<b>Niveau décentralisé : Provinces de Ngozi, Gitega et Rumonge (du 1<sup>er</sup> au 06 Août 2016)</b>				
50. Dr Philibert	M	23) Bureau Provinciale de la Santé de Ngozi (BPS)	Directeur Provincial de la Santé	
51. Vital	M		Coordinateur de PNSR Ngozi	77 775 446
52. Dr Ntawukuriryayo Guillaume	M	24) Hôpital de Ngozi	Médecin Directeur de l'Hôpital Ngozi	79 394 162 ou 68 426 100 <a href="mailto:ntawukuriryayoqu@gmail.com">ntawukuriryayoqu@gmail.com</a>
53. Dr Agapit Uwamahoro	M		Directeur Adjoint chargé des soins	77 755 892 <a href="mailto:uwagapit@yahoo.fr">uwagapit@yahoo.fr</a>
54. Ndiokubwayo Charles	M	25) CDFC Ngozi	Coordinateur CDFC Ngozi	79 984 834 ou 69 412 048
55. Biregeya Anatole	M		ASC CDFC Ngozi	79 305 740
56. Rwasia Alphonse		26) Poste secondaire de Gisekuro/ Marangara	Prestataire de santé	
57. Nzeyimana Sylvie		27) Centre Humura de Gitega (VSBG)	Coordnatrice du Centre Humura	71 635 982
58. Dr Sakubu Célestin	M	28) Centre Urumuri de Gitega (Fistules)	Médecin	<a href="mailto:celestinsakubu@yahoo.fr">celestinsakubu@yahoo.fr</a>
59. Ngendakumana Joëlle	F		Infirmière Chef Nursing	

Nom et Prénom	Sexe	Institution/ Organisation	Fonction/ Titre	Téléphone/ Email
60. Niyubahwe Bénigne	F		Assistante sociale UNFPA/MXE	
61. Barengesabe Sylvie	F			
62. Ntirampeba Rose	F		Infirmière en Chef	
63. Dr Nibizi Roland Willy	M	29) Bureau Provinciale de la Santé de Gitega (BPS)	Médecin Provincial de Gitega	79 965 654
64. Nkeshimana Emma	F	30) CDFC Gitega	Coordinatrice CDFC Gitega	79 566 275
65. Nsengyumva Appolinaire	M	31) Hôpital de Kibimba	Responsable du Centre PEC VIH	
66. Dr Nahimana Elysée	M		MDH Hôpital Kibimba	
67. Havyarimana Donavine	F		Infirmière Titulaire Adjoint	
68. Munezero Concorde	M		DACS et Médecin Chef au service G-O	
69. Gahungu Silvère	M	32) ABUBEF Rumonge	Responsable ABUBEF Rumonge	
70. Nizigama Languide		33) Croix Rouge Rumonge	Responsable de Croix Rouge Rumonge	75 107 194 ou 79 985 920

### 3.2. FOCUS GROUPS

#### FOCUS GROUP No 1

#### LISTE DES PARTICIPANTS AU FOCUS GROUP DES JEUNES DU CENTRE JEUNES KAMENGE

Judi, le 27 Juillet 2016 au Centre Jeunes Kamenge de Bujumbura

N°	Nom & Prénom	Sexe	Zone
1	BIZIMANA Jean Jacques	M	Kamenge
2	MPAWENIMANA Vanessa	F	Kinama
3	IRAKOZE Diane	F	Kinama
4	UWIMANA Kelly	F	Kinama
5	KWIZERA Elkis	M	Kamenge
6	IGIRANEZA Arielle	F	Carama
7	NDAYININHAZE Aline	F	Kamenge
8	HATUNGIMANA Mariam	F	Kinama
9	NIYONGERE Glorioso	F	Kianama
10	IRANKUNDA Pascasie	F	Kinama
11	IRAKOZE Lydia	F	Cibitoke
12	NDORICIMPA Eric	M	Kamenge
13	MANIRAMBONA Gentil	F	Kamenge
14	NDAMUHAWENIMANA Aïmma	M	Kamenge
15	NDAYISHIMIYE Omar Espoir	M	Cibitoke
16	NSHIMIRIMANA Prince	M	Kamenge
17	NDAYISHIMIYE Imani	M	Kamenge
18	TUYISHIME Jean	M	Kamenge
19	NDUWAYO Amandine	F	Cibitoke
20	KARIKINDI Joseph	M	kamenge

**FOCUS GROUP No 2 à 5**

**LISTE DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS DES BENEFICIAIRES DU 7<sup>ème</sup> PROGRAMME**

**Mardi, le 02 Août 2016 au Centre de santé de Gashikanwa, Province Ngozi**

N°	NOM ET PRENOM	SEXE	ROLE	COLLINE
<b>Focus Group Jeunes No 2</b>				
1	SABIRAGUHA Eric	M	Jeune	Musumba
2	YARANGARUKIYE Chantal	F	Jeune	Kigabiro
3	IRANKUNDA Alice	F	Jeune	Gashikanwa
4	HAKIZIMANA André	M	Responsable Centre Jeunes	Gashikanwa
<b>Focus Group Fistules Obstétricales No 3</b>				
5	NTABANGANA Marie	F	Opérée et guérie de FO	Mafuro
6	NZEYIMANA Immaculée	F	Opérée et guérie de FO	Gatukuza
7	HACIMANA Isabelle	F	Opérée et guérie de FO	Remera
8	NZIGIYIMANA Imelda	F	Opérée et guérie de FO	Marori
9	BANCAKO Stany	M	Mari d'Imelda guérie de FO	Marori
10	BARANYIKWA Hilaire	M	Mari d'Isabelle guérie de FO	Remera
11	NDIMUBANSI Venant	M	Mari de Marie guérie de FO	Mafuro
<b>Focus Group Agents communautaires No 4</b>				
12	KAYOBERA Viviane	F	Agent de Santé Communautaire	Kivumu
13	NIHEZAGIRE Gérardine	F	Agent de Santé Communautaire	Kivumu
14	SIBOMANA Christine	F	Agent de Santé Communautaire	Gashikanwa
15	HATUNGIMANA Adidja	F	Agent de Santé Communautaire	Gashikanwa
16	BAMPORUBUSA Jean Berchmans	M	Agent de Santé Communautaire	Gatare
17	NDUWIMANA Gérardine	F	Agent de Santé Communautaire	Remera
18	MIBURO Hassan	M	Agent de Santé Communautaire	Rutambwe
19	NDUWIMANA Albert	M	Agent de Santé Communautaire	Mafuro
20	NGABISHA Pontien	M	Agent de Santé Communautaire	Rusengo
<b>Focus Group Bénéficiaires de la PF No 5</b>				
21	TANGISHAKA Nécelate	F	Bénéficiaire de la PF	Gatare
22	NKURUNZIZA Glorioso	F	Bénéficiaire de la PF	Kivumu
23	KARIREKINYANA Marie	F	Bénéficiaire de la PF	Kivumu
24	NTAWUNKUNDA Dénise	F	Bénéficiaire de la PF	Gatare
25	NUMVIRINDI Manassé	M	Bénéficiaire de la PF	Gatare
26	MUHIMPUNDU Alice	F	Bénéficiaire de la PF	Remera
27	NDUWIMANA Odile	F	Bénéficiaire de la PF	Remera
28	NKURUNZIZA Delphine	F	Bénéficiaire de la PF	Rutambwe
29	KIBINAKANWA Bernard	M	Bénéficiaire de la PF	Rusengo

