



**CTB**

REPUBLIQUE DU BURUNDI  
MINISTRE DE LA SANTE  
PUBLIQUE ET DE LA LUTTE  
CONTRE LE SIDA



# RAPPORT DES RESULTATS 2014

## PROGRAMME D'APPUI INSTITUTIONNEL AU SECTEUR DE LA SANTE BURUNDI

BDI 0905811 – BDI 1006811  
BDI 1307911 – BDI 1408811



<b>1</b>	<b>APERÇU DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>6</b>
1.1	FICHE D'INTERVENTION.....	6
1.2	EXECUTION BUDGETAIRE .....	8
1.3	AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	9
	1.3.1 <i>Pertinence</i> .....	9
	1.3.2 <i>Efficacité</i> .....	9
	1.3.3 <i>Efficiéce</i> .....	10
	1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> .....	11
1.4	CONCLUSIONS .....	12
<b>2</b>	<b>MONITORING DES RESULTATS .....</b>	<b>13</b>
2.1	ÉVOLUTION DU CONTEXTE .....	13
	2.1.1 <i>Contexte général</i> .....	13
	2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> .....	13
	2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	14
	2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> .....	15
2.2	PERFORMANCE DE L'OUTCOME .....	16
	2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	16
	2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	16
	2.2.3 <i>Impact potentiel</i> .....	19
2.3	VOLET 1 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 .....	20
	2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	20
	2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	20
	2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	20
2.4	VOLET 1 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	22
	2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	22
	2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	22
	2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	22
2.5	VOLET 1 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	23
	2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	23
	2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	23
	2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	23
2.6	VOLET 1 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	24
	2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	24
	2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	24
	2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	24
2.7	VOLET 1 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5.....	26
	2.7.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	26
	2.7.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	26
	2.7.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	26
2.8	VOLET 2 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6.....	28
	2.8.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	28
	2.8.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	28
	2.8.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	28
2.9	VOLET 2 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7.....	30
	2.9.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	30
	2.9.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	30
	2.9.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	30
2.10	VOLET 2 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8.....	32
	2.10.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	32
	2.10.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	32
	2.10.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	32
2.11	VOLET 2 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 9.....	34
	2.11.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	34

2.11.2	État d'avancement des principales activités.....	34
2.11.3	Analyse des progrès réalisés .....	34
2.12	VOLET 2 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 10.....	36
2.12.1	Progrès des indicateurs .....	36
2.12.2	État d'avancement des principales activités .....	36
2.12.3	Analyse des progrès réalisés .....	36
2.13	VOLET 2 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 11 .....	38
2.13.1	Progrès des indicateurs .....	38
2.13.2	État d'avancement des principales activités .....	38
2.13.3	Analyse des progrès réalisés .....	38
2.14	VOLET 3 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 12.....	40
2.14.1	Progrès des indicateurs .....	40
2.14.2	État d'avancement des principales activités .....	40
2.14.3	Analyse des progrès réalisés .....	40
2.15	VOLET 3 : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 13.....	42
2.15.1	Progrès des indicateurs .....	42
2.15.2	État d'avancement des principales activités .....	42
2.15.3	Analyse des progrès réalisés .....	43
2.16	VOLET 4 - SNIS : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1.....	45
2.16.1	Progrès des indicateurs .....	45
2.16.2	État d'avancement des principales activités .....	45
2.16.3	Analyse des progrès réalisés.....	45
2.17	VOLET 4 - SNIS : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	47
2.17.1	Progrès des indicateurs .....	47
2.17.2	État d'avancement des principales activités .....	47
2.17.3	Analyse des progrès réalisés.....	47
2.18	VOLET 4 - SNIS : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 .....	49
2.18.1	Progrès des indicateurs .....	49
2.18.2	État d'avancement des principales activités .....	49
2.18.3	Analyse des progrès réalisés .....	49
2.19	VOLET 4 - SNIS : PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	50
2.19.1	Progrès des indicateurs .....	50
2.19.2	État d'avancement des principales activités .....	50
2.19.3	Analyse des progrès réalisés.....	50
2.20	VOLET PC .....	52
2.21	VOLET PC .....	52
2.22	THEMES TRANSVERSAUX.....	52
2.22.1	Genre .....	52
2.22.2	Environnement.....	52
2.22.3	VIH / SIDA.....	53
2.23	GESTION DES RISQUES .....	55
<b>3.</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....</b>	<b>60</b>
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	60
3.2	RECOMMANDATIONS.....	60
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	60
<b>4.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>62</b>
4.1	CRITERES DE QUALITE .....	62
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	66
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR .....	69
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS.....	70
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	70

## ACRONYMES

AE	Accord d'Exécution
AmbaBel	Ambassade de la Belgique
AM/PAPSBU	Amagara Meza / Projet d'Appui à la Politique Sectorielle du Burundi
ANO	Avis de Non-Objection
APP	Apprentissage par résolution des problèmes
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATI	Assistant technique international
ATJ	Assistant technique junior
ATN	Assistent technique national
BDI	Burundi
BDS	Bureau de District de Santé
BM	Banque Mondiale
BPS	Bureau Provincial de la Santé
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CDS	Centre De Santé
CNP	Cellule Nationale Pédagogique
COSA	Comité de Santé
CPSD	Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CPVV	Comité provincial de Vérification et de Validation
CSC	Cahier Spécial de Charge
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CTB	Coopération Technique Belge
CTN	Cellule Technique Nationale (du FBP)
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DBA	Direction du Budget et Approvisionnements
Delco	Délégué à la Cogestion
DGP	Direction Générale de la Planification
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSSLS	Directeur Général des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
DI	Directeur d'Intervention
DNMP	Direction Nationale des Marchés Publics
DODS	Direction de l'Offre et de la Demande des Soins
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District de Santé
DSNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
ECOSAN	Ecological Sanitation
EMP	Evaluation à Mi-Parcours
EPM	Ecole Para Médicale
ETAL	Ecole des Techniciens d'Assainissement et de Laboratoire
FBP	Financement Basé par la Performance

FBU	Franc Burundais
FNUAP	United Nations Population Fund
Fosa	Formation Sanitaire
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GT	Groupe Thématique
HD	Hôpital de District
IEC	Information, Education et Communication
IMT	Institut de Médecine Tropicale (Anvers)
INSP	Institut National de Santé Publique
JICA	Japanese International Cooperation Agency
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAA	Plan Annuel d'Activités
PAORC	Projet d'Appui aux Organisations par le Renforcement des Compétences
PAISS	Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEC	Plan d'Extension de la Couverture
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAFi	Responsable Administratif et Financier International
RH	Ressources Humaines
ROI	Règlement d'Ordre Intérieur
RR	Représentant Résident
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SPT	Stratégie Plainte Traitement
SRCR	Système de Référence / Contre-Référence
TdR	Termes de Référence
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
UAG	Unité d'Appui et de Gestion (du PAISS)
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population (en français)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (en français)
UP	Unité de Prestation (au MSPLS)

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche d'intervention

<b>Intitulé de l'intervention</b>	Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé du Burundi (PAISS volet 1-3) Projet d'Appui au Système National d'Information Sanitaire du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (SNIS volet 4)
<b>Code de l'intervention</b>	BDI 0905811 (PAISS volet 1-3) BDI 1006811 (SNIS volet 4)
<b>Localisation</b>	Burundi
<b>Budget total</b>	Pour PAISS volet 1-3 : 18.000.000 € (contribution belge) 1.000.000 € (contribution suisse) Pour SNIS volet 4 : 8.000.000 € (contribution belge)
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS)
<b>Date de début de la Convention spécifique</b>	PAISS volet 1-3 : 03/11/2010 SNIS volet 4 : 05/12/2011
<b>Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture</b>	PAISS volet 1-3 : 01/04/2011 SNIS volet 4 : 03/04/2012
<b>Date prévue de fin d'exécution</b>	PAISS volet 1-3 : 02/11/2015 SNIS volet 4 : 02/04/2019
<b>Date de fin de la Convention spécifique</b>	PAISS volet 1-3 : 02/11/2015 SNIS volet 4 : 04/12/2019
<b>Groupes cibles</b>	Toute la population burundaise
<b>Impact<sup>1</sup></b>	La performance du système de santé au Burundi est améliorée

<sup>1</sup> L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

<b>Outcome</b>	Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du Ministère, à une efficience accrue des structures périphériques (en premier lieu dans la province de Kirundo) et à une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical
<b>Outputs</b>	<p><b>VOLET 1 : APPUI A LA GOUVERNANCE AU NIVEAU CENTRAL</b></p> <p>R1 : Les réformes institutionnelles sont appuyées</p> <p>R2 : Le processus de planification est renforcé et soutenu</p> <p>R3 : Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>R4 : La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée</p> <p>R5 : Le système de santé est financé sur base d'un système de financement unique, maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins</p> <p><b>VOLET 2: APPUI A LA GOUVERNANCE SANITAIRE PERIPHERIQUE</b></p> <p>R6 : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes</p> <p>R7 : Les BDS sont opérationnels</p> <p>R8 : Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini</p> <p>R9 : Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité</p> <p>R10 : Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant</p> <p>R11 : L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé</p> <p><b>VOLET 3: APPUI AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES / SANTE</b></p> <p>R12 : La politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre</p> <p>R13 : Les écoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livrent une formation de qualité aux futurs professionnels de santé</p> <p><b>VOLET 4 : APPUI AU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE</b></p> <p>R1 : La performance et le fonctionnement du SNIS sont améliorés</p> <p>R2 : Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel</p> <p>R3 : Les capacités des agents de santé en matière de SNIS sont renforcées à tous les échelons du système de santé</p> <p>R4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite et mise à l'échelle</p>
<b>Année couverte par le rapport</b>	<b>2014</b>

## 1.2 Exécution budgétaire

	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année n
		Années précédentes	Année couverte par le rapport (n)		
<b>PAISS Volet 1-3</b>	<b>18.000.000 EUR</b>	2011 : 759.551 EUR		<b>4.803.748 EUR</b>	
<b>Total</b>		2012 : 2.567.559 EUR 2013 : 5.200.408 EUR	2014 : 4.668.734 EUR		
Output 1	755.000	350.500	247.521	156.979	79%
Output 2	195.000	192.528	4.451	-1.979	101%
Output 3	672.000	478.144	154.413	39.443	94%
Output 4	1.525.000	600.977	375.029	548.994	64%
Output 5	870.000	273.761	443.478	152.761	82%
Output 6	280.000	184.827	70.537	24.636	91%
Output 7	3.800.000	1.633.573	1.059.449	1.106.978	71%
Output 8	1.200.000	137.521	76.046	986.433	18%
Output 9	100.000	79.206	5.330	15.464	85%
Output 10	240.000	138.073	19.686	82.241	66%
Output 11	71.000	17.146	10.446	43.408	39%
Output 12	668.100	188.881	244.247	234.972	65%
Output 13	3.693.900	1.765.707	1.026.460	901.733	76%
<i>Moyens généraux</i>	<i>3.930.000</i>	<i>2.486.674</i>	<i>931.641</i>	<i>511.685</i>	<i>87%</i>

	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année n
		Années précédentes	Année couverte par le rapport (n)		
<b>PAISS Volet 4 (SNIS)</b>	<b>8.000.000 EUR</b>	2012 : 144.994 EUR		<b>6.449.024 EUR</b>	
<b>Total</b>		2013 : 569.839 EUR	2014 : 836.143 EUR		
Output 1	968.000	102.629	115.377	749.994	23%
Output 2	1.852.000	221.652	285.231	1.345.117	27%
Output 3	535.000	56.011	88.356	390.633	27%
Output 4	2.518.000	6.264	134.415	2.377.321	6%
<i>Réserve</i>	<i>157.710</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>157.710</i>	<i>0%</i>
<i>Moyens généraux</i>	<i>1.969.290</i>	<i>328.277</i>	<i>212.764</i>	<i>1.428.249</i>	<i>27%</i>



## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	<b>B</b>

Le PAISS reste très pertinent et sa logique d'intervention appropriée au regard des éléments suivants :

Son intégration dans les structures du Ministère de la santé et l'appui aux politiques de réforme du secteur de la santé. Toutes les interventions du PAISS s'inscrivent dans le plan national de développement sanitaire en cours- PNDS II.

Le double ancrage institutionnel au niveau central et périphérique assure une meilleure prise en compte des expériences pilotes développées en périphérie du système de santé dans le cadre des réformes et leur intégration dans la politique nationale.

Une planification intégrée dans les plans d'activités des services du Ministère au niveau central et périphérique.

L'utilisation des indicateurs du système national d'information sanitaire notamment ceux du plan national de développement sanitaire (PNDS) pour le suivi évaluation des interventions du PAISS.

L'appui à des interventions d'amélioration de la qualité de soins au profit des populations bénéficiaires : formations paramédicales, chirurgie de district, stratégies plainte-traitement (SPT) pour la prise en charge des malades dans les centres de santé, prise en charge des malades chroniques, référence contre référence, ...

Alignement aux procédures du partenaire dans le cadre de la passation des marchés publics.

Le renforcement de la régulation du système de santé à travers l'appui à l'élaboration des normes sanitaires, la description des postes et profils du personnel à tous les niveaux du système de santé, les normes des écoles paramédicales.

Cependant, le programme PAISS n'intervient pas directement dans le domaine des médicaments. L'appui est indirect à travers le FBP qui réserve 60% des recettes octroyées à l'achat des médicaments pour les centres de santé.

D'autres domaines comme celui de la lutte contre la malnutrition ou la transfusion sanguine ne sont pas couverts.

Enfin, il y a une faible capacité de réactivité pour certaines situations d'urgence comme lors de l'élaboration et le financement du plan de riposte contre la maladie Ebola.

Ces aspects méritent une prise en compte lors des formulations de futures interventions.

### 1.3.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	<b>B</b>

Les activités et les outputs du PAISS sont adaptés dans l'optique de réaliser l'outcome du programme qui vise l'augmentation des prestations de santé au bénéfice de la population en quantité et en qualité.

Les indicateurs d'outcome du PAISS évoluent positivement d'année en année. La grande majorité des indicateurs ont atteint la cible attendue pour 2014. Certains ont déjà dépassé la cible prévue pour la fin du Programme, notamment : le taux d'utilisation des consultations curatives (nombre de nouveau cas/an/habitant), le taux d'utilisation de la PF et la proportion de DS ayant les médecins selon les normes (n=5). Pour les indicateurs qui n'ont pas encore atteint la cible prévue, le niveau de performances est très appréciable par exemple : la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié atteint 76% en 2014 pour une performance attendue de 78%, de même la proportion des CDS ayant les infirmiers A2 selon les normes atteint 49% contre 50% attendu.

Sur la base des indicateurs, l'outcome du PAISS sera entièrement atteint en termes de quantité car tous les indicateurs évoluent favorablement mais la qualité reste discutable. Les stratégies d'amélioration de la qualité des prestations sont en cours, entre autres :

- l'appui à la formation de personnel infirmier compétent à travers un nouveau programme de formation basé sur les compétences dans le cadre de la réforme des formations paramédicales
- le renforcement de la qualité des soins au niveau des centres de santé et des hôpitaux à travers : le renforcement du système de référence et de contre référence, la mise à l'échelle de la SPT, la chirurgie de district, la décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques (épilepsie, diabète) et les protocoles cliniques
- l'élaboration d'une stratégie et d'un plan opérationnel de formation du personnel de santé couvrant la formation initiale, la formation des spécialistes et la formation continue
- la dotation des structures sanitaires en personnel qualifié sur base des normes en ressources humaines et une description des postes et profils du personnel
- la formation, la supervision et l'encadrement des équipes des BPS et des BDS
- l'appui à la mise en place d'une stratégie de financement du secteur prenant en compte le FBP, la CAM, les mutuelles de santé etc... en vue d'atteindre la couverture universelle
- le renforcement du système national d'information sanitaire par la formation du personnel, l'informatisation des hôpitaux pilotes, la mise en place d'un site Web et l'appui au plan intégré d'informatisation du ministère
- la mise en place d'une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements y compris le matériel informatique

Ces stratégies dont certaines sont en cours depuis le début du programme, d'autres à leur début, vont progressivement améliorer l'accessibilité et la qualité des prestations offertes aux populations et de manière durable.

