



Résumé exécutif

**Projet d'Appui aux Organisations  
Bénéficiaires par le Renforcement des  
Compétences des RH (PAORC)**

Burundi

COTA asbl

Rapport final

Date du rapport de la revue : Septembre  
2022

# 1 Présentation de l'évaluation

Le Projet évalué dans le cadre de cette revue a une durée de 38 mois et vise un renforcement durable des compétences des ressources humaines des organisations bénéficiaires (OB) de deux secteurs prioritaires de la coopération belgo-burundaise, à savoir le secteur de l'éducation et le secteur de la santé. L'intervention a démarré le 1er novembre 2020 et se clôture le 21 décembre 2023.

## 1.1 Volet éducation

Le Projet PAORC- éducation a pour objectif d'appuyer le Ministère dans la mise en œuvre de la réforme du post-fondamental (PF). Cette réforme vise à introduire la **pédagogie de l'intégration** au niveau du cycle post-fondamental. Pour accompagner le Ministère vers l'atteinte de cet objectif, l'équipe de coordination du PAORC a conçu, avec l'aide d'experts locaux et internationaux, une formation en ligne sur la pédagogie de l'intégration à destination des professeurs qui enseignent aux étudiants futurs enseignants du PF. Le Projet prévoit de former 197 professeurs dans 3 instituts (IPA, FPSE, IEPS) et 2 départements de l'Ecole Normale Supérieure. Ces professeurs formeront, à leur tour, les étudiants futurs enseignants du PF dans ces domaines. La formation est proposée en ligne sous la forme de 6 modules :

- Module 1 : l'organisation, l'accompagnement et l'encadrement des stages pédagogiques des étudiants futurs enseignants selon la PI ;
- Module 2 : les axes épistémologiques de la pédagogie active et de la PI comme exemple de la PA ;
- Module 3 : la contextualisation des apprentissages selon la PI ; l'évaluation des acquis selon la PI et la PA ;
- Module 4 : la contextualisation des apprentissages selon la PI ;
- Module 5 : comprendre, construire et mettre en place les curricula du cycle PF et l'utilisation de la bibliothèque numérique ;
- Module 6 : geste et posture.

La formation en ligne est intégrée dans un parcours d'acquisition de compétences (PAC). Le PAC se compose 1) d'une étude baseline ; 2) d'un cycle de formation de 6 modules ; 3) d'une expérimentation en classe par les professeurs ; 4) d'un coaching et d'une remédiation post-formation, 5) et d'une évaluation finale des changements dans les pratiques pédagogiques.

## 1.2 Volet Santé

La chirurgie de district est un problème de santé publique au Burundi et un besoin de formation des équipes médicales et paramédicales du système de santé a été identifié. Pour y faire face, une stratégie de chirurgie de district et son plan de mise en œuvre a été élaboré en 2014 mais n'a pas été mise en œuvre à cause de la crise politico-sécuritaire de 2015. Le besoin de disposer dans les hôpitaux de district d'une équipe multidisciplinaire capable de poser des actes chirurgicaux qui sauvent ayant continué à s'amplifier, il a été nécessaire de réviser cette stratégie afin de s'inscrire entièrement dans le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023.

Elle a été ainsi révisée en décembre 2020 et validée en février 2021 avec la contribution du PAORC et du Programme Santé - Twiteho Amagara financé par l'Union Européenne.

Dans la mise en œuvre de la chirurgie de district, le MSPLS a bénéficié l'appui technique et financier du PAORC et des consortia du Programme Santé - Twiteho Amagara/UE que sont World Vision, Cordaid, Memisa, Health Net TPO et Enabel.

Pour l'efficacité et l'efficience de leurs appuis, ces différents partenaires ont mutualisé les ressources/coûts et harmonisé, entre eux, les normes financières et les appuis à accorder.

