Rapport final

EVALUATION FINALE

Projet de prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso

17/05/2021

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 3
TABLE DES FIGURES 4
RESUME 5

1. CONTEXTE DE L'EVALUATION 10
   a) Presentation de LCDE et de ses évolutions stratégiques et organisationnelles 10
   b) Les besoins en termes de suivi-évaluation et justification de l'évaluation 11

2. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION 12
   a) Objectifs de l'evaluation 12
   b) Périmetre de l'evaluation 13
   c) Acteurs impliqués dans la demarche évaluative 13
   d) Démarche générale de l'évaluation 13
   e) Forces et limites de l'évaluation 16

3. PRESENTATION DU PROJET 18
   a) Contexte du projet 18
   b) Genèse du projet 19
   c) Présentation du projet 19
   d) Objectifs et logique d'intervention 21

4. ANALYSE EVALUATIVE 25
5. CONCLUSION 71
6. RECOMMANDATIONS 73
7. ANNEXES 78
   a) LISTE DES PERSONNES RENCONTREES DANS LE CADRE DE L'EVALUATION 78
   b) REFERENTIEL EVALUATIF 83

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **AFD :** Agence Française de Développement
- **AGR :** Activité génératrice de revenus
- **AME :** Association des Mères d'élèves
- **APE :** Association des Parents d'élèves
- **ASBC :** Agents de santé à base communautaire
- **CAD :** Comité d'Aide au Développement (OCDE)
- **CHR :** Centre Hospitalier Régional
- **CHU :** Centre Hospitalier Universitaire
- **CHU YO :** Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
- **CMA :** Centre Médical avec antenne chirurgicale
- **CRM** : Customer Relationship Management
- **CSPS :** Centre de Santé et de Promotion Sociale
- **CVD :** Comité Villageois de Développement
- **DES Chirurgie maxillo-faciale :** Diplôme d'Etude supérieure
- **DRS :** Direction Régionale de la Santé
- **DS :** District Sanitaire
- **FCFA :** Francs CFA
- **ICP :** Infirmies chef de poste
- **LCDE :** La Chaîne de l'Espoir
- **LVDP :** La Voix du Paysan
- **PNSBD/LN :** Programme national de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma du Ministère de la Santé
- **MNT :** Maladies non transmissibles
- **ODD :** Objectifs de Développement Durable
- **OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG :** Organisation Non Gouvernementale
- **OS :** Objectif spécifique
- **OSC :** Organisations de la Société Civile
- **PDI :** Personnes Déplacées Internes
- **PMF :** Pathologies maxillo-faciales
- **PNDES :** Plan National de Développement Economique et Social
- **PNDP :** Polyclinique Notre-Dame de la Paix
- **PNDS :** Plan National de Développement Sanitaire burkinabé
- **PNS :** Politique Nationale de Santé du Burkina Faso
- **RAF :** Responsable Administratif et Financier
- **RH :** Ressources humaines
- **SNIS :** Système National d'information sanitaire
- **Tdrs :** Termes de référence

TABLE DES FIGURES

Figure 1: suivi-évaluation du projet.....13
Figure 2: planning de l'évaluation.....14
Figure 3: Figure 3 : Critères et questions ayant guidé l'évaluation.....14
Figure 4: chaine des changements.....22
Figure 5: parties prenantes du projet.....23
Figure 6: parties prenantes intervenant sur la composante 1.....23
Figure 7: parties prenantes intervenant sur la composante 2.....24
Figure 8: parties prenantes intervenant sur la composante 3.....24
Figure 9: extrait du rapport de capitalisation - schéma opérationnel du projet.....28
Figure 10: Situation des malades reçus et ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.....52
Figure 11: répartition des cas prise en charge en fonction du diagnostic.....53
Figure 12: Répartition des bénéficiaires en fonction de l'âge.....53
Figure 13: répartition des bénéficiaires en fonction du sexe.....54
Figure 14: répartition des bénéficiaires en fonction de la structure de référence des patients.....54
Figure 15: illustration d'une synthèse de météos et d'une météo par partenaire....74

RESUME

Ce rapport d'évaluation présente les constatations, les principales conclusions et les recommandations de l'évaluation finale du « projet de prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso » mis en œuvre sur la période 2018-2021.
L'évaluation a été réalisée entre les mois de février et mai 2021.

1. Le projet de prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso

Depuis 1994, La Chaine De l'Espoir (LCDE) a pour vocation de renforcer les systèmes de santé pour donner à chacun et en particulier aux enfants les mêmes chances de survie et de développement.

En cohérence avec sa vision et sa mission, le présent projet cherche à apporter une réponse adaptée et multifactorielle dans la lutte contre le noma et autres pathologies et malformations faciales. Il s'inscrit dans une double logique de continuité et d'approfondissement des missions de chirurgie réparatrice et de formation du personnel médical local au Burkina Faso engagées depuis mars 2014.

Il est mis en œuvre dans quatre régions du Burkina Faso que sont : le Centre, le Nord, le Centre Nord et la Boucle du Mouhoun, à travers trois grands axes d'interventions intimement liés que sont :

- Le renforcement des capacités des acteurs communautaires, des radios partenaires, de la société civile et des agents de santé des CSPS, sur le noma et les autres pathologies et malformations faciales ;
- La mise en œuvre des activités de plaidoyer auprès des leaders d'opinion, de sensibilisation des populations sur les moyens de prévention du noma, les causes du noma et des pathologies et malformations faciales et la détection des enfants qui en sont victimes ;
- la prise en charge médicale et chirurgicale, des enfants atteints de noma et des autres pathologies et malformations faciales et le suivi post-opératoire tout en formant les équipes médicales locales.

Le choix du Burkina Faso comme pays d'intervention se justifie tant par les enjeux qui se posent en matière de santé (absence d'actions de prévention et de sensibilisation d'envergure, enjeux de disponibilité, d'accessibilité aux soins, de sécurité, de prestations de service), que par le positionnement clé du pays et de son rayonnement général.

Enfin, le projet repose sur une approche multi-acteurs, portée par des partenaires principaux : LCDE, la Fondation Sentinelles, la radio communautaire la Voix du Paysan, l'association Bilaadgda ainsi que des partenaires secondaires intervenant de façon plus ponctuelle dans la mise en œuvre des activités.

2. Objet et portée de l'évaluation

Depuis sa création, LCDE a très peu conduit d'évaluations de ses différents projets. La démarche entreprise témoigne donc de la volonté nouvelle de l'ONG de s'inscrire dans une dynamique d'apprentissage, une démarche de progrès continu, visant à soutenir les efforts permettant de garantir la qualité, l'efficacité et la redevabilité de son intervention tout en faisant évoluer ses pratiques.

La présente évaluation se fixe pour principaux objectifs de :

- Rendre compte de la qualité du travail accompli et de l'atteinte des objectifs dans une optique de redevabilité : mesurer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité du projet.
- Analyser les conditions de mise à l'échelle des actions de ce programme pour les répliquer à d'autres zones du Burkina Faso et au Mali.

Elle doit constituer un levier d'information, et servir d'outil d'aide à la décision pour tous les arbitrages concernant la poursuite de sa mise en œuvre.

La mission d'évaluation s'est déroulée en trois temps :

- Une première phase de cadrage visant à poser les fondements opérationnels de la mission et de préparation des outils d'évaluation (février 2021) ;
- Une seconde phase de collecte de données quantitatives et qualitatives réalisée principalement au Burkina Faso (de février à avril 2021) ;
- Une troisième phase d'analyse et de traitement, compilant les données et les conclusions au sein d'un premier rapport provisoire suivi d'atelier de travail et d'une restitution puis de transmission d'un rapport final (d'avril à mai 2021).

Il est à noter que malgré la période si particulière, liée à la pandémie de la Covid 19, toutes les parties prenantes sollicitées et mobilisées dans le cadre de cette évaluation se sont montrées disponibles et réactives, facilitant ce travail évaluatif.

3. Bilan évaluatif

L'objectif du projet répond à un besoin clair qui, malgré l'absence de données épidémiologiques dans le pays, se justifie par la présence de cas avérés comme en témoignent les 720 malades dépistés et les 382 patients pris en charge durant le projet.

Le projet a été conçu dans un **cadre de réflexion concertée** entre les **partenaires issus du premier cercle**. Ces acteurs disposent d'un niveau important de connaissances et d'expertises tant sur la réponse à apporter que sur la thématique en question, tous étant investis dans la lutte contre les PMF et le noma. Ils ont été impliqués à chaque étapes de conception et de planification du projet. Cette collaboration a permis de favoriser une **appropriation totale du projet** et de ses activités par ces partenaires et de rendre la collaboration efficace.

Les **partenaires du second cercle** intervenant de façon plus indirecte dans la mise en œuvre des activités (Ministère de la Santé, Directions Régionales de la Santé, Districts Sanitaires, Radio Manegda, Radio Salaki), ont été **impliqués a posteriori dans la mise en œuvre du projet**, ce qui a pu constituer une **limites en termes de compréhension** dans la répartition des rôles et des responsabilités, même si de fortes améliorations ont été observées jusqu'ici.

Le projet repose sur **une approche jugée pertinente** par l'ensemble des acteurs interrogés, qui permet de conjuguer plusieurs moyens d'actions pour une **réponse complète et adaptée**. Elle mêle :

- une approche communautaire qui permet de garantir la cohérence du projet avec les besoins à la base, de formuler des réponses adaptées aux réalités locales, de favoriser une plus forte implication et participation des communautés
- une approche multi-acteurs présentée comme une force pour le projet par l'ensemble des acteurs interrogés, qui permet la complémentarité, la mutualisation des forces et des moyens
- une approche intégrée qui apparait comme quasi-complète proposant des actions de : renforcement des capacités, sensibilisation, prévention, détection et référencement, transfert de compétences et formations, prise en charge gratuite et complète et suivi post-opératoire
- une démarche apprenante : les interventions proposées se sont élargies avec le temps, l'expérience et les collaborations. Alors que la Chaine de l'Espoir mène généralement des projets médicaux, l'intégration de nouveaux volets couvrant la sensibilisation et de mobilisation des communautés par le biais d'associations partenaires dont c'est la mission, témoigne d'un nouveau mode d'intervention pour l'organisation
- une approche flexible : le projet propose des interventions qui vont au-delà du périmètre défini dans la note projet initialement conçue et ce sur le type de pathologies traitées ou sur les catégories de bénéficiaires ciblées.

Il s'inscrit, de plus, dans la **lignée des orientations générales de l'Etat** ainsi que des politiques et stratégies sectorielles au Burkina Faso et cherche à s'inscrire en complémentarité avec le cadre existant au niveau national en contribuant à l'atteinte des objectifs fixés par le PNSBD/LN. Le projet **vient combler un gap** - les actions déployées par l'Etat étant à ce jour insuffisantes pour apporter une réponse efficace au niveau national.

Cependant, la collaboration entre les acteurs du programme et les autorités nationales et déconcentrées **reste peu active** avec pendant longtemps une **faible proactivité** de part et d'autre ainsi que de la **méfiance réciproque** aboutissant sur une faible implication des autorités nationales et des autorités sanitaires au niveau régional lors de l'élaboration et dans les instances de suivi du projet, impactant le degré d'appropriation et d'engagement.
Ces points de blocage **tendent à s'améliorer** grâce à la reprise de la communication entre les autorités et la coordination du projet et ce, en partie dû à la mise en place d'une coordination locale au projet.

Enfin, on note une autre limite tenant au fait que la multitude d'acteurs impliqués sur le projet, a pu apporter une **forme de complexité** que l'on peut associer à des outils de communication, de coordination et de suivi encore insuffisant pour y faire face.

En termes d'efficacité, l'évaluation permet de souligner que, malgré le contexte sanitaire et sécuritaire, le projet a fait preuve d'un **niveau élevé de réalisation physique**.
Les forces et acquis des différentes acteurs, la bonne collaboration entre partenaires ont permis de renforcer le niveau de résilience et de minimiser les effets sur l'atteinte des objectifs. LCDE et ses partenaires ont su faire preuve d'un **niveau de flexibilité important et d'adaptation**.

Pour atteindre ce bon niveau de réalisation, LCDE a mis en place des outils de pilotage et de suivi qui ont évolué en cours de mise en œuvre, en vue de s'adapter aux besoins du projet et des capacités de ses parties prenantes.
Cependant, **ce dispositif de coordination et de suivi présente encore des lacunes** qui peuvent nuire à l'efficacité du projet telles que :

- le sous-dimensionnement de l'équipe terrain,
- des évolutions progressives en termes de process et de procédures mais qui restent difficiles à mettre en œuvre pour certains partenaires,
- une instance de pilotage perçu comme utile pour « régler les problèmes » et planifier les activités mais qui reste peu régulière et n'implique pas tous les acteurs potentiels,
- des enjeux de suivi-évaluation impactant la visibilité sur les changements réels induits par l'action.

Malgré ces enjeux, le **projet a eu pour effets** :

- Le projet a largement contribué au **renforcement des capacités de LCDE et de ses partenaires** – dans un cadre de réciprocité. Ce renforcement est visible à plusieurs niveaux : sur le plan de la gestion de projet, au niveau organisationnel, sur le plan technique et opérationnel.
- Les changements opérés en réponse à la crise COVID ont eu pour effet de maximiser les retombées de l'approche de compagnonnage et favoriser une plus forte implication des élèves formés ou en formation. Les équipes locales sont désormais **plus à même d'opérer en autonomie** sur des cas courants. La **compétence est désormais disponible dans le pays**.
- La **transmission des connaissances au niveau communautaire** a permis de cibler au plus près les communautés des zones isolées et reculées.
- Enfin, les témoignages montrent que le projet a permis aux malades de **sortir de l'ombre**, de **reprendre une vie normale**, de **rompre l'isolement** et le rejet, de **déconstruire les mentalités**, **d'améliorer le niveau de connaissance** des populations.

Mais quelques limites sont à retenir :

- Le projet permet de lutter contre la stigmatisation dans la mesure où la maladie est davantage connue et comprise. Cependant, un enfant soigné aura toujours les stigmates de cette maladie en raison de la cicatrice visible au niveau du visage. Ces enfants peuvent encore faire l'objet de moqueries en raison des séquelles de l'opération. Un **travail de pédagogie** devrait pouvoir être conduit directement auprès des enfants pour lutter contre ce phénomène.
- Certains cas trop complexes n'ont pu être pris en charge dans le cadre de ce projet créant des **frustrations** pour ces patients qui restent dans l'attente d'une intervention

- Le **suivi des patients** s'arrête à leur prise en charge. L'accompagnement à la réinsertion socio-économique ne constitue pas un volet du projet.

Ainsi, le modèle d'intervention proposé par le projet – a savoir une approche intégrée dans un cadre multi-acteurs - a **prouvé son efficacité** dans le contexte burkinabè. Il apparait comme **reproductible** sur la méthode, son passage à l'échelle nécessite la prise en compte d'un certain nombre de conditions.

4. Recommandations

L'ensemble de ces constats permet d'identifier des axes de réflexion et des pistes de travail pour LCDE et ses partenaires dans le cadre notamment de sa prochaine programmation.

En termes de pilotage et coordination du projet

- Renforcer les instances de gouvernance et de pilotage du projet : en formalisant la participation du Ministère de la Santé et des personnes ressources mobilisées en fonction du besoin, par le partage des résultats entre l'ensemble des acteurs qui y interviennent y compris d'autres partenaires locaux intervenant dans la thématique, en proposant le déploiement ponctuel d'un comité d'organisation qui aurait pour mission de faciliter la préparation des missions chirurgicales.
- Renforcer la coordination au niveau du terrain : par le recrutement de ressources humaines supplémentaires au niveau du bureau pays, en autonomisant davantage les équipes terrain en matière de gestion financière et administrative, en facilitant l'organisation de missions de suivi directement sur le terrain auprès des acteurs locaux ;
- Réviser les process et outils de coordination et de pilotage du projet : Définir en interne un process clair de gestion de projet détaillant pour chaque étape, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi, Proposer des outils de gestion de projet permettant de mieux planifier les activités entre les acteurs, définir les rôles et responsabilités, et faciliter le suivi.

En termes de suivi-évaluation du projet et de capitalisation

LCDE gagnerait à ajuster son dispositif de suivi-évaluation et d'apprentissage afin qu'il contribue davantage à la prise de décision, et ce :

- en améliorant l'efficacité du système d'indicateurs en proposant des indicateurs de résultats et d'impact fiables et mesurables de bonne qualité ainsi que des systèmes de collecte adaptés aux capacités de chaque partie prenante.
- en proposant une approche qualitative renforcée axée sur la mesure des soft skill, le niveau d'appréciation des actions réalisées par les acteurs, l'évolution des comportements au niveau des communautés ou encore la satisfaction des bénéficiaires.
- en complétant cette approche par la mise en place d'un dispositif de suivi des patients de l'identification, à la prise en charge puis à la réinsertion dans la vie sociale.
- en s'assurant que les données de suivi du projet soient partagées auprès des autorités de santé.
- en renforçant le dispositif de capitalisation afin de contribuer davantage au partage de connaissances, à la mise en évidence des succès et à l'apprentissage organisationnel tel que formulé dans l'étude de capitalisation

En termes d'approche d'intervention

- Investir sur les thématiques transversales par le développement de stratégies dédiées et d'un suivi spécifique
- Investir davantage le champ du plaidoyer en vue notamment d'influencer les processus décisionnels afin de générer des changements positifs sur le système public de santé, faire connaitre la maladie et en faire une priorité au niveau politique :

- Désigner des points focaux au niveau de chaque district pour assurer la supervision de l'ensemble de la démarche par district, du suivi des activités, de la transmisse des fiches de collecte auprès des CSPS, des réponses aux questions des différents relais,
- Intégrer le volet de réinsertion sociale et économique, en partenariat avec la Fondation Sentinelles et l'association Bilaadga : appui à la scolarisation et à la formation professionnelle, aide à la création d'activité…
- Renforcer la réflexion sur les personnes qui ne peuvent pas être prises en charge par les missions
- Renforcer le dispositif de référencement par la conception d'un outil numérique adapté de gestion de l'information
- Mettre à niveau le plateau technique d'un centre hospitalier public. Ce qui permettra un véritable renforcement du système de santé.

Au niveau communautaire :

- renforcer les approches, méthodes et outils de sensibilisation en développant des outils illustrés (boites à image), en recueillant et en s'appuyant sur des témoignages de patients guéris
- associer les tradipraticiens à la démarche (la médecine traditionnelle étant ancrée dans les pratiques des familles),
- renforcer les mises à niveau des relais formés par des recyclages de formation et des séances de suivi plus régulières.
- renforcer le plaidoyer auprès des leaders d'opinion, notamment les chefs de village qui détiennent un véritable pouvoir pouvant influencer énormément la référence des cas vers les formations sanitaires
- Impliquer davantage les ASBC comme acteurs principaux, chargés de la communication au niveau communautaire afin d'intégrer la thématique dans leur paquet d'activités
- Assurer une dotation en carburant aux acteurs communautaires lors des déplacements pour les activités de communication

1. CONTEXTE DE L'EVALUATION

A) PRESENTATION DE LCDE ET DE SES EVOLUTIONS STRATEGIQUES ET ORGANISATIONNELLES

La Chaîne de l'Espoir est une ONG internationale fondée en 1994. Elle a pour vocation de renforcer les systèmes de santé pour donner à chacun et en particulier aux enfants les mêmes chances de survie et de développement.

La Chaîne de l'Espoir intervient dans 27 pays par une approche globale, centrée sur l'enfant mais également sur les mères et les communautés défavorisées :

- **Prévention et dépistage** dès le plus jeune âge, notamment dans le cadre de programmes de santé à l'école.
- **Soin et chirurgie**, afin de répondre aux besoins les plus urgents des enfants et de leurs mères.
- **Formation et transferts de compétences** aux équipes locales grâce à notre réseau international d'experts dans tous les domaines de la chirurgie.
- **Construction et équipement** de structures hospitalières adaptées aux besoins locaux.

L'organisation fonde son intervention sur une démarche caractérisée par :

- des **valeurs fondatrices et un engagement constant** ;
- un **mandat clair mais qui a évolué ces dernières années** pour aujourd'hui viser le renforcement des systèmes de santé des pays au sein desquels ils interviennent et faciliter ainsi l'accès aux soins pour les enfants les plus pauvres – et de façon spécifique, l'accès à une chirurgie de qualité ;
- un **positionnement mêlant la culture hospitalière à la culture associative - à la croisée du développement et des droits humains -** lui permettant de gérer la complexité des enjeux de santé et de mettre en œuvre une vision fondée sur son utilité sociale ;
- un savoir-faire construit autour **d'expertises thématiques, sectorielles et géographiques** ;
- un **réseau de partenaires locaux** permettant de bénéficier d'un ancrage local dans les pays d'intervention, et de se positionner au plus près des populations ciblées.

Depuis plusieurs années, LCDE s'est engagée dans une **démarche de renforcement de ses processus internes** visant à **professionnaliser et accompagner l'organisation vers le changement**.

Le développement de financements institutionnels a poussé l'organisation à **faire évoluer son approche et ses méthodes**, et a conduit à :

- renforcer la structuration et la formalisation de procédures (exemple : mise en place d'un manuel de procédures), de documents de référence,
- créer de nouveaux postes en interne,
- renforcer les équipes terrain,
- réviser le process d'identification des partenaires, de contractualisation et développer des outils dédiés (grilles d'évaluation),

- réviser les process d'identification des interventions terrain et la mise en place de mission d'observation composée d'un binôme associant un coordinateur terrain et un médecin. (actuellement en cours de mise en œuvre)

Pour accompagner ces changements et dans la recherche d'une **meilleure efficacité opérationnelle**, LCDE a conduit plusieurs chantiers en interne, et notamment :

- autour de la stratégie partenariale,
- autour du suivi-évaluation et de la capitalisation.

Tout en conservant ses valeurs fondatrices et sa vision, LCDE s'est également engagée dans une réflexion autour de **nouvelles approches d'intervention** aboutissant à la mise en place de projets multidimensionnels et intégrés.

Le « Projet de prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso » **est l'illustration de l'ensemble de ces changements**. Il est présenté par l'organisation comme **un projet pilote et novateur** :

- Premier projet cofinancé au Burkina-Faso ;
- Déploiement d'une approche collaborative avec des acteurs locaux, intégrant une composante de renforcement de compétences ;
- Recherche de cohérence avec un plan national existant et la nécessité de composer avec les autorités publiques ;
- Traitement d'une thématique au-delà de la simple prise en charge médico-chirurgicale qui permet ou renforce la prévention, la détection, le référencement et le suivi, y compris psychosocial ;
- Déploiement d'une approche à base communautaire visant à susciter l'implication des bénéficiaires à chaque étape clé.

B) LES BESOINS EN TERMES DE SUIVI-EVALUATION ET JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

Depuis sa création, LCDE a très peu conduit d'évaluation de ses différents projets mis en œuvre.
Le déploiement d'un chantier spécifique autour du suivi-évaluation et le développement récent de nouvelles approches de capitalisation témoignent donc de la volonté nouvelle de l'ONG de :

- s'inscrire dans une dynamique d'apprentissage, une démarche de progrès continu, visant à soutenir les efforts permettant de garantir la qualité, l'efficacité et la redevabilité de son intervention tout en faisant évoluer ses pratiques ;
- se structurer en tant qu'organisation apprenante, d'harmoniser ses approches et de renforcer le suivi des progrès menant vers l'accomplissement de sa mission ;

Couvrant une période de 42 mois, le projet arrive aujourd'hui au terme de sa mise en œuvre. La volonté de conduire une évaluation prend dès lors tout son sens. En effet, elle constitue un pilier incontournable pour aider à tirer les informations pertinentes des activités en cours, apprécier les changements advenus et produire de la connaissance. Elle doit permettre de plus, d'analyser les conditions de mise à l'échelle des actions de ce programme qui pourrait être appliqué à d'autres zones du Burkina Faso et au Mali.

2. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

La présente évaluation du « Projet de prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso » s'inscrit dans cette dynamique de structuration opérée par LCDE. Elle répond à un double enjeu d'apprentissage et de redevabilité. Tout en s'assurant de l'efficacité des actions du projet, elle doit favoriser la production de connaissances, renforcer les acquis et permettre ainsi de réorienter le projet mais également la stratégie et les outils opérationnels pour en améliorer la qualité et renforcer leurs impacts.

A) OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Elle se donne pour objectif d'établir un bilan global du programme au regard des objectifs initiaux et des actions réalisées. Elle doit permettre de mettre en lumière ses principales forces et faiblesses tout en capitalisant les bonnes pratiques.

La mission vise à évaluer l'ensemble des actions du projet sur la période 2018-2021, en s'appuyant sur les données issues du dispositif de suivi-évaluation ainsi que le rapport d'étude de capitalisation.

Cette évaluation doit porter un regard à la fois diagnostic et prospectif sur les interventions du programme et doit permettre de :

- **Rendre compte de la qualité du travail accompli et l'atteinte des objectifs**, dans une optique de redevabilité : mesurer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité du programme. Il s'agit également d'analyser et de questionner le mode d'intervention, les processus et les pratiques mises en œuvre.
- **Constituer un levier d'information pour l'ensemble des parties prenantes**, et servir d'outil d'aide à la décision pour tous les arbitrages concernant la poursuite de sa mise en œuvre, notamment dans une perspective de passage à l'échelle.
- **Favoriser l'apprentissage** par la production et le suivi de constations et d'enseignements.

Cette évaluation a pour objectif de poser les fondements d'une véritable stratégie d'action, se situant ainsi à la frontière :

- de **l'exercice évaluatif classique**.
- de **l'aide à la décision** pour accompagner l'évolution du programme et son passage à l'échelle, ce qui implique une approche à la fois ambitieuse et pragmatique au moment de l'élaboration des recommandations. Des recommandations à la fois stratégiques et opérationnelles sont formulées pour ainsi permettre de pérenniser les points forts du programme, d'exploiter ses marges de progrès et de contourner les différents points de vigilance qui auront été identifiés.

Il s'agit également de souligner les leçons apprises et les meilleures pratiques en fonction de leur caractère généralisable et de leur utilité.

B) PERIMETRE DE L'EVALUATION

Périmètre temporel : L'évaluation du projet « Prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso » intervient au terme de 42 mois de mise en œuvre. Le périmètre temporel de l'évaluation couvre la période 2018-2021.

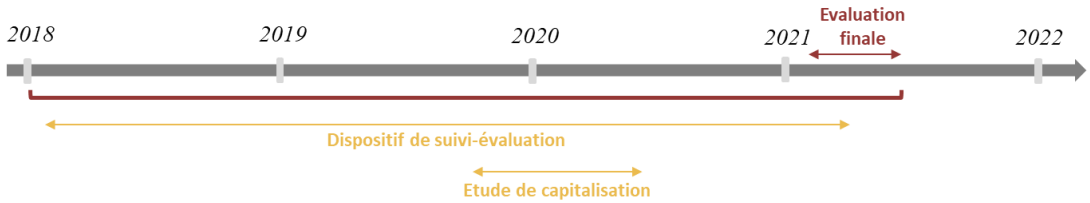


Figure 1: suivi-évaluation du projet

Périmètre géographique : l'évaluation couvre les 4 régions cibles du projet, à savoir, le Centre, le Nord, le Centre Nord et la Boucle du Mouhoun.