### 1.3.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	<b>C</b>

Par rapport à la planification du temps nécessaire pour la réussite des activités, les retards accumulés au cours des premières années du programme sont en train d'être éliminés: le taux d'exécution du budget total du programme PAISS est passé de 47% (fin 2013) à 73% (fin 2014). Par contre, le taux d'exécution du budget annuel, selon la planification faite au quatrième trimestre de l'année précédente, a diminué de 98% (2013) à 80% (2014), soit environ 1.000.000 € planifié qui n'a pas été exécuté. Il y a plusieurs raisons qui expliquent la baisse du taux d'exécution.

Premièrement, les factures sont arrivées en retard pour des ambulances et des véhicules de supervision des EPM déjà livrées ainsi que pour l'élaboration du plan opérationnel de formation.

Deuxièmement, des retards dans l'exécution des activités ont été remarqués pour 'la chirurgie de district', 'la mise en œuvre du logiciel des Ressources Humaines' et 'la mise à l'échelle des SPT'.

Troisièmement, et spécifiquement pour le volet 2, le budget planifié a été revu à la baisse en ce qui concerne la contribution du PAISS au système FBP, ce qui a causé la non-exécution d'un montant d'environ 300.000 € (y compris les retards dans la transmission des factures de novembre et décembre).

Quatrièmement, le volet 4 n'a atteint que 42% du budget planifié fin 2013 pour 2014 suite à la non-exécution de deux grands marchés qui ont pris beaucoup de retard et valent environ 50% du budget planifié.

Les travaux d'infrastructures (études, constructions, réhabilitations) ont significativement avancé avec l'arrivée de l'ATI Infrastructures et le démarrage du volet 5. Néanmoins, des retards d'exécution importants restent visibles, liés souvent au manque de compétences, techniques et autres, des entrepreneurs. La même problématique se pose pour le volet 4 avec des retards dans la livraison de l'équipement informatique, décalant l'exécution de ce marché. Des mesures correctrices sont discutées pour rattraper les retards et éviter de tels problèmes dans le futur.

On constate également une amélioration dans le fonctionnement de l'unité d'appui et de gestion (UAG) grâce au nouveau personnel recruté en 2013. Un autre atout important a été le recrutement d'un ATJ Informatique pour volet 4, qui répondait également aux besoins récurrents de l'équipe PAISS. L'arrivée des ATJ en Communication et Logistique fin 2014 est aussi appréciée pour leurs appuis techniques à l'ensemble du PAISS. Un plan de communication global et une gestion améliorée du charroi automobile devraient permettre d'augmenter l'efficacité du PAISS par une meilleure allocation des ressources humaines et matérielles.

En outre, le programme considère avoir acheté ses inputs sur une base concurrentielle grâce au respect des procédures de marchés publics. Aujourd'hui, le PAISS pense être efficace dans l'utilisation de ses ressources humaines et matérielles pour l'atteinte de ses objectifs dans les délais, excepté pour quelques activités où l'on n'a pas encore éliminé complètement les retards précédents.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	<b>B</b>

Le Burundi n'est pas encore sorti de la phase post-conflit, et on ne peut pas nier la fragilité de l'état actuel. La nécessité de développer des stratégies de développement à long terme reste une des priorités pour les partenaires.

Sur le plan de l'appropriation, le PAISS demeure résolument aligné sur le PNDS et bien ancré dans les structures du MSPLS. Tous les ATI travaillent avec des Directeurs d'Intervention (DI) qui occupent des positions stratégiques dans le système national de santé.

Les plans d'actions annuels du PAISS sont élaborés de concert et en alignement avec les PAA des Directions et services soutenus.

A différents niveaux, le PAISS appuie des activités de formation des acteurs au niveau du


MSPLS. Si les stratégies d'encadrement de ces acteurs sont mises en œuvre et pour autant qu'elles soient pensées non en termes d'individus bénéficiaires mais en termes d'équipes renforcées, ces acteurs constituent le meilleur gage de durabilité des effets de l'action. Les programmes de formation qui sont introduits dans les EPM sont un exemple de cette stratégie pour pérenniser les actions du PAISS.

En ce qui concerne la *durabilité financière et économique*, la situation du PAISS ne diffère guère des constats formulés à l'endroit de la plupart des projets de développement. La croissance économique engrangée ne permet pas de compenser les effets désastreux de la croissance démographique et de la faible gouvernance. A cause de cette réalité, les activités appuyées resteront fort longtemps dépendantes de l'appui financier du PAISS. Néanmoins, le PAISS a développé des stratégies de financement pour assurer la durabilité des interventions. Concrètement, la stratégie de financement pour les EPM a été révisée ainsi que la stratégie pour la chirurgie de district qui s'appuie maintenant sur l'intégration dans la formation universitaire à long terme.

La *durabilité socio-culturelle* du PAISS est quant à elle bonne puisque le PAISS investi suffisamment dans l'interface entre les services de santé et les communautés. Le fonctionnement des COSA dans la cogestion des CDS est une réalité et la collaboration avec les accoucheuses traditionnelles s'oriente désormais vers un rôle actif de drainage des patientes vers les milieux de soins.

## 1.4 Conclusions

- Le cadre logique de l'intervention PAISS reste pertinent, de même que les groupes cibles.
- L'exécution du programme est efficace.
- Le taux d'exécution de la planification 2014 du PAISS est satisfaisante (80%).
- A cause des retards dans l'exécution du volet 4, la phase pilote d'informatisation des hôpitaux (4 hôpitaux), initialement prévue pour 4 années devrait être prolongée afin de disposer d'un temps de recul suffisant de produire les leçons devant servir à la mise à l'échelle de l'informatisation du reste des hôpitaux du pays.
- L'efficacité du programme reste à améliorer.
- Les perspectives liées à la durabilité économique des interventions restent problématiques.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
<b>Dr Liboire NGIRIGI</b>	<b>Dr Luc GEYSELS</b>
 Adobe Acrobat Document	

## 2 Monitoring des résultats<sup>2</sup>

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé est un grand défi pour le système de santé du Burundi, surtout au niveau du secteur informel et rural.

En 2012, une décision politique est intervenue faisant du secteur de la santé un secteur pilote pour la décentralisation dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de décentralisation et de développement communautaire adoptée en 2007. Une stratégie pour la décentralisation de la gestion des ressources humaines a été formulée en 2014 mais reste momentanément en suspens dans l'attente d'un engagement politique des autorités du ministère pour la mise en œuvre du plan d'actions.

La mise en œuvre du CSLP II (2012-2016) a retenu quatre axes lors de la conférence de Genève en octobre 2012 en accord avec le gouvernement burundais, à savoir : la consolidation de l'Etat de droit à travers la gouvernance, la santé, l'énergie et le développement rural.

L'économie du Burundi repose essentiellement sur l'agriculture et la croissance démographique est de 2.4% par an. Dès lors, même si le pays connaît une croissance économique significative - plus de 4% -, 67% de la population vit encore sous le seuil de pauvreté.

Les répercussions de la crise économique et financière internationale, survenue depuis 2009 ont fortement contrarié ces efforts (crise énergétique, inflation galopante et perte du pouvoir d'achat). La chute de l'euro ces derniers temps risque également d'affecter le budget des investissements.

L'année 2014 a été marquée par une insécurité croissante liée à la période préélectorale dans certaines zones du pays.

La prévention de l'épidémie d'Ebola a mobilisé un certain nombre de ressources humaines affectées dans les structures des zones frontalières avec les pays voisins et a limité certains déplacements dans les pays touchés.

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

L'ancrage institutionnel reste très approprié.

- Le PAISS s'est largement impliqué dans le processus de rédaction de la nouvelle Politique Nationale de santé (2016-2025).
- La décision politique intervenue depuis 2012, faisant du secteur de la santé un secteur pilote pour la décentralisation et le développement communautaire, ne s'est pas encore traduite en faits tangibles au sein des structures sanitaires.
- L'introduction du FBP central a amélioré sensiblement la performance des 'Unités de Prestation' au niveau central. Cependant, il subsiste un problème important de décaissement des fonds générés pour le fonctionnement. Le FBP périphérique est quant à lui resté sujet à d'importants retards de paiement des parts dues par le gouvernement. Au niveau central comme périphérique, la préparation et l'évaluation du FBP requièrent énormément de temps.
- A cause de la faible coordination et des retards trop importants de remboursement des factures de soins dans les formations sanitaires, le système de Carte d'Assistance Médicale (CAM) insaturé en 1984 n'a toujours pas atteint ses objectifs.

<sup>2</sup> L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

- En 2014, la mise en place des carnets de soins et du dossier médical, a été rendue effective. Bien que reconnus pertinents, les coûts inhérents à ces deux supports d'informations menacent d'alourdir la part de dépenses supportées par le patient. La pérennité de ces outils pourrait donc poser problème.
- La mobilité non maîtrisée du personnel clé dans les structures du système de santé au Burundi reste problématique et complique le renforcement des capacités dans les institutions. A titre d'exemple, dans les zones appuyées par le PAISS, on a assisté au changement d'un directeur Provincial et de deux directeurs de district. Il en est de même au niveau central où en 2014, trois des cinq Directeurs d'Intervention du programme (volet 2, 4 et 5) ont été remplacés ; ce qui a compliqué la continuité de l'ancrage au Ministère.

### 2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le PAISS (volets 1, 2 et 3) a atteint sa vitesse de croisière à partir de l'année 2013 avec un taux d'exécution qui est passé de 18% en 2012 à 73% au 31 décembre 2014 soit une nette progression. Le volet 4 (SNIS) a obtenu un taux d'exécution de 19%.

Parmi les éléments ayant influencé l'état d'avancement de l'intervention au cours de l'année, on peut noter :

- Le volet 5 du PAISS, en complémentarité des volets existants, a démarré en novembre 2014. Ce volet met l'accent sur les infrastructures, les équipements et la maintenance.
- L'ATI transversal Infrastructures n'ayant pas répondu aux attentes du PAISS en 2012 et 2013 du fait de sa faible disponibilité, un ATI infrastructures avait été recruté. Il est maintenant Delco du volet 5. Cela a permis un démarrage plus rapide des travaux de construction et réhabilitations.
- Vu sa charge de travail, l'ATI ICT n'est pas suffisamment disponible pour le volet 4 (SNIS).
- Après qu'un PIM (Manuel des procédures spécifiques au PAISS) ait été rédigé et approuvé en SMCL, un texte a clarifié le rôle des DI. Il subsiste néanmoins un manque de disponibilité de certains DI. La proximité du DI avec le Delco est importante pour l'opérationnalité du PAISS et la communication avec le niveau politique.  
La rémunération des DI, pour leurs activités dans le programme PAISS, reste un problème. A la suite de l'introduction du FBP au niveau central, les primes des DI dans le PAISS ont été supprimées. On essaie de faire valoriser la charge du travail des DI pour PAISS dans le cadre du FBP.
- La nouvelle réglementation sur les per diem dans le cadre de l'harmonisation avec les pays de l'Union Européenne a facilité l'exécution des activités du PAISS par les partenaires depuis mi-2013. La gestion des per diem et autres frais de mission s'est nettement améliorée mais reste perfectible.
- Les procédures des marchés publics demeurent lourdes et longues malgré les stratégies d'adaptation du programme : recrutement d'un adjoint au responsable des marchés publics, mise en régie des marchés de prestations intellectuelles, etc.
- On observe une meilleure gestion des Accords d'Exécution (AE):
  - o il n'y a plus de période non couverte entre 2 AE ou entre un AE et un avenant (même si parfois la demande d'ANO à la Représentation augmente les délais) ;
  - o la gestion des fonds versés aux partenaires s'est considérablement améliorée notamment grâce à un atelier formatif organisé en juin 2014 ;
  - o un expert financier se consacre à 75% aux AE. Cependant, les rapports d'évaluation trimestrielle ne sont toujours pas disponibles assez rapidement.
- Des améliorations ont été constatées au niveau de la fonctionnalité et de l'organisation de UAG :
  - o engagement d'un Contrôleur de Gestion ;

- réorganisation physique des différents bureaux de l'UAG ;
- échanges de bonnes pratiques avec le personnel administratif et financier des projets Education et PAORC et ceux du programme PAIK (R.D. Congo)
- Cependant, il reste toujours des faiblesses du côté de la logistique. Pour remédier à cela, une ATJ en renforcement des capacités logistiques a rejoint l'UAG en octobre 2014.

### 2.1.4 Contexte HARMO

La coordination entre le MSPLS et les PTF est effective et a été renforcée par le programme PAISS. Néanmoins, c'est un processus, qui dépend de l'engagement du MSPLS autant que des PTF, et qui doit évoluer dans le temps. Ainsi le CPSD est opérationnel, mais les échanges pourraient être encore plus riches et dynamiques.

Les Groupes Thématiques (GT) ont également été redynamisés en 2014 suite à leur réorganisation et par la mise en œuvre du FBP central. Toutefois, leur fonctionnalité et leur pertinence restent à renforcer.

A cause des faiblesses dans le fonctionnement de ces GT, les projets qui appuient le Ministère se concertent entre eux en complément lors d'une réunion de coordination mensuelle pour harmoniser les initiatives, échanger les expériences et partager les activités. En 2014, PAISS, Amagara Meza (UE), GIZ, JICA et la Coopération Suisse, ainsi que certaines Directions du MSPLS, ont participé à ces réunions techniques. Ainsi, des interactions positives se sont développées dans :

- la mise en œuvre et l'extension de la SPT ;
- l'élaboration des stratégies relatives à la mise en œuvre de la chirurgie de district, de la référence contre référence et du dossier médical / carnet de soins ;
- l'élaboration de la cartographie sanitaire (PAISS) en lien avec le développement des plans d'extension de la couverture sanitaire (AM) ;
- l'élaboration des stratégies de maintenance des équipements (biomédicaux pour AM et informatiques pour le PAISS).

Au niveau périphérique, le PAISS travaille en collaboration avec Memisa (à Muramvya) et Médecins sans Frontières (à Kirundo).

L'élaboration d'une stratégie de financement pour le secteur santé, qui est une autre initiative phare du MSPLS, est appuyée conjointement par la BM, l'UE, la GIZ et le PAISS ; et se fait en concertation avec le secteur de la protection sociale et ses partenaires comme l'Unicef.

Il faut signaler néanmoins que le Ministère et ses structures restent en grande partie dépendants des appuis des PTF pour leur fonctionnement, et que certaines initiatives du gouvernement, comme le charroi zéro, ont en fait été anéanties par les interventions des PTF.

