



CTB

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

RAPPORT DE FORMULATION

**APPUI AU SYSTEME NATIONAL
D'INFORMATION SANITAIRE DU
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

BURUNDI

**CODE DGCD : NN 3010153
CODE NAVISION : BDI 10 068 11**

TABLE DES MATIÈRES

1 DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE SUIVIE.....	4
1.1 CONTEXTE	4
1.2 DÉMARCHE SUIVIE DE LA FORMULATION	4
1.3 DÉROULEMENT DE LA MISSION ET APPROCHE	7
1.4 VALIDATION DE L'IDENTIFICATION.....	9
2 FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	10
3 CONTEXTE SECTORIEL.....	12
3.1 RÉFÉRENCE À LA POLITIQUE NATIONALE DU PAYS PARTENAIRE	12
3.2 ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL DU SECTEUR.....	12
3.3 ANALYSE DE LA STRATÉGIE BELGE DANS LE SECTEUR ET DES EXPÉRIENCES OPÉRATIONNELLES	13
3.4 ANALYSE DES INTERVENTIONS DES AUTRES BAILLEURS DE FONDS, DES PRINCIPALES LEÇONS RÉCOLTÉES ET LES SYNERGIES POSSIBLES	16
4 ETUDES ADDITIONNELLES	17
5 DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER	18
6 ANALYSE DES RISQUES	19
6.1 RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE.....	19
6.2 RISQUES LIÉS À LA GESTION – RISQUES FIDUCIAIRES	19
6.3 RISQUES LIÉS À L'EFFICACITÉ	19
6.4 RISQUES LIÉS À LA DURABILITÉ.....	20
6.5 RISQUES DE FONGIBILITÉ	20
7 THÈMES TRANSVERSAUX	21
8 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22

Abréviations

La liste d'abréviations se trouve dans le DTF.

1 Description de la démarche suivie

1.1 Contexte

Lors de la dernière Commission Mixte, le **PIC 2010–2013** a été signé à Bruxelles le 22 octobre 2009. La santé étant un des domaines prioritaires, des interventions «santé» en font partie. La base de ces interventions est celle d'un programme intégré pour un montant de 25 millions d'EUR. Sans manquer de tirer les premières leçons du **PAISS** (BDI 09 058 01), lui-même faisant suite à 4 interventions précédentes (PIC 2005-2009), cette intervention inscrit le partenariat belgo-burundais dans le secteur de la santé dans une perspective d'envergure et sur le long terme.

Le montant de **25 millions d'EUR** se décline en deux interventions :

- Une première d'un montant de 17.000.000 EUR, le PAISS, sur des appuis institutionnels à la gouvernance au niveau central et périphérique ainsi qu'au renforcement de la DRH ;
- Une deuxième de 8.000.000 EUR sur l'appui au SNIS du MSPLS, présente intervention (initialement affecté à une contribution à la mise en place d'un Fonds Commun Santé).

En date du 28 avril 2011, un marché de services relatif à la formulation du projet «Appui au Système National d'Information Sanitaire du MSPLS du Burundi», pour un montant de 8 millions d'euros, spécifié dans le CSC -CTB/BTC Bxl 1024, a été attribué au consortium Dr LEDECQ Jean-Louis et le Dr SEHEYE Emmanuel.

1.2 Démarche suivie de la formulation

1.2.1 Introduction et enjeux

L'**objectif général** de cette intervention est partagé dans une vision programmatique avec le PAISS: "La performance du système de santé au Burundi est améliorée" (voir 1.4 validation de la Fiche d'Identification).

Le processus de formulation s'est attaché à analyser la faisabilité des différentes orientations explicitées dans le CSC et à proposer une programmation réaliste en lien avec toute autre intervention de la Coopération Belge au Burundi. L'intervention s'inscrit dans la continuité des appuis précédents et actuels de la Coopération Belge dans le secteur 'Santé', en particulier celles du Programme actuel « d'Appui institutionnel au secteur de la santé publique » en sa composante « Appui à la gouvernance sanitaire au niveau central » (Code DGD : NN 3008574 et Code navision : BDI 09 058 11) qui échoit à la fin de 2014 ainsi qu'à l'expertise « d'appui à la CT/SIS » qui s'est échuée en décembre 2010.

Les résultats que l'intervention doit atteindre ont été formulés sur la base des 4 axes suivants :

- **Axe 1** : consolidation des acquis de l'intervention «Appui au SNIS 2008-2010» (transformation du SNIS et modernisation d'EPISTAT), en particulier concernant l'utilisation des nouveaux outils mis en place ;
- **Axe 2** : informatisation du secteur hospitalier et dossier informatisé pour le patient hospitalisé ;
- **Axe 3** : maintenance du parc informatique et bureautique du système de santé
- **Axe 4** : renforcement de capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données sanitaires à tous les échelons du système de santé.