Périmètre financier : l'évaluation s'est intéressée aux dépenses réalisées sur l'ensemble du projet ainsi qu'aux variations constatées par rapport au budget prévisionnel.

C) ACTEURS IMPLIQUES DANS LA DEMARCHE EVALUATIVE

Les différentes parties prenantes du projet ont été impliquées dans le cadre de cette évaluation *(cf en annexes, la liste des acteurs rencontrés)*

D) DEMARCHE GENERALE DE L'EVALUATION

Etapes et calendrier de travail

Etapes et calendrier de travail

L'évaluation suit une démarche en trois phases :

- **Le cadrage** a permis de poser les bases de l'évaluation, via la mise en place d'un référentiel précis d'évaluation, pour en assurer son bon déroulement.
- **La collecte de données**, détaillées ci-après, a permis d'élaborer de premières réponses aux questions évaluatives.
- **La phase d'analyse, de jugement, de rédaction et de restitution**, permet de finaliser la réponse aux questions évaluatives, d'en tirer des conclusions et de proposer des recommandations.

Figure 2: planning de l'évaluation

Elements de méthodologie

Référentiel de l'évaluation

Les questions essentielles qui ont fait l'objet de l'évaluation portent sur les critères-clés d'évaluation établis par le CAD, à savoir : la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité du projet. Sur la base de ces critères, une liste de questions évaluatives a été proposée et adaptée au projet dans le but d'appréhender le programme sous différents angles. Des points spécifiques sont également consacrés à l'approche partenariale et les thématiques transversales. *(cf : référentiel d'évaluation en annexe)*

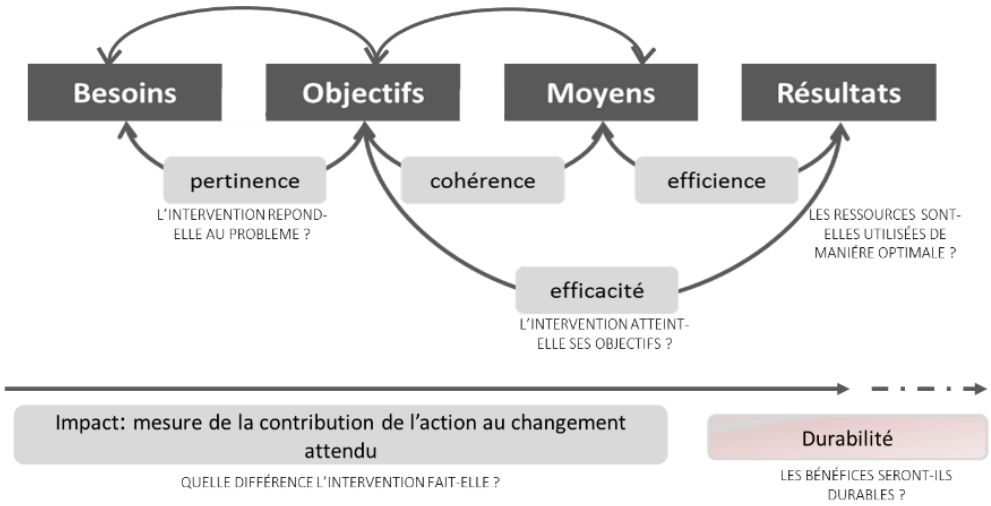


Figure 3: Figure 3 : Critères et questions ayant guidé l'évaluation

PERTINENCE ET COHERENCE :

- La logique d'intervention proposée et l'approche intégrée portée par le programme permet-elle de répondre concrètement aux besoins des bénéficiaires, aux priorités des parties prenantes et demeurent pertinents même si le contexte évolue ?
- L'intervention s'accorde-t-elle avec les mandats, visions, missions et autres interventions de LCDE et de ses partenaires ?

EFFICACITE ET EFFICIENCE :

- L'intervention atteint-elle ses objectifs ? L'analyse portera sur une comparaison des résultats (atteints/non atteints/attendus) et objectifs tout au long de la chaine des résultats/de causalité ?
- Les ressources sont-elles utilisées de manière optimale dans sa dimension économique, temporelle, organisationnelle et opérationnelle (calendrier, processus de mise en œuvre, aspects relatifs à la gestion, mécanismes de coordination et de suivi, gouvernance) ?

IMPACT :

- L'intervention produit-elle des effets importants, positifs, négatifs, intentionnels ou non ?

DURABILITE ET LEVIERS DE PERENNISATION :

- Il s'agira de réfléchir à la durabilité du programme en essayant de comprendre quels sont les leviers qui sous-tendent cette durabilité – et notamment la pérennité de l'approche proposée et la capacité de passage à l'échelle.

APPROCHE PARTENARIALE	• Forces et faiblesses des nouvelles orientations stratégiques et opérationnelles en termes de partenariat pour le programme • Valeur ajoutée du partenariat sur l'efficacité, l'efficience et l'impact du programme • Niveau d'attribution des changements observés à la dynamique partenariale et contribution des partenaires à ces changements.
THEMATIQUES TRANSVERSALES	• Prise en compte des questions de genre

Collecte de données :

Le présent rapport a été élaboré sur la base de la collecte de données suivante :

- **Analyse documentaire** de plus d'une cinquante de documents parmi ceux transmis ou collectés par l'équipe d'évaluation.
- **Entretiens réalisés à Paris** : 03 entretiens réalisés en présentiel
- **Entretiens réalisés à Ouagadougou** : 07 entretiens réalisés
- **Entretiens réalisés à distance** : 10 entretiens réalisés à distance
- **Mission terrain** :
  - Nord : 08 entretiens individuels, 10 entretiens collectifs, 01 focus group
  - Boucle du Mouhoun : 04 entretiens individuels, 07 entretiens collectifs
  - Centre Nord : 05 entretiens individuels, 04 entretiens collectifs

Analyse et restitution :

Deux temps forts ont marqué la phase d'analyse :

- un atelier de travail réalisé à Ouagadougou auprès des acteurs du projet, à savoir : les membres de LCDE pays, la PNDP, le chargé de suivi de LVDP, le représentant du Ministère de la Santé, le représentant de Sentinelles au Burkina.

Cet atelier a permis de valider les jugements et constats et de travailler collectivement aux pistes et recommandations de l'évaluation.

- une séance de restitution en visio réunissant l'équipe projet de LCDE (siège et pays), le représentant du F3E ainsi que les représentants des structures partenaires (Sentinelles, LVDP). Les commentaires et remarques formulés lors de cette séance ont été pris en compte et intégrés à la version finale du rapport.

Deux temps de restitution seront programmés suite à la remise du rapport final :

- une restitution élargie organisée à Ouagadougou,
- une restitution auprès des membres de LCDE à Paris.

E) FORCES ET LIMITES DE L'EVALUATION

Les principales forces de la présente évaluation ont été :

- **La disponibilité et l'intérêt de l'ensemble des acteurs de terrain** : tous les acteurs prévus pour être rencontrés ont dégagé le temps nécessaire pour accueillir l'équipe de collecte des données ou pour répondre aux questions lors des conférences téléphoniques.

- **La démarche participative de l'évaluation** : la présente évaluation s'est déroulée de façon très participative de LCDE et de LVDP qui ont œuvré à la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Ce qui a pour avantage le partage d'information entre les consultants et LCDE tout au long de l'exercice.

L'exercice d'évaluation a connu quelques limites liées principalement à :

- **La nature et à l'ampleur de la maladie**
  Certaines pathologies maxillo-faciales et le noma étant rares, elles apparaissent toujours dans certains villages comme un « mythe ». En effet, avant la formation, bon nombre d'acteurs disent avoir entendu parler de la maladie. Après la formation, ils ont une idée de comment cette maladie se manifeste mais n'ont jamais vu de cas.
  Ainsi, le niveau de motivation des acteurs communautaires reste faible dans lesdits villages comparés à ceux des villages où les acteurs ont vu et référés des cas.

- **La couverture géographique du projet**
  L'évaluation s'est concentrée sur les trois régions ciblées par le projet. Or, des patients venant de tout le pays sont pris en charge lors des missions opératoires. Les retours des bénéficiaires de ces autres régions n'ont donc pas été pris en compte, alors qu'ils pourraient aider à informer sur l'efficacité, les effets et les impacts du projet. Aussi, leurs besoins et suggestions pourraient permettre d'améliorer la mise en œuvre de la phase suivante.

- **A la couverture des bénéficiaires lors des entretiens**
  Les entretiens avec les bénéficiaires du projet se sont réalisés uniquement dans les trois régions (Nord, Centre Nord et Boucle du Mouhoun) que compte la zone d'intervention du projet. Cependant, plus de la moitié des bénéficiaires des interventions chirurgicales est venue d'autres

régions du Pays. Parmi eux, un bon nombre a été recruté par les recruteurs de Bilaadga. Le feedback de ces bénéficiaires pourrait être d'un grand apport pour évaluer l'impact du projet et améliorer la qualité de la prise en charge.

- **Le timing même du projet**
  Le programme étant toujours en cours, l'évaluation n'a pas pu tenir compte de résultats éventuels survenus dans les derniers mois de réalisation du programme et notamment les activités relatives à la sensibilisation des acteurs humanitaires ou encore les données issues des derniers rapports de mission chirurgicale.

- **La faiblesse du suivi-évaluation**
  La non-complétude des rapports a été une insuffisance rencontrée lors de cette mission. Ainsi, il n'a été possible de disposer de l'ensemble des rapports complets des partenaires, aux fins d'analyse. Certaines données relatives, pour exemple, à la provenance des patients pris en charge ou au nombre total de patients consultés peuvent être incomplètes.

- **les doublons possibles avec l'étude de capitalisation**
  Une étude de capitalisation a été réalisée en 2019/2020 visant à dresser un état des lieux des bonnes pratiques mises en œuvre depuis le démarrage du projet et d'en assurer la capitalisation afin d'orienter l'élaboration d'interventions futures, que ce soit dans le cadre des suites de ce programme, dans d'autres domaines ou sur d'autres régions.
  Ce travail avait également pour objectif de renforcer les compétences de LCDE et de ses partenaires en matière de capitalisation, afin qu'ils soient à même de reproduire de tels processus en interne et d'améliorer, in fine, leurs dispositifs de partenariat ainsi que l'impact de leurs projets.
  Après étude du document, il apparait que cette étude se rapproche davantage d'un exercice évaluatif portant un regard analytique sur le projet et formulant des recommandations opérationnelles pour y répondre, que d'un réel travail de capitalisation permettant de formaliser des bonnes pratiques. Les constats et recommandations répondent en partie aux attentes formulées dans le cadre de la présente évaluation. Bien que ces deux études aient été conduites à deux moments distincts, le périmètre de l'évaluation couvre la période analysée par l'équipe de capitalisation. L'équipe s'est donc attachée à éviter les doublons entre ce travail et la mission d'évaluation tout en précisant que certains points ont pu être réévalués par l'équipe.

3. PRESENTATION DU PROJET

A) CONTEXTE DU PROJET

> « D'après des estimations publiées par l'OMS en 1998, 140 000 individus contractent le noma chaque année, dont 100 000 enfants »[1]

Mal connues des populations et du personnel médical, les pathologies et malformations de la face sont à l'origine d'une importante charge de morbidité dans de nombreux pays et font ressentir leurs effets tout au long de la vie, en provoquant des troubles de l'audition, de la respiration, de la parole tout en y ajoutant un phénomène de stigmatisation.

Selon l'OMS, les fentes labiales et palatines représentent la première malformation congénitale de la face, affectant environ une naissance d'enfant vivant sur 500 à 700.
Le noma, en particulier, a été déclaré problème de santé publique par l'OMS en 1994. Près de 140.000 personnes en Afrique souffrent chaque année de noma, touchant principalement des enfants âgés de 2 à 6 ans qui vivent dans des milieux où l'accès aux soins est difficile et où les croyances traditionnelles et la stigmatisation persistent.
Le noma est une maladie mortelle dans 90% des cas en l'absence de tout traitement. Cependant, si la maladie est diagnostiquée à un stade précoce et traitée comme il faut par une hygiène bucco-dentaire, des antibiotiques et une alimentation nutritive, ce taux peut chuter à près de 20 %. D'où l'importance de diagnostiquer rapidement les signes cliniques de la maladie et de la traiter à temps pour sauver la vie des enfants qui en souffrent.

Parmi les pathologies maxillo-faciales auxquelles nous nous intéressons ici on compte aussi les fentes labiales, les tumeurs de la face et les séquelles de brûlures. Elles sont causées par une diversité de facteurs. Le principal facteur de risque du noma est la malnutrition (mauvaise quantité ou qualité de l'alimentation). On peut également citer le manque d'hygiène bucco-dentaire, l'exposition à des maladies infectieuses comme la pneumonie ou le paludisme ou à des maladies chroniques, qui affaiblissent le système immunitaire, la consommation d'eau non potable, l'insalubrité du logement…
Parmi les causes des autres pathologies on trouve ces causes mais aussi les accidents domestiques (brûlures), la surexposition au soleil (tumeurs de la face)...

Les conséquences de ces maladies sont nombreuses : défigurations, douleurs, problèmes dentaires, de respiration, d'audition, des difficultés à parler et à s'alimenter, problèmes de croissance. A cela s'ajoute parfois l'exclusion sociale, le noma étant perçu comme une malédiction dans certains pays. Cela expose les individus à des difficultés d'accès à la scolarité, au travail, au logement et donc à la précarité. De plus la stigmatisation est telle qu'elle pousse parfois les parents à cacher les enfants atteints.

---

[1] *(Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, Étude du Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme sur la malnutrition sévère et les maladies infantiles chez l'enfant atteint par exemple de noma, 2012)*

« Un chef de village a interdit à un cas de sortir du village le jour pour venir pour les soins. Il a ordonné que les parents attendent la nuit pour sortir avec l'enfant du village » témoignage recueilli lors d'un focus group.

Au Burkina Faso, la maladie est perçue par les populations comme « *une malédiction* », « *une maladie due aux génies* ».

L'analyse de la situation sanitaire de ce pays montre qu'il est confronté à des problèmes de santé bucco-dentaires importants, sans que les données disponibles sur la santé bucco-dentaire soient suffisantes.

Face à ce problème de santé publique, le Burkina Faso s'est doté en 2002 d'un programme national de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma (PNSBD/LN) avec, comme axe principal, la prévention et la sensibilisation des acteurs de la santé et de la population. Le programme national actuel ne couvre qu'une partie du territoire national à savoir la région du Sahel, cela principalement par des actions de sensibilisation.

B) GENESE DU PROJET

La chirurgie reconstructrice est au cœur de la mission de LCDE depuis les années 2000.

Au Burkina Faso, LCDE intervient sur la thématique du noma et des maladies maxillo-faciales depuis 2014, à travers la réalisation de missions chirurgicales annuelles. Jusqu'ici, LCDE avait un partenaire d'accueil pour les missions opératoires avec La Maison de Faty. Les fondations Sentinelles et Hymne aux enfants référaient ponctuellement des patients. Mais aucune relation entre ces structures n'était formalisée et LCDE se limitait à l'organisation et la réalisation des missions opératoires. Les relations opérationnelles se sont progressivement développées avec d'autres structures telles que l'association Bilaadga créée en 2016 et la fondation Ensemble pour eux, pour ce qui avait trait à la phase d'accueil des patients et à la fourniture d'intrants pour les missions.

En 2016, LCDE est devenue membre de Fédération « No Noma », qui rassemblait les acteurs intervenant sur la thématique du noma dont les organisations précitées ainsi que La Voix du Paysan, et l'idée de développer un projet intégré pour allier les forces de chacune des structures et couvrir de manière complémentaire l'ensemble de la chaîne du noma a fait jour. LCDE était en outre particulièrement intéressée par l'approche communautaire développée par La Voix du paysan dans les villages, afin de pouvoir toucher directement la population que ce soit pour la sensibiliser ou identifier des cas de malades.

Le projet est né de cette rencontre entre acteurs, qui ensemble ont coconstruit l'approche visant à couvrir l'ensemble de la chaine des pathologies maxillo-faciales afin de traiter la problématique de manière efficace et complète et de faire évoluer ses modes d'intervention.

Le soutien financier de l'AFD au travers de son cofinancement a permis de faire bouger les lignes, de donner une autre dimension à l'intervention de LCDE, de renouveler son approche partenariale et de renforcer sa capacité d'action dans le pays.

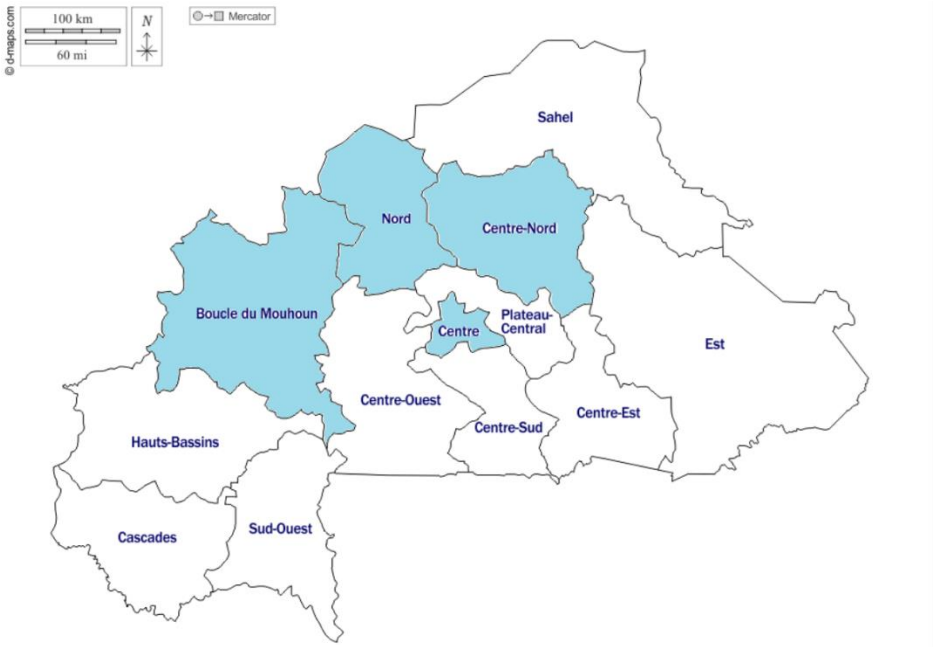
C) PRESENTATION DU PROJET

Le présent projet porté par La Chaine de l'Espoir et ses partenaires cherche à apporter une réponse adaptée et multifactorielle dans la lutte contre le noma et autres pathologies et malformations faciales.

Lancé en janvier 2018 et cofinancé par l'Agence Française de Développement, le projet « Prévention et prise en charge intégrée des enfants souffrant du noma et de pathologies maxillo-faciales au Burkina Faso » se fixe pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être de la population du Burkina Faso en matière de pathologies et malformations faciales. En cohérence avec l'ODD 3 et le programme national de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma (PNSBD/LN), il propose une réponse intégrée et réplicable de prévention et de prise en charge des enfants atteints de noma et autres pathologies et malformations faciales au Burkina Faso. Il s'inscrit dans une double logique de continuité et d'approfondissement des missions de chirurgie réparatrice et de formation du personnel médical local au Burkina Faso engagées depuis mars 2014.

Périmètre du projet :

Le projet est mis en œuvre dans quatre régions du Burkina Faso que sont : le Centre, le Nord, le Centre Nord et la Boucle du Mouhoun.



Le choix de ce pays se justifie tant par les enjeux qui se posent en matière de santé (absence d'actions de prévention et de sensibilisation d'envergure, enjeux de disponibilité, d'accessibilité aux soins, de sécurité, de prestations de service), que par le positionnement clé du pays et de son rayonnement général.

Le choix des régions repose quant à lui sur les données disponibles en termes d'incidence du noma au Burkina-Faso ainsi que sur les conditions d'accessibilité géographique et sécuritaire.

Au lancement du projet, dans les régions Nord et de la Boucle de Mouhoun, plus de 60% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté, dans la région Centre-Nord cela représentait 34%. Les chiffres concernant la santé étaient en deçà de la moyenne nationale : 39,1% des enfants affichaient un retard de croissance et plus de 25% présentent une insuffisance pondérale due à la malnutrition et aux épidémies infantiles. Or, il n'existait qu'un médecin pour 66 000 personnes (Nord et Boucle du Mouhoun), voire pour 95 300 personnes (Centre-Nord)2, ne permettant pas une prévention et une prise en charge suffisante des problèmes de santé existants.

[2] Chiffres 2011 du Ministère de l'Economie et des Finances du Burkina Faso

D) OBJECTIFS ET LOGIQUE D'INTERVENTION

Il est mis en œuvre à travers trois grands axes d'interventions intimement liés que sont :

- Le renforcement des capacités des acteurs communautaires, des radios partenaires, de la société civile et des agents de santé des CSPS, sur le noma et les autres pathologies et malformations faciales
- La mise en œuvre des activités de plaidoyer auprès des leaders d'opinion, de sensibilisation des populations sur les moyens de prévention du noma, les causes du noma et des pathologies et malformations faciales et la détection des enfants qui en sont victimes
- la prise en charge médicale et chirurgicale, des enfants atteints de noma et des autres pathologies et malformations faciales et le suivi post-opératoire tout en formant les équipes médicales locales.

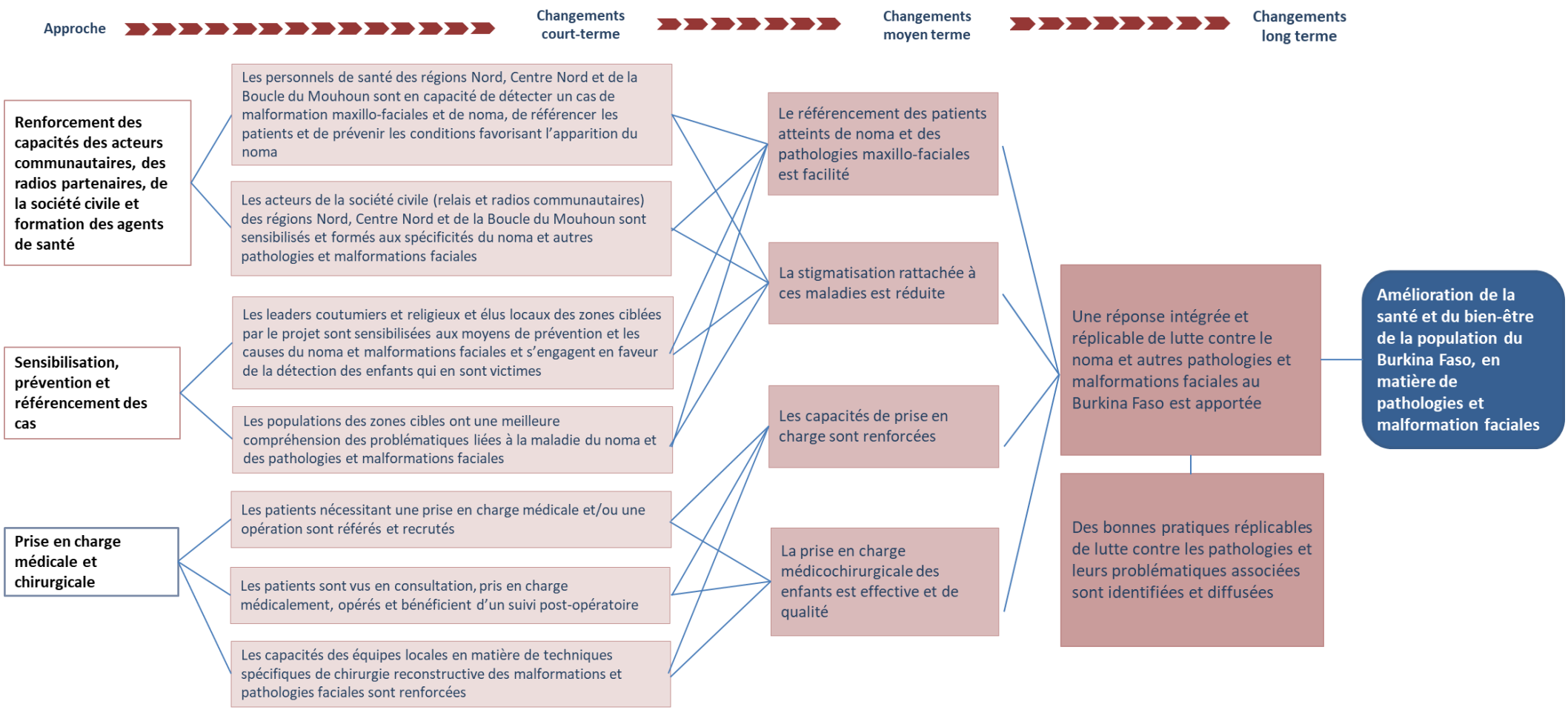


Figure 4: chaine des changements

Parties prenantes du projet :

Ce projet repose sur une approche multi-acteurs. Il est porté par :

- LCDE en charge de la coordination du projet ;
- 3 partenaires principaux : la fondation Sentinelles (Suisse), la radio communautaire la Voix du Paysan, l'association Bilaadgda (Burkina Faso) ;
- 3 partenaires secondaires : Ensemble Pour Eux (Suisse), les radios communautaires Manegda et Salaki (Burkina Faso).