## 2.2 Performance de l'outcome



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

<b>Outcome : Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du Ministère, à une efficience accrue des structures périphériques (en premier lieu dans la province de Kirundo et Muramvya) et à une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical</b>					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Taux d'utilisation des consultations curatives (nombre de nouveau cas/an/habitant)	0,94	1,66*	1,64*	≥1,00	≥1,00
Proportion de DS ayant les médecins selon les normes (n=5)	ND	77%	79%*	40%	50%
Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année	0%	51% (23/45)	100% (45/45)	>90%	>90%
Nombre de DS qui réalisent 80% des supervisions des centres de santé	43	35*	19*	>40	>40
Proportion du budget national au MSPLS (22) allouée aux DS à travers la CAM, le FBP et les subventions (DS et Hôpital de district)	34% (23.636.448.765 /70.079.200.081)	40% (32.584.659.001 /80.993.838.307)	38% (32.287.841.834 /86.076.056.620)	≥résultat 2013	≥résultat 2014
La contribution directe du patient au niveau de l'hôpital de district (Kirundo et Muramvya)	11.684 FBU	1763 FBU*	3655 FBU	≤résultat 2013	≤résultat 2014
Proportion des CDS ayant les infirmiers A2 selon les normes	normes en révision	40%	49%*	50%	60%
Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié	66,3%	71,7%*	76,0%*	78,0%	80,0%
Taux d'utilisation de la PF	21,9% (358.648 / 1.639.558)	28,0%*	>30,8%*	28,0%	30,0%
Taux de CDS qui utilisent correctement le canevas standardisé (indicateur n° 46 du PNDS II)	50%	82,6%	82,6%**	100%	100%
Niveau de performance du SNIS dans l'utilisation de l'information (indicateur n° 47 du PNDS II)	23%	67,6%	67,6%**	75%	85%

\*Données provisoires. Les chiffres définitifs seront disponibles vers juin 2015.

\*\*Evaluation par enquête

### 2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Les outputs du programme PAISS restent toujours pertinents pour atteindre l'outcome et l'objectif spécifique de l'intervention. D'ailleurs, ils s'alignent sur 4 axes stratégiques de la politique sanitaire du Burundi, à savoir : (1) un MSPLS régulateur, (2) le système de financement, (3) la gestion des ressources humaines, et (4) la décentralisation.

Six des onze indicateurs pour l'outcome ont atteint leurs cibles en 2014 ou ont montré une évolution positive, voire une amélioration significative. D'abord, plusieurs données



sont provisoires et n'incluent pas Q4 de l'année. Mais, certaines cibles étaient visiblement trop ambitieuses. De plus, des activités clés ont pris du retard, comme par exemple la mise en œuvre de la stratégie de chirurgie de district et des SPT, ou la mise en place du logiciel de gestion des ressources humaines. Finalement, la plupart des indicateurs d'outcome sont des indicateurs systémiques du PNDS II qui sont influencés par d'autres facteurs et d'autres intervenants.

- Le 'taux d'utilisation des consultations curatives' est un indicateur clé pour l'impact du programme : l'accès aux services de santé. Il a évolué favorablement depuis plusieurs années. Cette amélioration est due à l'introduction de la gratuité des soins et du FBP, à la CAM, et à l'augmentation du personnel qualifié disponible dans les Formations Sanitaires. Les dernières années, l'indicateur s'est stabilisé autour de 1,65 consultations par an par habitant, qui est un niveau plus que satisfaisant.
- Les deux indicateurs concernant les ressources humaines dans le secteur sont la 'proportion de DS ayant les médecins selon les normes' et la 'proportion des CDS ayant les infirmiers A2 selon les normes'. Les deux ont atteint en 2014 leur cible, suite à un recrutement par la fonction publique (55 médecins, 246 infirmiers) et un recrutement au niveau local avec le financement du FBP. Il vaut toutefois noter que les salaires des médecins restent insuffisants pour les fidéliser et les motiver, que le travail clinique du personnel n'est que peu valorisé, et que la présence effective des médecins dans les districts sanitaires reste à améliorer.
- Tous les DS disposent cette année d'un plan annuel validé. En 2014, les processus de planification ont été standardisés et la validation des plans a été décentralisée vers le niveau provincial (au lieu de la DGP du ministère).
- Un autre aspect des prestations de santé est l'accessibilité financière, qui est monitorée au PAISS grâce à deux indicateurs.  
La 'proportion du budget national au MSPLS allouée aux DS' a diminué légèrement en 2014 de 40% à 38%. Malgré cela, cette proportion reste très satisfaisante comparée à d'autres pays dans la région où les DS (niveau opérationnel) sont très largement sous-financés.  
Le deuxième indicateur - 'la contribution directe du patient au niveau de l'hôpital de district' -, qui avait diminué fortement grâce à l'introduction de la CAM, a remonté en 2014. Divers facteurs peuvent expliquer cette augmentation, mais cela montre que l'accessibilité financière de la population pour les soins hospitaliers n'est toujours pas garantie.
- La 'proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié' a continué d'augmenter significativement, mais le progrès reste trop lent et le cible n'est pas atteinte. L'augmentation du personnel qualifié, la disponibilité des ambulances et l'ouverture des nouveaux CDS ont certainement contribué à ce résultat. Mais c'est surtout la demande qui devrait être stimulée : beaucoup d'accouchements se déroulent encore à domicile.
- Le 'taux d'utilisation de la PF' continue également à progresser et atteint sa cible, mais reste trop bas pour avoir un impact sur la croissance démographique. Parmi la population, il existe une forte résistance due à la religion. Plusieurs stratégies ont été mises en place pour stimuler la PF : les TPS peuvent désormais administrer les injections Dépo-Provera. On a également opérationnalisé des centres secondaires autour des centres confessionnels qui n'offrent pas la contraception moderne.
- Les deux derniers indicateurs, relatifs au SNIS, nous informent mieux sur l'impact de l'intervention. Les données ne sont pas disponibles pour 2014 parce qu'elles doivent être générées par des enquêtes. En 2015, elles seront obtenues dans le cadre de l'Evaluation à Mi-Parcours du volet 4.

L'appui du programme PAISS au niveau périphérique à travers le volet 2 s'intègre complètement dans la stratégie de mise en œuvre de la politique sectorielle. Le développement et la consolidation du système de santé du district est la pierre angulaire

du plan de développement sanitaire du pays.

L'exécution du programme contribue au renforcement des compétences des structures d'encadrement que sont les bureaux des provinces et des districts pour qu'ils exercent leurs fonctions régaliennes. Ainsi la fréquence et la qualité des supervisions, les appuis sur le processus de planification, et le suivi-évaluation concourent à l'amélioration des taux d'utilisation et de la qualité de soins.

Aussi en préparant le terrain à la mise en œuvre des stratégies élaborées par le niveau central et en cherchant à faire appliquer les normes nationales, le programme renforce le système de santé dans sa globalité. La zone d'intervention a servi comme terrain de pilotage pour la mise en œuvre des SPT, qui est un mécanisme de rationalisation de la consultation curative et donc de la qualité des soins. Le programme intervient également dans le pilotage de la décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques. Une fois concluante la stratégie pourrait servir lors de la formulation de la nouvelle politique de santé et être intégrée dans le paquet d'activités des centres de santé.

Des initiatives telles que l'approche de l'encadrement de proximité pour le renforcement des capacités en gestion administrative et financière dans le cadre de la mise en œuvre du FBP a permis l'amélioration de la trésorerie dans les formations sanitaires. Cela a rendu possible le recrutement au niveau local des ressources humaines permettant ainsi aux formations sanitaires l'exécution du paquet minimum d'activités. Le renforcement du système de référence et de contre référence a servi d'exemple au niveau national dans l'élaboration du manuel de procédure national.

Le feed-back du programme vers le niveau central sur la mise en œuvre de la CAM, représente une source d'information devant permettre des adaptations de la stratégie. Tous ces aspects ont connu des réalisations à des degrés différents. Enfin les interrelations avec les différents volets d'une part et avec le MSPLS d'autre part, contribueront à enrichir et à développer le système de santé en général.

Pour le volet 3, l'appui à la mise en œuvre de la politique de RH contribue à l'objectif du personnel disponible compétent et motivé. L'évolution des indicateurs et des activités montrent que ce résultat ne sera pas atteint au cours du PAISS, mais dans la phase de consolidation. La mise en œuvre du plan de formation du personnel et de la chirurgie de district va permettre d'améliorer sensiblement les indicateurs de disponibilité de ressources humaines qualifiées. Cependant certaines contraintes demeurent comme la limitation du recrutement du personnel pour des raisons budgétaires et la forte mobilité du personnel.

En intervenant sur la production de ressources humaines à travers le soutien à la politique de réforme des formations paramédicales du Ministère, le PAISS améliore l'accès des populations à des soins de qualité avec des prestataires compétents. Le sureffectif des élèves dans les écoles paramédicales privées, a diminué entre 2013 et 2014, le MSPLS ayant empêché 9 écoles paramédicales privées de recruter en première année pour non-respect des normes en effectifs. Cependant la création de 4 nouvelles écoles paramédicales en 2014 a réduit l'impact de cette mesure au niveau des effectifs, même si ces nouvelles écoles ont respecté les effectifs au niveau du recrutement. Les écoles paramédicales publiques sont aux normes pour les effectifs. Si la régulation se maintient, le sureffectif sera également réduit dans les écoles privées. Mais le nombre croissant des écoles entraîne un amenuisement et un encombrement des terrains de stages, avec un nombre pléthorique des stagiaires par service hospitalier et par centre de santé. Cette situation a pour conséquence une faible qualité de l'encadrement et de l'apprentissage. L'appui à la politique de réforme des formations paramédicales devrait se poursuivre dans le PAISS (phase de consolidation) et un nouveau programme d'intervention.

### 2.2.3 Impact potentiel

La finalité du PAISS est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du Burundi. Il n'a pas été identifié d'indicateur d'impact. Dans tous les cas, l'impact d'une intervention comme le PAISS est toujours difficile à mesurer du fait de l'existence de plusieurs facteurs confondants.

Cependant, on peut estimer au vu de l'évolution des indicateurs d'outcome du PAISS que le programme contribue à améliorer de l'état de santé de la population à côté d'autres interventions du Plan National de Développement sanitaire (PNDS II), à travers une meilleure accessibilité et qualité des soins et services de santé. En effet, les indicateurs d'utilisation des soins et services de santé progressent favorablement d'année en année. Il s'agit notamment du taux d'utilisation du curatif, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié et le taux de prévalence contraceptive. Ces indicateurs sont intimement liés à une amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant, les couches les plus importantes de la population et aussi les premiers utilisateurs des services de santé.

## 2.3 Volet 1 : performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : Les réformes institutionnelles sont appuyées					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Taux de réalisation des réunions du CPSD	10/11	8/11	8/11	12/12	12/12
Taux de réalisation des réunions des Groupes Thématiques	22%	<60%	± 70%	>80% des réunions mensuelles de chaque GT	>80%
Les travaux de construction au niveau central sont réalisés selon un plan directeur établi et approuvé	-	plan directeur en élaboration	plan directeur finalisé	construction en cours	réalisé

### 2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>3</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appuyer la mise en œuvre des recommandations sur la restructuration du niveau central		X		
2 Appuyer la coordination des départements du MSPLS et des PTF		X		
3 Améliorer les infrastructures et équipements du MSPLS au niveau central			X	
4 Développer une mémoire institutionnelle		X		

### 2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Les réformes institutionnelles, qui résultaient de l'audit organisationnel et institutionnel de 2010, ont été opérationnalisées dans une feuille de route. Celle-ci a été réalisée en grande partie, sauf en ce qui concerne la rationalisation du personnel au niveau central, qui est un processus à moyen terme avec une planification en plusieurs étapes.

En 2014, les activités liées à ce résultat ont été : la continuation de l'appui au

<sup>3</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

fonctionnement des Unités de Prestation, l'achat d'un dernier lot de matériel bureautique et le transfert de compétences.

Ainsi l'archivage du MSPLS en est un exemple. L'ATN du PAISS, qui a appuyé l'archivage du ministère pendant 5 ans, a quitté son poste en 2014, mais le travail continue avec le personnel du MSPLS. La pérennisation de l'initiative est assurée par le FBP central, qui assure des moyens de fonctionnement et qui remplace les primes qui étaient auparavant payées par le PAISS pour stimuler la motivation du personnel. L'appui du PAISS en 2014 consistait dans l'achat du matériel d'archivage et l'extension de l'archivage par des formations dans d'autres institutions du secteur.

La coordination entre le MSPLS et les PTF est effective et a été renforcée. Mais c'est un processus, qui dépend de l'engagement du MSPLS autant que des PTF, et qui va évoluer dans le temps. Ainsi le CPSD est opérationnel, mais les échanges pourraient être encore plus riches et dynamiques.

Les Groupes Thématiques (GT) ont également été redynamisés en 2014 suite à leur réorganisation et par la mise en œuvre du FBP central. Mais leur fonctionnalité et leur pertinence restent à renforcer.

L'élaboration et l'exécution du plan directeur pour le niveau central reste un préalable pour une organisation et une fonctionnalité efficace du ministère. Le plan directeur a été finalisé en 2014. Reste le plan architectural à élaborer en 2015 avant la construction, qui est prévue dans le volet 5 du PAISS en 2016.

Mais on attend d'abord l'assignation du terrain par le MSPLS. Ceci est un risque important pour le PAISS : si le terrain que la Commission avait identifié n'est pas assigné, il faut refaire partiellement le plan directeur. En plus, les coûts de construction vont très probablement dépasser le budget disponible ce qui obligera le MSPLS à chercher un autre partenaire pour le cofinancement. Dans ce cas, le projet aura des retards importants ou pire, son annulation devrait être considérée.

Un groupe électrogène, qui était demandé par le MSPLS depuis 2012, a finalement pu être acheté et installé. Un accord de cofinancement entre le MSPLS et les PTF basés au sein du MSPLS (BM - PADDIS, EU - Amagara Meza, CTB - PAISS) assure le fonctionnement du groupe par l'achat conjoint de carburant.

Le taux d'exécution pour ce résultat est à 79%.

## 2.4 Volet 1 : performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : Le processus de planification est renforcé et soutenu					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion de DS qui disposent d'un plan de développement sanitaire validé	0/45	0/45	0/45	45/45	45/45
Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année	0% (0/45)	51% (23/45)	100%	>80%	>90%

### 2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>4</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Contribuer à la mise en place d'un processus de planification		X		
2 Contribuer à la finalisation du PNDS II		X		
3 Opérationnaliser les Districts Sanitaires		X		

### 2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Les processus de planification annuelle de toutes les structures du secteur santé ont été renforcés depuis 2012. En 2014, toutes les structures ont élaboré un plan annuel pour 2015 et ces plans ont été validés par les BPS et la DGP du MSPLS. Néanmoins, la qualité des plans devrait encore être renforcée.

Le processus de la planification stratégique (pluriannuelle) du niveau périphérique n'a pas réellement démarré. Une étape intermédiaire, qui est l'élaboration d'un Plan d'Extension de la Couverture (PEC), a été finalisé en 2014. En 2015, l'élaboration des plans stratégiques des structures périphériques devrait être intégrée dans le cadre de la planification pour le PNDS III (2016 – 2020). L'Évaluation à Mi-Parcours du PNDS II a également été appuyée en 2014.

L'exécution budgétaire pour ce résultat est de 101% et les dépenses se sont seulement élevées à 4.451 euro en 2014. Les processus de planification continuent d'être appuyés par le PAISS dans le volet 4.