Les **enjeux** essentiels de la formulation:

- Elle devra être adéquatement intégrée sur le PNDS 2011-2015 en cours de confection. C'est dans ce cadre que la performance du SNIS doit être à la hauteur des attentes de tous les acteurs, les intervenants et les structures de coordination pour une mise en œuvre 'efficace' de ce PNDS;
- Elle ne couvre pas à elle seule l'atteinte de l'objectif principal, mais y contribuera très significativement. Elle sera conduite en harmonie et sous la coordination des responsables institutionnels du MSPLS, avec un leadership fort (à travers le Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement, le CPSD) sur la base d'une répartition stratégique des tâches entre les différents intervenants et bailleurs de fonds impliqués (des coopérations bilatérales et multilatérales et privées) ;
- Elle sera porteur d'innovations et doit contribuer concrètement au dialogue sectoriel et éventuellement à l'évolution future de la politique nationale (dont la couverture échoit en 2015) et des politiques nationales d'atteinte des ODM et du CSLP ;
- Les experts optent pour une approche résolument systémique en vue de contribuer à une bonne cohérence de l'ensemble du Système de Santé. Un processus de planification globale reste un défi non négligeable eu égard :
 - Aux programmes verticaux,
 - A la gestion des Ressources Humaines et du suivi de leur performance,
 - Au développement d'une vision non bureaucratique du fonctionnement du SNIS en tenant compte de la redevabilité des prestations produites par les services de santé publics et privés, autant vis à vis de l'institutionnel que des bénéficiaires,
 - A une bonne appropriation par tous les acteurs du fonctionnement du sous-système d'information sanitaire,
 - A une bonne adéquation à la politique sectorielle et générale de décentralisation.

1.2.2 Généralités sur la méthodologie de la formulation

Quatre phases ont été planifiées :

- une première, préliminaire à Bruxelles,
- une deuxième consacrée au terrain,
- une troisième consacrée à la rédaction,
- une quatrième à l'approbation du DTF au Burundi, suivi de son acceptation en CCQ et enfin en SMCL.

La première phase, consacrée à :

- Un briefing à Bruxelles entre l'Expert International (EI) et le Coordinateur de la Cellule Santé, gestionnaire de la formulation, sur les attentes et les orientations de l'intervention et son lien avec les projets actuels dans le secteur ;
- Un inventaire mené à Bruxelles par l'EI de la documentation disponible au siège et par l'Expert National (EN) pour les documents disponibles au Burundi ;
- L'organisation préliminaire de l'agenda de la mission au Burundi ;
- Des entretiens à Bruxelles avec des personnes ressources belges et burundaises.

La deuxième phase, consacrée à :

- Une mission au Burundi menée par les experts et la personne ressource désignée par le MSPLS avec la collaboration des responsables/pays de la Coopération Belge et des Assistants Techniques en place ;
- Suite à une mission sur le terrain à l'intérieur du pays dans 3 Provinces (Kirundo, Gitega et Muramvya) ainsi qu'à tous les entretiens menés, une analyse de situation et les défis à prendre en compte, une session en «SMCL élargie» est menée afin de valider cette analyse. Un PV est rédigé (voir annexe 4);
- La mission sera clôturée par une deuxième «SMCL élargie». Un Aide-Mémoire (AM) provisoire est présenté, débattu et validé sous la présidence d'une haute autorité du MSPLS. Un deuxième PV est rédigé (voir annexe 4).

Elle a pour objets :

- Une analyse globale de la situation (l'existant) dont les activités sont :
 - Analyse documentaire ;
 - Entretiens individuels (sur base d'un guide) avec les autorités du MSPLS au niveau Central, celles de la Coopération Belge et des ATI au niveau Central, avec les partenaires fournissant un appui au système d'information sanitaire ou indirectement impliqués ;
 - Entretiens avec l'équipe d'EPISTAT.
- Une mission sur le terrain de 6 jours, accompagné par la personne ressource du MSPLS, dans 3 Provinces sanitaires (BPS, BDS, Hôpitaux et Centres de Santé. Le choix des sites est fixé avec le DGSP. Dans chacune des Provinces un exercice SWOT est mené avec moins d'une vingtaine de personnes avec pour moitié des personnels et responsables de la santé et pour l'autre moitié des acteurs communautaires et de la société civile et associative ;
- Deux «SMCL élargies» de validation menées, dans un premier temps, sur l'analyse de situation et, dans un second, sur les orientations et planification stratégiques ;
- Un débriefing avec les responsables de la Coopération Belge au Burundi ;
- Un débriefing à Bruxelles de restitution à la CTB.

La troisième phase, consacrée à :

- La rédaction d'un draft de DTF et de RDF. Les experts échangeront par courrier électronique pendant cette période ;
- L'organisation de la deuxième mission.

La quatrième phase, consacrée à :

- Une deuxième mission de 5 jours ouvrables au Burundi pour présenter le draft du DTF et le valider en SMCL élargi intermédiaire ;
- De retour en Belgique : un troisième débriefing à Bruxelles pour présenter le DTF amendé lors de cette mission avec la Coordinatrice de la Cellule Santé, gestionnaire de la formulation ;
- Le DTF amendé et éventuellement complété est renvoyé ensuite au Burundi pour validation aux responsables de la Coopération Belge/Pays ;
- Tenue du CCQ en présence de l'EI et présentation du DTF et du RDF ;
- Transmission du DTF amendé et approuvé en CCQ à la SMCL ;
- Approbation définitive du DTF et du RDF et transmission à la DGD.