Chaque acteur intervient sur une ou plusieurs composantes du projet :

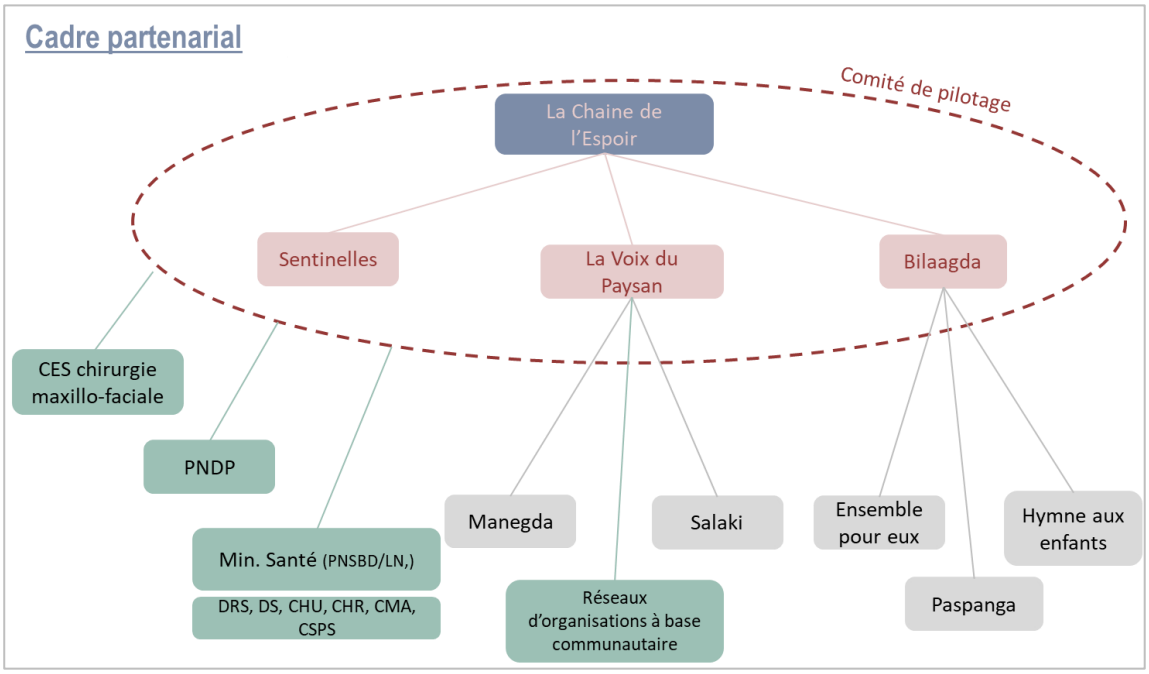


Figure 5: parties prenantes du projet

Par composantes du projet :

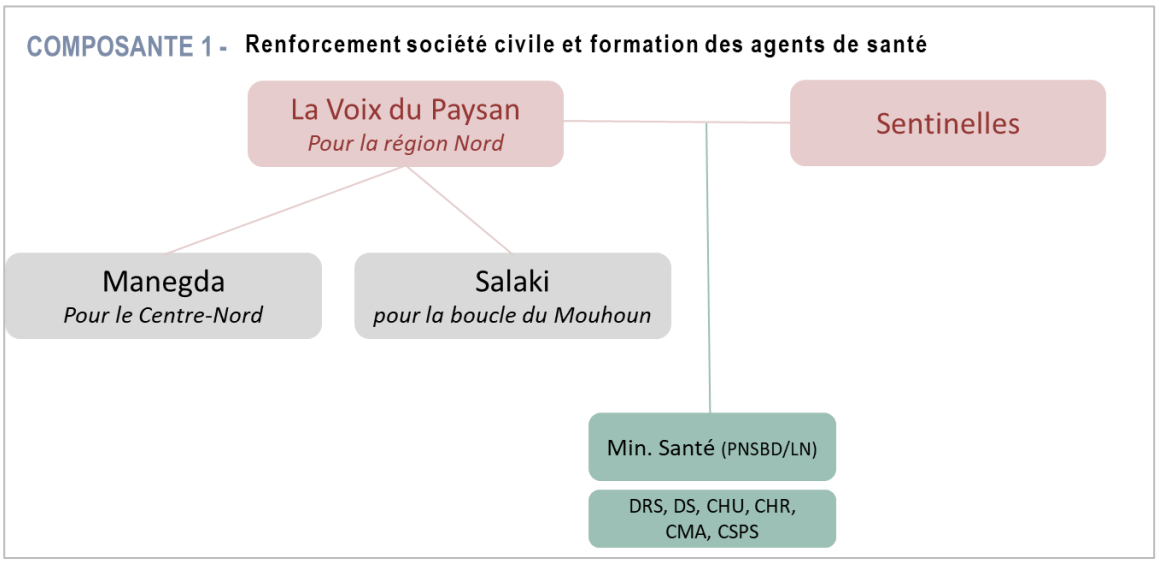


Figure 6: parties prenantes intervenant sur la composante 1

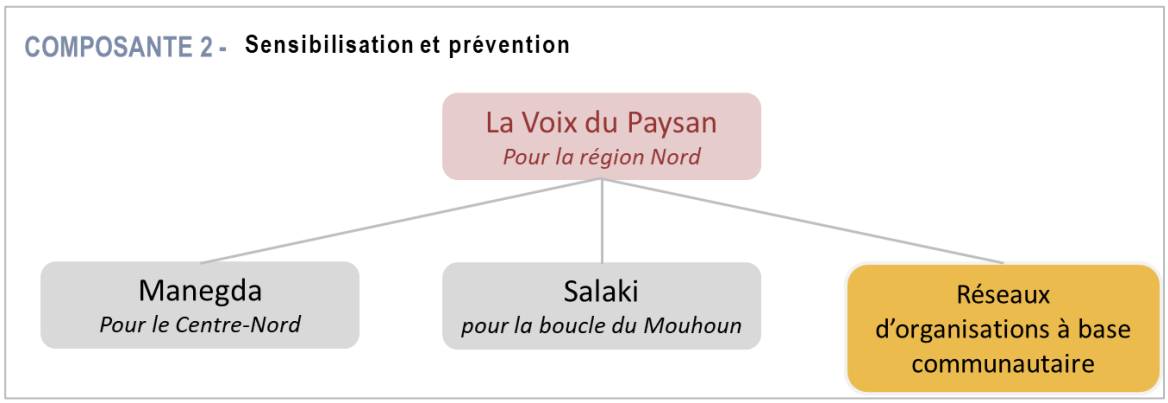


Figure 7: parties prenantes intervenant sur la composante 2

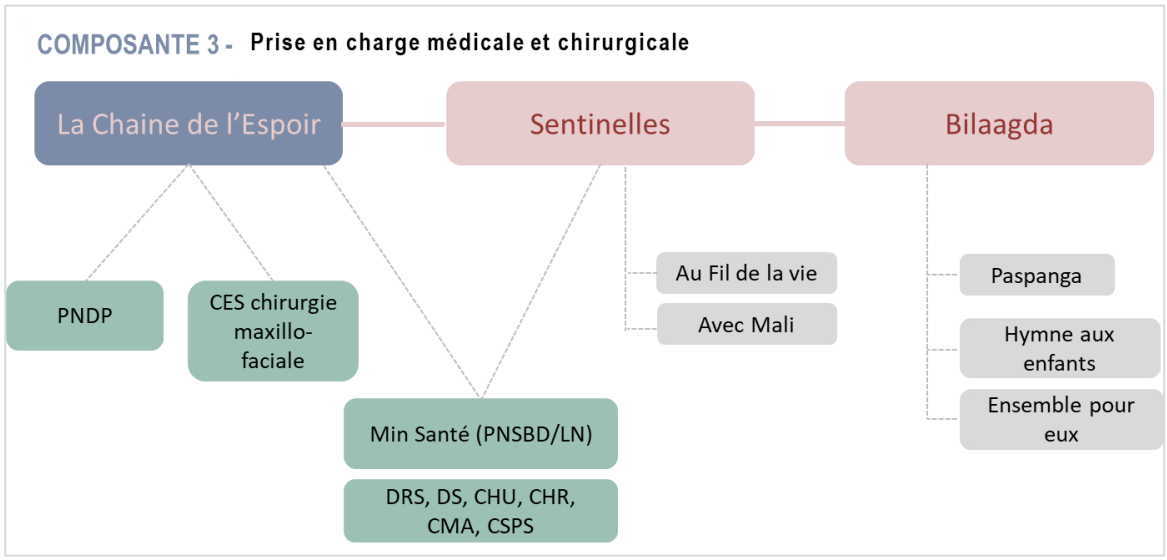


Figure 8: parties prenantes intervenant sur la composante 3

Bénéficiaires du projet

Les bénéficiaires directs du projet sont :

- Les relais communautaires issus des AME, APE, CVD, ASBC, club des fidèles auditeurs
- Les radios communautaires
- Les leaders coutumiers, religieux et organisations de la société civile
- Les populations des villages cibles
- Les enfants entre 1 et 18 ans détectés au stade de noma aigu + les enfants survivants du noma ou porteurs d'autres pathologies ou malformation faciale
- Les équipes médicales et paramédicales locales et le personnel de santé des CSPS

Les bénéficiaires indirects du projet sont :

- Les enfants et familles des régions visées par ce projet bénéficiant indirectement d'une amélioration générale de la connaissance de la population, des autorités, des leaders d'opinion
- Les familles des enfants pris en charge

4. ANALYSE EVALUATIVE

PERTINENCE ET COHERENCE

Le projet répond à des besoins clairs, identifiés et justifiés dans le pays.

La pertinence du projet se justifie tout d'abord par la **justesse de la finalité poursuivie**, à savoir, de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population au Burkina Faso en apportant une réponse intégrée et réplicable de lutte contre le noma et autres pathologies et malformations faciales. Cet objectif **répond à un besoin clair** qui, malgré l'absence de données épidémiologiques dans le pays, se justifie par :

- **la présence de cas avérés** comme en témoignent les 382 nouveaux cas pris en charge durant le projet.
- **l'importance de la demande** : les statistiques indiquent que pour les six missions, 720 patients ont été consultés, soit en moyenne, 120 patients par mission.

L'intervention du projet cherche, par ailleurs, à **agir sur les causes multiples** qui concourent à l'aggravation de ces pathologies et impactent la vie des malades et notamment :

- le déficit de connaissances sur le noma impactant la capacité de diagnostic, la détection et la prise en charge précoces des cas : en effet, selon l'OMS, les familles, les agents de santé communautaires et les professionnels des soins de santé primaires demeurent largement sous informés de cette maladie (OMS, 2016).
- les difficultés de prise en charge des cas, liées à l'insuffisance des ressources humaines et des plateaux techniques dans le pays pour assurer la prise en charge des enfants victimes de ces pathologies.
- l'absence d'une réponse cohérente et complète portée par le Ministère de la Santé : le Burkina Faso s'est doté en 2002 d'un programme national de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma centré sur la prévention et la sensibilisation des acteurs de la santé et de la population. Malgré les efforts consentis avec notamment la création d'un service de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma au sein du Ministère, ses actions se limitent principalement à des activités de sensibilisation et ne couvrent qu'une partie du territoire.
- l'absence de protection sociale qui ne laisse que peu de chance aux plus démunis face à des pathologies qui touchent principalement les personnes vivant dans l'extrême pauvreté.
- les difficultés d'accès aux soins pour les plus pauvres du fait de l'éloignement et des difficultés financières.

Le **contexte et les besoins ont été identifiés et analysés en amont** du projet. Cette analyse a été rendue possible grâce à :

- un suivi et une analyse en continu du contexte de la part de LCDE au Burkina Faso depuis mars 2014 – date de lancement des missions de chirurgie réparatrice et de formation du personnel médical local, en collaboration avec la maison de Faty.
- l'expertise, les connaissances pratiques et les expériences consolidées des équipes et notamment du chef de service de chirurgie reconstructrice du CHU de Dijon.

- la réalisation d'une mission exploratoire en amont du projet (portée par un binôme coordinateur terrain/médecin) visant à analyser la réalité des besoins ainsi que les possibilités d'intégration d'une réponse dans un environnement plus complexe (en lien avec les autorités locales)
- l'ancrage local des partenaires et leur connaissance des réalités locales : ils connaissent les tenants et aboutissants des problèmes rencontrés, de leur origine, de la manière dont ils se présentent et dont ils sont perçus par la population.

L'analyse de ces besoins a permis ainsi de forger l'idée de projet. L'identification et la formulation de ce projet ont donc reposé sur une analyse de contexte et des besoins propres au pays d'intervention.
La principale limite au démarrage était l'absence de données épidémiologiques fiables pour apprécier l'ampleur des besoins en ce qui concerne les pathologies prises en compte dans le projet.

Le projet repose sur une analyse fine et une connaissance maitrisée de la thématique en question et de la réponse à apporter.

Concernant la thématique :
La **finalité du projet s'inscrit en cohérence avec les mandats** fixés par les organisations partenaires. Elle constitue l'essence même du combat porté par LCDE et les partenaires principaux du projet, et concoure à la réalisation des missions des organisations. Elle **repose donc sur l'expérience et l'engagement** de chacune des organisations.

- LCDE a lancé son premier programme de chirurgie plastique reconstructive pédiatrique, nommé « Les Sourires de l'Espoir » en 2007 en Afghanistan puis l'a étendu dès 2008 dans 5 pays d'Afrique (Ethiopie, Rwanda, Sénégal, Togo et Burkina Faso).
- Sentinelles, mouvement pionnier dans le domaine du noma, intervient sur cette thématique depuis 1990 au Burkina Faso. Parallèlement aux secours apportés aux victimes du noma, la Fondation s'attache également à prendre en charge les enfants souffrant d'autres pathologies, blessés, brulés, infirmes ou mutilés, laissés sans soins.
- La Voix du Paysan participe activement à la lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma sur le volet communication depuis 2004.

Ces acteurs sont tous membres de la fédération NO-NOMA - une plateforme de communication et d'échange qui favorise les collaborations et les synergies entre ses membres dans le but de renforcer la lutte contre la maladie :

- LCDE y intervient comme membre observateur,
- La Voix du Paysan et Sentinelles sont membres actifs du réseau,
- Sont également membres les acteurs du second cercle de partenaires : Ensemble pour Eux, Au fil de la Vie, Hymne aux Enfants.

L'idée du projet est également née de la rencontre de ces acteurs au sein de cette plateforme et la volonté de pouvoir **allier les forces** afin de couvrir de façon complémentaire l'ensemble de la chaine du noma.

Concernant la réponse :
Le programme a su réunir dès sa conception, **des acteurs spécialisés à chaque étape de la chaine du noma :**

- La Chaine de l'Espoir possède une solide expérience de gestion de missions chirurgicales et d'une connaissance fine des techniques de chirurgie réparatrice utilisées pour les pathologies maxillo-faciales, ainsi que de formations et transferts de compétences.
- La Fondation Sentinelles est pionnière en matière de prise en charge des enfants atteints de noma et bénéficie d'une connaissance fine du terrain et de la problématique de par son ancrage au Burkina Faso dès les années 90. Depuis son installation au Burkina Faso, ses domaines d'intervention sont principalement le dépistage et la prise en charge du noma, des fistules, des prolapsus et d'autres pathologies maxillo-faciales (séquelles brulure, fentes labiales, tumeurs, …).
- La Voix du Paysan, radio communautaire, agissant dans une logique de développement rural local, se fixe comme mission de servir la communauté paysanne par des actions de communication et de développement afin d'améliorer les conditions de vie de la population de la région du Nord du Burkina Faso. Dans la lutte contre le noma et les pathologies maxillo-faciales, elle disposait de grandes expériences avant le projet. En effet, elle avait déjà réalisé en collaboration avec d'autres partenaires (PERSIS, UNICEF, Fondation SUKA, Sentinelles, DRS du Nord, NOMA HILFE) des activités de communication pour le dépistage et la référence des cas de noma. Les cas dépistés étaient orientés vers le centre PERSIS, la clinique SUKA, ou Sentinelles pour la prise en charge.
- Bilaadga, dont la mission consiste à participer à la prise en charge des enfants défavorisés. Elle dispose d'un centre d'accueil et est en mesure d'accueillir des patients en pré et post-opératoire. Elle a été créée en 2014 par des acteurs ayant acquis une expérience avec la Maison de Fati qui œuvraient dans la prise en charge des cas de noma et de pathologies maxillo-faciales à travers des activités de sensibilisation, de dépistage et d'organisation de missions chirurgicales en collaboration avec d'autres partenaires y compris LCDE. Bilaadga a poursuivi dès sa création ces mêmes activités en collaboration avec plusieurs partenaires dont LCDE.

Ce **niveau de connaissances et d'expertise** permet aux acteurs de bien cerner la problématique, de définir les voies et moyens adéquats devant répondre aux problèmes identifiés en tenant compte du contexte. Ce constat est **un élément central de la bonne compréhension des enjeux du projet** par ses parties prenantes.

Un projet conçu en collaboration avec une partie des partenaires, essentiellement les partenaires de 1er niveau (LCDE, LVDP, Sentinelles) et dans une moindre mesure Bilaadga. Les autres partenaires dont le Ministère de la Santé n'ont pas été suffisamment impliqués. Ce qui constitue une limite en termes de compréhension, des rôles, des responsabilités, d'appropriation et d'engagement.

On note sur ce projet, la présence d'un **nombre important de partenaires** que l'on peut scinder en deux groupes :

- un premier cercle constituant les partenaires impliqués dès la conception du programme (LCDE, Sentinelles, La Voix du Paysan, Bilaadga) ;

- un second cercle de partenaires intervenant de façon plus indirecte dans la mise en œuvre des activités (Ministère de la Santé, Directions Régionales de la Santé, Districts Sanitaires, Radio Manegda, Radio Salaki),

Les premières étapes de conception et de planification du projet ont été réalisées dans un cadre de **réflexion concertée entre les partenaires issus du premier cercle**. Cette collaboration a permis de favoriser **une appropriation totale du projet et de ses activités** par ces partenaires et de rendre la collaboration efficace.

En revanche, **l'implication a posteriori des acteurs du second cercle** dans la mise en œuvre du projet a pu constituer une **limite en termes de compréhension** dans la répartition des rôles et des responsabilités et d'appropriation pour ces acteurs, même si de fortes améliorations ont été observées jusqu'ici.

> *« Ils sont venus (LCDE et Sentinelles) nous voir au moment du lancement avec un projet déjà ficelé, nous n'avons pas participé à la formation » chef de service bucco-dentaire et de lutte contre le noma du Ministère de la Santé*

En effet, au cours de la mise en œuvre du projet, la coordination du projet s'est attachée à clarifier le rôle et la place de chacun. L'exercice de capitalisation conduit également à mi-parcours du projet a également permis de repréciser :

- la logique d'intervention,
- le schéma opérationnel précisant la place de chaque acteur.

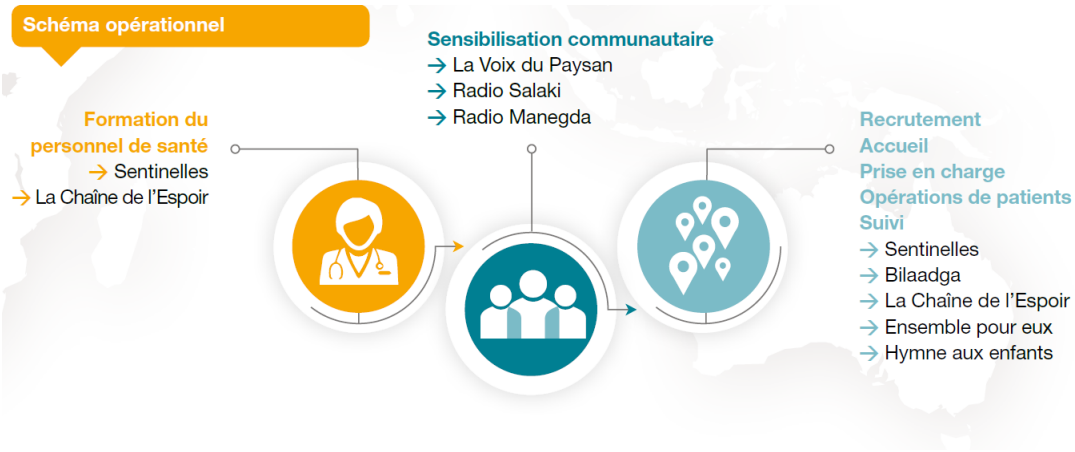


Figure 9: extrait du rapport de capitalisation - schéma opérationnel du projet

On note cependant l'absence en tout début de projet d'une analyse fine des parties prenantes et d'un schéma clair de leurs interventions et des liens opérationnels et fonctionnels avec la coordination.

Point d'attention : selon les documents ou les acteurs interrogés, Bilaadga peut être présenté tantôt comme un acteur du premier niveau, tantôt comme un acteur secondaire au projet. Au regard de sa place dans la conception du projet, de son rôle lors dans les missions ainsi que dans le suivi des bénéficiaires, le questionnement autour de son positionnement devrait être clarifié tant au niveau de LCDE que de l'association Bilaadga et harmonisé dans les documents projets.

Un projet qui cherche à s'inscrire en cohérence avec le programme de santé bucco-dentaire du Ministère de la Santé mais une thématique qui reste peu prioritaire au niveau national.

Le projet **s'inscrit dans la lignée des orientations générales de l'Etat** ainsi que des politiques et stratégies sectorielles au Burkina Faso et notamment :

- le **Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) 2016-2020** qui fait du pilier sanitaire une de ses priorités. Il vise en effet à « développer le capital humain » (Axe 2) et à « promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique » (Objectif Spécifique 2.1) en permettant un « accès aux services de santé de qualité garanti à tous » (Effet Attendu 2.1.1.)
- de la **Politique Nationale de Santé (PNS) du Burkina Faso et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020** qui comporte huit objectifs intermédiaires que sont : i) développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ; ii) amélioration des prestations de services de santé ; iii) développement des ressources humaines pour la santé ; iv) promotion de la santé et lutte contre la maladie ; v) développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ; vi) amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ; vii) promotion de la recherche pour la santé ; viii) accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Le projet cherche à s'inscrire en coh**érence et surtout en complémentarité avec le cadre existant au niveau national en matière de lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma,** et ce, en contribuant à l'atteinte des objectifs fixés mais également en renforçant les actions de l'Etat et des collectivités, principales obligataires en matière de santé.

Un Programme National de Santé Bucco-Dentaire et de Lutte contre le Noma (PNSBD/LN) a été élaboré en 2002 par le Ministère de la Santé. Vingt ans après, et malgré le lancement d'une démarche participative visant à renouveler le plan d'action du PNSBD/LN, aucun document n'a encore été produit ou diffusé à ce jour.
La lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma s'inscrit dans le « Plan Stratégique intégré de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles 2016-2020 » du Ministère de la Santé.
Dans ledit plan stratégique, les actions déployées semblent insuffisantes pour apporter une réponse efficace. En effet, seule « l'organisation des journées de sensibilisation sur les MNT (santé oculaire, surdité, bucco-dentaire et facteurs de risque des MNT…) dans les écoles primaires et dans les établissements secondaires » a été prévue.
La prise en charge des maladies maxillo-faciale et la lutte contre le Noma **reste donc peu prioritaire** dans le contexte national. Le Ministère dispose de peu de moyens humains, techniques et financiers pour porter des actions d'envergures.
Le présent projet a ainsi **comblé un gap** en matière de lutte contre les maladies maxillo-faciales et le noma à travers :

- le renforcement du volet communication prévu dans le plan stratégique,
- le renforcement des capacités des acteurs
- la prise en charge (médicale et chirurgicale) effective des cas.

Malgré la recherche de cohérence, des relations méfiantes et distendues avec les autorités nationales et déconcentrées.

Bien que le projet s'inscrive en cohérence avec les cadres nationaux, la collaboration entre les acteurs du programme et les autorités nationales et déconcentrées **reste peu active**.

Ce constat se justifie notamment par une faible priorité accordée à la lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma au niveau national, un **manque de clarté des objectifs attendus** dans la Convention signée entre LCDE et le Ministère de la Santé, une **faible proactivité de part et d'autre** ainsi que de la **méfiance réciproque,** ayant pour conséquences :

- une faible implication des autorités nationales lors de l'élaboration et dans les instances de suivi du projet, impactant le degré d'appropriation et d'engagement.
- la faible implication des autorités sanitaires au niveau régional dans la mise en œuvre et le suivi du projet :
    - les DRS ont essentiellement été consultées lors de l'identification des districts et des CSPS,
    - les acteurs interrogés témoignent de l'absence de partage d'information, le manque d'implication dans l'organisation des activités ou de point bilan sur la réalisation de ces dernières, ainsi que la non-transmission des rapports de suivi.

- la faible prise en compte des données du projet dans le Système National d'information (SNIS) : les données du projet relatives aux actions de sensibilisation ou de référence ne sont pas intégrées dans les rapports mensuels d'activités de certaines formations sanitaires.

Ces points de blocage tendent à s'améliorer grâce à la reprise de la communication entre les autorités et la coordination du projet et ce, en partie dû à la mise en place d'une coordination locale au projet. En effet, des attentes formulées par le Ministère de la Santé relancent les échanges. Il s'agit notamment d'une plus grande implication dès la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet, une plus grande prise en compte des scolaires, la mise en place d'activités conjointes.

Une approche d'intervention souple et complète qui permet de couvrir les maillons les plus importants de la lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma

Le projet repose sur **une approche qui permet de conjuguer plusieurs moyens d'actions** pour une réponse complète et adaptée. Elle mêle :

- une **approche communautaire** qui permet de garantir la cohérence du projet avec les besoins à la base, de formuler des réponses adaptées aux réalités locales, de favoriser une plus forte implication et participation des communautés. Ainsi, en matière de PMF et de noma, la seule façon de déconstruire les conceptions et d'aider les communautés à prendre ces maladies comme les autres est d'aller vers une communication de proximité. Le projet, en alliant théâtre forum, jeux radiophonique et causeries a permis de répondre à cette attente.

    « Dans le cadre du noma, la photo est importante pour convaincre sur la véracité et la sincérité du discours » Propos d'un animateur de radio locale

- une **approche multi-acteurs** présentée comme une force pour le projet par l'ensemble des acteurs interrogés, qui permet la complémentarité, la mutualisation des forces et des moyens.

- une **approche intégrée** qui apparait comme quasi-complète proposant des actions de : renforcement des capacités, sensibilisation, prévention, détection et référencement, transfert de compétences et formations, prise en charge gratuite et complète et suivi post-opératoire.

- une **démarche apprenante** : les interventions proposées se sont élargies avec le temps, l'expérience et les collaborations. Alors que la Chaine de l'Espoir mène généralement des projets médicaux, l'intégration de nouveaux volets couvrant la sensibilisation et de mobilisation des communautés par le biais d'associations partenaires dont c'est la mission, témoigne d'un nouveau mode d'intervention pour l'organisation. Ces nouvelles actions de sensibilisation ont de plus un effet direct sur le projet, car dans une relation de cause à effet, elles impactent directement le référencement, conduisant à une augmentation du nombre de cas à prendre en charge et ainsi à de nouvelles formes d'organisation.

- une **approche flexible :** le projet propose des interventions qui vont au-delà du périmètre défini dans la note projet initialement conçue et ce :
    - sur le type de pathologies traitées : alors que la note projet ne parle que des pathologies et malformations de la face (de noma, de fentes labio-palatines ou de tumeurs faciales), le projet couvre dans la pratique, davantage de pathologies telles que par exemple des infections ou séquelles de brûlure au niveau de la main.
    - sur les catégories de bénéficiaires ciblées : le projet : va au-delà de la prise en charge des enfants et des adolescents mais prend en charge également des adultes. Sur les six missions conduites par le projet, 42% des bénéficiaires avaient plus de 16 ans. *« accompagner un adulte c'est derrière protéger un enfant » référent médical bénévole LCDE*
    - sur le périmètre d'intervention du projet : une partie (près de la moitié) des enfants accompagnés et suivis par Bilaadga proviennent de localités situées hors des régions couvertes par le projet (par le volet sensibilisation) et ce, en raison d'un périmètre d'intervention plus large couvert par l'association.