Pour la formation en chirurgie de district des équipes multidisciplinaires, le PAORC a contribué : (i) à la rédaction et validation du plan de formation sous forme de Parcours d'Acquisition des Compétences (PAC), (ii) au recrutement de 3 formateurs en pédagogie active et à la formation des formateurs des prestataires en pédagogie en active ( formation de 20 formateurs médecins, 12 formateurs infirmiers du bloc opératoire et 12 formateurs techniciens anesthésistes), (iii) à l'élaboration des outils de formation, (iv) à la formation des équipes multidisciplinaires des HD de la province sanitaire de Rumonge (HD Rumonge) et de la province sanitaire de Bujumbura Rural (HD Kabezi, HD Isale et HD Rwibaga) à raison de 3 prestataires par hôpital (un médecin, un infirmier du bloc opératoire et un technicien anesthésiste), (v) Dotation en consommables au site de tutorat (HD de Rumonge) , (vi) un marché public était en cours, au moment de cette revue, pour la dotation en équipements de chirurgie pour les HD des provinces sanitaires de Kirundo, Muramvya, Rumonge et Bujumbura rural. Les étapes de capitalisation et certification n'étaient pas encore réalisées au moment de la revue.

Pour la formation des infirmiers des CDS des 4 provinces sanitaires appuyées par Enabel, le PAORC a été le seul partenaire du ministère à appuyer ces formations. Son appui financier a permis d'assurer cette formation aux infirmiers des 193 centres de santé des 11 districts sanitaires des 4 provinces sanitaires appuyées par Enabel (province sanitaire de Rumonge, Bujumbura rural, Muramvya et Kirundo) à raison de 2 infirmiers par centre de santé.

## 2 Résultats et conclusions

### 2.1 Critères de Performance

Les principaux résultats de l'évaluation sont les suivants :

#### 2.1.1 Volet éducation

##### Pertinence – Score A

L'intervention du PAORC dans le secteur de la santé est pertinente car elle contribue à la résolution du problème de chirurgie de district identifié depuis 2014, par le MSPLS en collaboration avec ses partenaires, comme un problème de santé publique. Elle contribue à la mise en œuvre de la stratégie de chirurgie de district du MSPLS qui est phase avec sa Politique Nationale de Santé et son Plan National de Développement Sanitaire. D'autres partenaires notamment les consortia du programme Twiteho Amagara financé par l'Union Européenne appuient également le Ministère de la santé publique dans la mise en œuvre de cette stratégie.

##### Efficiences – Score B

Les approches adoptées dans la mise en œuvre de cette intervention sont efficaces car ont permis d'atteindre les résultats attendus, dans le temps prévisionnel et à moindre coût. En effet, le Ministère de la santé a opté de faire recours à une expertise locale des formateurs au lieu de l'expertise internationale et les stages (tutorat) ont été réalisés dans les hôpitaux de district et non dans les hôpitaux nationaux ou universitaires. Il en est de même des formations des infirmiers qui se sont déroulés dans leurs districts sanitaires respectifs. Par ailleurs, les partenaires ont adopté entre eux une approche de mutualisation des ressources/coûts et harmonisation des normes financières et des appuis à accorder aux acteurs, ce qui a permis de réduire les dépenses pour chaque d'entre eux en ce qui concerne les activités menées conjointement. L'implication des parties prenantes locales, en particulier les services du MSPLS (DGOSA, INSP, BPS, BDS, HD), à toutes les étapes du processus a été une bonne approche qui a favorisé l'appropriation du processus par les acteurs locaux.

## **Efficacité -Score A et Impact- Score B**

L'intervention du PAORC a été efficace car elle a permis d'atteindre les résultats attendus. En effet, les évaluateurs ont constaté une bonne évolution des compétences des prestataires formés. Actuellement les hôpitaux de district réalisent, après la formation de leurs équipes, des opérations chirurgicales variées et avec succès. Il en est de même dans les CDS, où une bonne évolution de la prise en charge des cas à référer a été observée.

Cela témoigne qu'au niveau de l'impact, cette intervention du PAORC a permis de renforcer les capacités individuelles, organisationnelles et institutionnelles des structures en charge de la chirurgie de district contribuant par conséquent à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités liées aux pathologies chirurgicales et gynéco-obstétricales.

Des stratégies d'atténuation de certains effets négatifs inattendus ont été adoptées pour éviter qu'ils ne compromettent l'atteinte des résultats attendus.

## **Durabilité – Score B**

La chirurgie de district est une action phare du ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida; ce qui rassure sur la poursuite du soutien politique à l'intervention.