1.3 Déroulement de la mission et approche

1.3.1 Première phase

- Dès le 3 mai 2011, briefing à la CTB/BTC avec le Dr Paul Bossyns et Dr Stefaan Van Bastelaere sur l'organisation générale de la mission ;
- Entretien à la CTB/BTC avec le Dr Verbeke Frank de la Société «Medical Exchange Solutions », fournisseur potentiel dans le cadre de l'informatisation hospitalière, représentée à Boutersem en Belgique et à Bujumbura au Burundi. Dans son expertise, on note son implication sur le même thème au Rwanda et en République Démocratique du Congo ;
- Entretiens avec Madame Spes-Caritas Ndayishimiye et le Dr Claude Hakizimana, personnels à l'EPISTAT à Bujumbura à l'ESP de l'ULB à Bruxelles, sur la dynamique actuelle du SIS et des principaux défis ;
- Entretien avec Mr Alain Wodon, expert international dans le cadre du PASIS et du PAISS ;
- Analyse des documents disponibles en préalable de la mission au Burundi: le PIC 2010-2013, la fiche d'identification et TDR de la formulation du présent projet, le programme BDI 09 058 11, le rapport sur la dernière Commission Mixte du 22 octobre 2009, les rapports globaux statutaires ou non, les évaluations établies par certains PTF's dans le domaine de l'Information Sanitaire, l'ancien PNDS 2005-2010), les plans, les rapports et la répartition des tâches établie par EPISTAT, le CSLP, la dernière évaluation des OMD, les rapports récents d'audits (dont celle sur les aspects institutionnels et organisationnels, la politique de développement des RH pour la santé (janvier 2010), les documents dans le domaine des thèmes transversaux (égalité des genres, droits des enfants, environnement), canevas validé du PNDS 2011-2015), décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPLS (novembre 2010) et les rapports des 8ème (24 octobre au 3 novembre 2010) et 9ème mission (16 au 23 janvier 2011) de l'expertise d'appui au SIS (PASIS CTB/BTC n° Bxl/359) et 1ère Mission d'appui au SIS (PAISS- BDI 09 058 11, du 20 avril au 1er mai 2011) par Alain Wodon.

1.3.2 Deuxième phase

1.1.1.1 Une première mission au Burundi a été menée sur le terrain du 9 au 27 mai 2011.

- Départ de Bruxelles le 8 mai ;
- Du 9 au 14 mai :
 - Premier briefing avec le Dr Seheye E. , le Dr Moreels R. et à la représentation de la CTB/BTC, Mr Jean-Michel Swaelens, Attaché à la Coopération Belge, ainsi qu'avec le Dr Dionis Nizigiyimana, Directeur d'EPISTAT, désigné « accompagnant » de la présente mission, représentant le MSPLS ;
 - Entretiens à Bujumbura avec les responsables du MSPLS, les partenaires (OMS, UNICEF, Pathfinder/ USAID), le responsable du programme de couverture en fibres optiques au Burundi, un responsable d'une Clinique privée à Bujumbura et la directrice de l'ISTEEBU (voir annexe 1et 2).
- Du 15 au 21 mai : visites sur le terrain dans les Provinces de Kirundo, Gitega et Muramvya de 3 BPS, 5 BDS, 6 Hôpitaux et 5 Centres de santé (voir annexe: note méthodologique et rapport) ;
- Du 22 au 23 mai : préparation de la présentation de l'analyse de situation et des défis (voir annexe) à prendre en compte et session de travail avec le Dr Bossyns P., Van Bastelaere S. et Mme Bosmans M. (responsable de l'intégration du VIH/Sida au Burundi) de la CTB/Bruxelles en mission au Burundi, et présentation/validation le 23 mai après-midi (voir annexe 4) ;
- Du 24 au 27 mai : préparation des orientations et planification stratégique, session de travail le 25 mai après-midi avec les Attachés et débriefing final de la mission le 26 mai après-midi (voir annexe 4) ;
- Retour en Belgique le 27 mai.

1.1.1.2 Produits des deux premières phases

Documents complémentaires acquis sur place:

- Attribution des tâches du personnel de l'EPISTAT ;
- Première version de l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du SNIS au Burundi, basé sur l'outil HMN établi par le groupe ad hoc ;
- Premiers drafts du PNDS 2011-2015 ;
- Les documents obtenus lors de la visite de terrain, comme des exemplaires de dossiers médicaux hospitaliers, rapports mensuels, etc... ;
- Le cadre légal de la statistique au Burundi (2008) ;
- Draft d'un guide de gestion d'un SIS au niveau du District (août 2010) fourni par EPISTAT ;
- Rapport d'évaluation du SIS à l'aide de l'outil HMN (septembre 2008) ;
- Bulletin d'informations sanitaires et de la surveillance épidémiologique du MSPLS au Burundi (n°1/2011 du 1er mai 2011) ;
- TDR pour une «analyse de mise en place d'une couverture universelle des soins de santé au Burundi» (dans le cadre du PAISS du 28 mars 2011) ;
- Plateforme nationale de concertation des acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi (PAMUSAB, mars 2011).

1.3.3 Troisième et quatrième phases

1.1.1.3 Deuxième mission sur le terrain

Déroulement

Un draft complet a été rédigé et transmis aux autorités nationales du MSPLS avant la mission qui s'est tenue du 9 au 17 juillet.

L'objet de cette mission était de soumettre ce draft. Pour des contraintes d'agenda du MSPLS (finalisation du PNDS II et de ses indicateurs) la SMCL élargie a dû être avancée par rapport à la date initialement identifiée. Ainsi certains participants n'ont pu lire intégralement le draft mais une synthèse a été présentée par le consortium (voir annexe...). Les grandes lignes du budget y ont été présentées.