On note enfin, que l'approche proposée par le programme est jugée originale, adaptée et perçue comme pertinente pour l'atteinte des objectifs du programme. En effet, l'ensemble des acteurs rencontrés témoignent de la pertinence de l'approche proposée par le programme :

> *« la plus-value de l'approche est de pouvoir s'appuyer sur la spécificité des différents acteurs – mettre ensemble les forces de chacun, toucher ensemble toute la chaine » partenaire du projet*

> *« L'approche permet d'aller au-delà de ce que chacun aurait pu faire individuellement en mutualisant les connaissances, ainsi que les moyens techniques et financiers, et en favorisant le transfert de compétences, et permet d'avoir une vision globale de la problématique. » extrait du rapport de capitalisation*

Une approche qui présente cependant certaines limites

L'approche partenariale constitue une plus-value pour le projet. Elle se fonde sur la complémentarité des connaissances et des expériences, sur le transfert des compétences ainsi que sur l'ancrage local. Cependant, la participation d'une multitude d'acteurs au projet apporte **une forme de complexité** à l'intervention et ce pour plusieurs raisons :

- les conventions de partenariat restent vagues quant aux objectifs et activités assignées à chaque signataire : *« sera responsable de la mise en œuvre de son volet d'activités et assumera l'entière responsabilité de toutes les activités liées qui seront réalisées » extrait de la convention de partenariat entre LCDE et LVDP*
- le dispositif de communication entre acteurs est présenté comme insuffisant et limité : il ne favorise pas le partage systématique et constant des informations de suivi, des rapports d'activités / de mission ou compte-rendu des instances de décision.
- la faiblesse des outils de coordination et de suivi partagés.
- l'absence d'une instance élargie qui regrouperait l'ensemble des acteurs du projet.

Cette forme de complexité se ressent également dans les témoignages des partenaires du 2ème cercle. Pour exemple, les radios communautaires Manegda et Salaki ont signé une convention de partenariat avec La Voix du Paysan et non LCDE, pour une intervention sur un axe précis du projet, dans leurs zones spécifiques d'intervention. Ce positionnement et l'absence de communication directe avec LCDE peut avoir pour effet de générer un sentiment de frustration. Elles se sentent dès lors relayés à un rôle de prestataire, peu responsabilisé impactant l'implication et le niveau de motivation.

L'exercice de capitalisation a été l'un des seuls moments de réunion collective de l'ensemble des acteurs sur ce projet.

L'approche intégrée : Un maillon important manque encore à la chaine, à savoir, le suivi social et la réintégration socio-économique des malades. Il est en partie réalisé par Sentinelles mais sort du périmètre du projet. Une fois renvoyé dans leurs localités, les patients ne font plus l'objet de suivi de la part des partenaires du projet. La contribution du projet à l'amélioration du bien-être des populations n'est dès lors pas mesurable.

Par ailleurs, même si le projet ne prévoit pas cette activité, la faible implication du Ministère de la Santé aux niveaux central et régional limite la possibilité d'investir le champ du plaidoyer – et de contribuer à renforcer l'appropriation du projet par les acteurs nationaux dans la lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma.

La recherche ponctuelle de synergies auprès des autres partenaires techniques et financiers intervenants au Burkina Faso en dehors des acteurs déjà présents sur le projet

Les acteurs intervenant sur la question du noma au Burkina Faso sont peu nombreux et bien connus de tous, notamment grâce au réseau no-noma. Au-delà des partenaires identifiés sur le projet, **des synergies existent avec ces acteurs**, mais de façon **plus ponctuelle et ciblée.**

- Dans le cadre du projet, certains échanges ont pu avoir lieu entre LCDE et ces autres acteurs sur des questions de référencement de patients, de besoins urgents d'accueil ou encore de prise en charge.
- Sentinelles collabore également régulièrement avec les associations « Avec Mali », « Au Fil de la Vie » ou encore « Hymne aux enfants » pour le référencement des patients et la prise en charge des patients pour les soins au centre d'accueil. Ces organisations sont toutes membres de la Fédération no-noma.

  Ces collaborations se sont développées sans que les acteurs en question n'aient connaissance du projet.

Les **synergies sont davantage présentes avec les partenaires du 1er cercle**, hors cadre du projet - pour exemple :

- La Fondation Sentinelles collabore régulièrement avec le Centre Persis qui a construit, équipé et ouvert un centre pédiatrique à caractère social à Ouahigouya, dans la province du Yatenga, depuis le 13 octobre 2004. La lutte contre le noma occupe un rôle prépondérant au sein de l'association qui mène ses activités en zones rurales comme urbaines sur toute l'étendue du territoire du Burkina Faso. La Fondation collabore également avec l'organisation Smile Train qui intervient également sur le traitement des fentes labio-palatines.
- La Voix du Paysan intervient également sur d'autres projets, tels que ceux portés par l'UNICEF ou Noma Hilfe par exemple. L'organisation a également été amenée à collaborer avec le Centre Persis Burkina et impliquée dans la mise en œuvre de projet similaire.

Ainsi **des synergies existent mais pourraient être davantage renforcées**. Au-delà de la détection et de la prise en charge des patients, il pourrait être envisagé de travailler avec ces autres acteurs pour compléter et renforcer l'intervention notamment :

- sur la prise en charge des malades référés, lorsque leur prise en charge n'est pas possible dans le cadre du projet,
- sur l'aide à la réintégration sociale et économique des malades.

EFFICACITE ET EFFICIENCE

Un programme qui fait preuve d'un niveau élevé de réalisation physique des activités malgré des enjeux externes

Au regard des objectifs fixés, le **niveau d'effectivité des réalisations apparait comme satisfaisant**, et ce malgré une série de contraintes externes survenues au cours du projet :

- La **crise sanitaire** liée à la pandémie de la COVID-19 a impacté au premier chef la capacité à assurer la continuité des activités planifiées dans le projet :
  - Report de la mission chirurgicale de mai 2020 en raison de la fermeture des frontières, de la réquisition des médecins par leurs pays ainsi que dans un souci de respect des mesures sanitaires gouvernementales. Deux missions ont pu être réalisées en 2020 sur les trois initialement prévues.
  - Décalages des activités de sensibilisation et de formation dans les centres de santé et dans les villages et communes.

- La **situation sécuritaire** au Burkina Faso s'est fortement dégradée depuis le lancement du projet en 2018, les attaques de groupes armés se sont intensifiées notamment dans les régions du Sahel, du Nord et de l'Est. La menace terroriste, au Nord, s'étend désormais aux zones d'intervention du projet, à savoir, la boucle du Mouhoun et le Centre Nord, impactant directement la réalisation des activités :
  - des retards enregistrés sur les activités de formation des noyaux relais et des sessions de plaidoyer auprès des guides religieux, coutumiers et élus locaux dans la région du Centre-Nord ;
  - des retards quant au lancement des activités dans les camps de déplacés ;
  - les activités de sensibilisation dans ces deux régions n'ont pu être réalisées comme planifiées initialement, des réadaptations ont dû être opérées ;
  - certains CSPS n'ont pu être visités ;

- Des **contraintes environnementales** :
  - les saisons pluvieuses ont pu rendre difficile d'accès certaines localités ;
  - l'arrivée tardive des récoltes a limité la disponibilité des populations.

- De **nouvelles directives** au niveau national en termes de délivrance d'autorisation d'exercice des médecins venant de l'étranger auprès de l'ordre des médecins :
  - Interruption de la mission opératoire de janvier 2020 : elle n'a pu être réalisée que de manière partielle (seuls 20 patients ont pu être opérés)

Les forces et acquis de LCDE et de ses partenaires, la bonne collaboration instaurée entre les acteurs, a permis de **renforcer le niveau de résilience face à ces événements** et d'en **minimiser les effets** sur l'atteinte des objectifs du projet.
LCDE et ses partenaires ont su faire preuve d'un fort niveau de flexibilité et d'adaptation :

- réorganisation des missions : initialement composées de 8 personnes, les missions ont été réduites à la présence d'un seul chirurgien – ce qui permet en contrepartie de favoriser la participation d'équipes locales.

- adaptation des séances de sensibilisation : les séances sont désormais organisées dans le respect des mesures barrières avec un nombre limité de participants.
- adaptation des horaires d'activités (communication de proximité) en vue de répondre aux mieux aux contraintes de temps des populations.
- collaboration avec d'autres partenaires locaux pour la prise en charge des malades : pour faire face aux reports de missions, certains patients ont été affectés vers d'autres centres présents au Burkina Faso (Centre PERSIS et Clinique Suka),
- réorganisation des activités : en lieu et place des déplacements de l'équipe du projet pour des activités de sensibilisation/formations in situ des personnels de santé et ASBC dans les CSPS, ce sont les agents de santé et ASBC qui se sont déplacés au siège du district. Par ailleurs, pour répondre à l'évolution du contexte au Burkina Faso avec un nombre de plus en plus important de personnes déplacées à l'intérieur du pays, des activités de sensibilisation des acteurs humanitaires ont été ajoutées.
- réaffectation des activités sur de nouveaux villages : 3 villages non accessibles pour des raisons de sécurité ont été remplacés dans la Région du Centre Nord.

Le projet est piloté, coordonné et suivi par LCDE, interlocuteur privilégié de l'AFD. L'organisation a mis en place, pour cela, des outils de pilotage et de suivi qui ont évolué en cours de mise en œuvre, en vue de s'adapter au mieux aux besoins du projet et capacités de ses parties prenantes, mais qui présentent encore quelques lacunes.

En termes de coordination :

La coordination du projet est facilitée par :

- La **présence d'un bureau pays** mis en place en novembre 2018 et qui bénéficie depuis 2020 d'un espace physique dédié.
  Le pilotage à distance et l'absence de représentation au Burkina Faso en début de projet (de janvier à novembre 2018) a rapidement montré ses limites - en impactant notamment la bonne mise en œuvre des activités.
  LCDE a **su réagir rapidement** en recrutant :
  - une coordinatrice pays expatriée, remplacée en février 2020 par une cheffe de mission nationale
  - un RAF (recruté en octobre 2020)
  - un chauffeur qui assiste l'équipe en tant que chargé de liaison.
  - des appuis ponctuels, le temps des missions chirurgicales (un appui logistique recruté sur une base journalière).

  Le rôle de ce bureau pays est clair et compris de tous, à savoir, (i) d'assurer la coordination des activités entre les différents partenaires, (ii) planifier et suivre la mise en œuvre des activités, consolider les données de reporting et rédiger les rapports opérationnels, (iii) faciliter la réalisation des missions chirurgicales.
  Cette représentation pays constitue une **réelle force** pour le projet dans la mesure où elle permet de renforcer les liens et interactions entre les différents acteurs, tout en donnant de la visibilité au projet.

Enjeux identifiés :
Le bureau pays a durant toute la mise en œuvre du projet été porté par une équipe relativement réduite (1 seul ETP de novembre 2018 à octobre 2020).
Au regard des responsabilités et missions qui lui incombent, l'équipe apparait comme sous-dimensionnée. En effet, la cheffe de mission doit à elle seule assumer les rôles de coordinatrice projets (3 projets au Burkina Faso), de chargée de suivi, de logisticienne le temps des missions, tout en garantissant la bonne cohésion et communication auprès des partenaires et des acteurs du projet (en incluant la Polyclinique, le Ministère de la Santé, ainsi que le responsable du DES Chirurgie maxillo-faciale).

LCDE a fait le choix de s'appuyer sur une **représentation terrain réduite**, et de ressources multifonctionnelles dans une logique de rationalisation des coûts. Mais dans les faits cette sous-représentation peut constituer un frein au projet en limitant :

- la bonne organisation des missions, et notamment la capacité à relever l'ensemble des besoins, la gestion des intrants, la coordination de l'ensemble des acteurs,
- le suivi du projet, et notamment le suivi terrain,
- la qualité de l'accompagnement de proximité des OSC partenaires et des parties prenantes en général,
- le temps dédié à d'autres missions de fond comme l'investissement dans des cadres de concertation ou des actions de plaidoyer.

- **Des process et outils de pilotage adaptés** à l'approche multi-acteurs et aux besoins du projet.
Le dispositif de pilotage a évolué au fil de la mise en œuvre du projet pour gagner en efficacité et en fluidité. Il s'organise aujourd'hui autour de :
  - points de coordination réguliers entre le siège de LCDE et la coordination terrain,
  - points individuels réguliers entre la coordination terrain et chacun des partenaires,
  - séances de travail à Ouagadougou, dans des formats individuels et collectifs entre la coordination terrain et les partenaires du projet,
  - un comité de pilotage qui réunit tous les trimestres les partenaires du 1er cercle et LCDE,
  - des échanges informels via un groupe Whatsapp - mis notamment en place pour faciliter le référencement des patients.

  Des outils de planification technique et budgétaire sont également utilisés entre LCDE et ses partenaires pour faciliter la mise en œuvre des activités.
  Ce dispositif de suivi permet une **implication forte des partenaires du premier niveau** – et contribue ainsi à la qualité de la collaboration entre ces acteurs.

  On note cependant que ce dispositif de pilotage présente encore des lacunes et notamment en termes :

  - de **fréquence et régularité** des comités. Les comités ne se sont pas toujours tenus selon le calendrier prévu, et ce pour différentes raisons : du retard accumulé sur les activités ou encore le manque de disponibilité des acteurs.
  - **d'implication des parties prenantes** du projet et notamment du Ministère de la Santé. Les comités de pilotage ne réunissent que les partenaires du premier cercle, limitant la participation à la prise de décision ou encore au suivi des autres parties prenantes. De plus, les comptes-rendus de ces comités ne sont que peu diffusés, ce qui ne contribue donc pas au partage d'information autour du projet.

- de **capacités d'organisation**. On note l'absence d'un comité en charge d'organiser la tenue des missions chirurgicales. Le comité de pilotage ne s'est pas investi de cette fonction. Des difficultés quant à la transmission et au partage d'informations sont remontées lors de cette évaluation et notamment : l'insuffisance de communication sur les dates de mission, l'organisation ou encore sur les modalités de suivi.

- **Des outils de suivi-évaluation :** Le projet dispose d'un dispositif de suivi-évaluation visant à mesurer les avancées, les progrès et identifier les axes d'amélioration et d'accomplissement du projet. Il repose sur les cadres développés par LCDE (plan de suivi-évaluation et matrice de suivi des indicateurs), adaptés au projet ainsi que sur différents outils de collecte. Les données de suivi sont collectées à plusieurs niveaux :
    - chaque partenaire transmet à la coordination pays un rapport opérationnel mensuel ainsi qu'un rapport de suivi trimestriel permettant de faire remonter les informations de suivi, selon un format pré-défini :
        - La Voix du Paysan collecte les données relatives aux activités communautaires dans les régions, ainsi que sur les activités réalisées à leur niveau. Il dispose pour cela d'un chargé de suivi dédié à cette tâche.
        - Sentinelles, transmet les données relatives aux sensibilisations/formations des agents de santé des CSPS sélectionnés, ainsi que le suivi des patients, référés puis accueillis en amont et après les missions chirurgicales.
        - Bilaadga, tout comme Sentinelles, transmet les données de suivi des patients, référencés puis accueillis suite aux missions chirurgicales.
    - une base de données - permettant de suivre la référence, la prise en charge et le suivi des patients - complétée, mise à jour par LCDE et partagée entre les partenaires.
    - le bureau pays de LCDE s'occupe de collecter les données de suivi relatives aux missions.

  Toutes les données sont compilées dans un tableau de suivi mis à jour par le bureau pays LCDE puis transmis au siège qui se charge de réaliser les reporting à l'AFD. **Ce dispositif apparait comme complet et permet de disposer de données de suivi quantitatives**.

  Il est à noter que les partenaires tels que La Voix du Paysan ou encore Bilaadga n'étaient pas familiers de ce type de dispositif et de process de redevabilité. LCDE s'est attachée tout au long du projet à déployer les efforts nécessaires pour former et accompagner ses partenaires dans une **optique d'apprentissage et de durabilité**.

  Bien qu'opérationnel, ce dispositif de suivi du programme **présente encore des lacunes** qui peuvent impacter la capacité d'analyse et de prise de décision :
    - Collecte terrain :

      Un dispositif spécifique de collecte a été conçu et déployé par LVDP dans le but d'identifier le nombre et le type de personnes touchées par les relais communautaires ainsi que les cas référés.

      Pour ce faire :
        - des fiches de collecte sont mises à disposition des relais lors des visites porte-à-porte et autres activités communautaires.

- Une fois remplies, ces fiches sont transmises au niveau des CSPS– les ICP peuvent alors intégrer les données relatives aux activités de sensibilisation au sein leurs propres rapports mensuels.
- Elles sont ensuite envoyées au niveau des Districts Sanitaires (les fiches sont déposées au niveau du service d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique).
- Le chargé de Suivi-évaluation de LVDP récupère l'ensemble des fiches au niveau des Districts, consolide et analyse les données et rédige le rapport mensuel selon le canevas défini.

Dans la pratique, on observe que **très peu de fiches ont été effectivement complétées** par les relais depuis le début du projet ou transmises selon le processus déterminé, de l'ICP au district sanitaire. L'enjeu est donc double, **l'information ne remonte ni dans les rapports des CSPS, ni dans les rapports projets.**
Le processus de collecte et de transmission de la donnée s'opère davantage lorsqu'un point focal dynamique est désigné au niveau du district et se charge de la supervision.

Par ailleurs, on note **l'absence d'un processus précis de suivi des patients**. LCDE a mis en place une base de données commune de suivi des patients entre les partenaires du 1er cercle. Cependant, les données permettant d'alimenter cette base arrivent au niveau de LCDE de façon disparate, au travers des données WhatsApp, des rapports mensuels ou encore des canaux de référence des patients venant des partenaires. LCDE doit conduire un travail de rapprochement des informations pour parvenir à alimenter sa base de données. Il est à noter de plus que certains enfants ne proviennent pas des régions ciblées par le projet, ce qui complexifie davantage ce suivi.
Pour exemple, le dispositif de suivi ne permet pas d'effectuer un rapprochement entre la provenance des patients et les actions de sensibilisation et de référencement. Cette information permettrait notamment de mesurer les retombées des actions communautaires.

- Circuit de transmission : chaque partenaire est tenu, tel que mentionné dans les conventions de partenariat, de remettre à LCDE un rapport opérationnel mensuel de suivi ainsi qu'un rapport trimestriel comprenant le suivi des indicateurs et l'ensemble des documents relatifs au projet.
  Deux enjeux se posent en termes de reporting des partenaires :
  - un **enjeu de régularité dans l'envoi** : chaque mois des retards sont observés dans la transmission des rapports de la part du partenaire Bilaadga.
  - un **enjeu de qualité des rapports** : les rapports n'arrivent pas toujours complets. Ce constat peut questionner également la pertinence du format et du canevas proposé.

  De plus, tel que prévu initialement, chaque mission doit faire l'objet d'un rapport de mission transmis par le chirurgien en charge de l'opération. Cependant, à ce stade très peu de rapport de missions ont été transmis.

- Exploitation et analyse des données : une fois les informations de suivi consolidées, LCDE complète et met à jour le tableau de suivi des indicateurs du projet – ce qui constitue **une des bonnes pratiques du projet**. Cependant, plusieurs enjeux sont à souligner :

- les **enjeux liés à l'utilisation et à la transmission des fiches de collecte**, questionnent la fiabilité des informations relatives aux activités communautaires ;
- les données issues des activités des relais communautaires sont **insuffisamment exploitées et prises en compte** dans les rapports mensuels d'activités des CSPS – posant un problème d'intégration dans le système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- les **Directions Régionales ne reçoivent pas de rapports de suivi** du projet. Ce qui limite énormément l'appropriation du projet à ce niveau.
- le projet ne dispose **d'aucun indicateur visant à apprécier les retombées** à moyen ou long terme du projet ou de mesure d'impact en matière de changement de comportement et des mentalités des personnes sensibilisées.
- le dispositif de suivi ne propose **aucune approche qualitative** si ce n'est sur la mesure des capacités et des acquis des agents de santé suite aux formations proposées par Sentinelles (des pré-tests et post – test dans les centres de santé)
- un enjeu de **méthode de calcul des données** dans la matrice de suivi des indicateurs : certains indicateurs mesurant un % sont présentés au format de valeurs absolues et faussent ainsi le calcul.
  (exemple : indicateur « *L'ensemble des patients référé nécessitant, sur avis médical, d'un séjour aux centres d'accueils en bénéficient » - cible = 100% et total relevé = 6)*

- Partage d'information et communication : une fois les informations de suivi consolidées, LCDE complète et met à jour le tableau de suivi des indicateurs du projet – ce qui constitue une des bonnes pratiques du projet. Les données analysées servent ainsi de support aux échanges lors des Comité de pilotage et de base pour l'élaboration des reporting transmis à l'AFD. Cependant, ces informations de suivi ne sont que **peu partagées aux autres partenaires du projet**, à savoir les partenaires du second cercle ainsi que les autorités au niveau national et décentralisé du Burkina Faso.

  > *« J'ai réclamé les dossiers mais je n'y ai jamais eu accès. Je n'ai jamais eu de retour sur les enfants référencés. Je n'ai que très peu d'informations en général sur le programme. » Partenaire du second cercle.*

FOCUS SUR LES REALISATIONS ET L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Les réalisations permettent d'apporter un regard sur le niveau de contribution du programme aux résultats attendus :

OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du projet vise l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Burkina-Faso, en matière de pathologies et malformations faciales. Il cherche pour cela à apporter une réponse intégrée et réplicable de lutte contre le noma et autres pathologies et malformations faciales des régions cibles au Burkina Faso par des actions de prévention, sensibilisation et de prise en charge médicochirurgicale.
Pour mesurer l'atteinte de ces objectifs, **3 indicateurs ont été définis** :

- Le projet s'inscrit dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) burkinabé visant un meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant ;
- Le projet contribue à l'amélioration des conditions de la santé au Burkina Faso en s'intégrant aux politiques du Ministère de la Santé (PNSB/LN en particulier) ;
- Au moins 3 bonnes pratiques sont identifiées comme permettant du lutter contre ces pathologies et leurs problématiques associée.

On observe donc que 2 de ces indicateurs se rapportent directement à la question de la cohérence du projet avec les orientations générales de l'Etat et les priorités définies au niveau national. Comme expliqué précédemment, **d'importants efforts sont encore à mener pour renforcer le niveau de collaboration avec les autorités nationales et régionales** et pour **garantir une meilleure complémentarité des actions menées et se reconnecter à l'action publique**.

OS1 : Mobiliser les personnels de santé et les acteurs de la société civile des régions Nord, Centre Nord et de la Boucle de Mouhoun en les sensibilisant/formant aux spécificités du noma et des autres pathologies et malformations faciales

Les données disponibles sur le projet permettent de mettre en évidence **le bon niveau d'effectivité des réalisations,** à savoir le niveau de mise en œuvre des actions au regard de l'objectif fixé.
Cependant, **très peu d'informations qualitatives sont disponibles** quant à l'évolution positive en termes de comportement, d'attitudes et de pratiques des bénéficiaires formés.

Cet objectif a recoupé les volets suivants :

- La formation des radios communautaires Salaki et Manegda, incluant :
  - deux ateliers de transfert de compétences (validés par des comptes-rendus des ateliers) : l'objectif de ces ateliers était d'outiller les journalistes des deux radios partenaires pour la lutte contre les pathologies maxillo-faciales et le noma. Des micros-trottoirs ont été réalisés afin d'évaluer le niveau de connaissance et la perception de ces pathologies par la population. L'ensemble des supports de formation a été remis aux journalistes et animateurs ayant participé à la formation afin que ceux-ci puissent relayer les messages auprès de leurs collègues
  - un atelier de production de microprogrammes sur le noma et les malformations et pathologies maxillo-faciales organisé en juillet 2018 à Ouahigouya. Cet atelier a permis de produire 15 microprogrammes dont 5 en français, 5 en mooré et 5 en dioula.

- la formation des personnels de santé :

Sentinelles a pu intervenir auprès d'une grande partie du personnel, par le biais de visites dans la majorité des CSPS de la Boucle du Mouhoun et dans une mesure plus limitée dans les régions Centre-Nord et Nord en raison des problèmes sécuritaires. La sensibilisation s'est déroulée selon la méthode suivante :

- Afin de préparer les formations et la mobilisation des personnels, le projet s'est appuyé en amont sur le service de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma du Ministère de la santé, sur les autorités sanitaires déconcentrées et sur les médecins chefs de district. Ces derniers ont joué un rôle important dans la mobilisation de l'ensemble des CSPS de leur aire sanitaire et sur l'implication des infirmiers et agents de santé.
- L'intervention directement dans les CSPS à raison d'environ 2 CSPS par jour.

- La sensibilisation du personnel sur : le noma, les différentes maladies maxillofaciales, le dépistage, les mesures de précaution et les stratégies de lutte contre les pathologies maxillofaciales. (1193 agents de santé formés dans 360 CSPS des 3 régions ciblées).
- La diffusion d'affiche sur la prise en charge des cas de noma dans les centres de santé ainsi que sur le projet.
- En complément, une deuxième formation (avec la même présentation de vase que celle dispensée lors du passage dans les CSPS) est dispensée aux ICP des 20 villages sélectionnés par région pour la préparation du volet de sensibilisation communautaire conjointement avec LVDP.

Ces formations ont été facilitées par la Fondation Sentinelles, en collaboration étroite avec LVDP. Ces réalisations permettent d'apporter un regard sur le niveau de contribution du programme aux résultats attendus, ainsi que sur leurs enjeux :

	Forces identifiées	Principaux enjeux
Renforcement des capacités des radios partenaires	Les trois radios communautaires impliquées dans le projet bénéficient toutes **d'une large audience au niveau de leur région et des communautés,** comme en témoigne l'étude d'audience 2017-2018 réalisée par le Ministère de la Communication du Burkina Faso, sur les radios communautaires : *la Voix du Paysan, Manegda seraient les radios les plus écoutées chacune dans sa région et toucheraient chacune 900 000 personnes chacune dans sa région. Manegda et ces diffusions ont touché environ 900 000 personnes à travers la région*. Les trois radios se connaissaient avant le lancement du projet. Elles **partagent une même vision et valeurs** et sont toutes les trois **engagées en faveur de la défense d'une même cause**. Cette connaissance et confiance mutuelles ont permis d'instaurer un **partenariat fort** avec un très bon esprit collaboratif et de faciliter une bonne coordination entre les acteurs. Elles sont toutes les trois **familières des approches de sensibilisation** communautaire, de par des interventions similaires dans le cadre d'autres programmes traitant de sujets de développement rural. Le projet leur a permis de se former à la fois sur de **nouvelles thématiques** (la lutte contre le noma) ainsi que de **nouvelles méthodologies** (la communication de proximité). Les radios communautaires reconnaissent la contribution des ateliers de transfert de compétences au **renforcement de leurs capacités** respectives et **témoignent de leur satisfaction.**	Malgré une vraie implication opérationnelle de la part de LVDP des deux radios communautaires Manegda et Salaki, une préoccupation persiste quant à leur **positionnement dans le projet**. L'éloignement de la coordination et la faible implication dans le suivi du projet, les relayent au **statut de prestataire**. Ce constat se justifie notamment par le format contractuel qui encadre cette collaboration. Seul un contrat signé avec LVDP les rattache au projet. Après avoir planifié et réalisé les activités, les radios sont tenues de présenter une facture à LVDP pour être payées. LVDP gère les ressources financières et le suivi. Les radios ne sont responsabilisées que sur quelques activités confiées pour la mise en œuvre. L'absence de partage d'informations de la part de la coordination du programme peut avoir tendance à **cloisonner les deux radios communautaires dans leur activité** au niveau de leur région, limitant les interactions avec les autres acteurs. Ce positionnement dans le projet a plusieurs fois montré ses limites. LVDP est désigné comme le contact privilégié de ces radios pour les cas à référer. En effet, le responsable de l'une des radios partenaires a confié le fait que durant toute une journée ils ne parviennent pas à joindre le responsable de suivi-évaluation de LVDP pour avoir la conduite à tenir quant à l'arrivée de cas identifiés, conduits à leur niveau – une situation de malaise et de discrédit par rapport à ces individus. Ce genre d'incident pose une vraie limite au système de communication mis en place pour le référencement. Enfin, aucune séance de mise à niveau des agents formés n'a été organisée afin de s'assurer que les compétences acquises soient à jour.