Le MSPLS envisage, avec l'appui du PAORC (dans sa 2<sup>ème</sup> phase), la poursuite des formations en chirurgie de district et en référence des urgences chirurgicales pour un 2<sup>ème</sup> pool de prestataires (équipes multidisciplinaires des hôpitaux de district et des infirmiers des CDS) des 4 provinces de la zone d'intervention d'Enabel, ce qui lui permettra d'avoir deux pools de prestataires déjà formés à la fin du projet. Si la logique actuelle de restitution aux collègues après la formation est maintenue, les équipes formées renforceront progressivement, à leur tour, les compétences de leurs collègues. De ce qui précède, on peut envisager qu'à la fin du PAORC en décembre 2023, les formations sanitaires appuyées par le PAORC seront dotées des ressources humaines compétentes qui contribueront à la pérennisation des acquis.

De surcroît, l'approche adoptée par le MSPLS d'impliquer les parties prenantes locales en particulier les services du MSPLS (DGOSA, INSP, BPS, BDS, HD) à toutes les étapes du processus de formation de ces prestataires a favorisé l'appropriation du processus par les acteurs locaux constituant par conséquent un facteur de succès à la durabilité des acquis.

Grâce à la bonne prise en charge des urgences chirurgicales à transférer par les CDS et des opérations chirurgicales variées qui seront réalisées par les hôpitaux de district, la situation financière des formations sanitaires devrait s'améliorer, ce qui leur permettra de s'auto-satisfaire dans certains besoins de pérennisation des acquis entre autres la maintenance ou le remplacement des services, biens et/ou infrastructures, la motivation des équipes formées pour les stabiliser, l'amélioration progressive du plateau technique et l'approvisionnement en matériels, médicaments et consommables nécessaires, etc.

Cependant, le MSPLS doit fournir des efforts supplémentaires pour appuyer cette durabilité notamment en mettant en œuvre les interventions de l'axe stratégique 4 de la stratégie de chirurgie de district (qui visent la mise en place d'un cadre durable des activités de la chirurgie de district en particulier la motivation et la stabilisation des équipes de chirurgie de district) et celles des axes stratégiques 5 et 6 de la même stratégie qui visent le renforcement du cadre de suivi-évaluation de la chirurgie de district et le renforcement des infrastructures et équipements pour la chirurgie de district.

## 2.1.2 Volet Santé

### **Pertinence – Score A**

L'intervention du PAORC dans le secteur de la santé est pertinente car elle contribue à la résolution du problème de chirurgie de district identifié depuis 2014, par le MSPLS en collaboration avec ses partenaires, comme un problème de santé publique. Elle contribue à la mise en œuvre de la stratégie de chirurgie de district du MSPLS qui est phase avec sa Politique Nationale de Santé et son Plan National de Développement Sanitaire. D'autres partenaires notamment les consortia du programme Twiteho Amagara financé par l'Union Européenne appuient également le Ministère de la santé publique dans la mise en œuvre de cette stratégie.

### **Efficiences – Score B**

Les approches adoptées dans la mise en œuvre de cette intervention sont efficaces car ont permis d'atteindre les résultats attendus, dans le temps prévisionnel et à moindre coût. En effet, le Ministère de la santé a opté de faire recours à une expertise locale des formateurs au lieu de l'expertise internationale et les stages (tutorat) ont été réalisés dans les hôpitaux de district et non dans les hôpitaux nationaux ou universitaires. Il en est de même des formations des infirmiers qui se sont déroulés dans leurs districts sanitaires respectifs. Par ailleurs, les partenaires ont adopté entre eux une approche de mutualisation des ressources/coûts et harmonisation des normes financières et des appuis à accorder aux acteurs, ce qui a permis de réduire les dépenses pour chaque d'entre eux en ce qui concerne les activités menées conjointement. L'implication des parties prenantes locales, en particulier les services du MSPLS (DGOSA, INSP, BPS, BDS, HD), à toutes les étapes du processus a été une bonne approche qui a favorisé l'appropriation du processus par les acteurs locaux.

### **Efficacité -Score A et Impact- Score B**

L'intervention du PAORC a été efficace car elle a permis d'atteindre les résultats attendus. En effet, les évaluateurs ont constaté une bonne évolution des compétences des prestataires formés. Actuellement les hôpitaux de district réalisent, après la formation de leurs équipes, des opérations chirurgicales variées et avec succès. Il en est de même dans les CDS, où une bonne évolution de la prise en charge des cas à référer a été observée.

Cela témoigne qu'au niveau de l'impact, cette intervention du PAORC a permis de renforcer les capacités individuelles, organisationnelles et institutionnelles des structures en charge de la chirurgie de district contribuant par conséquent à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités liées aux pathologies chirurgicales et gynéco-obstétricales.