Documents complémentaires acquis sur place:

- Le **Cadre de Dépenses à Moyen Terme** (CDMT) 2011-2013 (Juin 2011) a été élaboré et s'alignera dorénavant sur le cycle des PNDS (dont celui de 2011-2015) ;
- Le **Plan Stratégique du SNIS 2011-2015**, qui sera validé en août 2011 ;
- Une avant dernière version du **PNDS II 2011-2015** (et ses indicateurs).

1.3.4 Validation de l'identification

Chacun de ces quatre axes présentés dans la fiche d'Identification ont fait l'objet d'un échange avec les responsables de la Coopération Belge (l'Attaché de l'Ambassade et le RR de la CTB) afin de prendre connaissance de leurs orientations stratégiques et de leur champ d'application. En suite de quoi ils ont été adoptés en fin de missions, en prenant en compte les attentes des autorités du MSPLS (voir mémo d'une session de travail commune en annexe ...).

En suite de quoi les modifications suivantes de la Fiche sont proposées dans le DTF :

- * L'objectif général spécifié dans la Fiche d'Identification originale « **La disponibilité d'informations sanitaires fiables au Burundi est améliorée grâce à la mise sur pied d'un SNIS pérenne** » a été remplacé par l'objectif du PAISS afin de souligner la contribution au programme Santé du PIC 2010-2013.
- * L'objectif spécifique spécifié dans la Fiche d'Identification originale « **Les prestations en matière d'information sanitaire au bénéfice du MSPLS, de ses partenaires et de la population, augmentent en qualité grâce à un appui à tous les niveaux de production et d'analyse des données** » a été remplacé par un objectif qui marque mieux la hiérarchie par rapport premier résultat : « **La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés** », qui souligne davantage les aspects du processus.
- * La durée du fait de la hauteur du montant passée de 4 à 7 années et de l'approche pilote proposée pour l'informatisation des Hôpitaux, en préalable d'une mise à l'échelle l'ensemble du pays. Cette durée se justifie également du fait du montant à exécuter.

2 Fiche analytique de l'intervention

Les modifications suivantes de la Fiche initiale sont proposées :

* L'objectif général spécifié dans la Fiche d'Identification originale « **La disponibilité d'informations sanitaires fiables au Burundi est améliorée grâce à la mise sur pied d'un SNIS pérenne** » a été remplacé par l'objectif du PAISS afin de souligner la contribution au programme Santé du PIC 2010-2013.

* L'objectif spécifique spécifié dans la Fiche d'Identification originale « **Les prestations en matière d'information sanitaire au bénéfice du MSPLS, de ses partenaires et de la population, augmentent en qualité grâce à un appui à tous les niveaux de production et d'analyse des données** » a été remplacé par un objectif qui marque mieux la hiérarchie par rapport au premier résultat : « **Le Burundi dispose d'un Système National d'Information Sanitaire renforcé lui permettant d'avoir en temps opportun des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon pérenne** », qui souligne davantage les aspects du processus.

* La durée du fait de la hauteur du montant passée de 4 à 7 années et de l'approche pilote proposée pour l'informatisation des Hôpitaux, en préalable d'une mise à l'échelle pour l'ensemble du pays.

N° d'intervention DGCD	NN 3010153
Code Navision CTB	BDI 10 068 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA
Durée de l'intervention	84 mois pour l'exécution (96 mois à partir de la signature de la CS)
Date de l'intervention	Début 2012
Contribution du pays partenaire	383 940 euros.
Contribution belge	8 000 000 euros
Secteur (codes CAD)	12110
Brève description de l'intervention	Cet appui vise à appuyer le Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le Sida (MSPLS) dans ses fonctions régaliennes de planification, de régulation, de gestion et d'organisation du système de santé, en particulier dans le domaine du suivi-évaluation des prestations du système de santé et de l'évolution de l'état de santé de la population
Objectif global	La performance du système de santé au Burundi est améliorée
Objectif spécifique	Le Burundi dispose d'un Système National d'Information Sanitaire renforcé lui permettant d'avoir en temps opportun des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon pérenne
Résultats (4)	R1 : La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés R2 : Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel R3 : Les capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données leur permettent d'assumer leurs prises de décision, en cohérence avec le PNDS à tous les échelons du système de santé tant pour le secteur public que privé R4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase pilote, suivie d'une phase de mise à échelle

3 Contexte sectoriel

Les informations suivantes sont disponibles dans le DTF:

- Référence à la politique nationale du pays partenaire dans laquelle s'intègre l'intervention.
- Analyse du cadre institutionnel du secteur.
- Analyse de la stratégie belge dans le secteur et des expériences opérationnelles.
- Analyse des interventions des autres bailleurs de fonds, des principales leçons récoltées et les synergies possibles.

3.1 Référence à la politique nationale du pays partenaire

Le contexte général et sectoriel est complexe et souligner un engagement politique affirmé, tant sur le plan des efforts financiers à fournir et en gestion courageuse et rationnelle des ressources humaines (dont une hausse significative des salaires des agents de santé) que sur celui des outils de planification et de suivi/évaluation en vue d'améliorer significativement l'impact du secteur, au bénéfice des populations.

Ces éléments peuvent améliorer significativement l'impact de l'intervention. Elle est d'ailleurs proactive sur toutes les tendances positives décrites ci-dessous, et dans une perspective de durabilité.