<sup>4</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

## 2.5 Volet 1 : performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Niveau de performance du SNIS dans l'utilisation de l'information (indicateur n° 47 du PNDS II)	23%	67,6%	67,8%	70%	85%

### 2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>5</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Établir un plan stratégique pour le SNIS	X			
2 Soutenir la fonctionnalité du SNIS		x		
3 Soutenir la fonctionnalité du SNIS par un achat d'expertise		x		
4 Co-organiser la Revue Annuelle Conjointe		x		

### 2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Etant donné le démarrage en 2012 du volet 4, qui est entièrement dédié à l'appui du SNIS, les activités relatives à cet output 3 sont suivies de façon intégrée avec les 4 autres résultats du volet 4 et montrent un état de progression plus que satisfaisant : toutes les expertises prévues ont été obtenues, un plan de formation a été élaboré et les formations continues prévues ont été réalisées. Une carte sanitaire permettant l'analyse spatiale des données a été intégrée dans les outils d'exploitation des informations. Les revues annuelles Conjointes deviennent une routine bien huilée.

<sup>5</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

## 2.6 Volet 1 : performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 : La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion des ECD en formation en APP	6/45	36/45	15/45	45/45	45/45
Proportion des DS qui pratiquent la chirurgie de district selon la stratégie nationale	-	stratégie en élaboration	la stratégie et le plan opérationnel sont élaborés et validés	la stratégie et le plan opérationnel sont élaborés et validés	à définir
Proportion des CDS qui utilisent les SPT	1,70% (9/528)	<50%	<50%	75%	>90%

### 2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>6</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appuyer la formation des BDS et BPS en matière de gestion des services		X		
2 Contribuer au renforcement du PCA des DS en chirurgie		X		
3 Contribuer à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à tous les niveaux			X	

### 2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Formation des Equipes Cadres de District (ECD) en Apprentissage par Problèmes (APP)  
 En 2014, les formations APP et le suivi / accompagnement des ECD de 6 provinces, ainsi que la capitalisation de l'initiative ont continué. Le PAISS a aussi appuyé deux sessions de recyclage des Tuteurs nationaux.

D'autre part, le projet Amagara Meza (EU) a retiré son appui à la formation pour leurs 8 provinces, d'où la diminution enregistrée de l'indicateur pour cette activité.

Malgré l'ancrage de l'initiative à la DODS du MSPLS et l'engagement continu du Bureau des Tuteurs, les faiblesses organisationnelles de l'approche, qui avait été identifiées en 2013, continuent d'affaiblir les résultats de l'initiative.

<sup>6</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.



C'est la raison pour laquelle on planifie en 2015, dans le cadre de la capitalisation, une évaluation des toutes les approches de renforcement des capacités des ECD, afin d'obtenir un consensus pour le nouveau PNDS III.

#### Chirurgie de district

Ce dossier avait pris un retard important en 2014. Finalement, des experts ont appuyé le Ministère pour élaborer une stratégie nationale et un plan opérationnel pour la mise en œuvre de la chirurgie de district.

En 2015, une Commission de Coordination, et une Commission Pédagogique doivent être mises en place par le Ministère pour piloter la mise en œuvre du plan opérationnel et pour préparer les formations par la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi et de l'INSP.

Les premières formations sont prévues en 2016, et les premières équipes formées doivent sortir en 2017. C'est pourquoi cette activité devra certainement être continuée dans une deuxième phase du programme.

#### Stratégies Plainte - Traitement (SPT)

Cette initiative a également du retard. La phase d'extension dans tous les CDS du pays a connu beaucoup de difficultés en 2013. Par conséquent, la mise en œuvre et le suivi des SPT ont été adaptés en 2014. L'extension continuera en 2015.

Le succès de cette activité, ensemble avec l'introduction de la chirurgie de district, est fondamental pour l'atteinte de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins.

#### Autres

- Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins, le programme appuie les supervisions techniques du MSPLS en périphérie par la Direction des Projets et Programmes (DPP) et les inspections des Formations Sanitaires par les services de l'Inspection Générale du MSPLS.
- En 2014, le PAISS a contribué comme prévu dans la SMCL de démarrage, à la construction du Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale, qui est une initiative de l'APEFE. Malgré l'inauguration du bâtiment en avril 2014, le Centre n'était pas encore opérationnel à la fin de l'année.

L'exécution budgétaire de ce résultat est de 64%. Ce retard dans l'exécution est largement expliqué par les retards de la mise en œuvre des deux initiatives (chirurgie de district et SPT).

## 2.7 Volet 1 : performance de l'output 5

### 2.7.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 5 : Le système de santé est financé sur base d'un système de financement unique, maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins</b>					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
La moyenne de la performance FBP des Unités de Prestation du MSPLS	-	<b>FBP Central est mis en application</b>	70% (=Q4 2013) < 88% (=Q3 2014)	> résultat Q4 2013	> résultat 2014
Proportion de la population couverte par une assurance maladie ou un mécanisme de solidarité	30,3%	63%	65%	> résultat 2013	> résultat 2014

### 2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>7</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appuyer le démarrage du FBP au niveau central		X		
2 Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé			X	

### 2.7.3 Analyse des progrès réalisés

#### FBP central

L'introduction du 'FBP central' a finalement démarré fin 2013 avec un retard important. Le système prévoit d'une part d'appuyer le fonctionnement des 'Unités de Prestation' (UP) du Ministère, et d'autre part d'octroyer des primes de performance pour le personnel des UP. Après un an, les premiers résultats sont prometteurs : ainsi la performance globale de toutes les UP a augmenté de 70% en Q4 2013 à 88% en Q3 2014. Cependant, on a constaté différents problèmes : des problèmes de décaissement par la DBA pour appuyer le fonctionnement des UP, la lourdeur des évaluations trimestrielles des UP, et des indicateurs des UP qui ne sont en rien liés avec les indicateurs du PNDS. Le financement de l'initiative continuera en 2015 et sera accompagné d'un processus d'évaluation et de capitalisation. La contribution des autres partenaires et du gouvernement au financement du FBP central reste marginale et problématique.

#### Financement du secteur

<sup>7</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Le PAISS appuie l'élaboration de la nouvelle stratégie de financement pour le secteur santé. L'objectif est de doter le Burundi d'une stratégie de financement de la santé cohérente, efficiente et équitable en vue d'atteindre la couverture universelle. L'élaboration de la stratégie a des retards importants (mais cela était prévisible). D'abord la stratégie est développée, à juste titre, en concertation avec le secteur de la Protection Sociale. Celui-ci a sa propre dynamique, ce qui alourdit dès lors les processus. En plus, la stratégie de financement est aussi un thème politique important, qui dépasse le niveau des techniciens du MSPLS.

Entretemps, la proportion de la population couverte par une assurance maladie ou un mécanisme de solidarité, a augmenté significativement depuis l'introduction de la nouvelle CAM en 2012, et elle semble se stabiliser en 2014 autour de 65%. Malheureusement, le déficit de financement qui amène le système devant une impasse, n'a pas pu être résolu.

L'exécution budgétaire de ce résultat est de 82%.

## 2.8 Volet 2 : performance de l'output 6

### 2.8.1 Progrès des indicateurs

Output 6 : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Taux de réalisation des supervisions des BDS par les BPS (Kirundo et Muramvya)	95%	100%	100%*	95%	95%
Proportion de BPS qui disposent d'un plan annuel validé au 4 <sup>ème</sup> trimestre de l'année (Kirundo et Muramvya)	0%	100%	100%*	50%	100%
Taux de réalisation des réunions CPSD provinciales	0%	75%	100%*	50%	75%

\*Données provisoires ; les chiffres définitifs seront insérés ultérieurement

### 2.8.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>8</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Renforcer le BPS de Kirundo, Muramvya, en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS provincial		X		
2 Maintenir un système de FBP pour le BPS de Kirundo et l'exécuter		X		

### 2.8.3 Analyse des progrès réalisés

Pour la deuxième année consécutive, le programme a signé des accords d'exécution avec les structures provinciales (BPS et BDS) et à travers ces accords, des financements pour l'exécution des activités régaliennes ont été apportés. A côté de cela, des appuis techniques ont été apportés soit directement par l'assistance technique ou soit par des personnes mises en contact avec les BPS. Ainsi, la première activité principale qui a été organisée par l'unité d'appui et de gestion du PAISS est relative à la formation en gestion administrative et financière ainsi qu'aux procédures utilisées au niveau du PAISS pour la gestion des fonds octroyés. Cette activité a été poursuivie par des missions de contrôle et de supervisions. On note par conséquent une amélioration dans l'organisation des activités ainsi que dans la production des justificatifs. Cette activité représente également un pas important dans la capitalisation pour l'acquisition des connaissances sur la gestion administrative et financière.

L'appui du programme a permis aux BDS et BPS de réaliser les supervisions des FOSA grâce à l'octroi des moyens de fonctionnement. Ce taux atteint 100% mais le PAISS continue à appuyer l'amélioration de la qualité des supervisions grâce à un accompagnement de proximité par l'assistant technique, une amélioration de la communication entre les districts sanitaires et les antennes du PAISS et surtout avec l'utilisation des résultats de ces supervisions pour l'amélioration de la gestion des districts. Des appuis financiers et techniques ont été apportés lors des évaluations et planifications annuelles. Ainsi 100% des plans d'action 2014 de ces provinces ont été

<sup>8</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

validés dans les ateliers du CPSD provincial. Toujours dans le domaine de la planification, et avec l'appui technique du projet de l'UE, les plans de couverture (PEC) des centres de santé des provinces ont été finalisés, ce qui constitue un point de départ pour la réalisation des plans pluriannuels dans les provinces et districts. Ces PEC représentent aussi une base de données accessible pour les accompagnateurs sur les investissements à faire par les FOSA, car ils répertorient toutes les informations sur les infrastructures et matériel déjà disponibles.

Dans les normes sanitaires du pays, il est prévu la mise en place des comités de pilotage des districts sanitaires sous la présidence des médecins Directeurs des provinces. La fonctionnalité de ces comités s'est améliorée avec le financement du PAISS. Et les plans d'action ont été soumis à ces comités pour validation. Les activités de coordination technique et d'analyse des données SIS ont été organisées dans les provinces. Les réunions du CPSD (cadre de partenariat pour la santé et le développement) ont été plus régulières (100% dans la province de Kirundo et 100% à Muramvya). Aussi les visites conjointes de terrain de tous les partenaires intervenant pour les CPSD provinciaux ont été financées. Lors de ces sorties les membres du CPSD utilisent le canevas de l'évaluation de la qualité technique du FBP des structures ce qui permet de faire une comparaison avec les résultats obtenus par les vérificateurs du PBF. Pour les analyses SIS, un canevas harmonisé entre les deux provinces est en train d'être testé. On a enregistré un léger retard dans l'exécution des activités des accords d'exécution pour la province de Kirundo dû au changement du médecin Directeur de la province.

La réalisation de toutes ces activités contribuent au renforcement des provinces sanitaires.

Les appuis dans le cadre du financement basé sur la performance se sont poursuivis avec le financement du fonctionnement des CPVV et des subsides des deux provinces.

L'amélioration générale des FOSA dans la gestion administrative, financière et des médicaments se voit déjà par la comparaison des scores au début de l'année avec les scores actuellement obtenus. Toutefois, on observe encore beaucoup de points faibles des FOSA et les équipes d'accompagnement de proximité ont identifié et formulé des recommandations pour améliorer la situation. Au début de l'année, des modifications ont également été apportées dans les grilles d'évaluation des formations sanitaires à travers le manuel de procédure pour mettre en adéquation la qualité réelle observée dans les FOSA avec celle obtenue par les outils d'évaluation du FBP. Cette situation a relégué la quasi-totalité des formations sanitaires des deux provinces vers un statut des fosa avec d'importants déficits de qualité et des malus ont été appliqués. Grâce à l'accompagnement de proximité la situation a été "normalisée" : d'un score de qualité technique de 0% au 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre, on a enregistré une évolution à 65% au 3<sup>ème</sup> trimestre et 71% au 4<sup>ème</sup> trimestre. D'une manière globale à partir du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre, presque 90% des FOSA ont reçu des bonus de qualité à Kirundo et 61% dans la province de Muramvya.

On constate aussi que les entités de régulation fonctionnent assez bien étant donné qu'elles obtiennent des scores appréciables. Ainsi les scores de qualité de la province de Kirundo évoluent en moyenne de 94,8% en 2011, à 96% en 2012 à 97,8% en 2013, et sont supérieurs à 90% pour 2014. Et pour les CPVV, le score est également supérieur à 90%.

Toute cette situation est analysée au cours des évaluations financées par PAISS.

Le taux global d'exécution de l'output est de 92 %.

## 2.9 Volet 2 : performance de l'output 7

### 2.9.1 Progrès des indicateurs

Output 7 : Les BDS sont opérationnels					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année (Kirundo et Muramvya)	0%	16%	100%*	50%	75%
Proportion de DS qui réalisent 80% des supervisions des centres de santé (Kirundo et Muramvya)	84%	100%	100%*	85%	90%
Nombre de DS ayant 3 médecins (Kirundo et Muramvya)	80%	67%	67%*	80%	90%
Proportion de réalisation des formations continues intégrant les programmes verticaux des plans annuels des districts (Kirundo et Muramvya)	0%	25%	100%*	25%	50%

\*Données provisoires les chiffres définitifs seront insérés ultérieurement

### 2.9.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>9</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
R7/A1 Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du district.		X		
R7/A2 Introduire un système de FBP pour les BDS supervisés et l'exécuter		X		
R7/A3 Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et des soins et soutenir l'application SNIS dans les HD de Kirundo, Muramvya		X		

### 2.9.3 Analyse des progrès réalisés

Notons qu'au niveau national – et avec l'appui du volet 3 - la stratégie nationale de formation a été élaborée et un plan national de formation continue a également été validé. Ces documents de base sont à l'étape de diffusion et la province de Kirundo a été choisie comme zone de pilotage. L'élaboration et la formation ont été planifiées pour la 2ème quinzaine de février. Ce plan devrait contenir les formations liées aux fonctions régaliennes des équipes. C'est pourquoi en collaboration avec le volet 1 (appui institutionnel), des sessions de formations Approche Par Problème (APP) ont été organisées. D'autres formations ont été exécutées à travers les accords d'exécution c'est le cas de la formation sur le management, les notions du district sanitaire pour la province de Muramvya et la formation des formateurs sur les SPT. Quelques activités de formation sont en retard notamment à Kirundo.

L'une des activités essentielles de formation demeure la supervision formative en 2014. Les districts ont bénéficié des appuis techniques dans le cadre de la généralisation des SPT. Des appuis pour le fonctionnement de la logistique de supervision ont été apportés. Ainsi 100% des districts sanitaires ont pu réaliser au moins 80% de leurs supervisions.

<sup>9</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Cependant, la qualité de ces supervisions va être améliorée au fur et à mesure grâce à la poursuite de l'appui de proximité et à la coopération étroite avec les équipes du PAISS. Le programme a participé à la validation du guide national de la supervision et la province de Muramvya a bénéficié d'un appui technique et financier pour la formation des membres des équipes cadre des districts sur le nouveau guide de supervision. Pour le FBP, le programme finance les évaluations de la mise en œuvre au niveau des districts ainsi qu'un accompagnement. Les équipes d'accompagnement du PAISS élaborent de manière hebdomadaire et mensuelle les rapports de suivi sur le terrain et ces rapports sont partagés avec les membres des équipes cadre pour une éventuelle utilisation lors de leurs visites de supervisions des centres de santé. Des présentations des résultats des équipes d'accompagnement sont opérées lors des réunions de validation des factures FBP. Enfin un canevas qui met en relation l'évolution des indicateurs et l'octroi des subsides a été mis en place conformément à la recommandation de l'équipe d'audit. Dans un souci de pérennité des acquis, il a été procédé à un réaménagement de la contribution pour les subsides de la province de Kirundo qui ont été réduits de moitié.