**LISTE DES PARTICIPANTS AU FOCUS GROUP DES FEMMES OPEREES DES FISTULES  
OBSTETRIQUES**

**Mercredi le 03 Août 2016 au Centre Urumuri de Gitega**

**FOCUS GROUP No 6**

<b>N°</b>	<b>NOM ET PRENOM</b>	<b>Sexe</b>	<b>AGE</b>	<b>COMMUNE</b>	<b>PROVINCE</b>
1.	BUTOYI Clémence	F	26 ans	Mubimbi	Bujumbura rural
2.	NSIMIRIMANA Chantal	F	38 ans	Nyanza- Lac	Makamba
3.	NIYONIZEYE Félicité	F	39 ans	Cankuzo	Cankuzo
4.	NZEYIMANA Francine	F	19 ans	Nyabikere	Karusi
5.	NDORIMANA Sarah	F	22 ans	Giharo	Rutana

**FOCUS GROUP No 7**

**LISTE DES PARTICIPANTS AU FOCUS GROUP JEUNES DU CENTRE DES JEUNES D'ABUBEF RUMONGE**

**Vendredi, le 05 Août 2016 au Centre des Jeunes ABUBEF Rumonge**

<b>N°</b>	<b>Nom &amp; Prénom</b>	<b>Sexe</b>	<b>Commune</b>
1.	NDAYIZEYE Wilson	M	Rumonge
2.	ISHATSE Larsel- Ike	M	Rumonge
3.	GAKIZA Anderson	M	Rumonge
4.	SIBOMANA Fulgence	M	Rumonge
5.	DUKUNDANE Mathieu	M	Rumonge
6.	IGIRANEZA Chadia	F	Rumonge
7.	NINKIZA Odette	F	Rumonge
8.	KANEZA Amandine	F	Rumonge
9.	NDAYISHIMIYE Alain	M	Rumonge
10.	IKORIBITANGAZA Channel	F	Rumonge
11.	IRADUKUNDA Evelyne	F	Rumonge
12.	NDUWAMAHOHO Vianney	M	Rumonge
13.	BIZOZA Thierry	M	Rumonge
14.	IRANKUNDA Bridnette	F	Rumonge
15.	NICIMPAYE Hypax	M	Rumonge
16.	MUGABEKAZI Chimène	F	Rumonge
17.	HABONIMANA Jonas	M	Rumonge
18.	IRANKUNDA Jean Claude	M	Rumonge

## **ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES DE COLLECTE DES DONNEES**

**CRITERE 1 : PERTINENCE** : Dans quelle mesure le programme a répondu aux besoins des groupes cibles, est en cohérence avec les priorités nationales déclinées dans les cadres stratégiques nationaux et internationaux de développement et est en mesure de répondre efficacement aux changements intervenus dans le contexte national, y compris les situations d'urgence ?

Sous-questions :

- Le but du programme tient-il compte du contexte national ? Est-il en ligne avec les priorités et les politiques du Gouvernement ? Est-il en ligne avec le mandat de l'UNFPA ?
- La population cible juge-t-elle utiles les interventions du programme ?
- Dans quelle mesure le programme a-t-il pris en compte les changements intervenus dans le pays au cours de sa mise en œuvre ? Dans quelle mesure les questions d'ordre humanitaire ont été prises en compte ?

**CRITERE 2 : EFFICACITE** : Dans quelle mesure les résultats prévus dans chacune des trois composantes ont-ils été ou seront-ils en passe d'être atteints, grâce aux activités et stratégies développées au cours de la mise en œuvre du 7ème Programme ?

Sous-questions :

- Le programme a-t-il atteint ou non ses produits et contribué à atteindre les effets directs du programme pays ? Dans quelle mesure il a contribué aux effets UNDAF ?
- Quelle est la qualité des indicateurs des produits ?

**COORDINATION DU PROGRAMME : Les mécanismes de coordination ont-ils été efficaces ?**

- Le cadre de coordination du programme repose-t-il sur l'exécution nationale (NEX) ?
- Comment sont coordonnées les activités en matière de population d'une manière générale ?
- Quels sont les principaux Problèmes rencontrés en matière de coordination ?

**SUIVI ET EVALUATION : Quelle appréciation fait-on des mécanismes de suivi et d'évaluation dans le cadre du 7ème programme ?**

Sous-questions :

- Les responsabilités pour le suivi des indicateurs des produits du programme ont-elles été clairement définies ?
- Une stratégie de collecte régulière et systématique des données a-t-elle été prévue ?
- Existence d'un cadre des résultats ? Existence d'un plan de suivi et évaluation ?
- Qualité de la formulation des produits et des indicateurs ?
- Formation des partenaires à la GAR, suivi et évaluation ?

**CRITERE 3 : EFFICIENCE** : Le programme dans ses trois composantes a-t-il été mis en œuvre d'une manière efficiente par rapport aux activités, ressources, résultats attendus et délais prévus ? Si non pourquoi ?

Sous-questions :

- Les modalités d'exécution et de paiement sont-elles de nature à faciliter l'atteinte des résultats ?
- L'exécution financière des composantes a-t-elle été satisfaisante ?

**CRITERE 4 : DURABILITE** : Que pensez-vous de l'appropriation des actions mises en œuvre dans les trois composantes du programme ?