	Elles reconnaissent la **plus-value du partage d'expérience** permise grâce aux ateliers de création de microprogrammes - des contenus durables – rediffusables dans le temps, au sein de leurs propres programmes. *« c'est la première fois que nous travaillons en collaboration avec d'autres radios dans le cadre d'un programme, les échanges d'expériences de travail étaient très enrichissants et surtout en ce qui concerne le contenu de l'élaboration des micro-programmes » Radio communautaire* Il en est de même pour les troupes théâtrales, renforcées dans le cadre des activités de théâtre forum. Elles reconnaissent avoir pu **renforcer leurs techniques et pratiques** grâce au projet et aux séances de partage d'expérience.	
Formation du personnel de santé	Dans les 3 régions du projet Boucle de Mouhoun, Centre-Nord et Nord, tous les CSPS accessibles ont été visités et une information/formation à la détection du noma a été dispensée au personnel de santé présent dans les CSPS. Ce qui représente au total 376 CSPS parcourus et 1046 agents de santé sensibilisés entre 2018 et 2020. Au Centre-Nord et au Nord, concernant les DS inaccessibles pour des raisons sécuritaires, deux agents de santé par CSPS ainsi qu'un ASBC par CSPS ont été convoqués à une séance au DS. Au total du projet ce sont ainsi 513 CSPS qui ont été touchés dont directement 1312 personnels de santé des CSPS. En complément, une deuxième formation (avec la même présentation de base que celle dispensée lors du passage dans les CSPS) est dispensée aux ICP des 20 villages sélectionnés par région pour la préparation du volet de sensibilisation communautaire conjointement avec LVDP.	Plusieurs enjeux sont à souligner : ▪ Une **perte d'information** liée à : - l'absence de séances de mise à niveau des ICP et des agents de santé pour s'assurer de la mise à jour des acquis ; - la mobilité des agents de santé accentuée par l'absence de transmission des savoirs entre agents ; ▪ **L'absence de supervision** : - on peut noter un manque d'implication des districts sanitaires et des ICP dans le suivi des activités du projet et dans la supervision des acteurs. En effet, le suivi des activités du projet diffère d'un district à l'autre et en fonction de la motivation de la personne désignée comme « point focal » au sein de l'Equipe Cadre. Dans l'ensemble des districts, ces points focaux ont surtout joué leur rôle au moment de la mise en œuvre des théâtres fora et des

	Les formations des agents de santé ont été organisées à la fois par Sentinelles, les Equipes Cadres des Districts et LVDP, témoignant à nouveau du **bénéfice du partenariat entre les parties prenantes** du projet. Le constat général est celui d'une bonne prise en compte des messages grâce à des **formations claires et complètes**. Les infirmiers et agents de santé se déclarent plus en capacité de conseiller et d'orienter les personnes vers les structures de soins et personnels qui pourraient les prendre en charge.	jeux radiophoniques. La collecte des fiches de collecte des données auprès des ICP a diversement été réalisée et ce, en fonction de la motivation de chaque point focal. Aucune activité de supervision des ICP et agents de santé des CSPS n'a été réalisée dans les districts. - au niveau des CSPS, les ICP n'ont pas suffisamment été responsabilisés pour le suivi de la mise en œuvre des activités et la supervision des relais. En fonction de leur niveau de motivation personnelle, certains se sont volontairement engagés dans la collecte des fiches et la prise en compte des données de sensibilisation dans les rapports mensuelles d'activités. ▪ La **faiblesse du dispositif de suivi et d'évaluation** des capacités mis en place pour permettre d'apprécier l'efficacité de ces formations et en mesurer l'impact. Les informations issues des pré-test et post-tests apparaissent comme peu exploitées.
Formation des relais communautaires, du personnel des ONG humanitaires	A la date de l'évaluation, 601 relais ont été formés dans l'ensemble des trois régions cibles du projet. Des sessions de formation d'une journée s'appuyant sur des images ont été organisées à l'intention de ces acteurs, afin qu'ils puissent eux-mêmes sensibiliser leurs communautés par la suite. Pour pallier aux enjeux externes cités précédemment, **de nouvelles actions ont été proposées** et notamment : - l'activité de sensibilisation des acteurs humanitaires, ajoutée en cours de projet afin de répondre à l'évolution du contexte au Burkina Faso avec un nombre de plus en plus important de personnes déplacées à l'intérieur du pays. En raison de l'insécurité et de la pandémie de la Covid 19, la formation du	On note l'absence de séances de mise à niveau des relais formés pour s'assurer de la mise à jour des acquis ; Le niveau de motivation de l'ensemble des acteurs lors de la mise en œuvre du projet a été soulevé par l'ensemble des acteurs de terrain. Ainsi, les coûts appliqués par le projet sont inférieurs à ceux pratiqués sur le terrain. Par exemple, pour des sessions de formation, les pauses ont été budgétisées à 2000 FCFA, alors les coûts pratiqués sont au minimum à 5000FCFA. Certaines formations ont pu perdre en efficacité lorsqu'elles ont mélangé dans un même temps les ICP et les relais. Le niveau n'étant pas le même, des frustrations ont pu apparaitre au niveau des relais qui ne sont pas parvenus à exprimer leurs préoccupations, à formuler leurs questions en

	personnel travaillant dans les ONG humanitaire est en cours de programmation. Des **interventions pilotes** viennent également compléter la palette d'activités proposées : - Dans la Région de la Boucle du Mouhoun, 80 tradipraticiens de santé ont aussi eu leurs capacités renforcées sur la détection du noma et des malformations et pathologies faciales. Ces formations de tradipraticiens font parties d'un projet pilote de Sentinelles effectué en 2019-2020 qui ne faisait pas partie du présent projet mais qui servira de base pour l'élaboration des activités de formation des tradipraticiens pour la deuxième phase du projet AFD.	raison de la présence des ICP. Le niveau de prise en charge financière n'étant de plus pas le même entre les ICP et les relais, la frustration a pu s'accentuer de la part des relais et impacter les effets de la formation et le degré de motivation. La formation des relais est très ponctuelle et ne fait pas l'objet d'un suivi a posteriori.

OS2 : Sensibiliser les populations des zones ciblées et les leaders coutumiers et religieux sur les moyens de prévention du noma, les causes du noma et des pathologies et malformations faciales et la détection des enfants qui en sont victimes

En dehors de deux activités qui ont connu des retards de mise en œuvre en raison de l'insécurité dans le Centre Nord, les **autres activités ont été totalement réalisées**. Les activités retardées sont principalement :

- les théâtres fora couplés aux jeux radiophoniques et la sensibilisation dans les camps de personnes déplacées internes.
  Au moment de notre évaluation ces deux activités étaient en cours de réalisation.

Cet objectif a effectivement recoupé les volets suivants :

- La mobilisation des relais communautaires (AME, APE, CVD, ASBC, club de fidèles auditeurs) formés pour la mise en œuvre de communication de proximité sur le noma et les pathologies maxillo-faciales

- La mobilisation et la sensibilisation des leaders administratifs, coutumiers et religieux sur les moyens de prévention du noma, les causes du noma et des pathologies et malformations faciales et la détection des enfants qui en sont victimes. Ce, à travers l'organisation de sessions de plaidoyer dans les communes sous forme de discussions interactives au cours desquelles l'équipe de LVDP, dans chaque village visité, a expliqué aux leaders le projet et sa pertinence, sa stratégie de mise en œuvre et combien leur implication pourrait permettre l'atteinte des objectifs, la présentation sur le noma et les autres pathologies maxillo-faciales, la prise en charge des malades. Au cours des actions de plaidoyer dans les villages, des messages de sensibilisation radio des leaders religieux, coutumiers et administratifs et femmes modèles de la région ont été enregistrés dans chaque village puis diffusés à la radio.

- La sensibilisation radio des populations sur le noma et les pathologies maxillo-faciales : émissions de radio, microprogrammes, diffusion de théâtre forum, jeux radiophoniques, et messages de sensibilisation radios par les personnalités influentes (leaders administratifs, coutumiers, religieux, femmes influentes). Selon l'étude d'audience 2017-2018 du Ministère de la communication du Burkina Faso, les trois radios (la Voix du Paysan, Manegda et Salaki) seraient les plus écoutées chacune dans sa région et toucheraient chacune 900 000 personnes. Ainsi, les sensibilisations radios ont touché plus de 2 700 000 personnes dans les trois régions.

- La réalisation de 21 sessions de plaidoyer dans 15 communes à l'attention des guides religieux, coutumiers et élus locaux. A la suite de ces plaidoyers, 80 messages réalisés et diffusés par les leaders d'opinion

- La communication de proximité envers les populations :
  - 2395 causeries porte-à-porte (sur un total de 1500 prévues) sur le noma et les pathologies maxillo-faciales ont été réalisées dans les familles, les lieux de culte, les cabarets et à l'occasion des regroupements dans 70 villages. Dans certains CSPS, les acteurs disent intégrer la thématique lors des causeries réalisées à l'occasion des Consultations Prénatales. Ces causeries ont touché 39 986 personnes soit 43% de femmes, 27% d'hommes et 30% d'enfants. Les femmes sont les plus représentées lors

de ces causeries. Cela correspond à la tendance générale au Burkina Faso où les femmes sont les plus présentes aux activités relatives à l'amélioration de la santé.

- 257 personnes déplacées internes (sur 600 personnes prévues) de la région du Nord ont été sensibilisées sur le noma.
- 41 représentations de théâtres forum et 41 jeux publics radiophoniques (sur 60 prévues) ont été réalisés dans les villages des Régions du Nord et de la Boucle du Mouhoun. Cela a consisté à l'animation musicale et publicités autour de la pièce pour attirer le public, spectacle fondé sur la provocation, dialogue final avec le public. A la suite des représentations théâtrales, sous forme d'énigmes sur des sujets phares : le noma et les autres pathologies maxillo-faciales, la malnutrition, la vaccination, l'hygiène et la santé bucco-dentaire.
- Ces représentations théâtrales et théâtres fora ont regroupé 17500 personnes dont 50,2% de femmes, 21,5% d'hommes et 28,3% d'enfants. La tendance de participation des femmes reste la plus élevée comme c'est le cas des causeries éducatives.
- Des affiches présentant des photos avant/après chirurgie d'un cas de noma et de fente labiale ont été affichées dans les centres de santé et les villages.

Ces réalisations permettent d'apporter un regard sur le niveau de contribution du programme aux résultats attendus, ainsi que sur leurs enjeux :

	Forces identifiées	Principaux enjeux
Sensibilisation communautaire	Cette **diversité et multiplicité d'acteurs formés** (le club des fidèles auditeurs, les associations de maires et parents d'élève) constituent une **réelle plus-value** pour le projet car elles permettent de varier les messages et les approches de communication et de toucher ainsi au plus près les communautés tout en **formulant des réponses adaptées**. Pour exemple, le format des activités peut évoluer d'une région à une autre. Dans les régions du Nord et du Centre Nord, LVDP et la radio Manegda, en collaboration avec les relais de ces régions respectives ont fait le choix d'organiser les jeux radiophoniques immédiatement à la suite des théâtres fora. Dans la région de la Boucle du Mouhoun, la radio Salaki et les relais ont fait le choix quant à eux de les scinder en deux en réalisant le théâtre forum le soir et en attendant le lendemain pour organiser les jeux radiophoniques. En effet, dans cette région, ils ont observé que les communautés ont davantage besoin de prendre le temps d'intégrer l'information, de la conscientiser et d'en discuter dans un cadre restreint avant de se relancer dans des discussions collectives. Les entretiens réalisés auprès des relais démontrent une **bonne maitrise du contenu des formations dispensées**. Les relais se disent en capacité de relayer les messages auprès des communautés, et de poursuivre les animations et les sensibilisations au format causeries ou porte à porte. Ils connaissent maintenant la maladie. Les appellations du noma en langues locales sont « NABORE en MOORE » ou « TCHO TCHO en MBOUAMOU ». les acteurs communautaires se sentent capables aujourd'hui **de dépister les cas suspects et de les référer** vers le CSPS. Certains même, affirment pouvoir joindre directement les acteurs	L'image est l'un des éléments essentiels d'une sensibilisation réussie, tant pour les relais que pour les communautés. Les relais **déplorent l'insuffisance d'outils pédagogiques illustrés** pour les causeries individuelles/groupes. Pour eux, leur souhait serait d'avoir des boîtes à images à la place des flyers. Par ailleurs plusieurs limites peuvent être soulignées quant à l'action menée par les relais communautaires : - le **niveau de motivation et d'engagement diffère** d'un acteur à un autre. Seuls les ASBC semblent réellement impliqués à poursuivre la démarche de sensibilisation engagée par le projet. Les autres relais s'en tiennent à la durée du projet. Ce constat se justifie notamment par le fait que les ASBC sont formés et indemnisés pour conduire ce type d'approches à la différence des autres relais. - les **relais ne couvrent qu'un périmètre géographique limité**. Ils justifient ce constat par l'absence de moyens de déplacement mis à leur disposition. Les relais se limitent à leur village. « il faut nous donner les moyens nécessaires pour traquer tous les cas. Nous pensions après la formation que partout où nous entendons parler d'un cas, nous pouvons partir le rechercher. Mais le manque de ressources limite nos actions » Propos d'un relais dans la Boucle du Mouhoun Pour exemple : Les villages concernés par les actions de sensibilisation sont les villages d'où proviennent les relais formés. Par manque de ressources, les relais ne couvrent pas les autres villages environnants et donc ne peuvent pas couvrir la totalité de leur district sanitaire ou à minima des villages couverts par le CSPS.

	du projet grâce notamment au numéro de téléphone mis à leur disposition. Le rôle des relais apparait comme crucial au sein de l'approche proposée. Leur fonction est multiple car ils assurent à la fois ; - la sensibilisation en direct, - la facilitation de la réalisation des activités des autres acteurs impliqués (théâtres fora, jeux radiophoniques, …) - la mobilisation de la population pour assister aux différentes activités proposées. Ils constituent donc un **maillon essentiel** de cette chaine de réponse. De par leur positionnement, au plus près des communautés, ils sont les plus à mêmes de pouvoir identifier, repérer et signaler des cas. Les flyers et les affiches distribués par le projet aux acteurs de terrain, ont servi d'outils pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation Bien que le rapprochement statistique soit délicat à opérer sur cette question, tous les acteurs témoignent d'une **augmentation accrue des cas référencés** à la suite des séances de sensibilisation. Un constat qui démontre l'efficacité des messages transmis par les relais est l'engouement de la demande. En effet au total 382 bénéficiaires ont été pris en charge. Ce chiffre représente environ 52% des personnes référées. Le reste (48%) n'a pas été satisfait et est le plus souvent reprogrammé pour les prochaines missions. Les focus réalisés lors de l'évaluation mettent globalement en avant une **bonne assimilation des messages** passés lors de la sensibilisation par les communautés, et une bonne connaissance des règles d'hygiène à adopter. Les messages semblent mieux passer via **une communication de proximité**, à savoir via des activités de causeries, des échanges dans	- La question du suivi constitue un enjeu crucial sur ce projet. En effet, **aucune démarche de suivi permettant d'apprécier les effets** (i) des formations auprès des relais, (ii) des sensibilisations auprès des communautés et d'en mesurer l'impact, (iii) des enjeux de collecte de l'information comme précisé précédemment. Malheureusement, sur le terrain, les acteurs ont évoqué l'absence de supervision des relais dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation. Ainsi, les relais rencontrés sur le terrain, n'ont pas reçu après leur formation, des missions de suivi ou de supervision. Ce qui est de nature à les démotiver dans leur travail. Certains ont déclaré que l'absence de supervision a eu pour effet, l'arrêt des activités de sensibilisation. - On observe également que les **cibles directes du projet, à savoir les enfants**, ne sont pas directement concernés par les actions de sensibilisation. Les écoles ne sont pas prises en compte dans les interventions proposées, alors même que c'est la principale cible pour le Ministère de la Santé. - La cible fixée par le projet en matière de sensibilisation a été atteinte, mais une insuffisance majeure a été notée sur le terrain. Plusieurs relais rencontrés n'ont jamais transmis leurs fiches de sensibilisation, donc leurs données n'ont jamais été prises en compte. D'autres ont transmis leurs fiches à l'ICP qui n'a jamais acheminé ces fiches au niveau du district. Enfin, certains ICP n'ont pas pris en compte ces données dans la rubrique sensibilisation des rapports mensuels d'activités. Tout cela dénote d'une insuffisance du suivi-évaluation du projet. En outre le manque de suivi et de supervision des acteurs a contribué à accentuer ce problème de suivi évaluation et en général même la mise en œuvre du projet. En effet, dans deux villages, les relais ont confié que selon eux, les activités de sensibilisation devraient être faites trois mois :

	un format de porte à porte ou encore au travers des théâtres forum. Elle est présentée comme plus adaptée que les messages radiophoniques pour traiter de sujets aussi complexes que les maladies non transmissibles et pathologies maxillo-faciales. Les messages radiophoniques ne peuvent être concrets et efficaces sur de tels sujets, que lorsqu'ils sont précédés par une activité de sensibilisation.	« On nous avait dit le jour qu'on devrait sensibiliser pendant trois mois » propos d'un relais du CSPS de Kari/Boucle du Mouhoun

Point d'attention : les ASBC apparaissent comme les acteurs les plus pertinents et efficaces pour réaliser les sensibilisations au niveau communautaire, et ce pour plusieurs raisons :

- les ASBC sont présents au sein de chaque village. Ils ont pour mission de mener « un paquet » d'activités au niveau communautaire. Ils sont donc formés aux approches de sensibilisation communautaire et reconnus officiellement par l'Etat pour le faire.
- Ils garantissent une large couverture géographique, car sont présents au sein de chaque village.
- Ils sont indemnisés par l'Etat pour réaliser leur mission ce qui garantit une forme de motivation continue de la part de ces agents.

En s'appuyant exclusivement sur les ASBC et en intégrant les thématiques du noma et des pathologies maxillo-faciales à leur formation, le projet pourrait viser une couverture géographique plus large, s'appuyer sur des acteurs déjà familier de l'approche communautaire et garantir la continuité de la sensibilisation.

OS3 : Détecter, soigner et opérer les enfants burkinabés atteints

En somme, les cibles pour cet objectif **sont partiellement atteintes**. La dernière mission en cours de programmation permettra d'atteindre l'objectif du nombre de personne à prendre en charge. Le point de la réalisation des activités relatives à cet objectif se présente comme suit :

- Recruter et référer 600 patients entre 1 et 18 ans détectés au stade de noma aigu + enfants survivants du noma ou porteurs d'une autre pathologie ou malformation faciale : l'analyse des données disponibles indique que 720 personnes ont été dépistées et référées pour la prise en charge. Cependant, seulement 250 personnes avaient moins de 18 ans. Ce résultat indique que la demande pour les pathologies maxillo-faciales et le noma va au-delà des enfants et intéresse aussi des adultes

- Prendre en charge les coûts de transports (patient + 1 accompagnant aller/retour depuis son domicile) jusqu'à Ouagadougou pour tous les patients présélectionnés. Loger et effectuer le suivi préopératoire des patients recrutés aux centres d'accueil (Sentinelles et Bilaadga) : pour l'ensemble des cibles rencontrées sur le terrain, toutes les personnes prise en charge l'ont été gratuitement depuis le transport, les soins et la restauration.

- Au moins 90% des patients référés sont vus en consultation par un médecin : l'ensemble des patients référés a été vu en consultation par l'équipe médicale la vieille du démarrage des programmes d'interventions chirurgicales.

- 430 patients sont pris en charge médicalement et/ou chirurgicalement sur la durée du projet ; Organiser 7 missions chirurgicales dans le cadre de ce projet, (une moyenne de 60 patients seront opérés par mission ; 90% des opérations sont menées en compagnonnage avec les équipes médicales et paramédicales locales ; 80% des personnels ayant participé au compagnonnage ont amélioré leurs connaissances sur ces thématiques : à ce jour 382 patients ont été pris en charge au cours de 6 missions chirurgicales (la dernière mission est programmée en mai-juin 2021) soit 64 patients en moyenne par mission. Au cours de l'ensemble de ces missions, les patients ont été opérés en compagnonnage avec les équipes médicales et paramédicales locales. En effet, à cause de la pandémie de la Covid 19, seul le chirurgien chef de mission effectue le déplacement de Ouagadougou. Ils forment sur place des équipes chirurgicales avec les médecins spécialistes officiant déjà dans des hôpitaux et des étudiants du DES en chirurgie maxillo-faciale. Ce qui constitue un véritable transfert de compétence qui allie la théorie à la pratique.

- Visiter dans leur foyer les enfants pris en charge lors de leur retour en famille et effectuer un suivi médico-social : cette activité a été réalisée au profit des malades pris en charge au niveau de Sentinelles. Ceux hébergés à Bilaadga n'ont pas pu bénéficier d'un tel suivi.

Cet objectif a effectivement recoupé les volets suivants :

- Le **référencement** des malades. Il se fait via plusieurs canaux :
  - la sensibilisation communautaire,
  - la communication de proximité,
  - le personnel de santé,

- ou encore le bouche à oreille.

Selon le canal déployé, le signalement de cas peut s'opérer de différentes façons :

- les relais réfèrent auprès des agents de santé locaux ou directement à l'équipe projet ;
- les auditeurs disposent d'un numéro à contacter : soit le numéro de la radio, soit le numéro transmis par la Fondation Sentinelles ;
- le personnel de santé réfère à l'équipe projet les cas de patients qu'ils rencontrent lors de leurs consultations : des patients venus de leur propre initiative, envoyés par un relais communautaire, ou informés via les messages radios.

Une fois identifié, les partenaires prennent une photo des lésions et la partagent au sein d'un groupe Whatsapp créé à cet effet. Une fois le cas validé, avec l'avis au besoin du Pr Zwetyenga si nécessaire, ils sont placés sur la liste des patients en attente d'une prise en charge par la mission chirurgicale. Les patients sont ensuite vus en consultation en début de mission afin d'établir plus précisément un diagnostic.
En analysant les statistiques des six missions, 720 malades ont été enregistrés. Parmi ces malades, en fonction des indications, certains ont reçu une prise en charge médicale et d'autres ont reçu une prise en charge chirurgicale.

On dénombre 382 malades ayant bénéficié de la prise en charge chirurgicale. Le graphique 10 donne une répartition des malades reçus durant chaque mission ainsi que le nombre de personnes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

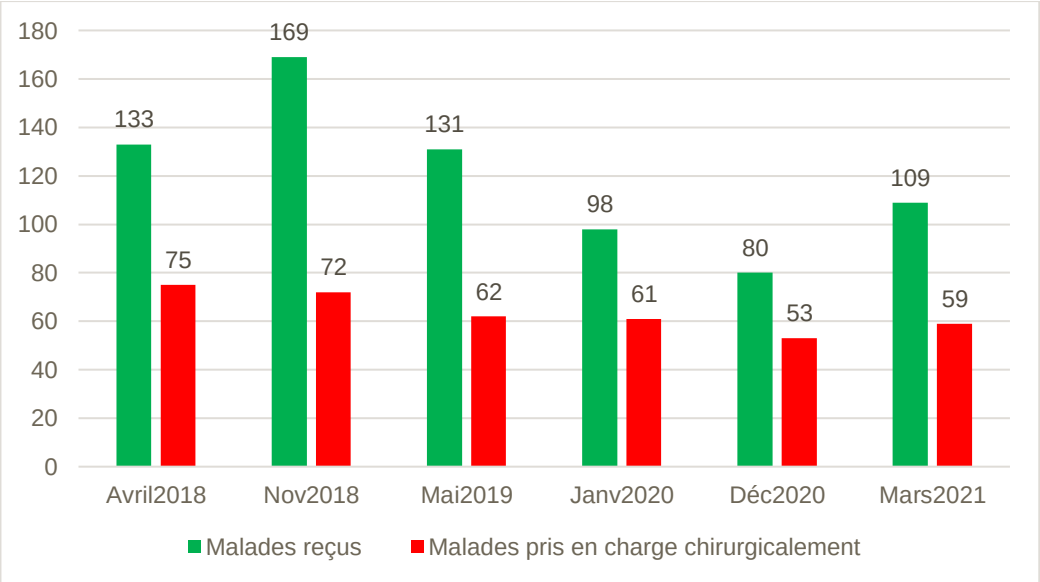


Figure 10: Situation des malades reçus et ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale

Le graphique 11 fait une répartition des cas en fonction du diagnostic.

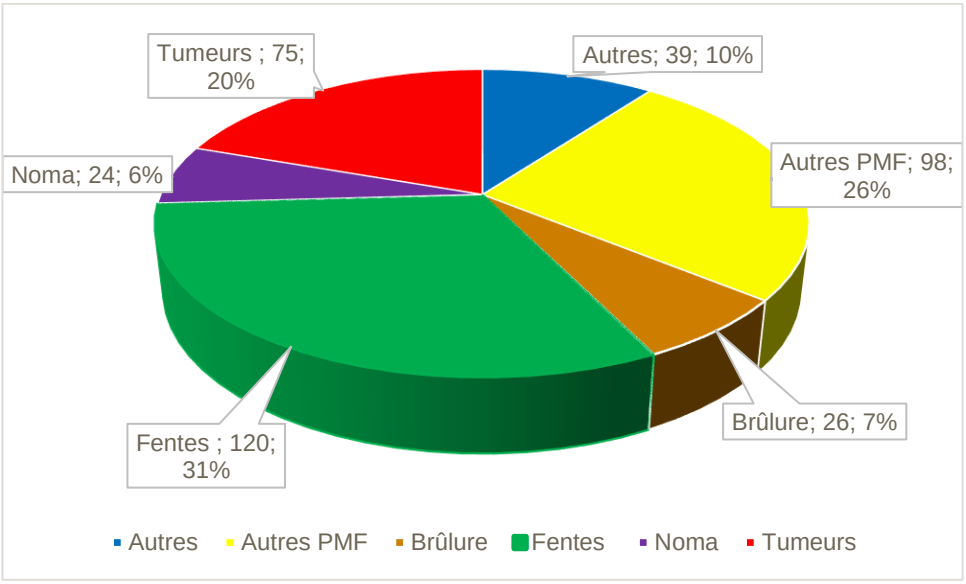


Figure 11: répartition des cas prise en charge en fonction du diagnostic

Parmi les séquelles de noma pris en charge, la majorité étaient des adultes (18/24) avaient plus de 18 ans.