En ce qui concerne la qualité des services et des soins, tous les districts ont bénéficié d'un appui technique et financier pour l'organisation des réunions d'analyse SIS (Système d'information sanitaire). Cependant malgré la pertinence de cette activité, nous avons décidé de ne plus financer que des réunions trimestrielles, ce qui donnera un temps suffisant aux formations sanitaires pour mettre en œuvre les recommandations. Un canevas harmonisé d'analyse SIS a été produit et utilisé en 2014 avec l'appui du PAISS. Des responsables chargés du SIS ont été désignés dans les hôpitaux et l'introduction du dossier des malades est en cours.

Toujours au niveau de l'amélioration de la qualité des services, des avancées importantes ont été obtenues sur le dossier de construction de 3 bureaux des districts sanitaires (Vumbi, Busoni, Muramvya). Les études architecturales et les DAO ont été lancés pour publication. Des stratégies pour réduire les délais lors de l'analyse des offres sont envisagées. Il sera proposé à la prochaine réunion de la SMCL un regroupement budgétaire entre la ligne A0703 et la ligne A0806 pour avoir une ligne unique pour les constructions. L'appui de l'ATI du volet 5 (appui aux infrastructures) a été très appréciable.

Pour les activités de planification, il persiste encore des insuffisances liées à la complexité du canevas et au déroulement même du processus. Il est très difficile de rédiger une planification globale pour le district en intégrant les activités des centres de santé et celles des hôpitaux. Cette année, le processus a connu un appui financier et technique du PAISS et des séances de validation ont été financées et appuyées dans les districts lors des réunions des COPIDI (comité de pilotage des districts sanitaires). Ce processus étant nouveau, des améliorations seront apportées au fur et à mesure. Notons aussi que les canevas de planification ont été simplifiés lors d'un atelier national avec la participation du PAISS. Enfin, comme indiqué plus haut, chaque district est en possession de sa carte de couverture.

La consommation budgétaire est de l'ordre de 71% mais tous les financements du FBP ont été regroupés sous ce résultat ainsi qu'une partie du budget des constructions. Parmi les difficultés rencontrées, il faut soulever les changements dans la composition des équipes cadre de districts ainsi que leur instabilité. Enfin, deux districts n'ont pas d'hôpitaux, ce qui explique une disponibilité en personnel inférieure aux normes. 66% des Districts répondent aux normes.

## 2.10 Volet 2 : performance de l'output 8

### 2.10.1 Progrès des indicateurs

Output 8 : Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Taux de césariennes (Kirundo et Muramvya)	2,23%	2,40%	3%*	2,50%	3%
Nombre d'interventions de chirurgie majeures réalisées (Kirundo et Muramvya)	82	56	1078*	100	125
Nombre de jours de ruptures stocks dans les 90 jours précédents le contrôle de 6 produits traceurs: quinine injectable, ampicilline injectable, oxytocine, soluté, poches de sang, anesthésique	122	15	15*	90	60
Nombre de rapports comptables établis et transmis (Kirundo et Muramvya)	0%	100%	100% (72/72)	50%	75%

\*Données provisoires les chiffres définitifs seront insérés ultérieurement

### 2.10.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>10</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
R8/A1 Introduire, exécuter le FBP et appuyer l'application SNIS dans les 2 HD de Kirundo		X		
R8/A2 : Financer le FBP au niveau des HD	X			
R8/A3 Appuyer l'introduction de protocoles cliniques et appuyer la prise en charge des maladies chroniques			X	
R8/A4 Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base		X		
R8/A5 Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers				
R8/A6 Réhabilitation des 2 HD			X	

### 2.10.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui pour le FBP est global et touche les différents niveaux de la pyramide provinciale de la santé. Bien qu'on note un taux de transmission des rapports financiers qui passe de 0% en 2011 à 100% en 2014, on observe toujours des insuffisances dans la gestion financière. Il y a une mauvaise application de l'outil d'indice dans les hôpitaux de district car souvent l'octroi des primes ne respecte pas les procédures : pour l'hôpital de Kirundo par exemple, avec 38.000.000 FBU des primes octroyées au personnel au 1<sup>er</sup> trimestre et 37.000.000 FBU au 2<sup>ème</sup> trimestre. Ces montants représentent respectivement 23% au 1<sup>er</sup> trimestre et 35% au 2<sup>ème</sup> trimestre des recettes totales. Les 35% dépassent la limite

<sup>10</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.



des 30% recommandés par le manuel de procédures nationales du FBP. Néanmoins pour les hôpitaux, les réserves bancaires sont de 125.000.000 FBU (HD Mukenke) et 75.000.000 (HD Kirundo). Cette bonne santé financière permet de faire face au retard dans le paiement des quotes-parts des autres partenaires qui financent le FBP et ainsi éviter les ruptures de médicaments. Des petits investissements avec les fonds FBP sont encouragés par l'accompagnement de proximité du PAISS; c'est ainsi que des réhabilitations / réaménagements ont été réalisés à l'hôpital de Kirundo concernant la salle de néonatalogie.

À propos de l'introduction des protocoles cliniques et la prise en charge des maladies chroniques : toute une série de formations sur la prise en charge du diabète et des maladies mentales ont été exécutées en rapport avec le Ministère de la santé. De plus en plus, de malades chroniques sont référés par les centres de santé (diabète et épilepsie). Une évaluation globale de ces activités au niveau de la province est programmée avec l'appui du programme des maladies chroniques.

Malheureusement, certaines activités n'ont pas pu être réalisées : c'est le cas de l'élaboration du guide des protocoles cliniques qui est programmée pour le début du mois de mars 2015. Les termes de référence ainsi que toute la documentation nécessaire a déjà été rassemblée. L'activité sera réalisée avec la Direction de l'offre et de la demande (DODS). Le retard est surtout lié au fait que la priorité a été la mise en route de la stratégie SPT au niveau des centres de santé et aussi du changement du directeur de la DODS. Ces protocoles et les instructions procédurales qui sont en cours seront, une fois mis en application, des outils précieux d'appréciation de la qualité et de l'organisation des soins et des services.

Concernant le renforcement des capacités pour les soins chirurgicaux et obstétricaux de base : la formation de deux médecins et deux anesthésistes sur la chirurgie de district a eu lieu ainsi que la formation en échographie et prise en charge des affections stomatologiques. L'hôpital de Kirundo a quant à lui bénéficié d'une formation en néonatalogie. Des formations sur l'hygiène hospitalière ont aussi été organisées. Du matériel de chirurgie a été acheté pour tous les hôpitaux.

Le résultat provisoire du taux de réalisation des césariennes passe de 2,40% en 2013 à 3% en 2014. Bien qu'étant encore faible, il peut être jugé appréciable au vu de la mobilité et de l'absence des médecins. Quant au nombre d'interventions majeures réalisées, un chiffre provisoire (données SIS provinciaux) de 1078 interventions en 2014 peut être avancé et ce, malgré l'irrégularité des appuis apportés par les ONG à travers la mise à disposition des chirurgiens spécialistes. C'est entre autres le cas de l'HD de Muramvya où l'équipe chinoise a été redéployée. Le matériel mis à la disposition des hôpitaux par le PAISS permettra de résoudre cette question. Cependant, les données provisoires concernant la proportion de malades référés parmi les malades hospitalisés qui est de 17% en 2014 contre 22% en 2013 - s'il se confirme - méritera une étude approfondie. La mise en œuvre de la stratégie nationale sur la chirurgie de district au niveau du pays avec l'appui du PAISS devra permettre d'améliorer cette situation. Toutes ces activités feront surtout de l'HD de Kirundo un centre de formation pour les futures équipes de chirurgie de district.

Enfin le marché public des réhabilitations et constructions en faveur des hôpitaux de Kirundo et Mukenke, qui avait connu des retards, évolue avec l'arrivée de l'ATI et est à l'étape de publication. Comme indiqué ci-dessus des stratégies permettant de réduire certains délais seront proposées. A travers ce marché, on vise à séparer les centres de santé des hôpitaux, ce qui permettra d'améliorer le flux des malades et surtout de rendre le système de référence et de contre référence plus opérationnel. Ce marché permettra aussi de procéder à la réhabilitation de ces hôpitaux. Ce retard explique le faible taux d'exécution de 10% en 2013 à 18% en 2014.

## 2.11 Volet 2 : performance de l'output 9

### 2.11.1 Progrès des indicateurs

Output 9 : Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion de CDS qui utilisent les SPT (Kirundo et Muramvya)	5,70%	6%	100%	25%	75%
Taux d'utilisation de la PF (Kirundo et Muramvya)	16%	37%	32%*	22%	28%

\*Données provisoires les chiffres définitifs seront insérés ultérieurement

### 2.11.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>11</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
A1 Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l'application du SNIS dans les CDS supervisés		X		
A2 Financer le FBP dans les Cds		X		
A3 Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques			X	
A4 Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers		-		

### 2.11.3 Analyse des progrès réalisés

Pour le FBP, PAISS appuie la stratégie telle que déclinée dans le manuel national des procédures FBP. Parmi les activités réalisées, figurent le renforcement des capacités des agents des CdS, en particulier les formations sur la gestion administrative et financière et la planification des CdS. Une stratégie de remplacement des gestionnaires des CdS par ceux ayant un niveau d'étude plus élevé a été appliquée.

Le financement des subsides du FBP dans les deux provinces permet aux formations sanitaires de disposer des ressources qui contribuent aux investissements, au fonctionnement et au paiement de certaines charges telles que le paiement des salaires des agents réduisant ainsi le déficit en personnel.

L'accompagnement pour la province de Muramvya sera axé sur la recherche de la qualité des soins en plus de la gestion administrative et financière. Si les conclusions montrent des résultats probants à Kirundo, le même type d'accompagnement sera soutenu à Muramvya.

D'ores et déjà les équipes d'accompagnement appuient les planifications semestrielles des formations sanitaires.

Enfin des recueils de données permettront à l'instar de Kirundo d'avoir une meilleure

<sup>11</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

appréciation sur la répartition des ressources issues des subsides FBP dans les catégories des dépenses.

TYPES D'INVESTISSEMENT BPS Kirundo TRIM 2 & 3 2014	En FBU (1€=1900 FBU)
Installations/renforcement énergie solaire	18.233.000
Construction homes du personnel	2.210.170
Construction latrines/réhabilitation/Entretien des locaux	24.769.966
Construction salle d'accueil et counseling	24926100
Aménagement d'eau	478.000
Réhabilitation des locaux	40.877.245
Achat équipement informatique	4.599.320
Equipement mobilier	6.583.500
Réhabilitation incinérateur et fosse à placenta	31.795.600
Equipements médicaux et autres matériels	17.370.000
Acquisition de moyens de déplacement	22.037.800

*Exemple des données générées par l'équipe d'accompagnement/investissements sur FBP en FBU*

Toute cette dynamique est menacée par les irrégularités de paiement des subsides FBP par les autres partenaires et l'Etat. Mais aussi par les arriérés de remboursement de la CAM qui se chiffre par exemple pour la province de Kirundo à près de 780.000.000 Fbu à la fin du mois de novembre 2014 (les arriérés jusqu'à fin 2013 ont été remboursés). Pour l'instant, certaines formations sanitaires ont des dépenses supérieures aux recettes et si la situation continue, elles seront confrontées à un problème de trésorerie.

En outre, le programme a financé la formation des formateurs et celles des agents des CdS et des hôpitaux sur les ordinogrammes ou SPT. La proportion des CdS qui utilisent les SPT est de 100% après les formations et la mise à disposition des manuels. Un appui pour la maîtrise est en cours ainsi que la formation de la totalité des agents de santé pour chaque entité. L'introduction de la stratégie vise une amélioration de la qualité des soins. Les indicateurs en rapport avec les SPT ont été introduits dans la grille qualité FBP des CdS.

Enfin, le PAISS a activement participé à la réalisation du test pilote sur l'utilisation des outils suivants : les dossiers des malades, les carnets de santé de la mère et de l'enfant et le carnet de soins. Des propositions pour une généralisation de l'utilisation ont été faites à la DODS du MSPLS.

En accord avec le programme de lutte contre les maladies chroniques, le PAISS appuie la stratégie de prise en charge de ces pathologies et la province de Kirundo est devenue une zone pilote. A part le financement des formations, un don en appareils de dépistage du diabète pour tous les CdS a été fait et les premiers résultats sont encourageants. Les données provisoires donnent un chiffre de 400 malades suivis pour épilepsie dans le DS Mukenke alors que dans l'annuaire statistique de 2013 aucun cas n'avait été relevé dans tous les CdS du pays. Une évaluation des activités est prévue au début de l'année 2015. Les résultats seront utilisés pour la généralisation au niveau du pays.

Certaines formations en rapport avec la planification familiale ont été organisées. Elles concernent principalement l'introduction de l'offre intégrée active de la planification familiale (OIA). Les données provisoires montrent un taux d'utilisation de la PF de 32%.

Le taux d'exécution pour ce résultat est de 85%.

## 2.12 Volet 2 : performance de l'output 10

### 2.12.1 Progrès des indicateurs

Output 10 : Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion des patients référé par les CdS parmi les hospitalisés (Kirundo et Muramvya)	26%	22%	16%*	30%	35%
Nombre de patients référés en urgence par ambulance (Kirundo et Muramvya)	1287	3512	2226*	2000	2500

\*Données provisoires les chiffres définitifs seront insérés ultérieurement

### 2.12.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>12</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Assurer des moyens de communication entre les CDS et l'HD pour organiser les évacuations en priorité en matière de SMI		X		
2 Instaurer un système de financement, organiser le monitoring du système de référence/contre-référence dans la province de Kirundo et appuyer l'introduction des indicateurs sur ce thème dans le SNIS et le FBP		X		

### 2.12.3 Analyse des progrès réalisés

Une particularité de la province sanitaire de Kirundo est que seulement les DS de Kirundo et Mukenke disposent d'un Hôpital de District. Les ambulances de Vumbi et Busoni évacuent donc les patients vers l'hôpital de Kirundo.

Une bonne couverture en téléphonie cellulaire permet d'utiliser les téléphones pour les communications entre les centres de santé et les hôpitaux. Cela se fait pour la province de Muramvya par un système de "flotte" qu'appuie le programme. L'appui financier au système de radiophonie n'est plus jugée efficace à cause du système de téléphonie.

Pour le financement du système, l'alimentation du compte provient non seulement des contributions des ménages mais aussi des CdS, des BDS et du BPS à hauteur de 5% des fonds FBP reçus. En réalité, on a un faible taux de recouvrement de la participation des ménages, autour de 26% seulement. L'amélioration de cette participation permettra de rendre le système plus fiable et pérenne. Une analyse récente montre que le financement du système de référence par le FBP est plutôt de l'ordre de 3% au lieu de 5% avec une irrégularité des contributions.

On remarque une chute du taux de malades référés par les centres de santé parmi les hospitalisés de 26% en 2012 à 22% en 2013 puis 16% en 2014. Les raisons de cette diminution seront approfondies une fois les données validées. L'amélioration de la collecte des données et surtout la prise en compte des contres références adressées par les HD vers les CdS peuvent être des facteurs liés.

<sup>12</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'organisation de l'accompagnement des malades évacués a posé des difficultés suite au retrait de MSF qui finançait cette activité à Kirundo. La solution qui a été proposée par le PAISS, est de procéder de manière rotative entre les agents de chaque service de l'hôpital.

Le nombre des malades transférés par ambulances passe de 2972 en 2012 à 3512 en 2013 puis descend à 2226 pour 2014. Cependant, on note une nette amélioration à Muramvya.

Des ateliers d'évaluation du système sont organisés au niveau des deux provinces et le PAISS fournit un appui pour le fonctionnement du système ce qui permet d'améliorer la performance.