- Pensez-vous que les résultats obtenus pourront perdurer après le retrait de l'UNFPA ?
- Les partenaires nationaux pourront-ils assurer la relève ? en auront-ils les moyens ?

**CRITERE 5 : VALEUR AJOUTEE** : Parmi tous les partenaires de la SR, Genre, Population et Développement, que fait de façon spécifique, l'UNFPA par rapport aux autres agences du SNU ?

- Positionnement stratégique de l'UNFPA au sein de l'Equipe de Pays ?
- Partenariats avec les autres agences et autres partenaires techniques et financiers ?
- Les avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport à l'appui au Gouvernement du Burundi ?

**Question additive : Quelles leçons tirer des résultats obtenus du 7ème programme de coopération ?**

Sous-questions :

- Leçons tirées des résultats obtenus à travers les trois composantes ?
- Leçons tirées de la coordination du programme ?

## **ANNEXE 5 : CODE DE CONDUITE UNEG**

Les évaluations appuyées par l'Organisation doivent (i) être indépendantes, impartiales et rigoureuses ; (ii) contribuer à l'apprentissage et la reddition de comptes ; (iii) être conduites par des évaluateurs intègres.

Pour éviter les conflits d'intérêts, les évaluateurs ne doivent pas avoir été impliqués dans la conception ou la gestion du programme, ou s'attendre à y être associés dans un proche avenir. Ils doivent avoir la pleine liberté de mener leur travail d'évaluation de manière impartiale, sans effets sur le développement de leur carrière. Ils doivent être capables d'exprimer librement leur opinion.

L'anonymat et la confidentialité des informateurs individuels doivent être protégés par les évaluateurs. Ces derniers doivent respecter le droit des gens à fournir des informations en toute confiance.

Lorsque des preuves d'actes répréhensibles sont découvertes, elles doivent être signalées discrètement à l'organe compétent de gestion de l'évaluation.

Les évaluateurs devraient être sensibles aux croyances, us et coutumes et agir avec intégrité, honnêteté et respect dans leurs relations avec toutes les parties prenantes et être sensibles aux questions relatives à la discrimination et à l'égalité des sexes. Ils ne devraient en aucun cas offenser la dignité des personnes contactées dans le cadre de l'évaluation.

Les évaluateurs sont responsables de la clarté, de la précision et de l'équité dans la rédaction/présentation des limites de l'étude, des résultats fondés, des conclusions et recommandations.

Les lignes directrices et les normes d'éthique pour l'évaluation dans le système des Nations Unies de l'UNEG fournissent des détails sur l'éthique et l'indépendance de l'évaluation :

- <http://www.unevaluation.org/search/index.jsp?q=UNEG+Ethical+Guidelines>
- [http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc\\_id=21](http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21)



## ANNEXE 7 : STRUCTURE DES RAPPORTS D'ÉVALUATION

### ❖ Structure du rapport de démarrage

#### Page de couverture

EVALUATION INDEPENDANTE DU 7 <sup>ème</sup> PROGRAMME DE PAYS DU BURUNDI 2010-2015 <i>Rapport de démarrage</i> Date
--

#### Deuxième page

Carte du BURUNDI (demi-page) Tableau (demi-page)	
Equipe d'évaluation	
Titre /Position dans l'équipe d'évaluation	Nom et Prénom (s)

#### Troisième page

#### Table des matières

Chapitre	Titre	Nombre de
<b>Chapitre 1</b>	<b>Introduction</b>	
1.1	Objectifs de l'évaluation	1-2 pages max
1.2	Champ de l'évaluation	
1.3	But du rapport de démarrage	
<b>Chapitre 2</b>	<b>Contexte du pays</b>	
2.1	Défis de développement et stratégies nationales	4-6 pages max
2.2	Rôle de l'aide extérieure	
<b>Chapitre 3</b>	<b>Programme et réponse stratégique de l'UNFPA</b>	
3.1	Réponse stratégique de l'UNFPA	5-7 pages max
3.2	Réponse de l'UNFPA à travers le programme de pays	
3.2.1	Le programme de pays	
3.2.2	Structure financière du programme en cours	
<b>Chapitre 4</b>	<b>Approches méthodologiques de l'évaluation</b>	7-10 pages
4.1	Critères et questions d'évaluation	
4.2	Méthodes de collecte et d'analyse des données	
4.3	Sélection (échantillonnage)des parties prenantes	
4.4	Evaluabilité, contraintes et limites	
<b>Chapitre 5</b>	<b>Processus d'évaluation</b>	
5.1	Présentation du processus	3-5 pages max
5.2	Composition de l'équipe d'évaluation et répartition des tâches	
5.3	Besoins en ressources et soutien logistique	
5.4	Plan de travail	
	<b>Nombre total de page</b>	20-30 pages
Annexes	Termes de références	

#### Page suivante

- Liste des abréviations et acronyme ;
- Liste des tableaux ;
- Liste des graphiques ;

#### Page suivante

Tableau synoptique des principaux indicateurs du pays

### ❖ Structure du rapport provisoire et final

#### Page de couverture

EVALUATION INDEPENDANTE DU 7 <sup>ème</sup> PROGRAMME DE PAYS DU BURUNDI 2010-2015 <i>Rapport final</i> Date
---

**Deuxième page**

Carte du BURUNDI (demi-page)	
Tableau (demi-page)	
Equipe d'évaluation	
Titre /Position dans l'équipe d'évaluation	Nom et Prénom (s)