Des stratégies d'atténuation de certains effets négatifs inattendus ont été adoptées pour éviter qu'ils ne compromettent l'atteinte des résultats attendus.

### **Durabilité – Score B**

La chirurgie de district est une action phare du ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida; ce qui rassure sur la poursuite du soutien politique à l'intervention.

Le MSPLS envisage, avec l'appui du PAORC (dans sa 2<sup>ème</sup> phase), la poursuite des formations en chirurgie de district et en référence des urgences chirurgicales pour un 2<sup>ème</sup> pool de prestataires (équipes multidisciplinaires des hôpitaux de district et des infirmiers des CDS) des 4 provinces de la zone d'intervention d'Enabel, ce qui lui permettra d'avoir deux pools de prestataires déjà formés à la fin du projet. Si la logique actuelle de restitution aux collègues après la formation est maintenue, les équipes formées renforceront progressivement, à leur tour, les compétences de leurs collègues.

De ce qui précède, on peut envisager qu'à la fin du PAORC en décembre 2023, les formations sanitaires appuyées par le PAORC seront dotées des ressources humaines compétentes qui contribueront à la pérennisation des acquis.

De surcroît, l'approche adoptée par le MSPLS d'impliquer les parties prenantes locales en particulier les services du MSPLS (DGOSA, INSP, BPS, BDS, HD) à toutes les étapes du processus de formation de ces prestataires a favorisé l'appropriation du processus par les acteurs locaux constituant par conséquent un facteur de succès à la durabilité des acquis.

Grâce à la bonne prise en charge des urgences chirurgicales à transférer par les CDS et des opérations chirurgicales variées qui seront réalisées par les hôpitaux de district, la situation financière des formations sanitaires devrait s'améliorer, ce qui leur permettra de s'auto-satisfaire dans certains besoins de pérennisation des acquis entre autres la maintenance ou le remplacement des services, biens et/ou infrastructures, la motivation des équipes formées pour les stabiliser, l'amélioration progressive du plateau technique et l'approvisionnement en matériels, médicaments et consommables nécessaires, etc.

Cependant, le MSPLS doit fournir des efforts supplémentaires pour appuyer cette durabilité notamment en mettant en œuvre les interventions de l'axe stratégique 4 de la stratégie de chirurgie de district (qui visent la mise en place d'un cadre durable des activités de la chirurgie de district en particulier la motivation et la stabilisation des équipes de chirurgie de district) et celles des axes stratégiques 5 et 6 de la même stratégie qui visent le renforcement du cadre de suivi-évaluation de la chirurgie de district et le renforcement des infrastructures et équipements pour la chirurgie de district

## 2.2 Questions spécifiques

### 2.2.1 Volet education

**QS1 – Les activités et les résultats attendus, ainsi que le dispositif opérationnel pensés lors de l'élaboration du DTF et dans sa mise en œuvre actuelle, restent-ils adaptés au contexte changeant ?**

Le DTF 2 prévoyait la formation des étudiants futurs enseignants du PF. Ce DTF était trop ambitieux, compte tenu de la durée du Projet (juin 2020- juin 2022) et de la crise sanitaire qui a ralenti les activités. Le Projet s'est donc focalisé sur un public plus restreint, à savoir les professeurs. Étant donné que la cible est plus restreinte, le Projet peut agir de manière holistique, avec un effet positif et plus pérenne : renforcement des capacités en profondeur avec un suivi post-formation, révision de l'offre de formation (à venir), appui en ressources pédagogiques et didactiques (à venir).

**QS2 – Comment l'intervention s'est adaptée à la brutale ou subite modification de contexte due au Covid et a trouvé des modes opératoires adéquats ?**

L'équipe de coordination du PAORC a su adapter les activités prévues aux restrictions sanitaires. Les restrictions ne permettaient pas d'organiser des formations en présentiel ni de faire venir les consultants internationaux. La formation a donc été organisée en ligne, et l'appui des consultants internationaux s'est réalisé également à distance. L'usage de la plateforme d'Enabel a constitué une bonne opportunité pour mettre en place très rapidement la formation en ligne.