Le programme vient de doter la province sanitaire de Muramvya de deux ambulances et un système de référence est en train d'être mis en œuvre avec la participation de toutes les couches socio-administratives de la province. Ce système se base fortement sur le système implémenté à Kirundo. Un canevas de collecte de données a été produit avec l'appui du programme PAISS et un atelier d'harmonisation a été organisé par le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires. Le PAISS est pleinement associé à la rédaction et la finalisation d'un manuel de procédures. On remarque une grande similitude entre les premières conclusions du manuel et les stratégies utilisées à Kirundo.

Le résultat connaît une exécution budgétaire de 66% (paiement des dernières ambulances non inclus).

## 2.13 Volet 2 : performance de l'output 11

### 2.13.1 Progrès des indicateurs

Output 11 : L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion de comités de santé qui tiennent au moins 80% des réunions avec PV	84%	100%	95%*	85%	90%
Proportion de la population couverte par une assurance maladie (CAM, mutuelles) (Kirundo et Muramvya)	3,40%	31%	46%**	8%	12%

\*Données provisoires les chiffres définitifs seront insérés ultérieurement

\*\* (uniquement données de kirundo(jusqu'à septembre 2014)

### 2.13.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>13</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire et dans toute autre activité de sensibilisation des populations		X		
2 Appuyer les mécanismes de financement alternatifs pour une demande solvable			X	

### 2.13.3 Analyse des progrès réalisés

Au début de l'année 2014, tout un processus de renouvellement des structures de participation communautaire a été engagé à Kirundo, ce qui a permis la mise en place des comités ainsi que la réalisation d'une formation sur ses attributions et rôles.

Il est vrai que la cible pour les proportions de comités de santé qui tiennent au moins 80% des réunions avec PV est atteinte et l'indicateur est à 95%. Cependant un important travail d'encadrement est à soutenir pour l'amélioration de l'utilisation de la participation communautaire. Ainsi devons-nous avoir une idée de la qualité des réunions et surtout de la qualité des thématiques abordées par rapport à leur pertinence. Cela pourrait en effet être un effet pervers du FBP car l'exécution de ces réunions est sanctionnée par l'octroi d'une prime. Le renforcement de la compétence des techniciens de la promotion de la santé qui ont en charge le suivi de la participation communautaire devrait avoir un impact sur la qualité.

Lors du renouvellement des comités, des critères d'éligibilité ont permis de choisir des personnes ayant un niveau d'étude appréciable. La majeure partie des comités sont présidés par des fonctionnaires issus de ces communautés.

Pour les mécanismes de financement, la difficulté qui s'est présentée concerne l'appui

<sup>13</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

aux mutuelles alors que le niveau politique prône la carte d'assistance maladie. Le démarrage de la CAM est comparable à un parachutage tant ni les structures ni la population n'y étaient préparées. C'est d'ailleurs pourquoi nos premières prévisions de la cible en fin du programme n'ont tenu compte que de la couverture par les mutuelles.

Certaines mutuelles profitent de la CAM en achetant à leurs adhérents ces cartes. La multitude des adhérents CAM ne sont pas du secteur informel comme souhaité au lancement ce qui fait que ce sont les plus "aisés qui en profitent au détriment des nécessiteux".

Bien que le taux d'adhésion à la CAM soit de l'ordre de 31% avec des valeurs de 46% à Kirundo (septembre 2014), les appuis se limitent pour l'instant au financement des ateliers d'évaluation de la stratégie. Cela permet au niveau central de s'enquérir de l'évolution de la mise en œuvre sur le terrain. Actuellement, un retard de remboursement de la CAM est accusé et le déficit est d'environ 780.000.000.Fbu ;Aucun remboursement n'a été opéré en 2014. Malgré tout, le paiement direct des patients dans les hôpitaux est en diminution par rapport à la période antérieure à l'introduction de la CAM. Vu la difficulté pour la durabilité du financement des soins aux indigents eu égard aux besoins, un appui pour le pilotage d'une stratégie au niveau communautaire suit son cours dans un des centres de santé de Mukenke.

Pour toutes ces raisons il a été recommandé par la mission d'évaluation d'utiliser ces fonds pour d'autres résultats.

Des missions de sensibilisation seront organisées pour la promotion de la participation communautaire dans la gestion et le financement du système de référence et contre référence.

Le taux d'exécution pour ce résultat est de 39%.

## 2.14 Volet 3 : performance de l'output 12

### 2.14.1 Progrès des indicateurs

Output 12 : La politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion de CDS qui remplissent les normes en ressources humaines (infirmiers)	ND	21%	9%	45%	50%
Proportion d'hôpitaux de district qui remplissent les normes ressources humaines (médecins formés en chirurgie de district, infirmiers, infirmiers-anesthésistes, laborantins)	ND	11%	7%	30%	40%
Proportion de DS qui élaborent un plan annuel de formation continue intégrant les programmes verticaux	0%	0%	0%	40%	60%
Proportion de réalisation des formations continues intégrant les programmes verticaux des plans annuels des districts	0%	0%	0%	50%	60%

### 2.14.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>14</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
A12.1. Appuyer la DRH pour le développement de base de données dynamique sur le personnel de santé existant en articulation avec le PNDS2			X	
A 12.2. Appuyer la DRH pour définir et mettre en œuvre une stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel de santé			X	
A12.3. Appuyer le MSP dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de formation continue du personnel opérationnel			X	
12.4 Elaborer une stratégie de gestion décentralisée du personnel		X		
12.5 Elaborer une stratégie et un plan de formation du personnel		X		
12.6. Appuyer l'adaptation du Logiciel IRHIS à la gestion des ressources humaines au niveau de la DRH			X	

### 2.14.3 Analyse des progrès réalisés

Les principales activités développées dans ce résultat au cours de l'année 2014 ont trait à:

- l'élaboration de la stratégie et du plan de gestion décentralisée du personnel dont la mise en œuvre devrait permettre une gestion plus rationnelle du personnel et un

<sup>14</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.



- partage des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé
- l'élaboration de la stratégie et du plan opérationnel de formation du personnel qui prend en compte la formation initiale, la formation des spécialistes et la formation continue. Sa mise en œuvre permettra de rationaliser les formations, d'assurer une meilleure coordination de la formation et de répondre aux besoins en ressources humaines qualifiées du système de santé
- le recrutement d'un consultant pour l'adaptation du logiciel IRHIS pour la gestion des ressources humaines au niveau de la DRH. L'adaptation du logiciel IRHIS vise à moderniser et à faciliter la gestion des RH aux différents niveaux du système. C'est une activité entamée depuis plus de 2 ans qui n'a pas encore abouti du fait d'un faible appui ICT de l'assistant technique transversal. Elle sera réalisée en 2015. Un informaticien a été recruté au niveau de la DRH, essentiellement pour l'administration du logiciel IRHIS
- l'appui à l'élaboration de la cartographie des ressources humaines 2013 qui inclut également les besoins en ressources humaines des différentes structures selon les normes. C'est un outil important de pilotage de la gestion des ressources pour une répartition plus équilibrée du personnel.
- la mise en formation de 7 agents en gestion des RH (master) dans l'optique de renforcer les capacités de la DRH en matière de gestion RH. La DRH ne dispose actuellement d'aucun spécialiste en gestion des ressources humaines
- Le suivi de la mise en œuvre des descriptions des postes et profils du personnel au niveau intermédiaire et district afin d'apprécier l'utilisation de l'outil élaboré en 2013.

L'évolution des indicateurs et des activités montrent que ce résultat ne sera pas atteint au cours du PAISS actuel. Quatre raisons essentielles expliquent cette faible évolution des indicateurs :

- le retard accusé dans l'élaboration de la stratégie et du plan opérationnel de formation du personnel n'a pas permis d'atteindre la phase de mise en œuvre avec l'élaboration et l'exécution des plans de formation continue au niveau des Bureaux Provinciaux de santé et des districts sanitaires
- le retard dans l'élaboration de la stratégie et du plan de mise en œuvre de la chirurgie de district n'a pas permis non plus la mise aux normes de hôpitaux de district en personnel notamment : médecins formés en chirurgie de district, infirmiers de blocs et infirmiers-anesthésistes. Bien que la proportion de districts sanitaires disposant de la norme de cinq médecins soit très élevée (79%), il reste à les former à la chirurgie de district
- une limitation dans le recrutement du personnel pour des raisons budgétaires au niveau de l'Etat alors que parallèlement le nombre d'infrastructures augmente surtout pour les centres de santé
- des normes en ressources humaines trop ambitieuses au niveau des centres de santé (7 infirmiers pour un centre de santé de 10.000 habitants dont au moins deux infirmiers A2) combiné à une mobilité du personnel qui ne favorise pas l'évolution de cet indicateur.

Les retards accusés dans l'élaboration de la stratégie et du plan opérationnel de formation du personnel ainsi que celui relatif à l'élaboration de la stratégie et du plan de mise en œuvre de la chirurgie de district sont liés à la lenteur des marchés publics. A cela s'est ajoutée une faible maîtrise des procédures par les membres de la cellule chargée des marchés publics chargés avec l'introduction de la nouvelle Loi belge sur les marchés publics en juillet 2013. La mise en œuvre de ces deux stratégies devrait se poursuivre dans le PAISS-PC afin d'atteindre le résultat attendu.

Le taux d'exécution du résultat 12 est de 65%.

## 2.15 Volet 3 : performance de l'output 13

### 2.15.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 13 : Les écoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livrent une formation de qualité aux futurs professionnels de santé</b>					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Effectifs des élèves dans les écoles paramédicales secondaires publiques et privées	5.260	6.923	6640	4532	4.320
Proportion de modules ou unités d'apprentissage pédagogique élaboré pour les infirmiers A2 par rapport aux modules prévus	100%*	100%	100%	100%	100%
Taux de performance FBP des écoles paramédicales publiques contractualisées	0%	63%	76%	70%	80%
Taux de réalisation des contrôles de qualité de l'enseignement paramédical dans les écoles publiques et privées	50%	44%	46%	70%	80%
Nombre de stagiaires par lieu de stage dans les écoles publiques et privées (CDS + services hospitaliers)	24	ND	20	15	10

\*Une valeur inférieure à 100% n'est pas acceptable car le programme de formation des infirmiers sera alors incomplet.

### 2.15.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>15</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
A13.1 : Appuyer le MSP à rendre fonctionnelles les écoles de formation paramédicale publiques (5 EPM: Bururi, Gitega, Ngozi, Cankuzo et ETAL)		x		
A13.2: Appuyer la contractualisation pour le personnel des écoles		x		
A13.3 : Renforcer les capacités des enseignants (permanents, vacataires, encadreurs de stage)		x		
A13.4: Mettre à disposition des curricula et des modules de formation sur la base de référentiels élaborés pour l'ETAL		x		
A13.5 Créer une interface avec l'INSP pour créer une Cellule Nationale Pédagogique- CNP		x		
13.6 Mener une étude pour la réhabilitation de l'ETAL, la construction du bloc réfectoire de Cankuzo et les logements stagiaires			x	
A13.7 Elaboration des référentiels des laborantins de l'ETAL		x		

<sup>15</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 2.15.3 Analyse des progrès réalisés

Les principales activités développées dans ce résultat 13 au cours de l'année 2014 sont :

- la finalisation du programme de formation des infirmiers A2 dans le cadre de la réforme avec l'opérationnalisation des référentiels de formation pour la quatrième année
- le renforcement des compétences des enseignants et encadreurs de stage (écoles publiques et privées) à travers les formations sur : l'évaluation des compétences des élèves, les méthodes pédagogiques actives, l'élaboration des unités d'apprentissage professionnel ou modules, le stage formation sur l'approche par compétences en Belgique
- l'appui à la supervision des EPM (publiques et privées) à travers les missions du Service Formation de la DRH ainsi qu'aux visites de contrôle de qualité de l'enseignement paramédical dans les écoles publiques et privées. Le contrôle de qualité est organisé conjointement par le Service Formation de la DRH, l'Inspection de la Régulation et des accréditations du MSPLS et le Ministère ayant en Charge l'Enseignement Secondaire. L'objectif est d'améliorer la régulation des écoles paramédicales secondaires
- l'appui au fonctionnement des EPM publiques à travers les accords d'exécution en mettant à la disposition des écoles des fonds pour l'exécution de certaines activités par les écoles : transport et restauration des élèves, logement des stagiaires, supervision des terrains de stage, fonctionnement courant, maintenance, matériel et consommables de stage. Cette approche a donné des résultats satisfaisants et a permis le renforcement des compétences en gestion et comptabilité des équipes des EPM
- l'appui au FBP des EPM publiques a démarré en 2012. Cette approche, combinée au soutien au fonctionnement des EPM à travers les accords d'exécution, a permis une réduction significative des effectifs dans les écoles paramédicales publiques avec une évaluation positive vers la normalisation
- l'appui à l'élaboration des référentiels des laborantins A2 a démarré en novembre 2014 avec l'élaboration du référentiel de métier. Les trois autres référentiels (compétences, formation et évaluation) seront élaborés en 2015. Après le programme de formation des infirmiers A2, il s'agit d'entamer le processus de réforme de formation paramédicale pour le deuxième groupe de prestataires le plus important à former dans les écoles paramédicales secondaires.
- l'appui à l'élaboration d'une stratégie de financement des EPM publiques dans l'optique d'une pérennisation des interventions dans l'après-PAISS. La mise en œuvre de la stratégie est prévue pour 2015
- En matière d'infrastructures et d'équipements, les réalisations ont porté sur : la finalisation des travaux de réhabilitation des écoles paramédicales de Bururi, Gitega Ngozi et la construction de logement stagiaires à Kibimba, les études pour la réhabilitation partielle de l'ETAL de Bujumbura, la fourniture des installations d'énergie complémentaire pour les écoles paramédicales publiques (solaire), l'installation d'une connexion Internet pour l'ETAL et Cankuzo.

Globalement les activités au niveau du résultat 13 évoluent de façon satisfaisante, cependant l'analyse des indicateurs montre des résultats mitigés :

- Deux indicateurs progressent de façon satisfaisante. Il s'agit de « la proportion de modules ou unités d'apprentissage pédagogique élaboré pour les infirmiers A2 par rapport aux modules prévus » qui reste à 100% et « du taux de performance du FBP des écoles paramédicales publiques contractualisées » qui atteint 76% contre 70% attendu en 2014
- le surnombre des élèves dans les écoles paramédicales publiques et privées, a diminué entre 2013 et 2014 de 6.923 à 6.640 élèves inscrits. En effet, à la rentrée

scolaire 2013-2014, 9 écoles paramédicales privées ont été empêchées par le Ministère de recruter en première année pour non-respect des normes en effectifs. Cependant, la création de 4 nouvelles écoles paramédicales en 2014 a réduit l'impact de cette mesure au niveau des effectifs. Ces nouvelles écoles ont respecté les effectifs au niveau du recrutement en 1<sup>ère</sup> année. Les écoles paramédicales publiques sont aux normes pour les effectifs. Si la régulation se maintient, le sureffectif sera également réduit dans les écoles privées. Mais le nombre croissant des écoles entraîne un amenuisement et un encombrement des terrains de stages, avec un nombre pléthorique des stagiaires par service hospitalier et par centre de santé. D'où une faible évolution de l'indicateur relatif au nombre de stagiaires par lieu de stage dans les écoles publiques et privées (CdS + services hospitaliers). Cette situation ne favorise pas un encadrement de qualité des stages.

- Le taux de réalisation des contrôles de qualité de l'enseignement paramédical dans les écoles publiques et privées n'évolue pas de façon satisfaisante du fait de problèmes d'organisation et de leadership au niveau du service formation chargé de l'activité.