**Troisième page**

Remerciements

**Quatrième page****Table des matières**

Chapitre /Section	Titre	Nombre de pages
	<b>Résumé Exécutif</b>	3-4 pages max
<b>Chapitre 1</b>	<b>Introduction</b>	5-7 pages max
1.1	Objectifs de l'évaluation	
1.2	Champ de l'évaluation	
1.4	Approche méthodologique et processus de l'évaluation	
<b>Chapitre 2</b>	<b>Contexte du pays</b>	5-6 pages max
2.1	Défis de développement et stratégies nationales	
2.2	Rôle de l'aide extérieure	
<b>Chapitre 3</b>	<b>Programme et réponse stratégique de l'UNFPA/Systèmes des Nations Unies</b>	5-7 pages max
3.1	Réponse stratégique de l'UNFPA/Systèmes des Nations Unies	
3.2	Réponse de l'UNFPA à travers le programme de pays	
3.2.1	Bref description du 6 <sup>ème</sup> programme, objectifs et résultats atteints	
3.2.2	Description du 7 <sup>ème</sup> programme de pays	
	Structure financière du 7 <sup>ème</sup> programme	
<b>Chapitre 4</b>	<b>Résultats : Réponse aux questions d'évaluation</b>	25-35 pages max
4.1	Réponse à la première question d'évaluation	
4.2	Réponse à la deuxième question d'évaluation	
4.3	Réponse à la troisième question d'évaluation	
<b>Chapitre 5</b>	<b>Conclusions</b>	6 pages max
5.1	Niveau stratégique	
5.2	Niveau programmatique	
<b>Chapitre 6</b>	<b>Recommandations</b>	4-5 pages max
6.1	Recommandations	
	Nombre total page	50-70 pages max
<b>Annexes</b>	Termes de références Liste des personnes/institutions rencontrées Liste des documents consultés Matrice d'évaluation	

**Cinquième page**

- d. Liste des abréviations et acronymes ;
- e. Liste des tableaux ;
- f. Liste des graphiques ;

**Sixième page**

Les principaux tableaux

**Septième page**

Structure du rapport d'évaluation du Programme pays

**Huitième page**

Tableau synoptique des principaux indicateurs du pays

## ANNEXE 8 : PLAN DE TRAVAIL

PLAN DE TRAVAIL DE L'ÉVALUATION DU 7 <sup>ème</sup> PROGRAMME DE COOPERATION BURUNDI-UNFPA 2010-2015													
Phase/Activité	Juin 20 au 25	Juin 27 au 1/7	Juil 4 au 9	Juil 11 au 16	Juil 18 au 23	Juil 25 au 30	Août 1 au 6	Août 8 au 13	Août 15 au 20	Août 22 au 27	Août 29 au 3/9	Sept 5 au 10	25-sept
Actualisation du chronogramme de l'évaluation													
Mission de cadrage													
Elaboration du rapport de démarrage													
Elaboration du rapport de démarrage (suite)													
Mission de terrain													
Mission de terrain (suite)													
Débriefing à la fin de la mission de terrain													
Elaboration du rapport provisoire													
Elaboration du rapport provisoire													
Dépôt du premier rapport provisoire à l'UNFPA pour commentaires													
Prise en compte des commentaires et production du rapport final ; préparation de													
Atelier de validation													
Intégration des commentaires de l'atelier et finalisation du rapport													
Publication du rapport													

**ANNEXE 9 : TABLEAU DES INDICATEURS CPAP 2010- 2014**

**Planning Matrix for Monitoring and Evaluation**

**SP outcome 1 :** Pour 2014, les collectivités ont un accès à et utilisent des services de Santé Sexuelle et de la Reproduction de qualité y compris les services de prévention du VIH et de dépistage, compte tenu des besoins des différents groupes de population

**UNDAF outcome 1:** Les communautés ont un accès équitable aux services sociaux de base et à terme elles ont les capacités nécessaires pour en assurer l'autogestion

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
<b>CP output 1:</b> Capacité accrue des systèmes de santé nationaux d'assurer les accouchements sans danger, les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les conseils en matière de VIH et la sécurité des produits de santé de la reproduction	Pourcentage de structures de santé offrant des soins obstétricaux d'urgence (de base et complets) Base: SONUB: 1.8%; SONUC: 6.2% (sur 274 FOSA enquêtées) Base: SONUB: 1.8%; SONUC: 6.2% (sur 274 FOSA enquêtées), Cible: 40% (SONUB), 90% (SONUC)	Base: SONUB: 1.8%; SONUC: 6.2% (sur 274 FOSA enquêtées)	Base: SONUB: 1.8%; SONUC: 6.2% (sur 274 FOSA enquêtées)	Base: SONUB: 3%; SONUC: 6.5% (sur 274 FOSA enquêtées)	ND	7% (SONUB), 6.8% (SONUC)	ND	7.2%% (SONUB), 7% (SONUC)	SONUB: 7,5%, SONUC: 5,4% (pour toutes les FOSA du pays)	8% (pour SONUB) et 7.5% (pour SONUC)	ND	Source and location of needed data: Rapport d'enquête SONU, Bilan PNSR

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 1: Capacité accrue des systèmes de santé nationaux d'assurer les accouchements sans danger, les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les conseils en matière de VIH et la sécurité des produits de santé de la reproduction	Taux d'accouchements enregistrés dans les structures de santé, Base: 59.9%	43.8%	59.9%	63%	64.4%	67%	68%	74%	72.9%	70%	76.5%	Rapport de l'enquête SPSR, Bilan annuel PNSR
	Pourcentage de structures de santé offrant des services de PF ; Base: 74%	74%	74%	74%	74,80%	74%	70,10%	74%	70%	74%	68%	Rapport PNSR
	Taux de prévalence contraceptive pour méthodes modernes de PF ; Base: 11.4% (2008)	15%	18.9%	20%	21.9%	25%	25.3%	29%	30.8%	28%	34.3%	Rapport de l'Enquête EDS, Bilan PNSR
	Taux d'accouchements enregistrés dans les structures de santé, Base: 59.9%	57%	59.9%	63%	64.4%	67%	68%	74%	72.9%	70%	76.5%	Rapport de l'enquête SPSR, Bilan annuel PNSR
	Taux d'accouchements assistés par le personnel de santé, Base: 43.8%	43.8%	59.9%	63%	64.4%	67%	68%	74%	72.9%	70%	76.5%	Rapport de l'enquête SPSR, Bilan annuel PNSR

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 1: Capacité accrue des systèmes de santé nationaux d'assurer les accouchements sans danger, les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les conseils en matière de VIH et la sécurité des produits de santé de la reproduction	Pourcentage des hôpitaux de district prenant en charge médicalement les survivants des violences sexuelles, Base: NA	60%	70%	65%	75%	76%	78%	80%	80%	80%	93%(2015)	Rapport des districts sanitaires
	Pourcentage des survivants traités médicalement dans 72 heures, Base: NA	78%	80%	80%	80%	75%	80%	78%	78%	80%	78%	Centre SERUKA
	Nombre d'études sur la SR réalisées, Base: 0	0	3	1	1	1	4	4	7	5	1	Rapports PNSR
	Taux de césarienne, Base:6.1% (2010)	5%	6.1%	8%	5.8%	6%	4.1%	6%	4.2%	10%	4.9%	Bilan PNSR
	Nombre de cas de fistules obstétricales traités. Base: 150 (2008), cible : 300	150	153	250	369	107	535	300	455	300	363	Rapports MSF