Les recommandations validées émanant d'un récent audit institutionnel et organisationnel du MSPLS sont prises en compte par le nouvel organigramme en cours d'opérationnalisation.

Il faut souligner également que le Ministère du VIH/Sida a été intégré dans le MSPLS le 13 Mai 2010 et une USLS (Unité Sectorielle de Lutte contre le Sida) en assume la coordination intra-sectorielle de la lutte contre le VIH/Sida.

Enfin ce projet s'insère totalement dans la politique nationale de décentralisation conformément à la nouvelle organisation du MSPLS

3.2 Analyse du cadre institutionnel du secteur

Comme explicité précédemment, le cadre institutionnel actuellement soutenu par le PAISS, avec lequel le présent projet est en cohérence structurée, est en cours d'opérationnalisation.

En outre, le système de santé du Burundi s'est engagé depuis plus de trois années dans une série de réformes du secteur de la santé. Les progrès résultants de leur mise en œuvre sont globalement encourageants.

Elles portent principalement sur les domaines suivants:

- Installer une **nouvelle organisation du MSPLS** sur la base de la récente audit organisationnelle et institutionnelle;
- Soutenir la mise en place de **Districts Sanitaires (DS)** : il s'agit d'une réforme structurelle et fonctionnelle majeure qui sera le réceptacle de l'essentiel des efforts. Ce concept est un concept international, mais doit trouver ses repères et ses propres normes nationales en tenant compte de l'évolution récente et future de l'environnement du système de santé burundais ;

- La réforme du **SNIS**, support indispensable à la gestion du système de santé ;
- La **gratuité des soins**, afin d'améliorer significativement l'accès à l'offre de soins ;
- Le **financement basé sur la performance** (mode de financement basé sur les résultats des services et des prestations) ;
- La **coordination sectorielle**, dans une logique de programmation conjointe entre bailleurs et partenaires techniques du secteur de la santé.

La présente intervention appuie le MSPLS dans cette dynamique, en matière de système d'informatisation et du renforcement de la gestion globale des services hospitaliers.

3.3 Analyse de la stratégie belge dans le secteur et des expériences opérationnelles

3.3.1 PIC 2010-2013

Lors de la dernière Commission Mixte, le **PIC 2010–2013** a été signé à Bruxelles le 22 octobre 2009. La santé étant un des domaines prioritaires, des interventions « santé » en font partie. La vision de la Coopération Belgo-Burundaise est celle d'un **programme intégré** qui sera exécuté en deux phases cohérentes pour un montant de **25 millions d'EUR**. Ces interventions sont insérées dans une perspective à long terme, décrite au chapitre 2 du présent DTF.

La **stratégie globale d'intervention** de la Coopération Belgo-Burundaise dans le secteur santé (Ch 5.1. du PIC 2010-2013) s'est fixé comme objectifs essentiels de :

- Réserver une attention particulière à une gestion de la chose publique et à la réforme de la Fonction Publique du Burundi envisagée, de préférence, dans un cadre multi-bailleurs ;
- Privilégier les fonctions régaliennes de l'Etat en bonne articulation avec les acteurs de la Société Civile et du secteur privé pour les autres tâches ;
- Intégrer les thèmes transversaux¹ dans les stratégies, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions.

Le montant de 25 millions EUR se décline en deux interventions :

- Une première d'un montant de 12.000.000 EUR (sur la gouvernance au niveau central, la gouvernance périphérique et sur la DRH), à quoi s'est ajouté un troisième montant de 5.000.000 EUR (sur le renforcement de la première intervention), soit 17.000.000 EUR pour le programme PAISS;
- Une deuxième d'un montant de 8.000.000 EUR (initialement affecté à une contribution à la mise en place d'un Fonds Commun Santé) et affecté à la présente intervention.

¹ Égalités des genres, autonomisation et renforcement des capacités des femmes, droits des enfants et environnement

Dans le cadre de la préparation du PIC 2010-2010, il ressort d'une façon générale, que «les aspects de transversalité et complémentarité entre les interventions, notamment en ce qui concerne les appuis institutionnels, toucheront les 3 secteurs prioritaires en bonne harmonie et synergie avec les contributions des autres PTF».

D'une façon plus spécifique:

Il faut noter également qu'en matière de financement l'appui pour une meilleure solvabilité de la demande est timide, malgré le fait que la population soit la plus importante source de financement du système (37,7% d'après le dernier CNS) ;

Il ressort que la problématique de l'intégration des programmes dit 'verticaux' reste cruciale tant sur le plan de la globalité des soins que sur la fongibilité de leurs financements et de reportage et que cela doit être pris en compte dans la présente intervention ;

En matière du partenariat, il reste que la coordination et le leadership du MSPLS reste à améliorer et que la création d'un secrétariat permanent à temps plein dans le cadre du CPD reste d'actualité. C'est ainsi que la nouvelle organisation du MSPSLS, qui a été appuyée dans le cadre du programme actuel, il en résultera que cet aspect sera significativement amélioré. L'amélioration du fonctionnement des 5 groupes thématiques (GT) peut stimuler le dialogue sectoriel, tant sur le plan décisionnel que technique. La coopération belgo-burundaise a été désignée comme chef de file pour l'année 2010. L'intérêt d'effectuer un exercice de « mapping » des interventions, à actualiser régulièrement, a été suggéré dans le PAISS.