Le taux d'exécution du résultat 13 est de 76%.

## 2.16 Volet 4 - SNIS : performance de l'output 1

### 2.16.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : La performance et le fonctionnement du SNIS sont améliorés					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Proportion de Formation sanitaires (CDS et Hôpitaux) qui utilisent les outils de collecte et de rapportage des données (registres et canevas des rapports)	50%	88,5%	94%	90%	100%
Proportion des BPS, BDS ayant l'accès au site Web DSNIS fonctionnel	0%	0%	0%	80%	100%
% d'indicateurs PNDS contenus dans les Annuaires publiés	35%	37%	37%	40%	100%

### 2.16.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>16</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Etablir un cadrage général du SNIS et revoir les indicateurs		X		
2 Revoir et actualiser les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privés et les actualiser ultérieurement si nécessaire.		x		
3 Revoir le logiciel GESIS, créer un réseau électronique et installer une base de données sur un site web propre au SNIS pour faciliter les échanges des données et d'informations de façon sécurisée.		X		
4 Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production	X			
5 Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perleées.		x		

### 2.16.3 Analyse des progrès réalisés

#### Lien entre les activités et l'output:

La publication de la carte sanitaire, du manuel des procédures, du guide d'analyse des données ont participé de façon directe à l'amélioration de la performance du SNIS.

#### Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :

L'examen des indicateurs montre que les cibles fixées en 2014 ont été atteintes, exceptée le nombre d'indicateurs du PNDS renseignés dans le SIS de routine. Ceci est normal car les indicateurs du PNDS renseignables en routine sont peu nombreux.

<sup>16</sup>

- A : Les activités sont en avance
- B Les activités sont dans les délais
- C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
- D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'analyse du processus montre cependant que toutes les activités ont été menées :

- Le manuel des procédures incluant un chapitre de description des métadonnées en vue du cadrage général du SNIS a été validé en 2014.
- L'atelier de consensus avec les programmes en vue de l'unification des outils de collecte et des indicateurs consensuels n'a pas tenu ses promesses puisqu'il a encore multiplié les données à collecter.
- Le logiciel GESIS a été révisé pour être utilisé dans les hôpitaux. La décision de le remplacer par l'application WEB based (DHIS2) a été rendue opérationnelle en 2014 et les formations des acteurs sur le nouveau logiciel ont été menées avec succès.
- Un guide d'analyse des données a été rédigé et intégré au manuel de procédures ;
- L'annuaire statistique 2013 a été publié.

*La carte sanitaire du Burundi a été présentée pour validation en 2014.*

Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :

L'attribution du marché public sous forme de contrat cadre de production des divers outils (Bulletins, annuaire, et supports de collecte) en vue d'éviter des pertes de temps inutiles a été annulé suite à la plainte introduite par l'un des soumissionnaires. Il a été relancé pour 2015.

## 2.17 Volet 4 - SNIS : performance de l'output 2

### 2.17.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
% de BDS, BPS et Hôpitaux de référence disposant d'équipements ICT fonctionnels selon les normes en informatique bureautique du ministère (incluant maintenance)	10%	16%	40%	50%	100%
% de BDS, BPS et Hôpitaux de référence ayant l'accès à l'Internet et transmettant les données par internet	<10%	9%	<10%	35%	100%

### 2.17.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>17</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Développer un système de maintenance intégrée et pérenne			x	
2 Résoudre les problèmes d'alimentation électrique là où c'est possible		x		
3 Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux « providers »		x		
4 Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de la DSNIS	x			

### 2.17.3 Analyse des progrès réalisés

#### Lien entre les activités et l'output:

Nul doute que la mise en œuvre d'une stratégie de maintenance efficace assure la fonctionnalité du parc informatique. Il en est de même de la réhabilitation des installations électriques sur lesquelles fonctionnent les divers équipements.

#### Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :

Il y a un net progrès dans le processus (voir 1<sup>er</sup> indicateur) puisque :

- 6 informaticiens ont été recrutés en vue de la maintenance des équipements informatiques. Leur apport a commencé à produire des effets dans la maintenance des équipements informatiques. Cependant ils restent peu nombreux par rapport à l'étendue des besoins.
- La réhabilitation des installations électriques a été réalisée dans les 4 premiers hôpitaux ciblés dans l'informatisation. La livraison du 2<sup>ème</sup> lot d'équipements informatiques commandés a connu des retards mais sera livré en début 2015.

<sup>17</sup>

- A : Les activités sont en avance
- B Les activités sont dans les délais
- C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
- D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :

- Retard dans la livraison du 2<sup>ème</sup> lot d'équipements informatiques.



## 2.18 Volet 4 - SNIS : performance de l'output 3

### 2.18.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Les capacités des agents de santé en matière du SNIS sont renforcées à tous les échelons du système de santé					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale
Taux d'exécution du plan de formation	0%	0%	41%	50%	100%

### 2.18.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>18</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation		x		
2 Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que le privé		x		
3 Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées		x		
4 Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPLS			x	

### 2.18.3 Analyse des progrès réalisés

#### Lien entre les activités et l'output:

Le lien entre les activités de formation et le renforcement des capacités n'est pas à démontrer.

#### Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :

Il y a de progrès tangibles par rapport à l'output puisque Les formations en cascade prévues après la formation du pool des formateurs ont été réalisées.

#### Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :

Le plan de formation qui avait été élaboré avait un coût évalué à 2 millions d'euros alors que le projet n'a prévu que 300.000 euros. Le plaidoyer en vue de le faire financer par le projet PAORC de la CTB n'a encore rien donné.

La participation financière du volet 4 au processus de FBP ne s'est pas encore concrétisée.

<sup>18</sup>

- A : Les activités sont en avance
- B Les activités sont dans les délais
- C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
- D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

## 2.19 Volet 4 - SNIS : performance de l'output 4

### 2.19.1 Progrès des indicateurs

Output 4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite et mise en échelle					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible année 2014	Cible finale
La capitalisation de l'expérience pilote d'informatisation est faite en vue de la mise à l'échelle	0%	0%	0%	0%	100%

### 2.19.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>19</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Sélectionner les hôpitaux devant faire être inclus dans la phase pilote	x			
2 Etablir un Cahier des Charges et effectuer un état des lieux			x	
3 Exécuter le marché			x	
4 Tirer les leçons de la phase pilote	-	-	-	-
5 Mettre à échelle à d'autres hôpitaux	-	-	-	-

### 2.19.3 Analyse des progrès réalisés

#### Lien entre les activités et l'output:

Le lien entre les activités et l'output est évident puisque les activités se confondent avec l'output.

#### Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :

Le processus a été long puisque très dépendant des règles du marché, mais il avance :  
 - Les marchés des équipements et du logiciel ont été attribués.  
 - Les livraisons des équipements ont débuté.

*Les travaux de connexion à la fibre optique ont été réalisés pour les hôpitaux de Ngozi, Kirundo et Muramvya. A cause des difficultés de tirer la fibre enfoncée sous terre en pleine ville, la connexion Wimax pour 3 hôpitaux et WiMax a été réalisée pour l'hôpital Prince Régent Charles*

#### Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :

Le partenaire est impatient pour ce résultat. Le marché du logiciel a été invalidé et a dû être relancé.

Très peu des fournisseurs des équipements ont pu les livrer en décembre 2014 comme prévu. Un seul des 8 lots a pu être livré à temps.

<sup>19</sup>

- A : Les activités sont en avance
- B : Les activités sont dans les délais
- C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
- D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :

Le retard de livraison des équipements informatiques par les fournisseurs attributaires du marché est un résultat défavorable non attendu et qui aura un impact dans l'accélération de cette activité.

## 2.20 Volet PC

Le volet 5 : 'Appui aux infrastructures, équipements et maintenance' a seulement été signé le 22 octobre 2014 et a démarré avec la SMCL le 20 novembre 2014. Il n'y a pas encore eu des activités dans ce volet, mais beaucoup de travail préparatoire a été réalisé dans le cadre des autres volets, p.ex. le plan directeur MSPLS, le plan directeur HD Kiganda, etc.

## 2.21 Volet PC

Le volet PC : 'Phase de Consolidation', a seulement été signé le 13 novembre 2014 et doit démarrer début 2015 avec une SMCL. Le volet deviendra opérationnel en majeure partie à partir de la clôture des volets 1-3 du PAISS, au mois de novembre 2015.

## 2.22 Thèmes transversaux

### 2.22.1 Genre

Dans toutes ses activités, le PAISS est attentif au respect du genre.

Lors de la formation des comités de santé dans ses provinces d'intervention, il s'assure que les femmes soient autant représentées que les hommes. La parité des sexes au sein des membres des CoSa est d'ailleurs demandée expressément par le niveau central.

Grâce au financement du PAISS, le Ministère a pu engager six informaticiens pour appuyer la DSNIS en 2014. Parmi eux, deux sont des femmes. Tout comme leurs collègues masculins, elles ont reçu des cours de conduite de moto ; une formation considérée comme exceptionnelle pour les femmes au Burundi. Toujours au niveau de la DSNIS, et ce depuis l'année précédente, des indicateurs tenant compte du sexe ont été introduits dans le système national d'information sanitaire.

À travers le développement d'une stratégie et d'un plan opérationnel pour la mise en œuvre de la chirurgie de district, le programme favorise aussi l'accessibilité des mères et des enfants à des services offrant des soins obstétricaux et chirurgicaux de base dans tout le pays.

Sur base des recherches-actions réalisées au niveau de ses zones d'intervention, le PAISS soutient également l'accès au planning familial.

De plus, les femmes enceintes jusqu'en postnatal et les enfants de moins 5 ans bénéficient de la politique de gratuité des soins du Ministère dans les formations sanitaires. Le PAISS encourage cette gratuité à travers le FBP.

Enfin, dans les écoles paramédicales publiques, les filles bénéficient d'une discrimination positive lors du recrutement en devant atteindre une moyenne moindre que les garçons pour être sélectionnées.

### 2.22.2 Environnement

Le PAISS favorise la prise en compte de l'environnement notamment au travers des infrastructures réalisées en y introduisant des concepts de développement durable. Une démarche de qualité environnementale est imposée aux bureaux d'études pour tous les projets d'infrastructures du PAISS. Par exemple, le plan directeur immobilier du

MSPLS met en avant une série de recommandations environnementales: gestion appropriée des systèmes de ventilation, gestion adéquate des récupérations éventuelles d'énergies et utilisation « réfléchi » de l'énergie solaire, bon contrôle des spectres de luminosité (naturels et/ou artificiels), hiérarchisation de traitement des différents espaces ne nécessitant pas nécessairement un même traitement énergétique, ... De plus, une attention particulière est portée à l'utilisation de matériaux locaux à conductivité thermique faible, à la gestion réfléchi des déchets de chantier et à la mise en place d'infrastructures « écologiques » faisant la part belle à la lumière et à la ventilation naturelles.

Les spécifications techniques des DAO infrastructures imposent pour le traitement des déchets biomédicaux la mise en place d'incinérateurs qui respectent l'environnement (ex. type Montfort). Ce type d'incinérateur permet, dans sa chambre de combustion construite en briques réfractaires d'atteindre des températures très élevées (800 à 1200°C). Les anciens ouvrages artisanaux, ne permettent pas d'atteindre une température suffisante, et peuvent générer un risque de pollution toxique environnementale : production de dioxines et de furanes toxiques se fixant dans les graisses humaines et animales, risque d'atteintes cutanées et neurologiques, d'effets cancérogènes et d'effets sur la reproduction chez l'homme. De plus, cette pollution par les produits de combustion est majorée en l'absence de maintenance correcte.

L'initiative de promotion des latrines ECOSAN dans les ménages initiée par le volet 2 en 2013 a été reprise par d'autres partenaires (GIZ) qui diffusent des bonnes pratiques et améliorent la technique.

De plus, le volet 2 a organisé une formation en hygiène hospitalière et en gestion des déchets au niveau des hôpitaux et CDS des provinces de Kirundo et Muramvya (actions de sensibilisation, utilisation des incinérateurs de type Montfort, distribution de poubelles,...).

Par ailleurs, le programme participe à l'effort général de la CTB de limiter son impact sur l'environnement en investissant dans du matériel informatique répondant aux critères de basse consommation énergétique et répondant aux normes écologiques les plus strictes (EnergyStar 5.0, EPEAT Gold, RoHS). On notera aussi que la stratégie de maintenance informatique élaborée par le SNIS permet d'augmenter sensiblement la durée de vie du parc informatique et de contribuer à la protection de l'environnement.

Enfin, le PAISS participe à une initiative de collecte des déchets initiée par le Programme Pavage qui au travers de la récupération et de la valorisation des bouteilles plastiques, du papier usagé et des batteries crée des activités génératrices de revenus. L'impact sur l'environnement est palpable par la diminution de la quantité de déchets ultimes lors de la mise en décharge. Cette initiative est maintenant étendue à tout le Ministère.

### 2.22.3 VIH / SIDA

Le PNDS II en cours se concentre en ce qui concerne le VIH/SIDA sur l'accès aux informations et le changement des comportements, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/SIDA à travers le renforcement de la prise en charge médicale et psychologique. Concrètement, le programme appuie les ateliers d'analyse des données au niveau décentralisé, y compris les données en rapport avec cette pandémie. L'intégration des indicateurs VIH/SIDA dans le SNIS est aussi promue ce qui permet de fournir des informations sur la pandémie du VIH/SIDA en temps réel. Ensuite, des formations sur le VIH/SIDA sont incluses dans le curriculum des écoles paramédicales. Finalement, tous les entrepreneurs

faisant des travaux d'infrastructure pour le PAISS sont obligés d'avoir un point focal VIH/SIDA et d'organiser des séances de sensibilisation auprès des travailleurs.

Le PAISS a également désigné un point focal VIH/SIDA au sein de son équipe, qui participe à des réunions régulières à la représentation de la CTB et est responsable pour la sensibilisation au sein du PAISS. Des membres du PAISS ont également participé au dépistage volontaire VIH/SIDA organisé par la représentation.