**QS3 – Précisez les points forts, défis, risques du Projet, le type de relations de travail avec l'ENABEL et avec les autorités burundaises**

L'un des principaux points forts du PAORC concerne sa pertinence. Le Projet répond parfaitement aux besoins du pays et aux besoins des bénéficiaires directs (professeurs) et indirects (enseignants du PF). Le covid aura finalement été une bonne opportunité pour introduire la formation en ligne au Burundi et renforcer les compétences des acteurs dans ce domaine.



La formation en ligne devra néanmoins être révisée dans son contenu et dans la forme de manière à accroître son efficacité et renforcer de fait son impact et sa durabilité. Le principal changement concerne l'introduction d'une étape de pratique/manipulation dans le PAC. Un autre défi concerne le nombre de participants à la formation. Même si la formation est rendue obligatoire par les doyens/DG ENS, très peu de professeurs suivent l'intégralité des modules de formation.

Or, la réforme du PF sera pleinement opérationnelle lorsque l'ensemble des professeurs sera formé à la PI, l'enseignera et l'appliquera en classe.

Les risques sont principalement liés à la durabilité du Projet post-appui. Pour pérenniser la formation, une plateforme doit être créée et hébergée au Ministère. Pour cela, l'ensemble des acteurs impliqués dans la création de contenus numériques et dans la gestion de la plateforme doivent être renforcés dans leurs compétences en TICE et e-learning. Par ailleurs, actuellement les membres de la CTN, qui sont des acteurs clés dans ce Projet, sont mis à disposition pour une période de 10 mois. Que deviendra la CTN après cette mise à disposition ?

L'équipe de coordination du PAORC a de bons contacts avec le Secrétaire permanent du Ministère, qui adhère pleinement au Projet. Ce dernier regrette fortement la situation politique de 2015 qui n'a pas permis de co-construire et de co-gérer le Projet. Néanmoins, nous sommes confiants quant à la future implication du ministère dans le PAORC, étant donné que la sanction économique à l'encontre du Burundi a été officiellement levée par l'Union Européenne en février 2022.

## 2.2.2 Volet Santé

### **QS1 – Les objectifs de développement des bénéficiaires sont ancrés dans des parcours d'acquisition de compétences en lien avec un cadre de référence.**

Pour satisfaire aux objectifs de développement des bénéficiaires (équipes multidisciplinaires des HD et infirmiers des CDS), les études de leurs compétences de base ont été préalablement réalisées, ce qui a permis de cibler les compétences à acquérir et le processus de formation a été fait en suivant un plan de formation élaboré sous forme de parcours d'acquisition des compétences. Les résultats des missions de coaching en situation professionnelle (évaluation finale), ont confirmé une évolution significative des compétences des équipes formées avec des changements visibles et appréciables dans la prise en charge des patients comparativement aux résultats des études des compétences de base.

### **QS2 – Mesure dans laquelle le changement organisationnel est considéré comme pertinent et son impact sur le résultat en termes d'efficacité, d'efficience, de qualité et de potentiel de durabilité.**

Le recours à l'expertise locale des formateurs adopté par le ministère de la santé a permis, d'une part, de réaliser les prestations à moindre coût mais également d'offrir des formations adaptées au contexte et contraintes locales dans le domaine de la chirurgie par sa maîtrise du profil épidémiologique du pays et sa capacité à travailler malgré l'insuffisance du plateau technique.

En outre, l'implication des parties prenantes locales (Sociétés savantes, et services du ministère à tous les niveaux) à toutes les étapes du processus a été favorable à une appropriation effective du processus qui est un facteur de succès dans la pérennisation des acquis après la fin de l'appui du PAORC. Toutefois, l'appui de l'expertise internationale à l'expertise locale reste nécessaire car elle permet une mise en commun des connaissances et une harmonisation des approches ainsi que des échanges d'expérience surtout dans les domaines non maîtrisés par cette dernière.

### **QS3 – Possibilité de transformer la formation en chirurgie de district en formation hybride (présentiel et on-line), et sa valorisation dans le cadre des formations post-graduées.**

Dans le contexte actuel du pays où il y a insuffisance de prestataires et une instabilité permanente du personnel avec par conséquent un besoin permanent de renforcement des compétences de nouveaux prestataires, la possibilité de mettre en place une formation à distance en chirurgie de district, en complément de la formation présentielle, a été très appréciée par les acteurs car permettrait, en effet, de former plusieurs prestataires à la fois tout en restant à leurs postes d'attache.