La répartition des cas pris en charge en fonction de l'âge se présente selon le graphique 12

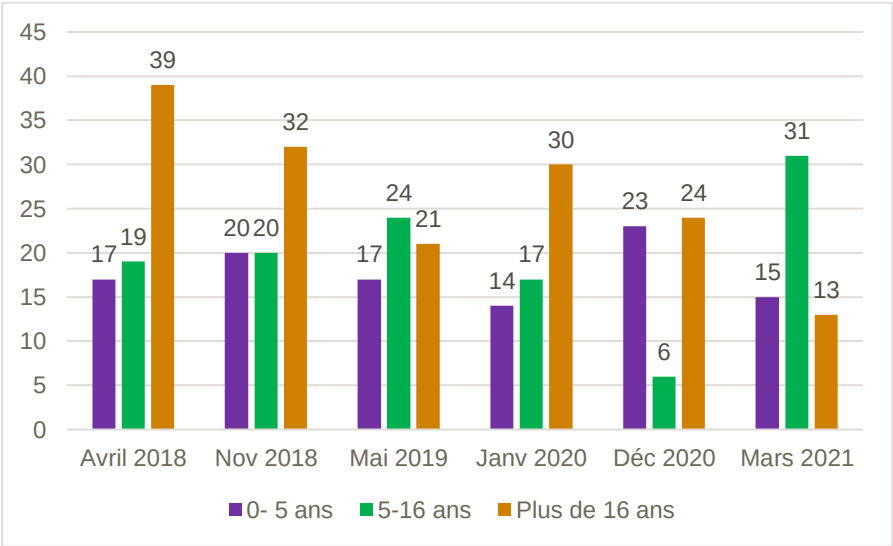


Figure 12: Répartition des bénéficiaires en fonction de l'âge

La répartition des bénéficiaires en fonction du sexe, se présente selon le graphique 13

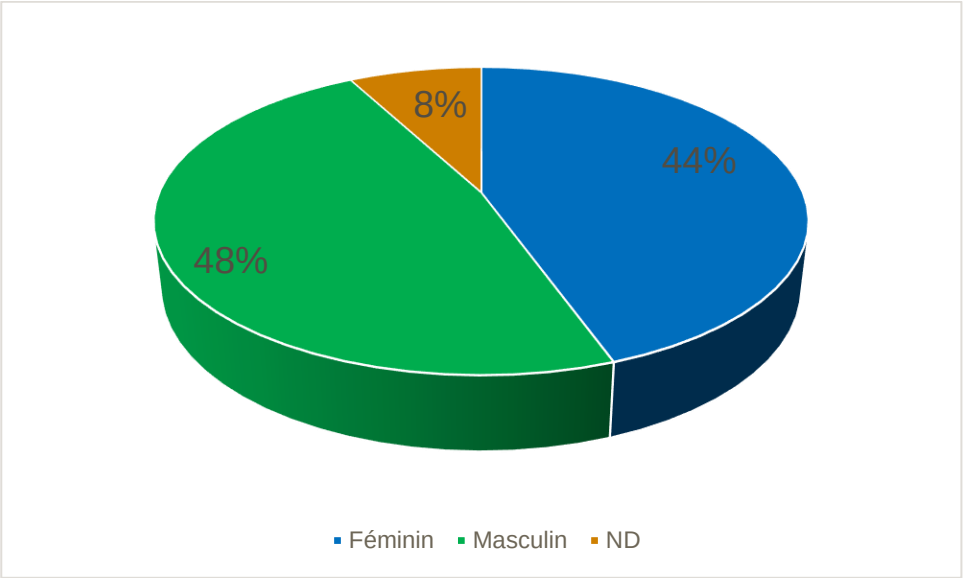


Figure 13: répartition des bénéficiaires en fonction du sexe

La répartition des bénéficiaires en fonction de la structure qui a référé le malade, indique la majorité des bénéficiaires viennent de Bilaadga ou de Sentinelles (figure 14)

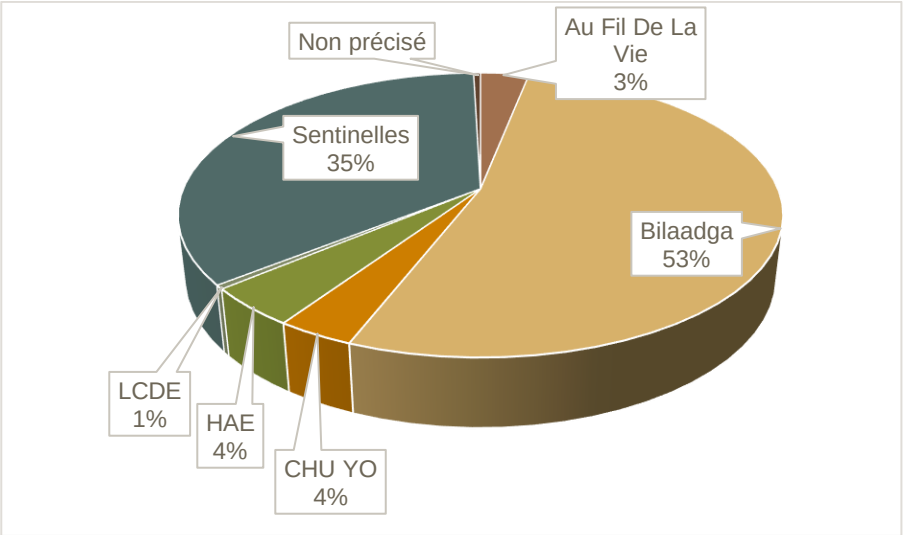


Figure 14: répartition des bénéficiaires en fonction de la structure de référence des patients

Les **missions** sont planifiées selon un calendrier défini en début de projet. L'organisation des missions repose principalement sur la cheffe de mission, assistée de l'équipe siège de LCDE qui se chargent de :

- s'assurer que la liste des patients est prête au niveau des partenaires ;
- convenir d'une date en fonction de la disponibilité du chirurgien ;
- recueillir les besoins auprès du chirurgien et de la polyclinique ;
- constituer une équipe locale – en négociation avec le responsable du DES et la polyclinique ;
- identifier le matériel manquant ;
- s'assurer que la polyclinique est prête à accueillir la mission ;
- contractualiser avec des ressources humaines supplémentaires pour aider à la gestion des intrants.

Elles s'orchestrent selon un modèle précis et reproduit à chaque mission :

- une première phase de consultations des patients et de priorisation en fonction des cas et des besoins d'intervention :
  - les patients de niveau 1 constituent les cas nécessitant une opération lourde – ils sont opérés en début de mission
  - les patients de niveau 2, sont opérés généralement 3 jours après le début de la mission
  - les patients de niveau 3 ou 4 sont replanifiés sur une prochaine mission (repriorisé en niveau 1)
- La fin de mission est dédiée au suivi des patients ou au contrôle d'anciens patients au sein des centres Bilaadga et Sentinelles.
- Des comptes-rendus opératoires sont remis pour chaque patient.

Lors de la mission, le chirurgien intervient également auprès des élèves du DES en proposant des cours pratiques lors des opérations et des cours théoriques et de remise à niveau les après-midis.

Une fois la mission terminée :

- les chirurgiens en formation se répartissent le suivi des patients au sein des centres tout en étant appuyé à distance par le Pr Zwetyenga.
- Le bureau pays prend le relais pour régler l'ensemble des factures auprès de la PNDP, récupérer le matériel, réaliser un inventaire et le placer sous scellé dans le local LCDE.
- Un protocole est établi par les équipes médicales de LCDE pour transmission aux équipes paramédicales des centres d'accueil Sentinelles et Bilaadga.
- Les patients restent le temps nécessaire au sein des centres d'accueil de Sentinelles et Bilaadga avant de repartir dans leurs localités. Des spécialistes de Sentinelles interviennent si nécessaires (kinésithérapie pour exemple) et la fondation se charge du suivi et des questions de réinsertion sociale pour les enfants souffrant de séquelles de noma. Cette partie du suivi n'est pas inclue dans le présent projet, mais pourrait être pris en compte pour la suite.

	Forces identifiées	Principaux enjeux
Identification, référencement	Le projet a permis de mettre en place : - une large palette de méthodes de référencement ; - un renforcement des méthodes déjà utilisées ; - la mobilisation d'une diversité d'acteurs ; - une plus forte coordination entre acteurs ; - des outils partagés ; Les effets liés à ces **efforts sont tangibles et palpables**. Ils sont rendus visibles par l'augmentation du nombre de cas référencés tout au long du projet – un réel marqueur de l'efficacité des actions de sensibilisation.	Bien que d'importants efforts aient été conduits pour renforcer le dispositif de référencement, quelques enjeux sont à souligner : - le **partage d'informations** concernant les cas via la plateforme Whatsapp pose la question de la **protection et de la confidentialité des données ;** - le dispositif peut présenter quelques lacunes en termes de **fluidité et de réactivité** des personnes contacts ; - on observe une forme de **dispersion des efforts** du fait qu'une partie des cas référencés ne soit pas couverte par le projet (Bilaadga recrute hors des zones ciblées par le projet). - si les ICP interviennent dans la référence des cas vers Sentinelles, **peu de contre-références** sont faites vers les CSPS après les soins. L'absence de cette contre-référence limite le renforcement de capacités des agents ainsi que l'appropriation du projet.
Formation des promotions du DES en chirurgie maxillo-faciale	On observe grâce au projet que les équipes locales sont de plus en plus autonomes (permis notamment grâce à la réduction des tailles des missions). Le projet offre aux étudiants la possibilité de passer de la théorie à la pratique	- Des limites en termes de communication entre LCDE et le responsable du DES ont été identifiées lors de l'organisation des missions, - L'absence de convention entre le projet et le CHUYO. Les DES assurent la partie pratique de leur formation au CHU YO. Pendant les missions, un besoin d'organisation doit être fait pour permettre le maintien des activités cliniques au CHU YO et leur participation aux interventions chirurgicales au niveau de la PNDP.
Prise en charge	La suppression de la barrière financière aux soins à travers la gratuité de la prise en charge des malades est une réalité pour l'ensemble des bénéficiaires rencontrés. Même les frais avancés par la famille pour leur déplacement à Sentinelles ont été totalement remboursés.	Des faiblesses liées à l'organisation des missions, notamment en ce qui concerne : - les délais pour l'information des dates de mission jugés trop courts,

	Une bonne collaboration entre LCDE et la PNDP pour la prise en charge chirurgicale des malades, lors des missions et en dehors des missions, à travers la mise à disposition des blocs opératoires, des équipements et des ressources humaines. La possibilité de prise en charge hors cadre mission, financé par LCDE lorsqu'une urgence se présente et qu'un étudiant formé peut s'en charger. La régularité des missions : malgré la pandémie de COVID 19, le projet a su s'adapter et poursuivre l'organisation des missions de façon efficiente. Seul le chirurgien chef de mission se déplace et les acteurs locaux formés l'accompagnent dans la prise en charge chirurgicale des malades	- la communication insuffisante entre les acteurs avant, pendant et après les missions, - l'estimation des besoins entrant dans le cadre des missions, - la gestion des équipements (liée à une méconnaissance par le personnel de PNDP, des termes du contrat entre LCDE et PNDP), - l'insuffisance de salles d'hospitalisation que ce soit à Bilaadga ou à Sentinelles - l'insuffisance du nombre de missions pour opérer les enfants : un décalage entre le nombre de missions et le nombre de patients recrutés - le recrutement de cas qui dépassent leurs compétences, pas de ressources sur place donc frustration de non prise en charge d'enfants. - l'absence de médecins pour prendre en charge les maladies associées / ou de kiné à Bilaadga,
Suivi Post-opératoire	Le suivi post-opération est assuré par des RH formées localement et qui ont participé à la mission. La réduction des risques de complications post-opératoires à travers la prise des mesures suivantes : - Au niveau de Bilaadga, les malades sont libérés une fois que les plaies opératoires sont guéries.	- le refus de certaines équipes locales de poursuivre les pansements, une fois les enfants renvoyés chez eux et les redirigent vers les centres Bilaadga ou Sentinelles. - l'absence de convention avec les DES pour le suivi postopératoire des enfants - l'absence de contre-référence systématique aux structures locales - l'absence de renforcement du plateau technique d'hôpital public : limite la pérennisation

	- A Sentinelles les mêmes mesures de prudence sont observées. Généralement le malade est libéré après 10 à 15 jours. En fonction du type d'intervention et de la cicatrisation, le séjour peut être plus longue, par exemple pour les patients ayant subis une résection tumorale importante ou des greffes de peau en cas de séquelles de brulures. En cas de levée d'une constriction, le patient séjourne jusqu'à 3 mois pour le suivi des protocoles de kinésithérapie - L'offre de soins de kinésithérapie aux malades opérés pour séquelles de noma ou en lien avec d'autres problèmes d'ouverture buccale : ces séances débutent généralement un mois après (en collaboration avec KINE SERVICE) ;	
Suivi à long terme des patients pris en charge	Sentinelles intègre un volet de suivi sur le terrain au profit des patients souffrant de séquelles de noma ainsi que de leur famille. Cet accompagnement médico-social à long terme qui se déroule sur plusieurs années parfois jusqu'à l'âge adulte pour les enfants pris en charge en phase aigüe. Ce suivi prend en compte le volet sanitaire, l'insertion scolaire, l'insertion professionnelle et l'appui au développement d'AGR.	Ce volet n'a pas été pris en compte par le projet. Une fois les enfants retournés chez eux, Bilaadga n'a pas la possibilité d'assurer un déplacement pour le suivi et la réinsertion sociale, professionnelle ou la mise en place des AGR en fonction des cas ;

Un renforcement des capacités des partenaires locaux dans la gestion des ressources allouées

- LCDE a fait du renforcement des capacités de gestion des partenaires une priorité. Des améliorations/évolutions sont à noter sur les procédures et sur le fonctionnement budgétaire. LCDE/Burkina a renforcé les capacités des ressources humaines impliquées dans la gestion financière en formant l'équipe de comptabilité.
- LCDE siège a accordé plus d'autonomie financière à LCDE/Burkina en accordant un accès au suivi des budgets des partenaires.
- Malgré tout, Bilaadga et PNDP évoquent toujours des difficultés dans la gestion financière, plus précisément dans l'élaboration des pièces justificatives, l'établissement des bilans pour le paiement des factures. Du côté de la PNDP, une meilleure communication pourrait leur permettre de prendre en compte les délais pour la transmission des pièces justificatives. En ce qui concerne Bilaadga, un diagnostic devrait être fait avec le partenaire afin de comprendre le besoin réel et apporter l'appui nécessaire en conséquence.

Les procédures de gestion du projet centralisées limitent les actions de terrain

Les procédures de gestion du projet sont centralisées à LCDE siège, limitant ainsi les initiatives au niveau de LCDE Pays. Ainsi, on note dans l'ensemble :

- que le suivi budgétaire du projet est assuré au siège. Le terrain ne dispose pas de vue d'ensemble sur le suivi budgétaire et cela limite la capacité du bureau Pays à entreprendre et à s'engager. L'autonomie financière étant fixée à un seuil de 5000 euros.
- une faible implication du bureau Pays dans la planification, le suivi budgétaire et des bilans des partenaires locaux. Cette situation est en voie d'amélioration. En effet, au début le bureau Pays de LCDE ne participait pas : i) aux échanges et à la validation des budgets des partenaires, ii) à la validation des pièces justificatives et les rapports produits par les partenaires locaux.

> « *Au début, cela constituait un problème, car les transferts étaient faits directement aux partenaires sur le terrain sans qu'elle soit informée. Elle a tiré la sonnette d'alarme pour que ça change. Actuellement, c'est un problème résolu ». Propos de la cheffe de mission LCDE/Burkina*

Le terrain devrait être davantage responsabilisé sur le budget : le terrain est impliqué en amont dans la vérification des budgets partenaires mais ensuite les virements se font directement entre LCDE et le partenaire et pièces ensuite repassent par le terrain.
Une limite évidente de cette situation a été rencontrée au cours de l'évaluation, en raison de l'absence du contrôleur de gestion au siège. LCDE/Burkina ne disposant pas à jour, navigue à vue depuis plusieurs semaines. Cela indique que LCDE/Burkina ne peut pas continuer de dépendre de Paris entièrement.

Une insuffisance dans le suivi du projet

Le comité de pilotage du projet, en plus de l'irrégularité notée dans sa tenue, réunit seulement les partenaires de premier niveau. Ce qui limite d'avoir une compréhension partagée et une appropriation

du projet. En effet, quelque soit la qualité des résultats obtenus, la non-implication de ces acteurs clé limitera la pérennisation des interventions du projet.

Une insuffisance dans l'organisation des missions

L'organisation des missions nécessite la réalisation de plusieurs activités afin de permettre l'atteinte des objectifs. Ce qui requiert la mise en place d'un comité et le recrutement de ressources humaines vacataires. Pour l'instant, tout ce travail est réalisé par la seule cheffe de mission, appuyée de la comptable et du chauffeur. Ce qui limite l'efficacité dans sa mise en œuvre.

EFFET/IMPACT

Le dispositif de suivi du projet apporte des éléments concernant les réalisations, via des données quantitatives. Ces données donnent de la visibilité sur la « performance » du projet et le suivi de ses activités mais n'informent pas sur le changement réel induit par l'action. En effet, **aucun indicateur d'impact, ni d'outils de mesure d'appréciation dédiés** n'ont été proposés pour ce projet.

Pour exemple, les informations du dispositif de suivi ne permettent pas de mesurer les retombées directes des actions communautaires sur la prise en charge des patients.

La présente évaluation a donc cherché à mettre en avant **les effets directs du projet**, conjuguant les réalisations aux dynamiques ou contraintes issues du milieu dans lequel il se déroule. Dans le cadre de cette évaluation, les effets se lisent davantage au regard des témoignages des bénéficiaires et des constats corroborés par les acteurs interrogés.

Un gain en termes de capacités et de compétences pour les partenaires du projet :

Le projet a largement contribué au renforcement des capacités de LCDE et de ses partenaires et ce, dans un cadre de réciprocité. Ce renforcement est visible à plusieurs niveaux :

- en matière de gestion de projet : l'expérience de gestion d'un projet financé par un bailleur tel que l'AFD a permis de créer une **véritable dynamique d'apprentissage**. Afin de répondre au mieux aux exigences du bailleur, LCDE a conduit un chantier visant à renforcer ses procédures en interne, ainsi que ses outils de pilotage et de suivi.
  Dans le même temps, LCDE a accompagné ses partenaires dans cette même démarche de renforcement autour de leurs procédures, des outils de suivi, du reporting narratif et financier ou encore de la capitalisation des bonnes pratiques. Les retombées de cet accompagnement sont visibles comme en témoignent l'évolution de la qualité des rapports transmis par les partenaires.
- au niveau organisationnel : le projet a permis de mettre en exergue la nécessité pour LCDE de disposer d'un bureau pays.
  Cet ancrage au niveau national permet à l'organisation de **gagner en visibilité et en efficacité** bien qu'il mériterait de pouvoir être renforcé.
- au plan technique et opérationnel : les radios communautaires reconnaissent avoir pu, grâce au projet, **renforcer leurs capacités tant sur le plan de la thématique ciblée que sur les méthodologies** de création de contenus et d'animation au niveau communautaire.
- en matière de partenariat : l'approche partenariale constitue **une force pour le projet** dans le sens où elle offre aux acteurs l'opportunité de se renforcer via du partage et de l'échange d'expertise et de savoir-faire, d'enrichissement mutuel et de renforcement de capacités.

Les radios communautaires témoignent des bénéfices de ce partage d'expérience qui leur a permis de co-construire dans un cadre collectif de nouveaux contenus, de nouvelles méthodologies, de nouvelles approches.
L'impact reste cependant moins visible au niveau du partenaire Bilaadga qui par manque de temps et de ressources ne présente pas d'évolution majeure dans la qualité et la régularité de ses rapports et bilans financiers tels qu'attendue par le projet. Un processus de renforcement de capacités doit alors être mis en place pour permettre une résolution de ce problème.

On note que l'approche partenariale a pour double impact :

- de **renforcer l'approche proposée** : le projet peut compter sur différentes forces et expertises pour atteindre les résultats et effets escomptés. Dans un contexte marqué par la crise sanitaire et sécuritaire, ces forces ont nourri la résilience du projet.
- de **démultiplier l'action au niveau local**.

La disponibilité d'équipes formées à la prise en charge des pathologies maxillo-faciales et au noma, au niveau national :

Les changements opérés en réponse à la crise COVID ont eu pour effet de **maximiser les retombées de l'approche de compagnonnage**. En effet, l'équipe de spécialistes envoyée de France pour opérer au Burkina Faso est passée de 8 personnes à 1 chirurgien. Ce bouleversement a eu pour effet de favoriser une **plus forte implication des élèves formés** ou en formation - des promotions du DES en chirurgie maxillo-faciales. Un nouveau format de cours à distance et en ligne, est en cours de test auprès des étudiants.

Cette approche de compagnonnage produit des effets visibles :
les équipes locales sont désormais **plus à même d'opérer en autonomie** sur des cas courants. Le chirurgien, lors de ses venues, n'intervient que sur des cas lourds ou en supervision des équipes. Ces équipes peuvent également intervenir lorsque des cas se présentent hors missions et assurer une prise en charge. Elles sont également en capacité d'assurer un suivi opérationnel des patients suite aux missions et intervenir si des complications se présentent.
les missions ayant débuté il y a maintenant plus de 5 années. A ce jour, 9 chirurgiens ont terminé en 2019 et ont pris poste dans différents hôpitaux du pays (dont Ouagadougou, Bobo Dioulasso et Ouahigouya), 6 sont en attente d'une affectation. Tous ces chirurgiens formés ont désormais avec eux, dans leur bagage, la spécialité ciblée par le projet. La **compétence est désormais disponible dans le pays.**
la spécialité fait **désormais partie du cursus de formation**. Elle allie théorie et pratique. Elle attire de plus en plus de jeunes de la sous-région et offre un rayonnement plus important au pays.
Le projet contribue donc au renforcement du système de santé du Burkina Faso.

La transmission de compétences au niveau communautaire :

Le projet a permis de faire connaitre les pathologies maxillo-faciales auprès d'un nombre important d'acteurs, des relais, des agents de santé, des leaders, puis des communautés elles-mêmes.
La **transmission de ces connaissances** au niveau communautaire a, en effet, permis de cibler au plus près les communautés des zones isolées et reculées.

Bien que les retombées de cette approche reposent nettement sur la motivation des agents et relais formés et de leur capacité à poursuivre la dynamique hors projet, tous déclarent avoir mieux compris la problématique, avoir pris conscience des conséquences, être en mesure d'identifier des patients concernés par l'une de ces pathologies et de savoir désormais comment les référer.
Comme le cite le Ministère de la Santé : « nous avons constaté sur le terrain une prise de conscience sur ces maladies, ils ne les voient plus simplement comme une fatalité ».

Les radios communautaires ont également un impact certain en matière d'accès à l'information en faveur des zones les plus défavorisées. En étant plus proches des préoccupations des populations, elles jouent un rôle non négligeable dans la diffusion de messages clés.

Permettre aux malades de « sortir de l'ombre »

La variété des méthodes et outils de référencement déployés ainsi que la diversité d'acteurs mobilisés a permis de « faire sortir de l'ombre » un nombre important d'individus (enfants et adultes) touchés par l'une de ces pathologies.

Le projet a eu un réel impact sur le référencement de ces cas, comme en témoigne les chiffres : (plus de 600 personnes dépistées et référées). Par méconnaissance de la maladie et par peur de la stigmatisation, nombre de ces individus ne souhaitaient pas se rendre vers les centres de santé.

Bien que les propos ne soient que déclaratifs (sans validation via des données statistiques), les ICP des CSPS témoignent d'une amélioration des recours aux soins par ces patients. Suite aux activités de sensibilisation, les patients se rendent de leur propre initiative vers les CSPS. Ils déclarent observer une augmentation des visites relatives au traitement de la bouche et des dents.

Une réelle étude d'impact permettrait d'attester ces constats.

Des changements sur les mentalités et comportements des bénéficiaires

Bien que ces changements restent plus difficilement objectivables, les acteurs interrogés (partenaires, agents de santé, relais communautaires et autorités publiques locales) mais également les bénéficiaires eux-mêmes témoignent :

d'un **changement perceptible sur le niveau de connaissance des populations**, les causes, les conséquences et les possibilités de guérison.

« Notre façon de voir la maladie a complètement changé. Nous pensions qu'elle était incurable, maintenant, nous savons qu'on peut la soigner » Femmes lors des focus

la **déconstruction des mentalités** : les populations commencent à comprendre que cette maladie n'est ni une fatalité, ni une malédiction.

« Il y avait un cas dans le village. Elle était considérée comme une malédiction, elle se cachait, actuellement elle décédée, Nous avons compris que ce n'est pas une malédiction et que c'est une maladie guérissable. La communauté a compris » Leader

Les agents de santé évoquent dès lors une **meilleure connaissance des mesures et pratiques d'hygiène** principalement en matière d'hygiène bucco-dentaire (perceptible lors des consultations auprès des CSPS).

Des changements illustrés par des success stories

Capacité à reprendre une vie normale :

« grâce à l'opération, j'ai pu reprendre une vie normale et mes activités ».