3.3.2 Autres interventions de PIC's précédents

Cet état des lieux a été mené sur la base de la Fiche d'Identification et en tenant compte des leçons à extraire des précédentes interventions, même si nous ne disposons pas d'un rapport de fin de mission de l'expertise CT/SIS.

1.1.1.4 Appui à la réhabilitation de l'Hôpital Prince Régent Charles

Montant : 4.101.118 EUR y inclus la part burundaise

Echéance d'exécution : 01/2011

Son objet est d'améliorer le fonctionnement de l'Hôpital Prince Régent Charles construit en 1946 de 540 lits à Bujumbura (sur la base d'un plan directeur actualisé mener des travaux sur les infrastructures, les mobiliers en collaboration avec la Jica et les services techniques). Il ressort que l'objectif de la prestation a été atteint à 100 % en deux phases. Son démarrage date du 20 octobre 2008. Les critères d'évaluation globale de cette intervention ont été : l'efficacité, l'efficience, le respect des délais et la qualité du personnel. Apparemment les inputs ont été davantage en infrastructures qu'en réorganisation des soins, mais un logiciel de maintenance est en place depuis septembre 2010. Les formations ont été appuyées par la Jica. Il faut souligner que la personnalité juridique de l'Hôpital lui permet de gérer les prestations en autonomie. Un Conseil

d'Administration sous la tutelle du Cabinet du MSPLS ainsi qu'un Comité de Direction garantissent une gestion transparente de l'Hôpital.

En terme de leçons à tirer de cette intervention, on relève que la première est de bien savoir gérer plusieurs entreprises sur un même chantier et la deuxième est de faire un bon suivi de l'exécution.

En terme d'impacts : l'image de l'hôpital s'est bien améliorée. En attirant 'la clientèle' et les recettes seront augmentées. Cependant nous ne disposons pas d'informations sur le statut de cette clientèle vis à vis du système de référence, mais il est clair que la pression en demande de soins de premier contact reste forte, d'après les autorités du MSPLS.

1.1.1.5 Appui à la CT/SIS

Montant : 2.000.000 EUR

Echéance d'exécution: fin 2010.

L'absence de rapport final ne nous permet pas une appréciation exhaustive sur sa 'production'. Cependant, il ressort de l'analyse SWOT pratiquée dans le cadre de la formulation du PAISS les points forts suivants qui restent d'actualité:

Une réflexion a été menée sur les indicateurs dans le cadre du PNDS ;

Le personnel d'EPISTAT a été formé en andragogie et les personnels responsables de l'information sanitaire dans les BPS et BDS ont été formés en pratique de logiciels ;

Un nouveau canevas et outils de collecte de données ont été mis au point et testés pour le niveau du CDS avec la collaboration de l'UNICEF, de Pathfinder, de la Coopération Suisse, du projet Santé Plus, du Fonds Mondial Paludisme et de l'OMS. Ils sont disponibles ;

Les équipements techniques de 17 BPS ont été livrés ;

Le paramétrage et l'installation de GESIS à l'EPISTAT, dans les BPS et BDS ont été effectués. Une nouvelle version est disponible ;

Une maintenance préventive des équipements a été définie et assumée.

Il ressort du dernier rapport de l'expertise perlée (9ème mission du 16 au 23/01 2011), que la prochaine étape cruciale sera d'aborder le canevas et les outils standards pour tous les hôpitaux.

La présente intervention complète l'appui institutionnel actuel (PAISS) et est en cohérence avec la Note Politique de la Coopération Belge : Le droit à la Santé et aux soins de santé (voir 5.2 1 3).

D'autre part elle constitue une contribution significative en matière d'éligibilité du Burundi à un appui sectoriel (SWAP), qui est son axe principal d'appui.

3.4 Analyse des interventions des autres bailleurs de fonds, des principales leçons récoltées et les synergies possibles

En dehors d'une cohérence interne, l'intervention cherchera à être harmonisée avec l'ensemble des autres PTF's dans le secteur et à définir tant que possible des synergies et complémentarités, dans le cadre du CPSD (politiques et technique) et en particulier du groupe thématique M&E.

Parmi tous les partenaires au développement décrits dans le chapitre 2.3. du DTF et avec lesquels des synergies devront se mettre en place sur différents thèmes, les PTF's suivants qui sont les plus impliqués et les plus motivés à renforcer les synergies sont :

PTF	Domaine de synergie
OMS	appui à la mise en œuvre du PNDS II et ses mécanismes de suivi/évaluation
UNICEF	-appui à la mise en œuvre du PNDS II et au renforcement du SNIS, en particulier sur la plan communautaire -prise en charge financière des supports
UE	appui à la mise en œuvre du PNDS II et spécifiquement au fonctionnement des DS (Santé+) et à la cartographie sanitaire
Banque Mondiale	appui à la mise en œuvre du PNDS II et spécifiquement à un appui aux réseaux de communication (hertzien et en fibre optique)
Fond Global	appui aux activités de lutte contre le paludisme, la malaria et tuberculose surtout à l'intégration des mécanismes de Suivi/évaluation de ces 3 programmes
GAVI	renforcement des districts sanitaires et approche contractuelle basée sur la performance et l'intégration des mécanismes de Suivi/évaluation (PEV)
JICA	équipement des hôpitaux et des centres de santé, assistance technique, et couverture sanitaire de Bujumbura, dans le cadre de l'informatisation des Hôpitaux
USAID / Pathfinder	renforcement des capacités de prise en charge maternelle et infantile et du SNIS et en production de supports

4 Etudes additionnelles

Il n'y a pas d'études additionnelles faites.