Les doutes des acteurs résident sur sa faisabilité.

La stratégie de chirurgie de district particulièrement dans son axe stratégique n°4, envisage une série d'interventions sur lesquelles le ministère de la santé doit mettre une attention particulière en vue de la valorisation de cette formation (présentiel et on-line), dans le cadre des formations post-graduées.

#### **QS4 – Amélioration de mitigation du risque de mobilité du personnel formé.**

L'instabilité du personnel reste un défi du secteur de la santé et les causes sont multiples et variées. Malgré les actes d'engagement signés par les personnels formés, le risque de mobilité du personnel formé en chirurgie de district et en référence des urgences chirurgicales reste aussi imminent.

Pour mitiger ce risque, afin de pérenniser les acquis, le ministère de la santé publique, avec l'appui de ses partenaires, doit envisager particulièrement la mise en œuvre des interventions des axes stratégiques 4, 5 et 6 de la stratégie de chirurgie de district et plus particulièrement celles de l'axe stratégique 4 qui préconise les interventions visant la motivation et la stabilisation des équipes formées en chirurgie de district.

## **3 Conclusions**

### **3.1 Volet éducation**

Depuis son démarrage, l'équipe du Projet a dû faire face à de nombreux obstacles, notamment politique et sanitaire, les amenant à opérer plusieurs réorientations. Ces réorientations ont été pertinentes et efficaces, faisant ainsi la force de ce Projet. Il reste néanmoins certains défis, en termes d'efficacité et d'impact pour atteindre pleinement les objectifs du Projet. La révision de la formation en ligne s'avère nécessaire pour accroître son impact réel sur l'évolution des pratiques pédagogiques.

Enfin, la durabilité du Projet post-appui reste encore questionnée, étant donné l'absence du partenaire dans sa co-gestion. Nous espérons que la levée des sanctions économiques en février 2022 à l'encontre du Burundi permettra à l'équipe de coordination de consolider la durabilité du Projet post-appui avec le partenaire.

### **3.2 Volet Santé**

Le projet PAORC a atteint les trois résultats attendus de la mise en œuvre de l'action au cours de la période de novembre 2020 à juin 2022.

Son appui au ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida a permis le renforcement des compétences à un premier pool de prestataires en chirurgie de district pour les équipes multidisciplinaires des HD et en référence des urgences chirurgicales et obstétricales pour les infirmiers des CDS de la zone d'intervention d'Enabel. Les compétences individuelles, organisationnelles et des structures sanitaires (HD et CDS) appuyées par le PAORC ont été renforcées et des changements appréciables sont déjà visibles et confirmés. L'évolution des compétences des équipes formées montre toutefois qu'il y a des compétences qui restent encore à consolider.



Pour les formations de la prochaine phase (juillet 2022 à décembre 2023), il est indispensable que le ministère, en collaboration avec le PAORC et d'autres partenaires, prennent des dispositions préalables pour éviter, dès le démarrage, les contraintes et insuffisances constatées à la 1<sup>ère</sup> phase.

## 4 Leçons identifiées

L'évaluation du PAORC identifie plusieurs enseignements à considérer par les autorités nationales du Burundi, par Enabel et d'autres acteurs ou partenaires :

### 4.1 Volet Education

1. La réalisation d'une baseline permet d'identifier les besoins en renforcement des acteurs, ainsi que l'identification de leurs besoins exprimés ;
2. Le PAC est un outil intéressant, mais qui nécessite une phase de manipulation/pratique en contexte de formation pour permettre aux participants d'acquérir des compétences solides et transférables dans leur pratique ;
3. Pour apprécier l'évolution d'un indicateur, il doit être pensé de manière à ce que sa formulation, la méthodologie et/ou les chiffres utilisés ne biaisent pas son interprétation ;
4. L'usage d'un serveur local offline pourrait être une solution adaptée pour améliorer la connexion internet ;
5. L'information et l'implication des acteurs dans le Projet favorisent leur adhésion ;
6. Les professeurs sont peu disponibles parce qu'ils enseignent aussi dans des établissements privés pour compléter leur salaire. Ainsi il est difficile de rendre une formation obligatoire sans banaliser des jours de formation, c'est-à-dire sans libérer les professeurs de leurs cours pendant quelques jours ;
7. La mise en place d'une pédagogie centrée sur l'apprenant nécessite un renforcement des instituts/ENS et des classes du PF en ressources matérielles, pédagogiques et didactiques.
8. Il est important dans la construction d'un projet de renforcement des compétences de prévoir également un financement pour les équipements pédagogiques et didactiques.