« Les gens me disaient que c'est une maladie incurable. J'avais un bonnet pour cacher parce que c'était trop vilain. Quant à moi, j'étais convaincu que ma maladie pouvait guérir un jour, mais je n'avais pas les moyens. Actuellement, j'ai déjà référé d'autres cas que je connaissais autour de moi à Sentinelles »

Rompre l'isolement et le rejet :

« La maladie a débuté par une lésion en dessous de la paupière droite. Nous avons suivi des soins dans les hôpitaux sans succès (plus de 350 000 FCFA dépensés). L'infection se poursuit rongeant la joue - Après le théâtre forum en décembre 2020, un relais est venu la voir et l'a conduite chez le major - Elle a été référée à Ouagadougou et elle a été immédiatement prise en charge gratuitement. L'enfant était isolé, les autres se moquaient d'elle et elle était isolée. Souvent elle passait le temps à pleurer. Je lui ai mise à l'école et je remercie la maîtresse qui l'avait acceptée malgré son handicap. Depuis les soins, c'est une joie immense dans la famille, elle n'est plus isolée et on ne la regarde plus différemment »

« L'enfant était isolé, Ce n'était pas beau à voir, Elle bavait, les autres ne voulaient pas s'approcher d'elle. Nous étions isolés, personne ne voulait venir chez nous s'il n'est pas obligé. Aujourd'hui, elle s'amuse et mange avec les autres enfants. Nous remercions beaucoup le projet »

Bien que le risque d'effets imprévus produits par le projet reste limité dans la mesure où ils sont bien anticipés, des enjeux restent tout de même à être soulignés :

- Le projet permet de **lutter contre la stigmatisation** dans la mesure où la maladie est davantage connue et comprise. Cependant, un enfant soigné aura toujours les stigmates de cette maladie en raison de la cicatrice visible au niveau du visage. Ces enfants peuvent encore faire l'objet de moqueries en raison des séquelles de l'opération. Un **travail de pédagogie** devrait pouvoir être conduit directement auprès des enfants pour lutter contre ce phénomène.

- Des **croyances persistent** auprès des communautés sur la gratuité de la prise en charge. Une forme de « résistance de poche » persiste malgré les activités de sensibilisation.

  « Malgré nos sensibilisations que la prise en charge est gratuite, il y a un cas qui jusqu'à présent refuse de venir voir le major parce qu'ils n'ont pas l'argent » propos d'un relai de Gniesga/Région du Nord

- Certains **cas trop complexes** n'ont pu être pris en charge dans le cadre de ce projet créant des frustrations pour ces patients qui restent dans l'attente d'une intervention (une potentielle réponse devrait pouvoir reposer les capacités de prise en charge).

- Le suivi des patients **s'arrête à leur prise en charge**. L'accompagnement à la réinsertion socio-économique ne constitue pas un volet du projet. Aucune information n'est donc disponible quant à la réintégration de ces patients au sein de leur communauté et leur capacité à reprendre une vie « normale » à moyen et long terme – en termes de réinsertion scolaire (PEC scolarité), socio-professionnelle (formation métier pour les plus de 15 ans) ou socio-économique (création d'AGR pour adultes)

DURABILITE

Par durabilité, on entend au sens large la continuité des résultats, se traduisant par des impacts durables au-delà de la durée du projet.

La durabilité des résultats est ancrée dans les principes fondamentaux de l'appropriation, du transfert de connaissance, du partenariat et des résultats axés sur l'impact.

L'évaluation a permis de dresser un tableau contrasté des points forts et des points faibles en matière de pérennisation de l'intervention.

- **Garantir l'appropriation par les communautés et leur permettre de devenir acteur du changement :**
  La mobilisation des communautés permet d'assurer la pérennité du projet. Une fois sensibilisées et informées, elles ont la capacité de transmettre de façon durable les enseignements et deviennent actrices de leurs propres changements. Pour garantir cette continuité, il est important de tenir compte de plusieurs points :

  - La mobilisation des relais communautaires doit pouvoir être renforcée pour garantir la continuité du dispositif de référencement et la conscientisation des populations. Comme l'évaluation l'a démontré, certains relais peuvent perdre en motivation et en intérêt.

    Un suivi par des points focaux désignés au niveau des districts, des recyclages et mises à jour des formations, un outillage plus complet et la participation à des actions d'envergure intégrant les autorités locales pourraient contribuer à une plus forte mobilisation de ces acteurs.

    L'appropriation peut être garantie grâce à une plus forte responsabilisation de ces relais.

  - Les ASBC sont des acteurs clés au niveau communautaire. Pour être durable, la problématique des pathologies maxillo-faciales et du noma doit pouvoir être intégrée de façon systématique dans le « paquet » de thématiques traitées par ces agents ainsi que dans leur formation initiale. Ils permettront de plus de couvrir plus largement les districts sanitaires.

  - Les radios communautaires jouent un rôle clé dans la diffusion de messages en faveur des populations les plus reculées. Elles constituent d'importants dispositifs de sensibilisation auprès de ces populations en garantissant un meilleur accès à l'information. Leur implication est un gage de durabilité dans la mesure où les contenus développés sont durables et réexploitables dans le temps.

  - Le renforcement de la prise en compte des personnes vulnérables notamment les personnes déplacées internes (PDI). La maladie du noma est essentiellement due à des causes exogènes. En effet, c'est une maladie des plus démunies. Ainsi, face à l'augmentation du nombre de PDI qui vivent dans des conditions d'extrême pauvreté, le noma doit être pris en compte de façon transversale dans les autres programmes de santé mis en œuvre au profit de ces populations.

- **Perpétuer les réalisations par le transfert de connaissance** :
  Les actions de formation, de renforcement de capacités et de partage d'expérience contribuent à la durabilité des effets du projet :

  - De par leur participation aux cours théoriques par le Pr Zwetyenga et la mise en pratique lors des interventions, les étudiants du DES ont amélioré leurs connaissances sur les techniques spécifiques de chirurgie reconstructive des malformations et pathologies

faciles. Les promotions aujourd'hui formées sont en capacité d'opérer en autonomie sur des cas courants. Cette compétence est désormais disponible et mobilisable au travers du pays. L'intégration de la spécialité dans des cursus de formation au niveau national est un gage majeur de durabilité.

- Le transfert continue de compétences au profit des radios communautaires partenaires de LVDP contribue à leur professionnalisation, à leur visibilité et leur permet de gagner en indépendance. La durabilité à long terme de ces médias doit pouvoir encouragée.
- La formation des équipes des CSPS, permet de faire pénétrer au Burkina-Faso un savoir-faire qui peut s'étendre à d'autres régions, au travers d'échanges de bonnes pratiques ou de mutations des personnels formés. Il apparait nécessaire pour cela de pouvoir s'assurer que les compétences sont bien acquises, et de garantir des mises à jour de ces acquis.

- **Accroitre l'engagement du gouvernement :**

  L'appropriation par le pays et la capacité à mobiliser des ressources en faveur de la lutte contre ces maladies apparaissent comme des conditions nécessaires à la durabilité de l'intervention. Sans l'engagement du gouvernement et son implication proactive, les résultats du projet ne pourront avoir l'impact souhaité :
  - en faveur de la conscientisation plus large des populations, via des campagnes d'envergure, couvrant plus largement le territoire ;
  - en termes d'implication financière pour assurer la prise en charge des malades
  - en termes de mise à disposition des ressources humaines et matérielles dans les structures hospitalières pour élever les plateaux techniques
  - en termes de formations des agents de santé et structures délocalisées.

  Un plaidoyer en faveur d'un investissement plus important des autorités doit pouvoir être conduit pour assurer le maintien et la consolidation des résultats, ce que le projet ne propose pas encore à ce stade. Aussi, l'intervention du projet dans une clinique privée n'est pas de nature à renforcer le système de santé pour un accès aux plus pauvres. L'appropriation et la pérennisation des acquis devrait prendre en compte le relèvement des hôpitaux publics où exercent les DES formés dans la prise en charge de ces pathologies.

- **Renforcer les capacités des organisations locales :**

  Le projet a permis de créer de véritables synergies entre acteurs :
  - un réseau d'acteurs formé et organisé peut aujourd'hui faire perdurer l'approche, et proposer collectivement des réponses complètes et concrètes en faveur de la lutte contre cette maladie,
  - les compétences, les forces et les ressources peuvent être mutualisées pour viser plus d'impact,
  - les acteurs sont davantage reconnus et visibles ce qui leur permet de jouer un rôle sur le long-terme dans leur pays

  La présence de partenaires locaux comporte donc des effets pérennes à condition qu'ils puissent reproduire tout ou une partie des actions systémiques. Ils doivent pour cela disposer des moyens et ressources nécessaires pour permettre de poursuivre l'action engagée. Un accompagnement à la mobilisation de ressources peut apparaitre nécessaire pour une partie des partenaires du projet.

Perspectives :

Le modèle d'intervention proposé par le projet - reposant sur une approche intégrée dans un cadre multi-acteurs - a prouvé son efficacité dans le contexte burkinabè. Bien que reproductible sur la méthode, son passage à l'échelle nécessite la prise en compte d'un certain nombre de facteurs.

Le modèle mis en place par LCDE en collaboration étroite avec ses partenaires au Burkina Faso, est plus que notable. Les évaluateurs soulignent en effet le **travail remarquable accompli** dans ce pays et spécifiquement dans les régions ciblées. Des **choix stratégiques et opérationnels** doivent toutefois être encore assurés pour garantir que les investissements en matière de sensibilisation, de prévention et de prise en charge soient maintenus et puissent être étendus à d'autres zones du pays, et de la région pour répondre à de plus larges défis.

Au niveau stratégique :

- L'extension d'un tel projet à d'autres zones du Burkina-Faso et du Mali nécessite de revoir le cadre d'intervention. Pour améliorer l'efficacité, promouvoir un travail à grande échelle afin d'accroitre la durabilité et l'impact et renforcer la redevabilité des interventions, il s'agirait pour LCDE de **pouvoir passer d'une approche fondée sur les projets à une approche plus englobante de gestion fondée sur des programmes.**
  L'adoption d'une approche programmatique doit s'inscrire dans une vision stratégique portée par l'organisation. La thématique devient un axe cible de l'organisation, autour duquel elle propose cadre d'intervention global et cohérent, des procédures de gestion programmatique et des cibles tenant compte de la diversité des situations des pays et de la nécessité de répondre aux priorités nationales.

Au niveau opérationnel :

- La méthodologie d'intervention proposée par le projet peut être **modélisée et répliquée à d'autres contextes**, cependant il est nécessaire de pouvoir s'assurer que les interventions portées au niveau communautaire répondent aux besoins spécifiques de chaque communauté, à leurs réalités et leurs contraintes.
  - La présence d'acteurs locaux ayant connaissance des réalités locales est dès lors nécessaire pour garantir le niveau de cohérence des interventions.

- **L'approche intégrée doit pouvoir être renforcée et complétée** par :
  - des actions de plaidoyer au niveau régional, national et local et la participation aux cadres de concertation. Dans une optique de passage à l'échelle, des stratégies régionales de plaidoyer peuvent être collectivement définies et portées à plusieurs voix auprès des autorités.

- Des **dynamiques sud-sud** peuvent être engagées :
  - si les capacités de prise en charge se multiplient au Burkina Faso grâce notamment aux formations des chirurgiens, LCDE peut envisager de réduire la fréquence de ses missions chirurgicales et les redéployer ailleurs, là où le besoin se présente. Les équipes formées au Burkina constituent des ressources sur lesquelles le projet peut s'appuyer pour réaliser ces actions de compagnonnage.

- une dynamique d'apprentissage par les pairs peut être proposée pour déployer le projet à d'autres zones - en s'appuyant sur les acteurs formés, à savoir les relais, les agents de santé ou encore les radios communautaires.

- le projet doit pouvoir s'appuyer sur un réseau d'acteurs formés et engagés sur la thématique et partageant les mêmes valeurs incluant notamment la participation des autorités nationales - avec pour visée : le partage d'expérience et d'expertises.

Ce passage à l'échelle doit enfin pouvoir reposer sur :

- des équipes pays renforcées et outillées ;
- un dispositif de coordination robuste reposant sur des outils de pilotage harmonisés entre les pays ;
- des outils de suivi partagés entre acteurs et des bases de données communes garantissant la confidentialité des bénéficiaires ;
- un dispositif de suivi-évaluation renforcé intégrant des indicateurs d'impact et proposant des approches qualitatives renforcées ;
- la capitalisation des bonnes pratiques et le déploiement de fiches pratiques partagées entre acteurs.

FOCUS PARTENARIAT	***La dynamique partenariale repose sur une évidente convergence des mandats ainsi que la complémentarité des expertises*** Les partenaires se donnent, chacun à leurs niveaux, l'objectif de contribuer à l'amélioration du bien-être et de la santé des populations au Burkina Faso. Ils s'engagent tous à leur niveau en faveur d'une même cause et s'investissent dans les mêmes domaines d'intervention. Ce niveau de cohérence constitue un élément clé de la dynamique partenariale et donne du sens à la relation. La volonté de LCDE de mener un projet qui couvre l'ensemble de la chaîne du noma, ainsi que des pathologies et des maladies maxillo-faciales, l'a incité à nouer des partenariats avec des organisations compétentes et reconnues, menant des activités complémentaires aux siennes. Cette approche partenariale se fonde sur la complémentarité des connaissances et des expériences, ainsi que sur le transfert des compétences et sur l'ancrage local. ***Les partenaires offrent une dimension locale permettant d'être au plus près des réalités de terrain*** Pour LCDE, les partenaires locaux sont la clé d'accès aux bénéficiaires et constituent le premier moyen d'action. LVDP, Sentinelles et Bilaadga assoient en effet, leurs interventions sur une connaissance maitrisée du contexte d'intervention. Elles se positionnent directement au contact des communautés sur le terrain et à l'écoute de leurs besoins. Elles sont en mesure de proposer des approches adaptées aux réalités socio-culturelles des localités, comme cela l'a été fait au cours de la mise en œuvre du projet. ***Des relations marquées par la réciprocité*** Cette réciprocité s'observe dans la dynamique commune d'apprentissage : LCDE s'est renforcé en même temps qu'elle renforçait ses partenaires. Les partenaires locaux, notamment communautaires,

	ont déclaré avoir beaucoup appris de ce projet, tant dans la thématique, la façon de travailler, ou dans les échanges d'expériences. ***Au sein de LCDE des clarifications restent nécessaires sur la stratégie partenariale*** Le projet a permis de resserrer les liens entre partenaires et de les faire monter en compétences. Si la dynamique est bonne, plusieurs questions stratégiques se posent encore pour l'organisation. Pour parvenir à coordonner plusieurs partenaires, LCDE doit pouvoir formaliser en interne une réelle politique de partenariat et des procédures claires de collaboration. ***Une collaboration encore fragile avec le partenaire Bilaadga*** Malgré les appuis successifs de l'organisation Ensemble pour eux et Paspanga, Bilaadga n'arrive toujours pas à répondre efficacement aux questions de reportage financier à l'issu des missions. Des niveaux d'implication différents pour un même acteur : Bilaadga se retrouve tantôt au niveau 1, tantôt au niveau 2. En effet, il a été approché aux premiers moments de la construction du projet mais pas à la finalisation. On se retrouve au cours de la mise en œuvre avec la prise en compte d'autres régions qui ne figurent pas dans le projet. Les efforts de Bilaadga étant focalisés vers d'autres régions du Pays. En dehors des patients référés et pris en charge, ces efforts seront insuffisamment comptabilisés. Et vu le nombre de bénéficiaires gérés par Bilaadga, ce partenaire devrait être considéré au premier niveau. ***Des partenaires qui se sentent éloignés de la coordination du projet*** Les radios locales n'ont pas signé de convention directement avec LCDE, mais un contrat de partenariat avec LVDP. Le choix de ne pas faire de lien avec LCDE est justifié par : - l'expérience et le niveau de structuration de LVDP : elle est présentée comme l'organisation la plus à même de coordonner efficacement ce volet communautaire. - cela permet à LCDE de ne pas multiplier les partenaires ni de gérer trop de « rétrocession » financière. Ce modèle a certes des avantages mais peut constituer une limite sur le plan opérationnel. En exemple, en ce qui concerne la référence des cas, les radios communautaires doivent appeler LVDP. Une radio a déclaré un jour avoir une fois fait déplacer un cas dépisté à l'enceinte de la radio. Cependant il a été difficile de joindre LVDP pour informer et avoir la conduite à tenir. En outre, un responsable d'une radio locale s'est exprimé en termes pour qualifier leur position dans le projet *« nous ne sommes que des prestataires »*
FOCUS THEMATIQUES TRANSVERSALES	***De par les objectifs qu'il se fixe le programme cherche à répondre aux Objectifs de Développement Durable*** L'intervention contribue à la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable et plus spécifiquement à l'ODD 3 qui vise à « donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges ».

	Une prise en compte contrastée des approches transversales On note que la dimension genre est prise en compte mais **reste encore parcellaire** dans la conception et la mise en œuvre de ce projet. <u>Au niveau de la conception du cadre d'intervention du projet :</u> o aucun objectif ou résultat n'a été orienté dans le sens d'une avancée vers plus d'égalité entre les femmes et les hommes. Pour les acteurs interrogés dans le cadre de l'évaluation, l'intégration de la dimension genre s'applique de façon transversale au niveau du projet – le projet doit pouvoir bénéficier autant aux hommes qu'aux femmes. Ce constat se justifie notamment par le fait que cette maladie ne soit pas liée au genre. Aucune donnée ne permet de déterminer le fait que les pathologies maxillo-faciales et le noma touchent davantage des femmes que des hommes. <u>Au niveau de la mise en œuvre du projet :</u> o parmi les relais communautaires, le choix a été fait de cibler des groupes des femmes et notamment les associations/groupements de femmes ou les associations des mères d'élèves des villages pour diffuser l'information et relayer leurs messages. Bien que les témoignages permettent de remonter le fait qu'elles parviennent à toucher lors des sensibilisations les mères et les enfants, aucune donnée spécifique ne permet d'apporter des éléments concrets. <u>En termes de suivi et de rapportage, la dimension Genre reste relativement peu traitée :</u> o Les rapports d'activités donnent le nombre de participants adultes en fonction du sexe. Les données ont montré par exemple, que les séances de sensibilisations ont le plus touchées les femmes que les hommes. o Cependant, les rapports du projet n'identifient que très peu les lacunes ou succès en matière de genre et ne met pas en valeur des effets et impacts différenciés sur les hommes et les femmes. o Les données sexo-spécifiques collectées dans le cadre du suivi ne font pas l'objet d'un traitement et d'une analyse qui permettrait de documenter le changement selon le genre, ou d'orienter les trajectoires choisies en vue d'une meilleure intégration du concept. A ce jour, LCDE ne dispose pas d'une stratégie posant les bases d'une réelle approche des questions environnementales. Enfin, la **prise en compte de la jeunesse** apparait quant à elle prioritaire pour ce projet. Les jeunes constituent le groupe cible de ce projet. Cependant on observe qu'aucune action de sensibilisation dédiée n'est proposée à destination de la jeunesse. Comme en témoigne le Ministère de la Santé et plusieurs acteurs rencontrés, la prise en compte des scolaires doit devenir l'une des composantes essentielles de ce projet pour renforcer le volet sensibilisation et prévention. Mais pour cela, le contenu des théâtres fora devrait être revu et adaptés à cette cible.

5. CONCLUSION

L'évaluation externe du présent projet confirme la pertinence et l'efficacité du dispositif déployé pour atteindre l'objectif fixé, à savoir apporter une réponse intégrée et réplicable de lutte contre les PMF et le noma au Burkina Faso.

Le projet a contribué à développer un mode d'action efficace conjuguant plusieurs moyens d'interventions et permettant d'apporter une réponse complète et adaptée.
Pour ce faire, il a pu compter sur les forces et l'expertise d'une coalition de partenaires pour atteindre les résultats et effets escomptés.
L'approche intégrée du projet et le partenariat entre les différentes associations spécialisées, chacune dans un domaine de compétences, ont permis de couvrir la chaîne de valeur du noma et des maladies maxillo-faciales, allant de la sensibilisation des populations et la formation des personnels de santé, à la détection des malades et jusqu'à leur prise en charge pour les soins.

Dans un contexte marqué par une crise sanitaire et sécuritaire, ces forces et les acquis des différents acteurs, la bonne collaboration ont nourri la résilience du projet. La flexibilité du processus de décision et de coordination entre LCDE et ses partenaires ou encore l'ancrage terrain ont notamment permis d'adapter l'intervention.

Un certain nombre de changements ont ainsi pu être atteints et être mis en avant dans l'évaluation :

- Le projet a largement contribué au renforcement des capacités de LCDE et de ses partenaires – dans un cadre de réciprocité. Ce renforcement est visible à plusieurs niveaux : sur le plan de la gestion de projet, au niveau organisationnel, sur le plan technique et opérationnel, en matière de partenariat.
- Les changements opérés en réponse à la crise COVID ont eu pour effet de maximiser les retombées de l'approche de compagnonnage et de favoriser une plus forte implication des élèves formés ou en formation. Les équipes locales sont désormais plus à même d'opérer en autonomie sur des cas courants et la compétence est désormais disponible dans le pays.
- Le projet a permis de faire connaitre les pathologies maxillo-faciales auprès d'un nombre important d'acteurs, des relais, des agents de santé, des leaders, puis des communautés elles-mêmes. La transmission de ces connaissances au niveau communautaire a, en effet, permis de cibler au plus près les communautés des zones isolées et reculées.
- Le projet a permis la prise en charge chirurgicale de 382 patients au cours de 6 missions. Les témoignages des bénéficiaires démontrent que cette prise en charge a eu pour effet : de leur permettre de reprendre une vie normale, de sortir de l'ombre, de rompre l'isolement et le rejet, de déconstruire les mentalités, d'améliorer le niveau de connaissance des populations sur les PMF et le noma.

Afin d'inscrire ces changements dans la durée, et parvenir à modéliser l'approche, des défis restent cependant à être relevés, tant sur le modèle de pilotage, de coordination et de suivi, le travail en partenariat que sur les modalités mêmes d'intervention.

Nos recommandations sont décrites ci-dessous. Certaines sont des quick wins et pourront être mises en œuvre sur la phase 2. D'autres en revanche nécessitent un temps de réalisation plus long et pourront contribuer à l'efficacité et à l'efficience de LCDE et ses partenaires et à la construction de futurs projets.

6. RECOMMANDATIONS

L'ensemble de ces constats permet d'identifier des axes de réflexion et des pistes de travail pour LCDE et ses partenaires dans le cadre notamment de sa prochaine programmation.

Pilotage et coordination du projet

▶ Renforcer les instances de gouvernance et de pilotage du projet

- en formalisant la participation du Ministère de la Santé et plus spécifiquement le responsable du service de Santé Bucco-Dentaire et de Lutte contre le Noma. Des personnes ressource pourraient être invitées en fonction du besoin.
- par le partage des résultats entre l'ensemble des acteurs qui y interviennent y compris d'autres partenaires locaux intervenant dans la thématique. Ce qui a pour avantage d'assurer une appropriation du projet au niveau local.
- en proposant le déploiement ponctuel d'un comité d'organisation qui aurait pour mission de faciliter la préparation des missions chirurgicales. Il pourrait également permettre la mise en place de séance retour d'expérience (retex).

▶ Renforcer la coordination au niveau du terrain

- par le recrutement de ressources humaines supplémentaires au niveau du bureau pays :
  - un chargé de suivi-évaluation,
  - un logisticien en charge de la collecte des besoins lors des missions, de la gestion des intrants et du matériel, et des inventaires post-mission,
  - un chargé de plaidoyer
- en autonomisant davantage les équipes terrain en matière de gestion financière et administrative.

en renforçant les capacités des partenaires en logistique, en équipements informatiques (ordinateurs, vidéo projecteurs, imprimantes, …) et en salles d'hospitalisation pouvant accueillir convenablement les malades lors des missions.

- en facilitant l'organisation de missions de suivi directement sur le terrain auprès des acteurs locaux ;

▶ Réviser les process et outils de coordination et de pilotage du projet

- Définir en interne un process clair de gestion de projet détaillant pour chaque étape, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi : le process, les outils et les acteurs impliqués.
- Proposer des outils de gestion de projet permettant de mieux planifier les activités entre les acteurs, définir les rôles et responsabilités, et faciliter le suivi.
  Ces outils de pilotage doivent pouvoir faciliter la coordination entre le siège et le terrain de LCDE mais également être partagés entre les partenaires impliqués dans la mise en œuvre (exemple : un tableau de pilotage commun, une météo projet).

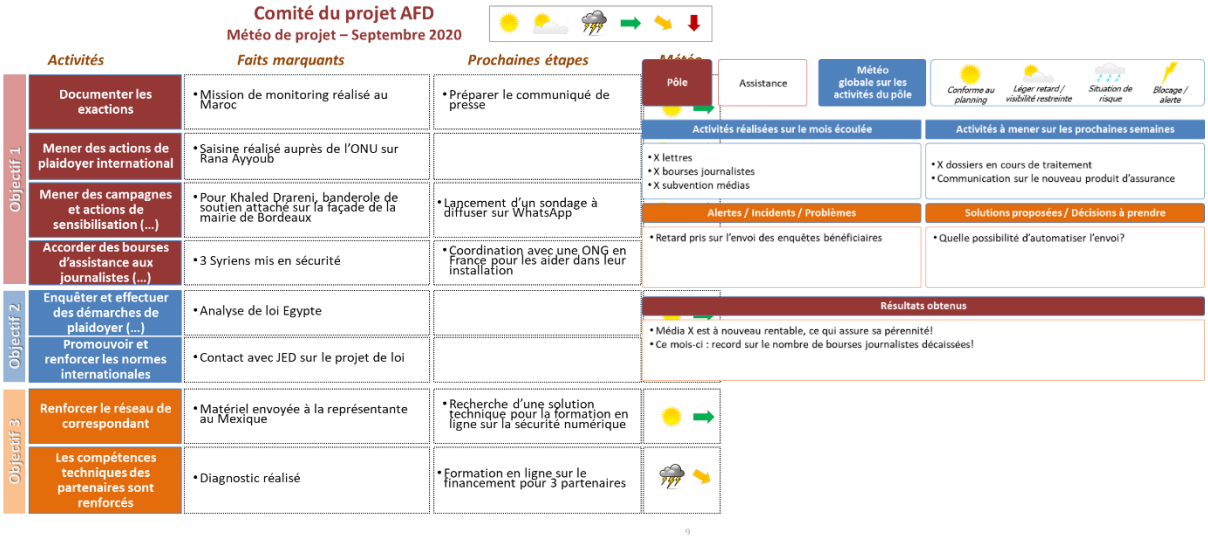


Figure 15: illustration d'une synthèse de météos et d'une météo par partenaire

Suivi-évaluation du projet

LCDE gagnerait à ajuster son dispositif de suivi-évaluation afin qu'il contribue davantage à la prise de décision.

- **Améliorer l'efficacité du système d'indicateurs** en proposant des indicateurs de résultats et d'impact fiables et mesurables de bonne qualité ainsi que des systèmes de collecte adaptés aux capacités de chaque partie prenante.
- **Proposer une approche qualitative renforcée** axée sur la mesure des soft skills (à savoir l'acquisition de nouvelles compétences), le niveau d'appréciation des actions réalisées par les acteurs, l'évolution des comportements au niveau des communautés ou encore la satisfaction des bénéficiaires.

  Pour ce faire, un dispositif d'enquêtes de perception ou de satisfaction, conduit en continu sur le projet, pourrait être déployé en interne ou via des entités externes composées d'équipes d'enquêteurs formés ou tout autre partie tierce. Ce dispositif permettrait de nourrir et d'enrichir le suivi du projet, accompagnerait son pilotage et la prise de décision et faciliterait la mesure d'impact lors des évaluations.