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 2: Demande accrue de services de santé reproductive, notamment de planification familiale, de prévention du VIH et de dépistage.	Proportion de structures de santé intégrant des services de dépistage volontaire et des conseils en SR, Base: 42.9% (2008)	30%	42%	35%	42%	40%	43%	43.4%	44%	45%	47%	Rapports Enquêtes/Etudes
	Pourcentage de la population en âge de procréer connaissant au moins 1 méthode moderne de PF, Base: 98%	95%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	Rapports EDS, enquête CAP
	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un test VIH pendant les consultations prénatales, Base: 10.8% (2009)	13%	15.7%	25%	38.1%	40%	42%	45%	57.9%	62%	72.9%	Annuaire statistiques sanitaires

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 3: Les centres pour jeunes et de santé fourniront un paquet minimum de services tenant compte des sexospécificités pour les adolescents et les jeunes, notamment les conseils de prévention au VIH et de dépistage volontaire.	Nombre de jeunes/adolescents ayant bénéficié des services de SRAJ dans les 37 centres de santé offrant les services conviviaux, Base: 39.924	35.200	39.924	41.600	45.628	52.650	63.357	64.200	63.266	196.000	71.420	Rapports centres jeunes
	Nombre de jeunes ayant fait le dépistage volontaire du VIH (par sexe), Base: 23.321 (2009), Cible:155.000	23.800	25.592	26.500	28.543	29.250	31.957	24.700	25.306	43.202	45.680	Rapports centres de santé amis des jeunes
	Nombre de structures de santé offrant des services conviviaux aux jeunes, Base: 7	7	7	8	10	13	15	16	18	37	37	Bilan PNSR

**SP outcome 2: Pour 2014, les systèmes, institutions et mécanismes nationaux qui favorisent l'équité entre les sexes, préviennent les violences sexistes et dispensent des soins intégrés aux victimes sont renforcés et une culture des droits de l'Homme est encouragée**

**UNDAF outcome 2: Les systèmes, les institutions et mécanismes de promotion et de protection des droits de l'Homme sont mieux outillés pour réduire significativement les violations des droits de l'Homme et une culture des droits de l'Homme est progressivement et systématiquement implantée**

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 1: Une législation qui protège et favorise l'équité des genres et les droits humains est adoptée; des mécanismes d'application mis en place et la population informée et sensibilisée.	Existence de loi sur la succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités ; Base: 0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	Bulletin officiel du Burundi (BOB)
	Existence de loi sur la SR, Base: 0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	UNFPA a financé la stratégie SR à la place de la loi
	Existence de loi spécifique sur les VBG, Base: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	Bulletin officiel du Burundi (BOB)
	Existence d'un Code des Personnes et de la Famille révisé, Base: 0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	Bulletin officiel du Burundi (BOB), Bibliothèque du Parlement

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 1: Une législation qui protège et favorise l'équité des genres et les droits humains est adoptée; des mécanismes d'application mis en place et la population informée et sensibilisée.	Existence des mécanismes d'application des lois précitées (ordonnances ministérielles, structures spécialisées), Base: 0	0	0	0	0	0	0		0	3	4	Textes d'application du MSNDPHG, Ministères de la Santé, Justice et Sécurité Publique
	Nombre de déclarations publiques en faveur de l'égalité des genres faites par le Président de la République, de l'Assemblée Nationale, du Sénat et les Ministres délégués à l'occasion des journées dédiées à la femme (8 Mars et 15 Octobre), campagne des 16 jours d'activisme contre les VFF et la DUDH, Base: 5	4	5	10	15	12	13	8	10	NA	NA	Journaux

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 2: Les structures de santé, les services de soutien communautaire et juridiques sont en mesure de fournir des soins de qualité, de manière coordonnée, aux victimes des violences basées sur le genre	Nombre d'intervenants en matière de lutte contre les VBG formés (Ministères des DPHG, Santé, Sécurité Publique, Intérieur, Education nationale, Justice et les OSC), Base: 1000	1000	1000	1150	1376	650	730	530	580	NA	NA	Rapports de formation
	Nombre de victimes des VBG orientés par les CDF et autres partenaires dans les provinces de Ngozi, Muramvya, Mwaro, Rutana, Makamba, Cankuzo et Bubanza.	450	642	1640	2201	920	1250	NA	NA	NA	NA	L'appui aux CDF n'a pas continué après 2012  Rapports MSNDPHG
	Nombre de dossiers des victimes traités et clôturés juridiquement dans 6 provinces appuyées par UNFPA	40	65	150	207	46	52	NA	NA	NA	NA	L'appui aux CDF n'a pas continué après 2012  Registres des jugements rendus par les tribunaux

**SP outcome 3: Pour 2014, les systèmes nationaux d'information, de production et d'analyse de données socioéconomiques sont améliorés et utilisés par le gouvernement pour conduire un processus participatif dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie de réduction de la pauvreté (génération 2) et des plans sectoriels**

**UNDAF outcome 3: Les institutions gouvernementales clés ont les capacités nécessaires pour animer un système de planification stratégique participatif qui inclut les acteurs nationaux et internationaux et qui tient compte des normes et engagements régionaux et internationaux**

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 1: Des informations et des données démographiques et socioéconomiques désagrégées sont disponibles, accessibles et utilisées au niveau national, sectoriel et décentralisé.	Existence des tableaux statistiques du recensement, Base: 0	150	0	150	139	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Fin du projet recensement en 2011  Rapports du RGPH
	Existence des rapports sur les données démographiques et socio – économiques désagrégées, Base: 0	15	0	15	15	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Rapports thématiques
	Existence d'une base de données intégrée nationale, Base: 0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	Rapports RGPH, Rapports d'enquêtes intégrés dans la base
	nombre de textes d'application de la loi statistique, Base: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Textes d'application

Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
CP output 2: Capacités des décideurs et des institutions de mise en œuvre des programmes de développement au niveau central et décentralisé pour une prise de conscience des liens entre population et développement renforcées	Nombre de cadres des ministères et institutions cibles formés en techniques d'intégration des questions de population. Base: 30	30	33	50	53	NA	NA	NA	NA	NA	NA	L'appui s'est arrêté en 2011  Rapport de formation
	Nombre de ministères et institutions cibles ayant intégré les questions de population, de SR et d'égalité des sexes dans les plans sectoriels, Base: NA	0	0	6	6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Plans sectoriels, Rapport d'évaluation
	Politique nationale de la population adoptée et mise en œuvre, Base: 0	0	0	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Document de Déclaration de la politique nationale de la population
Résultats	CP output indicators and baselines	Targets and achievements										Means of verification
		2010		2011		2012		2013		2014		
		Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	Target	Achievement	
Idem	Existence des rapports d'évaluation du CSLP, Base: 2	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	Rapports
	Existence du CSLP 2ème Génération, Base: 0	0	0	0	0	1	1	NA	NA	NA	NA	Rapport

**Matrice de Planification pour le suivi et l'Evaluation du Plan d'Action pour le Programme Pays 2015-2016**

**Niveau d'atteinte des indicateurs en 2015**

Résultats	Indicateurs et base de référence de produits de PP	Cibles et réalisations				Moyens de vérification	Activités de S&E	Calendrier/ fréquence des activités de S&E	Personnes/ Unités responsables des activités de S&E	Ressources disponibles pour les activités de S & E	Suivi des risques
		2015		2016							
		Cible	Réalisation	Cible	Réalisation						
<b>Résultat SP 1 : Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et répondent à des normes de droits de l'homme pour la qualité des soins et de l'équité dans l'accès.</b>											
<b>Résultat 1 UNDAF : En 2016, le système de santé du Burundi permet d'atteindre des couvertures élevées des interventions à haut impact à faible coût et de qualité (vaccination, contraception, pratiques d'hygiène, maternité à moindre risque etc...) pour réduire la morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles, les communautés (hommes et femmes) sont habilitées pour s'approprier la lutte contre la malnutrition et les autres stratégies sanitaires y compris l'accès équitable à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement de base</b>											
<b>Produit PP 1 : Capacités nationales accrues pour renforcer l'environnement favorable, l'augmentation de la demande pour la promotion et l'offre des services de planification familiale de qualité libres et sans discrimination ni violences</b>	Pourcentage des districts sanitaires utilisant des systèmes d'information de gestion logistique fonctionnelle pour la prévision le suivi des produits de santé reproductive Base 95%	98%	ND	100%		Rapport enquête sur la sécurisation des produits	Organiser l'enquête	Annuelle	PNSR	150000 US\$	- Situation politique stable - Stabilité du personnel
	Nombre de personnes des services publics ayant la capacité de mettre en œuvre le	600	498	1000		Rapports de formation PNSR	Exploitation des rapports de formation	Annuelle	PNSR		

	nouveau protocole sur la planification familiale basé sur les droits humains; Base : 393									
	Pourcentage de districts sanitaires qui mettent en œuvre au moins quatre éléments de génération de la demande pour la planification familiale Base : 75	85	85	95		Rapport enquête sur la sécurisation des produits, Bilan PNSR	Enquêtes	Annuelle,	PNSR	
	Nombre de base de données avec des données sur la population accessibles aux utilisateurs à travers les plateformes sur Internet qui facilitent le repérage des inégalités socioéconomique et démographiques. Base 0	1	1	1		Rapport ISTEEBU	Analyse des rapports	Trimestriel	ISTEEBU	
<b>Produit PP 2:</b> Capacités nationales accrues pour offrir des services de santé maternelle de qualité y compris en situation humanitaire.	Disponibilité du programme national des sages-femmes sur la base de normes ICM-OMS. Base : non	non	Oui	Oui		Document de programme national	Suivi de la validation du document de programme	Annuelle	INSP	10000 USD

Nombre d'établissements sanitaires offrant les services SONU dans les 6 provinces Base : 78.	78	78	78		Rapport annuelle PNSR	Enquêtes	Annuelle	PNSR	
Nombre de cas de fistules opérés avec succès; Base : 1300	1600	1483	1900		Rapport des centres de prise en charge	Collecte en routine	Trimestriel	DSNIS/PNSR	
Pourcentage d'hôpitaux qui ont mis en place des systèmes de surveillance et de réponse de la mortalité maternelle; Base : 50	65	40	80		Enquête SPSR	Enquêtes	Annuelle	District/PNSR/UNFPA	
Nombre de gestionnaires de la santé au niveau provincial et district ayant la capacité de mise en œuvre du DMU au début d'une crise; Base : 4	20	51	35		Rapport de formation, Enquête PNSR	Enquêtes, Analyse de rapport	Annuelle	District/PNSR/UNFPA	
Nombre d'hôpitaux et de centres qui ont intégré les services de prévention et de traitement des VBG dans les provinces appuyées par UNFPA; Base : 3	24	24	24		Rapport DSNIS	Collecte en routine	Annuelle	District/PNSR/UNFPA	

<b>Produit PP 3 :</b> Capacités nationales accrues pour mettre en œuvre des programmes VIH sans stigmatisation ni discrimination, en accord avec les résultats de budget unifié et cadre de redevabilité de l'ONUSIDA (UBRAF)	Nombre d'organisations de jeunes ayant des connaissances et des outils pour le changement social de comportement sur la prévention, la stigmatisation et la discrimination du VIH; Base : 3	6	6	8		Rapport d'exécution	Collecte en routine	Annuelle	Rapport centres jeunes/PNSR	
	Niveau de mise en œuvre de UNFPA des 10 étapes de l'approche stratégique de la programmation du préservatif; Base : 5	6	6	8		Rapport de la revue de la stratégie de la programmation du préservatif	Analyse des rapports	Bi-annuelle	PNLS/UNFPA	
	Nombre d'organisations communautaires de travailleur sexe de leaders ayant la capacité de s'engager efficacement dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes portant sur le VIH , et les besoins en SR des travailleurs de sexe; Base : 0	1	3	2		Rapport PNLs	Analyse des rapports	Annuelle	PNLS/UNFPA	

**Résultat SP : Une priorité accrue sur les adolescents, en particulier sur les très jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, en particulier une plus grande disponibilité de l'éducation sexuelle et des services complets de santé sexuelle et reproductive**

**Résultat UNDAF x : Une stratégie de renforcement des « compétences à la vie » d'accès et d'utilisation des services conviviaux en dehors du milieu scolaire en faveur des adolescents et jeunes est développée et mise en œuvre par le Gouvernement**