### 4.2 Volet Santé

1. Les études de compétences de base des prestataires et les évaluations finales en fin de formation ont permis d'identifier leurs besoins en formation et d'apprécier l'évolution de leurs compétences.
2. L'élaboration d'un plan de formation sous forme de Parcours d'Acquisition des Compétences « PAC » a permis de définir les objectifs de formation, les indicateurs de changement, la durée de chaque module, le matériel pédagogique nécessaire, les livrables etc.... et représente une boussole pour la mise en œuvre de la formation théorique.
3. Le travail en synergie, dans la mise en œuvre des différentes activités de la chirurgie de district, entre les services du MSPLS et les différents partenaires, en particulier le PAORC, aura permis de trouver des solutions aux différentes contraintes et d'atteindre les résultats escomptés.
4. L'absence de certains organes de coordination initialement prévus par le ministère et Enabel n'a pas permis une implication effective de toutes les parties prenantes dans la coordination du processus de formation des prestataires.
5. L'existence d'une expertise locale de formateurs, aussi bien en pédagogie active qu'en chirurgie de district, a facilité l'organisation des formations en chirurgie de district surtout dans le contexte particulier de covid-19 et éventuellement à moindre coût.

6. Les séances de sensibilisation faites dans la communauté sur la présence du chirurgien à l'HD ont beaucoup contribué à la disponibilité des patients à opérer sur les sites de tutorat.
7. L'incapacité financière de certains patients a constitué un obstacle à la prise en charge chirurgicale de certains cas malgré la disponibilité du chirurgien sur le site de tutorat.
8. Le besoin de former d'autres prestataires en chirurgie de district et en référence des urgences chirurgicales persiste.
9. La formation des prestataires à distance est une alternative qui pourrait faciliter la formation de plusieurs prestataires à la fois et sur site sans perturber le fonctionnement des structures d'autant plus que les prestataires sont déjà peu nombreux.
10. L'approche de mutualisation des ressources et d'harmonisation des normes financières et des appuis entre partenaires permet d'éviter les disparités et de réduire les dépenses.
11. L'élaboration de l'agenda de la mission de terrain nécessite la prise en compte de l'agenda des partenaires (acteurs) à rencontrer, de l'état des routes et de l'éloignement des structures les unes des autres.

## 5 Recommandations

### 5.1 Volet Education

#### Au PAORC

1. Renforcer l'information auprès du Ministère et des professeurs concernant les activités du PAORC ;
2. Renforcer l'implication du Ministère, de la CTN, du CCT et des professeurs didacticiens dans le Projet ;
3. Réviser le contenu et le format des modules de formation ;
4. Introduire dans le PAC une étape de mise en application de la formation en ligne, en présentiel ;
5. Renforcer les membres de la CTN et les experts e-learning du Ministère en e-learning ;
6. S'entretenir avec le partenaire sur la durabilité du Projet post-appui : définir des actions pour l'hébergement de la plateforme au Ministère, sa création et sa gestion (ressources humaines et financières), et définir des actions pour le maintien des membres de la CTN comme personnes-ressources clés pour l'accompagnement des professeurs en PI.

#### Aux instituts/ENS en collaboration avec le PAORC

1. Rendre la formation réellement obligatoire pour les professeurs, notamment en banalisant des jours de formation (sans charge de cours) pour permettre aux professeurs de suivre la formation en présentiel de mise en application de la formation en ligne ;
2. Développer le réseautage avec d'autres pays mettant en place la PI ;
3. Créer un centre de pédagogie universitaire, centralisant les activités en PI ;
4. Développer la recherche-action sur une école pilote, pour accroître la visibilité du PAORC, favoriser la motivation/l'engagement des professeurs et apprendre de l'expérience.

#### Au Ministère en collaboration avec le PAORC

1. Réviser l'offre de formation des 3 instituts/ENS en cohérence avec la PI ;
2. Renforcer les ressources matérielles, pédagogiques et didactiques nécessaires pour la mise en place de la PI ;
3. Créer une plateforme e-learning au Ministère.