Pour exemple :

  - le déploiement d'une enquête de perception auprès des populations ciblées par le projet conduite à différents moments clés du projet et permettant de mesurer l'évolution de la perception et de comportements des populations vis-à-vis de la maladie. Une première enquête pourrait être conduite en début de projet et constituer la baseline via des premières de données de référence. Une seconde d'enquête à mi-parcours puis une enquête en fin de projet.

- **Compléter cette approche par la mise en place d'un dispositif de suivi des patients** de l'identification, à la prise en charge puis à la réinsertion dans la vie sociale. Ce

dispositif de gestion de l'information doit garantir un niveau important de confidentialité pour protéger les données, tout en permettant de partager ces données de suivi aux différents partenaires impliqués dans le projet. **Un logiciel de gestion de l'information et de suivi de parcours** pourrait être proposé. Développé sur-mesure, il permettrait d'apporter de plus des informations statistiques de suivi utiles au projet.

- **Elaborer un manuel de suivi-évaluation** définissant les outils, les formats des rapports, les rôles et responsabilités de chaque partenaire dans la collecte, la remontée et le traitement de l'information.

- **S'assurer que les données de suivi du projet soient partagées auprès des autorités de santé** afin qu'elles puissent être prises en compte dans le système d'information national.

Capitalisation

- **Renforcer le dispositif de capitalisation afin de contribuer davantage au partage de connaissances, à la mise en évidence des succès et à l'apprentissage organisationnel tel que formulé dans l'étude de capitalisation**

Approche d'intervention

- **Investir davantage le champ du plaidoyer en vue notamment d'influencer les processus décisionnels afin de générer des changements positifs sur le système public de santé, faire connaitre la maladie et en faire une priorité au niveau politique :**
  - par la définition d'une stratégie commune et collective entre acteurs et la construction de messages visant à plaider : pour une plus grande reconnaissance de la maladie, la mise en place de budgets dédiés, l'inclusion de formations complètes sur le noma et les pathologies maxillo-faciales au sein des formations de santé des agents de santé, l'inclusion de la thématique dans le paquet de sensibilisation des ASBC, la prise en compte dans les plans communaux de développement et la mise en place de cadres d'échanges regroupant la mairie, les acteurs de santé et les acteurs communautaires dans le cadre de la surveillance épidémiologique et de la prise en charge de ces pathologies ;
  - par un investissement plus important au sein des plateformes et collectifs d'acteurs existants ;
  - par la participation des partenaires au sein des cadres de concertation nationaux, régionaux et communaux.

- **Désigner des points focaux au niveau de chaque district** pour assurer la supervision de l'ensemble de la démarche par district, du suivi des activités, de la transmisse des fiches de collecte auprès des CSPS, des réponses aux questions des différents relais,

- **Intégrer le volet de réinsertion sociale et économique**, en partenariat avec la Fondation Sentinelles et l'association Bilaadga : appui à la scolarisation et à la formation professionnelle, aide à la création d'activité…

- **Renforcer la réflexion sur les personnes qui ne peuvent pas être prises en charge par les missions :**
  - ➔ des missions plus longues faisant intervenir des spécialistes pour des interventions plus complexes (en neuro-chirurgie par exemple)
  - ➔ la mise en place d'un listing des structures en capacité de traiter d'autres pathologies et une réorientation des patients non opérés lors des missions

- **Renforcer le dispositif de référencement par la conception d'un outil numérique adapté de gestion de l'information :**
  - formaliser un processus clair de référencement et organiser des formations spécifiques auprès de chaque acteur, accompagné d'un manuel de procédures clair ;
  - Répertorier les structures intervenant sur ces pathologies, leurs zones d'intervention, leurs actions et comment les contacter à transmettre aux agents de santé ;
  - pour les agents de santé, transmettre un numéro unique à contacter afin de centraliser les appels ;

- **Mettre à niveau le plateau technique d'un centre hospitalier public. Ce qui permettra un véritable renforcement du système de santé.**

- **Au niveau communautaire :**
  - renforcer les approches, méthodes et outils de sensibilisation en développant des outils illustrés (boites à image), en recueillant et en s'appuyant sur des témoignages de patients guéris
  - associer les tradipraticiens à la démarche (la médecine traditionnelle étant ancrée dans les pratiques des familles),
  - renforcer les mises à niveau des relais formés par des recyclages de formation et des séances de suivi plus régulières.
  - renforcer le plaidoyer auprès des leaders d'opinion, notamment les chefs de village qui détiennent un véritable pouvoir pouvant influencer énormément la référence des cas vers les formations sanitaires
  - Impliquer davantage les ASBC comme acteurs principaux, chargés de la communication au niveau communautaire afin d'intégrer la thématique dans leur paquet d'activités
  - Assurer une dotation en carburant aux acteurs communautaires lors des déplacements pour les activités de communication

Prise en compte des thématiques transversales

▶ Investir sur les thématiques transversales par le développement de stratégies dédiées et d'un suivi spécifique

La prise en compte de l'égalité de genre et des questions environnementales doit pouvoir devenir un élément systématique d'analyse pour LCDE et ses partenaires et être davantage pris en compte.
Il s'agit d'aller plus loin que la réalisation d'initiatives isolées mais de les formaliser en introduisant des stratégies, des outils ainsi qu'un dispositif de suivi adapté.

Pour ce faire :

- Définir des stratégies claires d'intégration de ces deux dimensions à toutes les étapes de la gestion du cycle de projet :
  - Porter ces dimensions dès la phase de conception du projet en y associant les partenaires d'intervention ;
  - Conduire un diagnostic initial des inégalités de genre ou enjeux environnementaux en lien ;
  - Inclure ces thématiques dans la réflexion autour de la théorie du changement et les activités correspondantes de manière à ce, par exemple, les expériences, vulnérabilités et capacités sexospécifiques soit intégrées.
  - Planifier des mesures concrètes reposant sur une approche sexo-spécifique sensible au genre et tenant compte des questions environnementales.
  - Proposer des approches et interventions plus ambitieuses – en allant au-delà que de la remontée de données genrées.
- Retravailler le dispositif de suivi au regard de ces deux dimensions en intégrant des indicateurs ventilés selon les sexes ou des indicateurs de genre mesurant les changements en ce qui concerne la situation des rapports femmes-hommes, des indicateurs environnementaux et en proposant des outils de collecte adaptés.
- Mettre davantage en lumière les efforts portés dans les rapports de suivi : identifier par exemple les lacunes ou les succès obtenus en matière de genre ou encore si le projet a pu avoir des impacts différenciés sur les hommes et les femmes ?

Démarche partenariale

- ▶ Renforcer et expliciter dès le début du projet la démarche partenariale.
- ▶ Mettre en place une démarche collective de réflexion et de montage de projet puis déterminer dès son lancement, l'implication et le rôle de chacun.
- ▶ Etablir des conventions de partenariat détaillées avec chacun des partenaires et permettre à chaque partenaire de jouer pleinement son rôle en renforçant si nécessaire ses capacités.
- ▶ Etablir un partenariat tripartite entre LCDE, l'Université Joseph Ki-Zerbo et le CHU YO où les étudiants en DES effectuent leur formation pratique. Cela est de nature à rendre officiel leur implication au moment des missions

7. ANNEXES

A) LISTE DES PERSONNES RENCONTREES DANS LE CADRE DE L'EVALUATION

N°	Nom de la personne rencontrée	Fonction/Profil	Structure/Localité
1	Kevin Kinkeu	Coordinateur *du projet*	LCDE
2	Pr Narcisse Zwetyenga	Référent médical programme	LCDE
3	Elvira Rodriguez Escudeiro	Responsable des financements institutionnels	LCDE
4	Alain Deloche	Président fondateur	LCDE
5	Nathalie De Sousa	Directrice générale adjointe et directrice des opérations	LCDE
6	Alexis Ponel	Responsable du département programmes	LCDE
7	Sylvie Pialloux		Au fil de la vie
8	Kristel Malègue	Chargée de l'étude capitalisation	
9	Marie-Laure Studer		Paspanga
10	Valérie Elsig	Coordinatrice Burkina Faso	Sentinelles
11	Rose Drabo	Chef de service	Service bucco-dentaire et lutte contre le Noma/Ministère de la Santé
12	Aissata Tall	Coordonnatrice nationale	LCDE
13	Roland Kaboré/Bonkoungou	Comptable	LCDE
14	Adama Sougouri	Directeur de la Radio/coordonnateur	LVDP
15	Boris Ouedraogo	Responsable suivi-évaluation	LVDP
16	Aminata Ouedraogo	Technicienne	LVDP
17	Moussa Ouedraogo	Animateur, chef de programmes	LVDP
18	Boureima Ouedraogo	Boureima OUEDRAOGO	LVDP
19	Salmata Ouedraogo	Salmata OUEDRAOGO	LVDP

20	Amadou Traoré	DRS	Région du Nord
21	Dieudonné Ouédraogo	MCD/PI	DS Goursy
22	Frédéric Ouédraogo	Resp. Promotion Sociale	DS Goursy
23	Prosper Sawadogo	Conseiller municipal	Lèba/Goursy
24	Isssouf Sawadogo	APE	Lèba/Goursy
25	Abel Sawadogo	ASBC	Lèba/Goursy
26	Abdoulaye Ouédraogo	Représentant du chef	Lèba/Goursy
27	Adama Ouédraogo	CVD	Lèba/Goursy
28	Boureima Zorom	Relais	Lèba/Goursy
29	Rasmané Sawadogo	COGES	Lèba/Goursy
30	Abibou Sawadogo	Coordinatrice communale des femmes	Lèba/Goursy
31	Aminata Ouédraogo	AME	Lèba/Goursy
32	Mariam Sawadogo	AME	Lèba/Goursy
33	Harouna Sawadogo	ICP	Lèba/Goursy
34	Harouna Dianda	ICP	GNESGA/DS Gourcy
35	Moumouni Rango	Relai	GNESGA/DS Gourcy
36	Samuel Saogo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
37	Paul Kindo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
38	Lassané Sawadogo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
39	Jeanne Ouédraogo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
40	Relwendé Bologo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
41	Cécile Sawadogo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
42	Sali Bologo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
43	Cotima Sawadogo	Relai	GNESGA/DS Gourcy
44	Isso Sayaogo	Père	GNESGA/DS Gourcy
45	Yacouba Sayaogo	Bénéficiaire (25 ans)	GNESGA/DS Gourcy
46	Lassara Zala	Directeur du centre	Persis
47	Aïssata Zala	Infirmière	Persis
48	Karim Zango	Aide-chirurgien	Persis
49	Isabelle Ouédraogo	MCD Yako	DS Yako
50	Yamsékré Séogo	Père	Kingria/DS Yako
51	Noomé Séogo	Bénéficiaire (8 ans)	Kingria/DS Yako

52	Jacques Bako	Père	Kingria/DS Yako
53	Jean Bako	Bénéficiaire (6 ans) (cas de Bec de lièvre)	Kingria/DS Yako
54	Daniel Zongo	CVD	Kingria/DS Yako
55	Gueswendé Sankara	Relai	Kingria/DS Yako
56	Gilbert Congo Goulwendé	Relai	Kingria/DS Yako
57	Marcel Zongo	APE	Kingria/DS Yako
58	Ali Congo	Relai	Kingria/DS Yako
59	Robert Zongo	COGES	Kingria/DS Yako
60	Théophile Koalga	COGES	Kingria/DS Yako
61	Ousséni Tago	Représentant des jeunes	Kingria/DS Yako
62	Tasséré Ouédraogo	ICP	Kingria/DS Yako
63	Harouna Ouédraogo	COGES	Zongbèga/DS Yako
64	Adama Kébré	CVD	Zongbèga/DS Yako
65	Saïdou Kébré	APE	Zongbèga/DS Yako
66	Ousmane Ouédraogo	ASBC	Zongbèga/DS Yako
67	Moïse Tenkodogo	ASBC	Zongbèga/DS Yako
68	Ousséni Ouédraogo	Représentant des jeunes	Zongbèga/DS Yako
69	Antoinette Tenkodogo	AME	Zongbèga/DS Yako
70	Habibou Nokré	AME	Zongbèga/DS Yako
71	Awa Zongo	AME	Zongbèga/DS Yako
72	Lassina Zanté	Relai	Kari/DS Dédougou
73	Mamadou Yinnassé	Relai	Kari/DS Dédougou
74	Abi Berthé	Relai	Kari/DS Dédougou
75	Drissa Berthé	Relai	Kari/DS Dédougou
76	Sylvie Tiamogo	ICP	Kari/DS Dédougou
77	Aboubacar Séré	Relai	Safané/DS Dédougou
78	Jean Dissa Tokodé	Relai	Safané/DS Dédougou
79	Lassina Koté	ASBC	Safané/DS Dédougou
80	Moussa Koné	ICP	Safané/DS Dédougou
81	Moumouni Ouermi	Tuteur	Boundokouy/DS Dédougou
82	Haoua Ouédraogo	Mère	Boundokouy/DS Dédougou
83	Assèta Somtoré	Bénéficiaire (10 ans)	Boundokouy/DS Dédougou

84	Lassina Gnisssien	Relai	Koumana/DS Dédougou
85	Karim Sawadogo	Président COGES	Koumana/DS Dédougou
86	Hamado Ouédraogo	Relai	Koumana/DS Dédougou
87	Abdoulaye Téguera	Relai	Koumana/DS Dédougou
88	Edmond Zida	Grand père	Soukouy/DS Dédougou
89	Marie Rouamba	Mère	Soukouy/DS Dédougou
90	Colette Ouédraogo	Belle-mère	Soukouy/DS Dédougou
91	Giselle Zida	Bénéficiaire (10 ans)	Soukouy/DS Dédougou
92	Chef de village	Chef de village	Soukouy/DS Dédougou
93	Yindé Dakuyo	Relai	Soukouy/DS Dédougou
94	Zomisin Dakuyo	Relai	Soukouy/DS Dédougou
95	Nathalie Dakuyo	Relai	Soukouy/DS Dédougou
96	Tamdran Coulibaly	Relai	Soukouy/DS Dédougou
97	Sylvain Sama (Ancienneté moins de 02 ans)	ICP	Soukouy/DS Dédougou
98	Rahamatou Sanou	Infirmière	Soukouy/DS Dédougou
99	Jean Yili	Chef de rédaction	Radio Salaky
100	Augustin Koara	Responsable du CSPS	Bilaadga
101	Tarcissus Konsem	Coordonnateur du DES chirurgie maxillo facilae	CHUYO
102	Rodrigue Yara	DES 1	CHUYO
103	Jean-Baptiste Sougou	DES 2	CHUYO
104	Patrick Badini	DES en fin de formation	CHUYO
105	Timbila Zongo	Relai	Tangasgo/DS Kaya
106	Hamadou Ouédraogo	Relai	Tangasgo/DS Kaya
107	Natéwendé Bamogo	Point focal	DS Kaya
108	Awa Sawadogo	ICP adjointe	Tangasgo/DS Kaya
109	Samuel Bamogo	DG	Radio Manegda
110	Samuel Sawadogo	Point focal communication	Radio Manegda
111	Oumarou Yaméogo	Point focal relais communautaires	Radio Manegda
112	Harouna Sawadogo	ICP	Lebda/DS Kaya
113	Hamado Ouédraogo	ASBS	Koumana/DS Dédougou
114	Abdoulaye Sankara	ICP	Dahisma/DS Kaya

115	Mélaine Naré/oubda	ICP	Kalambaogo/DS Kaya
116	Souleymane Sawadogo	Représentant du chef	Kalambaogo/DS Kaya
117	Tasséré Sawadogo	ASBC	Kalambaogo/DS Kaya
118	Sanaté Sawadogo	Relai	Kalambaogo/DS Kaya
119	Abdoulaye Doulougou	Responsable sentinelles	Sentinelles
120	Amado Ouédraogo	Assistant social	Sentinelles
121	Sidi Boena	Infirmier	Sentinelles
122	Dr Sandrine Coulibaly	DAF	PNDP
123	Dr Fidèle Sawadogo	Chef de service Chirurgie	PNDP
124	Alpha Ouédraogo	Maintenancier	PNDP
125	Amina Ilboudo	Gestionnaire	PNDP

B) REFERENTIEL EVALUATIF

CRITERES EVALUATIFS	Questions évaluatives	Indicateurs *(variable qui aide à mesurer des changements)*	Sources
PERTINENCE et COHERENCE	• La stratégie d'intervention est-elle pertinente au regard des enjeux du programme et vis-à-vis des besoins des populations cibles ? • La stratégie d'intervention a-t-elle été élaborée dans un cadre de réflexion concertée impliquant l'ensemble des partenaires du projet ? • L'approche communautaire a-t-elle favorisé l'appropriation du programme par ses bénéficiaires ?	- Analyse et niveau de connaissance du contexte et des besoins par les équipes - Capacité des acteurs à justifier les choix en termes d'approche - Niveau d'implication des communautés lors de l'identification et l'élaboration du programme - Niveau d'implication des partenaires lors de l'identification et l'élaboration du programme - Capacité des bénéficiaires interrogées à prioriser les apports du programme au regard de leurs besoins - Capacité des acteurs à retracer la logique d'intervention du programme ainsi que la chaine des changements et à justifier les choix opérés concernant l'approche	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires - Entretiens individuels et/ou collectifs avec les acteurs communautaires - Entretiens individuels et/ou collectifs avec les bénéficiaires - Focus group bénéficiaires
	• Le projet est-il en adéquation avec la vision, les missions, l'approche de LCDE et de ses partenaires ? • L'organisation interne et la complémentarité des organisations partenaires ont-elles permis de mettre en œuvre les actions de manière adéquates ?	- Degré d'adéquation entre les conventions de partenariats et les objectifs du programme - Degré d'adéquation entre les objectifs du programme et les mandats des structures partenaires - Clarté dans la répartition des rôles et responsabilités sur le projet - Pertinence des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet - Degré d'analyse des synergies par les parties prenantes - Analyse des forces et faiblesses de l'approche multi-acteurs par les acteurs interrogés	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires
	• Quelles sont les formes de collaboration entre l'équipe de mise en œuvre et les autorités publiques concernées (Ministère de la santé, autorités administratives locales, centres de santé, etc.), ainsi qu'avec les autres acteurs associatifs (ONG	- Niveau de satisfaction des acteurs interrogés quant à la collaboration - Justification par les acteurs de la pertinence de l'approche intégrée - Niveau de connaissance par les acteurs interrogés des documents de stratégies nationaux et des plans de développement locaux	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires - Entretiens autorités publiques/acteurs nationaux et internationaux

	internationales, associations nationales) ? Dans quelle mesure ces collaborations constituent-elles une valeur ajoutée pour le projet ? • Comment le projet et l'équipe ont-ils été perçus par les différents acteurs (étatiques, associatif et internationaux) ? • Dans quelle mesure les interventions proposées sont-elles en ligne avec les besoins et les priorités du pays ?	- Niveau de connaissance des partenaires et programmes mis en place dans les localités ciblées / concertation	
EFFICACITE et EFFICIENCE	• L'approche proposée a-t-elle permis de répondre efficacement et de manière efficiente aux besoins préalablement identifiés ? aux objectifs attendus ? • Quels facteurs ont permis d'atteindre les résultats observés ? • Quels ont été les freins ?	- Taux d'exécution physique des activités (% activités réalisées, % activités non réalisées, % activités réalisées avec retard, …) - Ecarts entre la situation de référence et les cibles du projet – par activité - Capacité des acteurs à justifier ces écarts - Part des actions prévues effectivement mises en œuvre	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires
	• Les résultats visés par le programme ont-ils été atteints (en matière de sensibilisation, renforcement de compétences, référencement, prise en charge médico-chirurgicale) ? Comment les apprécier quantitativement et qualitativement ? • Quel est le degré de mise en œuvre des activités ?	- Niveau d'atteinte des indicateurs fixés - Disponibilité du dispositif de suivi-évaluation, des données et des rapports - Ajustements occasionnés et leur justification	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires
	• Le système de gouvernance était-il adapté ? A-t-il permis	- Respect des dispositifs prévus - Existence de modalités de pilotage et suivi	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires

	une gestion transparente et contrôlée des ressources du programme ? • Les outils de coordination et de pilotage sont-ils adaptés au format multi-acteurs du projet ? • Comment améliorer le suivi des actions ? Les outils et les méthodes de suivi actuels peuvent-ils être améliorés ?	- Disponibilité/clarté/appropriation des outils de coordination - Clarté des circuits financiers et suivi opérationnel - Niveau d'exécution financière des activités - Adéquation des ressources humaines logistiques et matérielles acquises pour l'exécution du Projet	

FOCUS SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	OS1 :
	Le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des radios partenaires du programme a-t-il effectivement permis d'améliorer la communication sur le noma et les pathologies maxillo-faciales dans les régions concernées ?
	
	Le dispositif mis en place pour la formation des personnels de santé dans les centres de santé à base communautaire est-il suffisant ?
	
	OS2 :
	Les activités de sensibilisation communautaire (formation de relais communautaires, causeries porte à porte, plaidoyers auprès des leaders dans les villages et au niveau des communes, théâtre forum, micro-programmes radiophoniques) ont-elles permis d'améliorer les connaissances des populations sur le noma et les pathologies maxillo-faciales ?
		- Niveau d'atteinte des indicateurs du projet
		- Données disponibles justifiant d'une évolution
		- Capacité des acteurs du programme, des partenaires et bénéficiaires à justifier ces évolutions et illustrer les effets positifs ou négatifs induits du programme
		  - Satisfaction des parties prenantes
		  - Satisfaction des bénéficiaires
			- Analyse documentaire
			- Entretiens équipes projet
			- Entretiens partenaires
			- Entretiens autorités publiques
			- Entretiens individuels et/ou collectifs avec les acteurs communautaires
			- Entretiens individuels et/ou collectifs avec les bénéficiaires
			- Focus group bénéficiaires

	OS3 : La méthode de transfert des compétences par compagnonnage à l'occasion des missions chirurgicales est-elle efficace ?		
IMPACT	Quel est l'impact général du projet : - sur les bénéficiaires ciblés ? - sur le personnel de santé ? - sur les acteurs au niveau communautaire ? - sur les partenaires du projet ? • L'approche a-t-elle permis de couvrir les attentes des populations cibles ? • A-t-elle permis de changer le regard sur les personnes portant ces maladies ? • L'approche intégrée de lutte contre le noma et les pathologies maxillo-faciales favorise-t-elle la pérennité des actions mises en place ? Permet-elle d'adresser la problématique du noma et des pathologies maxillo-faciales de manière pérennes ?	- Capacité des acteurs interrogés à témoigner des retombées du programme, des changements sur les pratiques, les comportements, les habitudes - Capacité des acteurs à témoigner des changements : - sur le retour à la vie normale des enfants et des familles - le renforcement de capacités des radios communautaires - le renforcement des acteurs de santé en termes de pratiques, de compétences acquises, de connaissances - la diminution en termes de prévalence des nomas et des pathologies maxillo-faciales et le renforcement des capacités de prise en charge - l'évolution des comportements et des mentalités grâce à un meilleur accès à l'information - la diminution de l'exclusion des malades - l'adoption de bonnes pratiques : renforcement de dépistage - l'intégration des mères dans le processus de changements pour mettre à profit leur influence importante dans le domaine familiale - l'implication des jeunes pour une plus forte appropriation	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires - Entretiens autorités publiques - Entretiens individuels et/ou collectifs avec les acteurs communautaires - Entretiens individuels et/ou collectifs avec les bénéficiaires - Focus group bénéficiaires
DURABILITE / PERSPECTIVES	• Comment renforcer l'implication des familles et des enfants dans la mise en place des activités afin de favoriser des apprentissages de pair à pair et une meilleure appropriation ?	- Existence de dispositifs de pérennisation du projet à tous les niveaux - Preuves d'approches / technologies / attitudes adoptées par les différents acteurs - Disponibilité d'équipes compétentes pour la prise en charge chirurgicale au niveau national	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires - Entretiens autorités publiques - Entretiens individuels et/ou collectifs avec les acteurs communautaires

	• Quelles seraient les pistes pour renforcer les actions de sensibilisation tant au niveau du personnel de santé que des communautés d'intervention ? Y a-t-il de nouveaux acteurs à cibler ou de nouvelles méthodes à intégrer ? • Le modèle d'intervention est-il réplicable sur d'autres territoires ? Quelles seraient les points d'attention à prendre en compte pour favoriser la réussite d'une telle démarche ? • De quelle manière cette mise à l'échelle pourrait-elle intégrer une approche par les droits des enfants ? • Comment renforcer la prise en compte du genre en cas de mise à l'échelle du projet ?	- Capacité des acteurs à identifier les bonnes pratiques et les risques éventuels liés au modèle actuel - Besoins/changement d'approche - Innovations à prendre en compte	- Entretiens individuels et/ou collectifs avec les bénéficiaires - Focus groups bénéficiaires
FOCUS COVID	• Comment l'équipe et les partenaires de mise en œuvre ont-ils fait face et s'est adaptée à l'évolution du contexte (insécurité, pandémie de Covid-19) ?	- Aspects du projet qui ont été affectés par la pandémie COVID et/ou l'insécurité - Mises en œuvre d'innovations pour faire face aux changements - Existence d'une analyse sur l'impact Covid sur le projet - Nombre d'acteurs consultés sur l'impact Covid et impliqués sur la définition de mesures d'atténuation	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires

FOCUS PARTENARIAT	• Dans quelles mesures les collaborations entre l'équipe de mise en œuvre et les différents acteurs et partenaires ont contribué à l'atteinte des résultats ? • Les capacités de mise en œuvre et de gestion des partenaires ont-elles été évaluées ? Le cas échéant, les actions de renforcement des capacités mises en place ont-elles été suffisantes au regard des enjeux en la matière ?	- Promptitude des actions du projet au niveau des acteurs - Niveau de concertation et de connaissance du projet par l'ensemble des acteurs - Capacité à illustrer par chaque partie, la valeur ajoutée du partenariat - Degré de satisfaction avec les attentes et objectifs du partenariat - Degré de satisfaction quant au positionnement	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires
FOCUS THEMATIQUES TRANSVERSALES	• En quoi le projet, dans sa partie sensibilisation, a-t-il renforcé ou transformé les normes de genre dans les zones d'intervention ? Quels effets ont été induits, particulièrement quant au rôle des femmes et des hommes dans la communauté ? • Le projet a-t-il eu un impact différencié entre filles et garçons accompagné-e-s ? Au niveau du staff médical, et des personnels des organisations partenaires ?	- Prise en compte du genre dans la conception et la mise en œuvre de la sensibilisation sur le noma et des pathologies maxillo-faciales - Analyse de l'impact du projet sur le genre	- Analyse documentaire - Entretiens équipes projet - Entretiens partenaires

RED MANGROVE
Development Advisors
BORDEAUX
FRANCE
TEL: 0678992085
ldenis@rmda-group.com

ICI SANTE
OUAGADOUGOU
BURKINA FASO
TEL: +226 702 750 83
benoit.kafando@ici-sante.com