<b>Produit PP 4 :</b> Capacités nationales accrues pour mener un plaidoyer basé sur les faits développés pour intégrer les droits et besoins des adolescents et jeunes dans les lois, politiques et programmes au niveau national y compris dans les situations humanitaires	Nombre de politiques, de stratégies et programmes nationaux intégrant les besoins des adolescents et jeunes; Base : 3	4	4	5		Bilan PNSR	Analyse des rapports	Annuelle	PNSR/UNFPA	
	Nombre de centres de santé offrant des services conviviaux SSRAJ; Base : 4	4	4	4		Bilan PNSR	Analyse des rapports	Semestriel/ Annuel	PNSR/UNFPA	
<b>Produit PP 5 :</b> Capacités nationales accrues pour élaborer et mettre en œuvre des programmes communautaires et scolaires basés sur une éducation sexuelle compréhensive(CSE) favorisant la promotion des droits humains et l'égalité des genres	Nombre de programmes scolaires intégrant l'éducation sexuelle complète et alignés aux standards internationaux; Base : 1	2	2	3		Documents de Programmes scolaires	Analyse des rapports	Annuelle	UNFPA/Ministère de l'Enseignement de Base et Secondaire, de l'Enseignement des Métiers, de la Formation professionnelle et de l'Alphabétisation	

**Effizienz et efficacité organisationnelle**

<b>Produit 1 :</b> Efficacité du Programme renforcée par l'amélioration de la qualité de l'assurance, le suivi et l'évaluation	Pourcentage d'indicateurs du Programme pays correctement suivis (à au moins 90%) Base : 90	100%	95%	100%		Rapport enquête EDS, sécurisation des produits Bilan PNSR, Rapports trimestriels annuels	Enquêtes Exploitation des rapports Réunion et visites de terrain	Annuelle	PNSR UNFPA Ministère de l'Enseignement de Base et Secondaire, de l'Enseignement des Métiers, de la Formation professionnelle et de l'Alphabétisation Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre		
	Le Bureau Pays a bénéficié d'un appui effectif du Bureau Régional  Base : Oui	Oui	Oui	Oui		Rapports de mission Rapports des réunions	Exploitation des rapports de mission	Annuelle	UNFPA		
<b>Produit 2:</b> Amélioration de la mobilisation, de la gestion et de l'alignement des ressources à travers une attention particulière à l'optimisation des ressources et une gestion du risque systématique	Pourcentage d'accords avec les donateurs provenant d'autres ressources qui arrivent à échéance et qui ont dépensé 95% du montant du contrat initial à la fin de la période contractuelle initiale Base 98%	98%	83%	98%		Atlas	Rapport financier DARTS	Annuelle	Services des opérations de UNFPA		

	Taux de mise en œuvre des ressources générales Base 98%	98%	95%	98%		Atlas	Exploitation de rapports financiers	Annuelle	Services des opérations de UNFPA	
	Pourcentage du total des ressources du programme dépensées sur le résultat 1 Base	63%	69%	68%		Atlas	Exploitation de rapports financiers	Annuelle	Services des opérations de UNFPA	
	Pourcentage des OFA non remboursés à échéance prévue Base 0%	0%	0%	0%		Atlas	Exploitation de rapports financiers	Annuelle	Services des opérations de UNFPA	



**ANNEXE 11 : TABLEAU ECHANTILLONNAGE DES PARTIES PRENANTES (STRUCTURES ETATIQUES, SECTEUR PRIVE ET ONG)**

**NIVEAU CENTRAL**

Domaine d'intervention		Structure	Responsable	Téléphone	Email	Observation
Santé de la reproduction	Sous domaines	Ministère de la Santé Publique	Ministre de la Santé Publique			
	SONU, PF, Surveillance décès maternels, coordination, S/E, SRAJ, prévention et prise en charge médicale des fistules, prise en charge médicale des violences sexuelles (VS)	PNSR	Directeur du PNSR Juma NDEREYE	22245348 77732136	jumandec@yahoo.fr	Staff UNFPA facilitant Les contacts : Yolande Sylvère et Terence
	PF, SSRAJ	ABUBEF	Directrice Exécutive Dr Donavine UWIMANA	22233435 79993994	ulyndadona@yahoo.fr	
	Sages-femmes	ABUSAFE	Secrétaire ABUSAFE Mme Bernadette NKANIRA	22222838 77730181	nkaniber@yahoo.fr	
	VIH	PNLS	NHIMIRIMANA Raphael	79400750	rapnhimiye@yahoo.com	
	Formation de base des Sages-femmes	INSP	Directeur Général Dr Pierre Claver KAZIHISE  Directeur de la Formation Prosper BIGIRIMANA	22217567 79927852	  bigirimanaprospers@yahoo.fr	
	Prise en charge psychologique et médicale (VS)	NTURENGAHO	Coordinatrice Nationale Mme Janvière SABUSHIMIKE	22277116 79410084	muyonga2@yahoo.fr	
	Prévention VIH, Prise en charge médicale des VS	SWAABdi	Chargé de Programme Mr Léopold BARAGUNZWA	22241533 76944185	lbaragunzwa@yahoo.fr	
	Sensibilisation /CCC sur SR, VBG, FO	PMC	Représentant Résident NDAYISHIMIYE Jean-Bosco	79927815	ndayishimiye@populationmedia.org	

Domaine d'intervention		Structure	Responsable	Téléphone	Email	Observation
	Distribution à base communautaire des produits contraceptifs	Pathfinder International	Country Representative Chantal INAMAHORO FP Specialist Irénée NDABAGIYE	75555745	cinamahoro@pathfinder.org  indabagiye@pathfinder.org	
	Intégration SSRAJ dans les curricula	Ministère de l'Education (DG Administration)	Directeur Général de l'Administration de l'Enseignement secondaire Général et pédagogique Anatole NIYONKURU  Conseiller Cyriaque Ntungwanayo	   79984536 77212173	   cyriaquentungwanayo@yahoo.fr	
	SSRAJ	Centre jeunes Kamenge	Coordinateur Claude Nkurunziza	22232805	nkuruclaude@yahoo.fr	
	Positionnement stratégique et programme conjoint	Nations Unies (coordination, UNDP, UNICEF, OMS)	Directeur pays UNDP Représentants UNICEF Représentant OMS	22203010 22202000 22533402		
	DMU/SR	Croix ROUGE	Secrétaire Général Anselme KATIYUNGURUZA	7924108	katiyunguruza@yahoo.fr	
	Fistules	Ambassade de Belgique				
	PF (achats contraceptifs)	Ambassade des Pays Bas				
Population et Développement	Collecte et analyse des données  Intégration Population et développement dans les stratégies	Direction Générale de la Planification et prospective  Direction de la Planification Nationale	Générale de la Planification et prospective  Jeanine HASHAZINKA  Direction de la Planification Nationale		hashazinka12@gmail.com	Staff UNFPA facilitant les contacts : Gervais BARAMPANZE