## 5.2 Volet Santé

### Au Cabinet du MSPLS

1. Poursuivre le processus de mobilisation des partenaires pour un appui technique et financier consistant à la mise en œuvre continue des différentes interventions prévues dans la stratégie de chirurgie de district au niveau national.
2. Prendre les dispositions pour garantir la disponibilité totale, sur toute la durée de la formation en chirurgie de district (théorique et tutorat), des membres des équipes multidisciplinaires des HD recrutés et engagés pour cette formation
3. Réaffecter tous les médecins, IBO ou TA formés en chirurgie de district qui seraient dans les hôpitaux communaux vers les HD disposant des blocs opératoires.

### A la DGOSA/MSPLS

1. Organiser le cycle complet d'une formation en chirurgie de district (équipes multidisciplinaires des HD) et en référence des urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales (infirmiers des CDS) pour d'autres pools de prestataires avec, si possible, une expérience pilote e-learning.
2. Mettre en place et rendre opérationnel tous organes de coordination de la chirurgie de district prévus par les textes.
3. Améliorer la communication entre différents acteurs de la chirurgie de district surtout en cas d'informations qui impliquent des prises de décisions administratives et/ou financières.
4. Rendre disponible le matériel didactique approprié pour les démonstrations pendant les formations théoriques.
5. Adapter la durée des formations à différentes étapes.
6. Doter les HD (site de tutorat ou non) et CDS en matériels, médicaments, consommables et d'un plateau technique suffisant pour la prise en charge chirurgicale des patients.
7. Adapter aux normes les infrastructures des blocs opératoires des HD.
8. Résoudre les problèmes d'eau et d'électricité qui handicapent le bon fonctionnement des services de chirurgie et des blocs opératoires en particulier.
9. En plus des modules des prestataires et SPT disponibles dans les CDS, rendre disponibles les algorithmes/logigrammes sur la référence des urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales à afficher sur les murs des cabinets de consultation des infirmiers des CDS.
10. Mettre en place un mécanisme approprié de motivation et/ou de stabilisation des formateurs et des prestataires formés (équipes multidisciplinaires des HD et infirmiers des CDS) en mettant particulièrement en œuvre les interventions de l'axe stratégique 4 qui préconise des activités visant la motivation et la stabilisation des équipes formées en chirurgie de district.
11. Assurer la pérennisation de la chirurgie de district en mettant particulièrement en œuvre les interventions de l'axe stratégique 4, 5 et 6 de la stratégie de chirurgie de district.
12. Mettre en place un mécanisme approprié d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins des patients qui souffrent d'urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales dont le renforcement de la sensibilisation de la population à l'adhésion à la CAM et à la possession de la carte de l'ambulance.

### A la coordination du PAORC

1. Elaborer un plan de sortie du projet qui guidera les acteurs de la zone d'intervention dans le processus de pérennisation des acquis.
2. Discuter avec les acteurs (à tous les niveaux), dès le démarrage des activités de la 2<sup>ème</sup> phase, sur les différentes modalités d'exécution de la subvention (normes et procédures de gestion)

3. Organiser des formations ou des séances d'explications des acteurs, à tous les niveaux, sur tous les outils de gestion technique et financière de la subvention dont les canevas de rapportage.
4. Mettre en place et rendre opérationnel tous organes de coordination et/ou de suivi prévus par les textes (DTF additionnel).

#### **Au BDS**

1. Rendre disponibles, dans les pharmacies de district, les médicaments, matériels et consommables de mise en condition des patients avant transfert.
2. Organiser des séances de conscientisation des gestionnaires des ambulances ou des ambulanciers sur la nécessité de rapidité en cas de demande d'ambulance pour urgences.
3. Sensibiliser la communauté, via les ASC, sur les urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales afin d'éviter ou de limiter les retards à la consultation du CDS.

#### **Aux directeurs des HD**

1. Assurer une bonne organisation du service de chirurgie, en général, pour faciliter la prise en charge des urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales en affectant, en particulier, le personnel formé en chirurgie de district (Médecin, IBO et TA) exclusivement dans le service de chirurgie et en dotant ce service d'un personnel suffisant pour appuyer l'équipe multidisciplinaire formée.

#### **Aux formateurs**

1. Rendre les formations plus pratiques par des séances de démonstration et des travaux pratiques (augmenter le nombre d'exercices/études de cas/vidéos/manipulation, etc.) et exiger du temps suffisant de formations.