5 Dossier technique et financier

Voir dossier ci-joint.

6 Analyse des risques

L'analyse des risques portera, entre autres, sur la mise en oeuvre, l'aspect fiduciaire, l'efficacité et la durabilité.

6.1 Risques liés à la mise en œuvre

Le programme est ambitieux et complexe à la fois. Ceci ne doit pas forcément mener à des problèmes mais le risque le plus important est celui du domaine de l'informatisation des hôpitaux. Cela s'explique par la complexité citée plus haut du fait qu'il dépend très fortement des facteurs suivants :

- Celui de l'alimentation électrique
- Celui un accès fiable à des réseaux informatiques et en communication en général
- Celui de la nécessité d'accompagner ces hôpitaux sur le renforcement de leur gestion des archives, des patients, des 'matières', etc ... qui conditionne la qualité et de l'efficacité des logiciels de gestion

De même, pour la réussite du projet, l'effectivité des synergies entre les PTF's cités plus haut ainsi qu'une bonne coordination et collaboration entre eux est indispensable.

D'autre part, le projet décrit clairement comment une coordination structurée avec le PAISS et les appuis fournis par la CTB se mettra en place. La contribution de ce programme est particulièrement en contingence avec les investissements en réhabilitation du MSPLS sur le plan des infrastructures étant donné que la Direction Nationale de l'Information Sanitaire sera logée à moyen terme dans ses locaux rénovés.

Enfin sur le plan des ressources humaines, le passage entre l'ATI et l'ATN doit être bien planifié et la sélection de l'ATN sera délicate.

6.2 Risques liés à la gestion – risques fiduciaires

Le Burundi connaît un degré de corruption assez élevé. Les lourdes procédures, en combinaison avec un certain niveau d'incompétence rendent le système financier en plus peu transparent. C'est en tenant compte de ce risque, qu'il a été proposé dans le R4 de séparer la fonction de l'établissement du DAO, de la confection d'un état des lieux de tous les hôpitaux du pays et du suivi de l'exécution du marché de celle de l'exécution proprement dite du programme d'informatisation des hôpitaux.

6.3 Risques liés à l'efficacité

Les risques liés à l'efficacité de l'intervention sont liés à l'efficacité du système de santé national et de sa politique, puisque la coopération belge est parfaitement alignée avec le partenaire burundais en ce qui concerne la politique sectorielle. Un facteur positif est bien la durée de ce projet (7 ans) eu égard à ces risques.

Cependant le MSPLS a adopté une politique à l'échelle nationale de financement basé

sur la performance/gratuité. Si, si malgré la dynamique actuelle, la problématique d'avoir un seul système d'indicateurs aussi bien ceux qui sont inclus dans le SNIS que celui du PBF qui fonctionne en jugeant les performances des agents bénéficiant de ce mode de financement n'évolue pas vers une harmonie optimale, il y a risque dans le domaine de l'efficacité pour ce projet.

6.4 Risques liés à la durabilité

Tout comme l'efficacité de l'aide, la durabilité du programme dépendra de la performance du système de santé national. Le projet appuiera le MSPLS dans la mise en œuvre de sa politique sanitaire. Ceci devrait permettre d'éviter de créer des structures parallèles ou de prendre des initiatives qui sont étrangères au système qu'elles ne seront par définition pas absorbées par le système national. Dans ce sens, le projet ne présentera pas de risques élevés par rapport à la durabilité de ses initiatives, d'autant que sa durée les réduit par définition.

Un des aspects les plus cruciaux est celui de la production (qui est onéreuse) des supports. En effet, même si d'autres PTF's appuient actuellement financièrement cette production à l'instar de ce projet, il y a un risque réel en terme de sa durabilité. Une certaine dégressivité en fin de projet est planifiée dans ce projet, mais Il reste que des mécanismes de relais financiers durables et endogènes devront être mis en place bien avant la fin du projet

Enfin une prise en charge partielle au niveau central de PBF pose le même problème que celui vécu dans le PAISS : celui de la pérennisation de ces financements.

6.5 Risques de fongibilité

Le risque de fongibilité est relativement grand dans un pays pauvre comme le Burundi. Finalement tous les secteurs sont sous-financés et dès qu'un secteur est relativement mieux financé, le ministère de Finances a tendance de réallouer les budgets nationaux. Une réaction plutôt naturelle.

Le programme n'a pas en lui seul la possibilité de mitiger ce risque. Mais les AT participeront dans la revue annuelle du secteur en collaboration avec les autres intervenants. En plus, la Belgique est chef de file pour le secteur santé et l'attaché de la coopération belge aura donc un œil privilégié sur les dépenses du secteur et pourra suivre les évolutions de prêt.

La coopération belge témoignera donc l'éventuel risque et s'engagera dans un dialogue politique sectoriel avec le MSPLS afin d'essayer de mitiger le problème.

Deuxième porte d'entrée pour éviter ce risque est l'appui institutionnel fourni par le PAISS. En effet, si le Ministère est bien organisé il obtiendra des résultats positifs pour autant que la planification soit faite selon des standards reconnus et suffisamment précis.

7 Thèmes transversaux

Voir Dossier Technique et Financier ci-joint.