## 2.23 Gestion des risques

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
PAISS n'obtient pas l'avis de non objection du siège pour cofinancer le FBP Central	Q4 2012	DEV	Low	High	Medium Risk	Plaidoyer du FBP Central auprès de la RR, de l'AmbaBel et du siège	Coord	Q2 2013	AE FBP Central est signé	Terminé
						Plaidoyer auprès du MSPLS	DI	Q2 2013		
Echec de l'initiative CAM par manque de financement	Q2 2012	OPS	High	Medium	High Risk	La mise en place d'un suivi de proximité et de recherche action à Kirundo pour informer le niveau central sur la mise en œuvre de l'initiative	Coord	Q1 2014	L'expert pour le suivi de la CAM est en place et ses rapports sont transmis au MSPLS. Le financement de la CAM reste problématique. L'élaboration de la stratégie de financement est en cours et l'analyse de la CAM est intégrée La CAM est discutée 2 fois dans le COMPAR et des recommandations sont formulées	En cours
						Inclure la problématique de la CAM dans l'élaboration d'une stratégie de financement	Coord	Q4 2015		
						Faire le plaidoyer pour mettre sur l'agenda du COMPAR	Coord	Q4 2015		
Echec d'harmoniser les per diem dans le secteur	Q2 2012	OPS	Low	High	Medium Risk	Plaidoyer auprès RR, AmbaBel et siège	Coord	Q4 2012	Harmonisation est réalisée	Terminé

						Appuyer MSPLS pour faire le plaidoyer	DI / Coord	Q2 2013	MSPLS a fait le plaidoyer; Chef de File est informé	
Risque d'annulation des marchés programmés et retards dans le lancement des marchés publics	Q2 2012	OPS	Low	Medium	Low Risk	Accélérer le lancement des marchés, et prendre assez de temps lors de la rédaction des DAO et lors des différentes étapes d'exécution des marchés	Delco	Q1 2015	En cours	Terminé
						Changer les marchés de services de cogestion en régie (par SMCL)	Delco	Q3 2013	2 SMCL ont validé les changements budgétaires	
						Adaptation trimestrielle de la planification et suivi mensuelle du progrès des marchés	Delco	Q1 2015	En cours	
Difficultés pour les signatures rapides et l'exécution rapide des accords d'exécution (surtout pour le FBP)	Q2 2012	OPS	Medium	Low	Low Risk	Recrutement d'un deuxième ATN en marchés publics pour alléger la charge de travail actuelle	RAFi	Q4 2012	ATN est recruté	Terminé
						Prioriser les traitements des accords avec des gros montants comme ceux du FBP	RAFi	Q1 2015	En cours	
Risque lié à la mauvaise gestion des fonds octroyés aux formations sanitaires (dans le cadre des AE et du FBP)	Q2 2012	FIN	Medium	Low	Low Risk	Recrutement d'un expert finances pour le suivi des AE	RAFi	Q1 2015	ATN est recruté	En cours
						Anticiper pour rassembler les justificatifs et documents des FoSa	Delco	Q1 2015	Des missions d'appui et de contrôle sont faites par l'Unité de Gestion	



						Renforcer la gestion financière des FoSa	RAFi	Q1 2015	Des missions d'appui et de contrôle sont faites par l'Unité de Gestion	
Le non-respect des normes persiste dans les écoles paramédicales privées	Q3 2012	DEV	Low	Medium	Low Risk	Amener MSPLS à prendre des mesures d'application des normes dans les écoles paramédicales privées	DI / Delco	Q4 2012	MSPLS a rencontré les EPM privées et une lettre a été écrite. 9 EPM, hors normes, ont été empêchées de recruter.	En cours
						Mener un plaidoyer auprès des hautes autorités du pays	Ambabel /RR	Q4 2014	La problématique est discutée 2 fois dans le COMPAR et des recommandations sont formulées	
						Faire le suivi de la mise en œuvre des mesures de régulation	DI / Delco	Q4 2015	En cours (le risque a été réduit de 'high' à 'low')	
MSPLS ne recrute pas suffisamment de personnel pour des raisons budgétaires	Q4 2012	DEV	High	Low	Medium Risk	Faire le plaidoyer auprès du MSPLS	DI / Delco	Q4 2015	En cours	En cours
						Recrutement de certains personnels clés par le programme	Coord / SMCL	Q2 2014	Recrutements ICT est fait	
Le règlement d'ordre intérieur du Ministère n'est pas validé	Q4 2012	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Appui et suivi rapproché pour l'adoption du ROI du MSPLS	Delco	Q2 2013	ROI du MSPLS est validé	Terminé
Insuffisance des ressources financières pour la production des outils et des supports d'information SNIS	Q4 2012	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Faire renouveler les engagements des PTF traditionnels qui appuyaient cette activité	DI / Delco	Q2 2013	Plaidoyer fait. PTF ont contribué.	En cours
						Faire le plaidoyer auprès du MSPLS pour l'achat des outils par les FoSa	DI/Delco	Q4 2015	En cours	

						Contacter la CTN FBP pour obtenir un consensus sur les outils SNIS	DI / Delco	Q1 2014	Discussions ont eu lieu	
Risque de rupture des stocks de certains outils SNIS suite aux aléas de marché public	Q4 2012	OPS	Medium	Low	Low Risk	Faire renouveler les engagements des PTF traditionnels qui appuyaient cette activité	DI / Delco	Q2 2013	Plaidoyer fait. PTF ont contribué.	En cours
						Faire un contrat cadre sur 2 ans pour la reproduction des outils	Delco	Q3 2015	Marché a été annulé et relancé	
Changements fréquents des responsables au MSPLS et Fosa	Q3 2013	OPS	High	Medium	High Risk	Faire le plaidoyer auprès du MSPLS pour des cas spécifiques (qui ont impact direct sur le programme)	DI / Delco	Q4 2015	En cours	En cours
						Assister à la remise-reprise du personnel clé pour le PAISS	Delco	Q4 2015	En cours	
						Faire le plaidoyer auprès des attachés	Coord	Q4 2015	Faite	
Perte de certains acquis du PAISS suite à l'interruption du programme (gap avec la phase 2)	Q4 2013	DEV	Low	High	Medium Risk	Faire le plaidoyer auprès du siège CTB et des attachés	Coord / PO	Q1 2014	Faite	Terminé
						Prolonger la mise en œuvre du programme jusqu'à la fin de la CS (nov. 2015)	Coord / SMCL	Q1 2014	Décision est prise en SMCL	
						Prolonger la CS d'un an	RR / PO	2014	Pas possible, mais formulation d'une nouvelle phase est en cours	

						Faire une planification des activités clés à continuer	DI / Delco / RAFi	Q1 2014	Planification 2015 est faite. Formulation pour PAISS-PC est en cours	
Refus d'accorder le terrain sélectionné par la Commission pour le plan directeur du MSPLS	Q4 2014	OPS	High	Medium	High Risk	Continuer les négociations avec la Direction de la Clinique	DI / Coord	Q2 2015	En cours	En cours
						Informé RR et AmbaBel	Coord	Q1 2015	En cours	
Délais dans l'exécution des marchés publics de construction à cause des différences entre CTB et DNCMP	Q4 2014	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Continuer le suivi du dossier	RAFi	Q1 2015	En cours	Terminé
						Proposer à la SMCL le changement de mode 'cogestion' en 'régie' pour les dossiers concernés	Coord	Q2 2015	Pas nécessaire	
Risques d'annulation ou de retards dans l'attribution et l'exécution des marchés publics relatifs à l'informatisation des hôpitaux et des constructions	Q1 2015	OPS	Medium	High	High Risk	Faire le plaidoyer auprès du DNCMP et ARMP	RR	Q3 2015		En cours
						Intensifier le suivi des dossiers	RAFi	Q3 2015		
						S'informer auprès des services juridiques sur des mesures correctives	RAFi	Q1 2015	En cours	

## 3. Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

- Mettre en œuvre de la stratégie de pérennisation du financement des EPM
- Remplacer certains experts ATI et ATJ par des ATN pour assurer le maintien des compétences au sein du programme
- A cause des retards dans l'exécution du volet 4, la phase pilote prévue pour 4 ans devrait être prolongée afin de disposer du temps de recul nécessaire à la capitalisation des résultats devant servir à la généralisation de l'expérience d'informatisation.

### 3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
- MSPLS met en application les recommandations de la stratégie de pérennisation du financement des EPM (adapter minerval, intégrer FBP, adapter subsides)	DI / MSPLS	Q3 2015
- Recruter un ATN pour remplacer l'ATJ ICT du volet 4 - Recruter des ATN pour assurer le renouvellement de l'équipe technique et de ses compétences dans la phase PAISS-PC - Entreprendre un plaidoyer pour recruter des ATN 'hors catégorie salariale' afin de s'assurer des ATN compétents (pour certaines spécialités : MPH, ICT, Ig)	Coord. / Delco	Q1 2016
- Demander à la SMCL la prolongation de la phase pilote du volet 4 initialement prévue pour 4 ans afin de produire les leçons devant servir à la généralisation de l'expérience	Coord. / DI	Q1 2015

### 3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
La durabilité et la pérennisation des interventions sont peu réalistes dans le contexte d'un pays fragile et post conflit	CTB siège

La capitalisation au sein d'un programme doit être intégrée et planifiée	CTB siège
La mise en place de nouvelles stratégies prend du temps et requiert des mécanismes d'appropriation par le partenaire	CTB siège
La mobilité du personnel empêche l'appropriation et le renforcement des compétences et nécessite une stratégie de stabilisation	MSPLS PTF
Le MONOP et le canevas du rapport annuel sont compliqués et inadaptés à l'approche programme, et ils sont difficile à partager avec le partenaire	CTB siège

## 4. Annexes

### 4.1 Critères de qualité

<b>1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.</b>					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de la PERTINENCE : note totale		A	B	C	D
			X		
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?</b>					
	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
X	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.			
	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.			
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>					
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).			
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.			
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.			
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.			

<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.</b>					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale		A	B	C	D
				X	
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>					
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.			
X	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.			

	<b>C</b>	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
<b>2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?</b>		
	<b>A</b>	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	<b>B</b>	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
<b>X</b>	<b>C</b>	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	<b>D</b>	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
<b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b>		
	<b>A</b>	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
	<b>B</b>	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<b>X</b>	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	<b>D</b>	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

**3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N**

*Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D*

<b>Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
		<b>X</b>		

**3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?**

	<b>A</b>	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<b>X</b>	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	<b>C</b>	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
	<b>D</b>	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

**3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?**

	<b>A</b>	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<b>X</b>	<b>B</b>	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.

<b>C</b>	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
<b>D</b>	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

**4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).**

*Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D*

Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
			<b>X</b>		
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>					
<b>A</b>		La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.			
<b>B</b>		La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.			
<b>X</b>	<b>C</b>	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.			
	<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.			
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>					
<b>A</b>		Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.			
<b>X</b>	<b>B</b>	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.			
	<b>C</b>	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.			
	<b>D</b>	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.			
<b>4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?</b>					
<b>A</b>		L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.			
<b>X</b>	<b>B</b>	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.			
	<b>C</b>	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.			
	<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.			
<b>4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>					
<b>A</b>		L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).			



<b>X</b>	<b>B</b>	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
	<b>C</b>	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
	<b>D</b>	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

## 4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision			Action			Suivi	
N°	Décision	Source*	Action(s)	Resp.	Deadli ne	Avancement	Status
1	La SMCL a accepté de continuer à travailler avec ULB/ESP et INSP dans le cadre du PAISS pour la formation des ECD	PV SMCL avr 2011	Faire un AE pour formaliser le cadre de coopération	Coord	Q4 2011	Un AE a été signé entre PAISS, ULB et INSP	CLOSED
6	La SMCL a marqué son accord pour l'appui en priorité à la Province de Muramvya. Cette décision concerne l'ensemble du programme PAISS (2011-2014) et devra faire l'objet d'une adaptation du cadre logique du PAISS	PV SMCL avr 2011	Adapter la planification du volet 2	ATI	Q4 2011	Fait	CLOSED
10	La SMCL a validé la proposition de transfert des reliquats budgétaires (régie et cogestion) des projets vers le programme PAISS	PV SMCL avr 2011	Clôturer les projets	CTB	2012	Fait: projets intégrés dans le volet PC	CLOSED
11	La SMCL a validé la proposition de gestion des suivis post-projets par le programme PAISS	PV SMCL 2011	Exécuter la proposition	Coord	Q4 2011	Fait	CLOSED
13	La SMCL a accepté le financement de l'expert international transversal ICT pour un montant de 100.000 euros	PV SMCL avr 2011	Engager l'expert transversal ICT	CTB	Q2 2012	Fait	CLOSED
14	Concernant l'annulation du marché " Etude de faisabilité pour la mise en place d'une couverture universelle des soins de santé au Burundi", la SMCL recommande aux partenaires à la cogestion du programme, qui sont le MSPLS et la CTB, de rechercher ensemble une solution technique	PV SMCL août 2011	Elaborer une solution technique	DI	Q3 2011	Fait	CLOSED

15	La SMCL adopte le projet de participation du PAISS à la construction d'un Centre National de Kinésithérapie et de Réadaptation à Bujumbura, et accepte le financement complémentaire à hauteur de max. 75.000 euros	PV SMCL août 2011	Inscrire l'activité dans la planification du PAISS	Coord	Q4 2011	Fait	CLOSED
16	La SMCL a marqué son accord sur le budget adapté après intégration des fonds de la Coopération Suisse dans le budget initiale du PAISS	PV SMCL nov 2011	Adapter FIT	RAfi	Q4 2011	FIT est adapté	CLOSED
26	La SMCL a décidé que l'ATI volet 2 sera basé à Bujumbura, mais qu'il devra passer au minimum 60% de son temps sur le terrain	PV SMCL avr 2012	NA			NA	CLOSED
33	La SMCL recommande que le calendrier pour démarrer le FBP Muramvya doit tenir compte de la lourdeur de la procédure de transfert des reliquats des anciens projets (échange de lettres)	PV SMCL oct 2012	Proposer de financer le FBP Muramvya sur le budget disponible dans PAISS	ATI	Q4 2012	La FBP Muramvya a démarré en Q2 2013 sur le budget disponible	CLOSED
35	Démarrer le FBP Muramvya sur le budget et la ligne budgétaire prévus pour le FBP Kirundo en attendant les reliquats des anciens projets	PV SMCL fév 2013	Démarrer le FBP à Muramvya	ATI	Q2 2013	FBP Muramvya a démarré	CLOSED
39	La question de cofinancement du FBP central est soumise à la prochaine réunion du Comité des Partenaires prévue en mars 2013	PV SMCL fév 2013	Obtenir la non objection pour le FBP Central	Amba Bel	Q3 2013	Le FBP Central a démarré	CLOSED
45	La SMCL accepte le principe de recrutement de l'expert ingénieur en construction	PV SMCL mai 2013	Recruter l'expert ingénieur	CTB	Q3 2013	L'expert ingénieur est recruté	CLOSED
54	La SMCL adopte la manuel de mise en oeuvre du PAISS (PIM) moyennant quelques constats et des recommandations	PV SMCL oct 2013	Intégrer les recommandations dans le document	RAFi	Q4 2013	Le document est finalisé	CLOSED
55	La SMCL valide le baseline du volet 4 - Appui au SNIS	PV SMCL oct 2013	NA			NA	CLOSED

56	La SMCL adopte le suivi des recommandations de l'audit 2012	PV SMCL oct 2013	NA			NA	CLOSED
67	La SMCL adopte le ROI de la SMCL	PV mar 2014	NA			NA	CLOSED
69	La SMCL accepte la prolongation de l'exécution du PAISS jusqu'au 2 novembre 2015 sans prolongation de la CS	PV mar 2014	NA			NA	CLOSED
70	La SMCL valide les recommandations de l'Evaluation à Mi-Parcours spécifiquement adressées au PAISS qui sont jugées pertinentes. Le PAISS transformera le tableau de recommandations lui concernant en un Plan d'Action EMP	PV mar 2014	Faire un plan d'action EMP			Plan d'action est validé	CLOSED
79	La SMCL valide la description de fonction DI du PAISS	PV nov 2014	Annexer la description de fonction au PIM du programme	RAFi	Q1 2015	La description est annexée au PIM	CLOSED
80	La SMCL a adopté le démarrage officiel du volet 5: Appui aux infrastructures, équipements et maintenance	PV nov 2014	NA			NA	CLOSED

### 4.3 Cadre logique mis à jour

Aucun changement dans les cadres logiques.

## 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport Baseline enregistré dans PIT ?	Volet 1-3 et volet 4 : 2013 Volet 5 et volet PC : à faire en Q1 2015
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Volet 1-3 : Q1 / 2014 Volet 4 : prévu en Q3 2015
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Volet 1-3 : prévu en Q3 2015
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	18/03/2012 – 25/03/2012 02/05/2012 – 09/05/2012 16/09/2012 – 23/09/2012 03/03/2013 – 09/03/2013 14/07/2013 – 22/07/2013 11/05/2014 – 18/05/2014 26/10/2014 – 03/11/2014

## 4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

### Volet 1-3



Adobe Acrobat  
Document

### Volet 4



Adobe Acrobat  
Document