Domaine d'intervention		Structure	Responsable	Téléphone	Email	Observation
			Rénovat BBIGIRIMANA	79248882	renovatbigirimana@yahoo.fr	
	Collecte et analyse des données (RGPH)	Direction du BCR (Bureau central du recensement)	Directeur du BCR Térence MBONABUCA	22245353 77 780 880	mbonabucaterence@yahoo.fr	
	Collecte et analyse des données (EDS)	ISTEEBU	Directeur Général de l'ISTEEBU Nicolas NDAYISHIMIYE	79 956 548 22 21 67 34	<a href="mailto:ndayishimynicolas@gmail.com">ndayishimynicolas@gmail.com</a> <a href="mailto:n.ndayishimiye@isteebu.bi">n.ndayishimiye@isteebu.bi</a>	
	Intégration Population et développement dans les stratégies (CSLP-II)	SP/REFES (Secrétariat Permanent des Réformes économiques et sociales)	Secrétaire Permanent Léon NIMBONA		<a href="mailto:leonnimbona@gmail.com">leonnimbona@gmail.com</a>	
Genre et Droits humains	Plaidoyer et dialogue politique (lois)	Ministère du Genre	Ministre			Staff UNFPA facilitant les contacts : Bonose NIYONZIMA
	Autonomisation des femmes (AGR)	Direction générale de la promotion de la femme	Directeur Général de la promotion de la femme GIRUKWISHAKA Donatienne	79984990	<a href="mailto:giradona1@yahoo.fr">giradona1@yahoo.fr</a>	
	Prévention et Prise en charge médicale des VBG	SERUKA	Coordinatrice Mme Christa Josiane KARIRENGERA	22250353 79222968	<a href="mailto:karirecjo@yahoo.fr">karirecjo@yahoo.fr</a>	
	Sensibilisation et renforcement des capacités sur PF et VBG	Forum National des femmes				
	Prise en charge psychologique et médicale (VS)	NTURENGAHO	Coordinatrice Nationale Mme Janvière SABUSHIMIKE	22277116 79410084	muyonga2@yahoo.fr	
	Prévention et Prise en charge médicale des VBG	IRC	Women's Protection and Empowerment / Protection Coordinator Geneviève Gauthier	76 140 016	<a href="mailto:Genevieve.Gauthier@rescue.org">Genevieve.Gauthier@rescue.org</a>	

**NIVEAU DECENTRALISE**

Domaine d'intervention		Structure	Responsable	Téléphone	Email	Observation
Santé de la reproduction	SONU, PF, Surveillance décès maternels, coordination, S/E, SRAJ, prévention et prise en charge médicale des fistules, prise en charge médicale des violences sexuelles (VS)	BPS Ngozi Ngozi : Hôpital de Ngozi pour les SONU, entretien avec les agents de santé communautaire sur la DBC, bénéficiaires de PF, CDS amis des jeunes-Gaskikanwa, entretien avec les femmes opérées des fistules)	Directeur du BPS Ngozi Dr Philbert SENDEGEYA	79704692	Philbert.sendegeya@yahoo.com	Staff UNFPA facilitant Les contacts : Yolande Sylvère et Terence
	SONU, PF, Surveillance décès maternels, coordination, S/E, SRAJ, prévention et prise en charge médicale des fistules, prise en charge médicale des violences sexuelles (VS)	BPS Gitega : Centre URUMURI, CENTRE HUMURA, BDS Kibimba				
	PF, SRAJ,	ABUBEF Rumonge : Offre des services, Jeunes, clinique mobile				
	PF	Poste secondaire (axe Ngozi-Kayanza)				
Population et développement		-				
Genre et droits humains	Prévention et prise en charge des VBG	CDFC (centre de développement familial communautaire Ngozi et Gitega)				Staff UNFPA facilitant les contacts : Bonose NIYONZIMA

## ANNEXE 12 : LISTE DES PROJETS ATLAS

List of UNFPA Projs By Status					
DeptID	Project	Descr	Status	StatusDescr	Eff Date
B4050	BDI07PBF	Jeunesse et cohésion sociale	O	On Going	01/01/2010
B4050	BDI6P111	APPUI AU RECENSEMENT GENERAL D	O	On Going	11/11/2015
B4050	BDI7A11A	UMBRELLA PROJECT	O	On Going	24/12/2009
B4050	BDI7G21A	Plaidoyer pour les lois égalit	O	On Going	01/03/2010
B4050	BDI7G41A	Prise en charge médicale, psyc	O	On Going	01/03/2010
B4050	BDI7P31A	RENFORCEMEN CAPACITES DECIDE	O	On Going	01/03/2010
B4050	BDI7R21A	Appui à la réduction de la mor	O	On Going	01/03/2010
B4050	BDI7R21C	APPUI AUX SERVICES DE SANTE MA	O	On Going	31/03/2010
B4050	BDI7R21D	RENFORCEMENT CAPACITES EN SECU	O	On Going	02/07/2010
B4050	BDI7R41A	Utilisation des services de pr	O	On Going	01/03/2010
B4050	BDI7R51A	Accès des jeunes aux services	O	On Going	03/03/2010
B4050	BDI7U201	Lutte contre Fistules & promo	O	On Going	09/11/2012
B4050	BDI7U202	Humanitarian Support to expell	O	On Going	17/09/2013
B4050	BDIM0809	BDI BSB MANAGEMENT	O	On Going	01/01/2010
B4050	FPRHCBDI	GLOBAL PROG.REPRO.HEALTH COMMO	O	On Going	01/01/2014
B4050	ZZT06BDI	MATERNAL HEALTH THEMATIC FUND	O	On Going	01/01/2014