8 Références bibliographiques

1. Note Politique sur la droit à la santé et aux soins de santé, DGD le 24 Novembre 2008
2. PIC 2010-2013 Coopération belgo-burundaise, 22 octobre 2009
3. Atelier de Synthèse de Mise en Œuvre PIC 2007-2009, présentation 21 avril 2009
4. Terme de Référence pour la formulation du présent projet, 28/05/2010
5. Cahier Spécial des Charges BTC/CTB 1024 du 17/03/2011
6. Marché de services relatif à la formulation du Projet (CTB/BTC BXL 1024-BDI 10 068 11. Offre du 14 juin 2011
7. DTF du projet PAISS BDI 09 058 11
8. Déclaration de Ouagadougou, 2004
9. Cadre Légal de la Statistique au Burundi, loi du 25 Septembre 2007 portant organisation du système statistique au Burundi
10. Cadre de Suivi et Evaluation du PNDS II 2011-2015, draft du 21 juillet 2011
11. Plan Stratégique de la réponse du secteur de la santé face au VIH/Sida et aux IST au Burundi pour la période 2010-2015
12. Burundi vision 2025, Procès-Verbal de la Commission Mixte de Coopération au développement entre le la République du Burundi et le Royaume de Belgique, Bruxelles le 22 octobre 2009
13. Analyse de base des indicateurs Etudes de base et Scénarii, Ministère de la Planification du Développement et de la Reconstruction Nationale (MPDRN), décembre 2007
14. Burundi, Country Report, The Economist Intelligence Unit, November 2009
15. Nouvel Organigramme du MSPLS – décembre 2010
16. Politique Nationale de la Santé, MSP, septembre 2004
17. Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté: CSLP, second rapport de mise en oeuvre, décembre 2009
18. PNDS 2006-2010, MSP, 13 décembre 2005
19. COMPACT, ihp+, présenté à la Revue Annuelle Conjointe
20. Rapports de l'audit institutionnel et organisationnel, M. Pierre Pichette, Dr Alain Désiré, Karibwami, Dr Isaline Greindl, 3 rapports entre octobre 2009 et février 2010
21. Matrice of donor support – all, non date (2008?)
22. Plan d'action du MSP 2010

23. CDMT 2011-2015 en cours de validation
24. Cadre de Partenariat au Burundi, mars 2007
25. La Réforme du secteur de la Santé au Burundi: le District Sanitaire, MSP, novembre 2006
26. Attributions des tâches du personne de l'EPISTAT, mai 2011
27. Les Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2006-2010, DGSP/OMS, juin 2007
28. Rapport HMN, Epistat, 27 novembre 2008
29. Stratégie de réforme du SIS Burundais, août 2006, MSP, Direction Générale de la Santé Publique.
30. Cartes sanitaires de 17 Provinces, MSP/Santé +, septembre 2009
31. Evaluation du Risque Fiduciaire du Burundi, ECORYS, janvier 2009
32. Contribution de la Coopération belge dans le domaine de la santé, 2009 et 2010
33. Mission exploratoire dans le cadre de la préparation du PIC Burundi (2010-2013), domaine 'appui à la fonction publique', Mlle Beuselinck, CTB (20/08/09-26/08/09)
34. A Guide to Using Partner, Publishers' Resources, (module 3), HINARI, Acces to research, WHO, 13 November 2009
35. Rapports des 9 missions dans le cadre du PASIS/CTB, Alain Wodon
36. Version provisoire du Plan Stratégique SNIS du 30 juin 2011
37. Premier Bulletin d'Information sanitaire et de la surveillance épidémiologique du MSPLS du Burundi, N°1/2011, 01/05/2011
38. Cartes des Districts et Provinces sanitaires du Burundi, UNISC Décembre 2009
39. Contractualisation du personnel au niveau central au MSP au Burundi, Dr Charles BATUNGWANAYO, décembre 2009
40. Note technique: pour une proposition de modernisation de l'organisation fonctionnelle et matérielle de la CAMEBU , OMS, juillet 2007
41. Appui au Système d'Information sanitaire du MSP, CTB (BDI0402111:« Financement d'appuis en expertise à l'Etat Burundais »)
42. Plan à Moyen Terme, Mission d'Etude des coûts et du financement du Système de Santé au Burundi, Commission Européenne, Version du 1 juin 2009, Marc Réveillon, Nicolas de Borman, Dr Olivier Basenya
43. Rapport PEFA, Commission Européenne, ACHOUR, Gérard ROLLAND et Abderrahim OULD DIDI, février 2009
44. Gestion du District Sanitaire, version 2008, Dr Donatien Ntakarutimana (OMS Burundi), MSP, Santé +
45. Détermination des Aires de Responsabilité des CDS & Canevas de plan

d'extension de la couverture sanitaire (Volet Infrastructures - Centres de santé) –
Méthodologie, février 2010, Santé +,

46. Module de formation sur l'information sanitaire, EPISTAT, septembre 2009
47. Plan de développement 2010 des RH au Burundi, DRH, février 2010
48. Politique de développement des RH pour la Santé, DRH, janvier 2010
49. Présentation de Kirundo et Muramvva, 13 et 14 décembre 2010
50. Draft du Guide de la Gestion de District, juillet 2011
51. Guide de gestion d'un SIS au niveau du District, Dr Paul DEMUNCK, décembre 2010
52. Diverses fiches d'hospitalisation et de collecte de données