



**CTB**

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



# **RAPPORT DES RESULTATS 2012**

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

**18 FEVRIER 2013**

<b>ACRONYMES.....</b>	<b>4</b>
<b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>6</b>
1.1 FICHE PROJET.....	6
1.2 PERFORMANCES DU PROJET.....	7
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE .....	8
1.4 RESUME .....	8
<b>2 ANALYSE DE L'INTERVENTION.....</b>	<b>9</b>
2.1 CONTEXTE.....	9
2.1.1 <i>Contexte général</i> .....	9
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> .....	9
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	10
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> .....	10
2.2 OUTCOME.....	12
2.2.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	12
2.2.2 <i>Gestion des risques</i> .....	15
2.2.3 <i>Impact potentiel</i> .....	17
2.2.4 <i>Critères de qualité</i> .....	17
2.3 VOLET 1 : OUTPUT 1 .....	21
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	21
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	22
2.3.3 <i>Critères de qualité</i> .....	22
2.4 VOLET 1 : OUTPUT 2 .....	23
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	23
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	24
2.4.3 <i>Critères de qualité</i> .....	24
2.5 VOLET 1 : OUTPUT 3 .....	25
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	25
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	25
2.5.3 <i>Critères de qualité</i> .....	25
2.6 VOLET 1 : OUTPUT 4 .....	26
2.6.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	26
2.6.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	27
2.6.3 <i>Critères de qualité</i> .....	27
2.7 VOLET 1 : OUTPUT 5 .....	28
2.7.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	28
2.7.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	29
2.7.3 <i>Critères de qualité</i> .....	29
2.8 VOLET 2 : OUTPUT 6 .....	30
2.8.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	30
2.8.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	30
2.8.3 <i>Critères de qualité</i> .....	31
2.9 VOLET 2 : OUTPUT 7 .....	32
2.9.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	32
2.9.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	33
2.9.3 <i>Critères de qualité</i> .....	33
2.10 VOLET 2 : OUTPUT 8 .....	34
2.10.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	34
2.10.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	35
2.10.3 <i>Critères de qualité</i> .....	36
2.11 VOLET 2 : OUTPUT 9 .....	37
2.11.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	37
2.11.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	38

2.11.3	<i>Critères de qualité</i> .....	38
2.12	VOLET 2 : OUTPUT 10.....	39
2.12.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	39
2.12.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	39
2.12.3	<i>Critères de qualité</i> .....	40
2.13	VOLET 2 : OUTPUT 11.....	41
2.13.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	41
2.13.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	41
2.13.3	<i>Critères de qualité</i> .....	42
2.14	VOLET 3 : OUTPUT 12.....	43
2.14.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	43
2.14.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	44
2.14.3	<i>Critères de qualité</i> .....	44
2.15	VOLET 3 : OUTPUT 13.....	45
2.15.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	45
2.15.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	46
2.15.3	<i>Critères de qualité</i> .....	46
2.16	VOLET 4 : OUTPUT 1 (SNIS).....	47
2.16.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	47
2.16.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	47
2.16.3	<i>Critères de qualité</i> .....	48
2.17	VOLET 4 : OUTPUT 2 (SNIS).....	49
2.17.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	49
2.17.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	49
2.17.3	<i>Critères de qualité</i> .....	50
2.18	VOLET 4 : OUTPUT 3 (SNIS).....	51
2.18.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	51
2.18.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	52
2.18.3	<i>Critères de qualité</i> .....	52
2.19	VOLET 4 : OUTPUT 4 (SNIS).....	53
2.19.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	53
2.19.2	<i>Exécution budgétaire</i> .....	53
2.19.3	<i>Critères de qualité</i> .....	53
<b>3</b>	<b>THEMES TRANSVERSAUX</b> .....	<b>54</b>
3.1	GENRE.....	54
3.2	ENVIRONNEMENT.....	54
3.3	AUTRE.....	54
<b>4</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</b> .....	<b>56</b>
4.1	PLAN D’ACTION.....	56
4.2	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	56
<b>5</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>58</b>
5.1	CADRE LOGIQUE D’ORIGINE.....	59
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	71
5.3	CADRE LOGIQUE D’ORIGINE SNIS.....	83
5.4	APERÇU DES MoRE RESULTS.....	94
5.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	97
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	98

## Acronymes

AmbaBel	Ambassade de la Belgique
APP	Apprentissage par résolution des problèmes
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistent technique national
BDI	Burundi
BDS	Bureau de District de Santé
BPS	Bureau Provincial de la Santé
BUSNIS	Bulletin du SNIS
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
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CTB	Coopération Technique Belge
CTN	Cellule Technique Nationale (du FBP)
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
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
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
EF	Evaluation Finale
EMP	Evaluation à Mi-Parcours
EPM	Ecole Para Médicale
ETAL	Ecole de formation des Techniciens d'Assainissement et de Laboratoire
FBP	Financement Basé par la Performance
FBU	Franc Burundais
Fosa	Formation Sanitaire
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire
GT	Groupe Thématique
HD	Hôpital de District
IEC	Information, Education et Communication
INSP	Institut National de Santé Publique
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
PAISS	Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
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
PRONIANUT	Programme National Intégré pour l'Alimentation et la Nutrition
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAFi	Responsable Administratif et Financier International
RH	Ressources Humaines
ROI	Règlement d'Ordre Intérieur
RR	Représentant Résident
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SPT	Stratégie Plainte Traitement
TdR	Termes de Référence
UG	Unité 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)

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche projet

Nom du projet	Programme d'Appui Institutionnelle au Secteur de la Santé Publique du Burundi (PAISS)
Code du projet	BDI 0905811 (PAISS volet 1-3) BDI 1006811 (SNIS volet 4)
Emplacement	Burundi
Budget	Pour PAISS volet 1-3 : 25.000.000€ (contribution belge) 1.000.000€ (contribution suisse) 550.000€ (contribution burundaise) Pour SNIS volet 4 : 8.000.000€ (contribution belge) 679.980€ (contribution burundaise)
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSPLS)
Date de la Convention de mise en œuvre	PAISS volet 1-3 : 03/11/2010 SNIS volet 4 : 05/12/2011
Durée (mois)	PAISS volet 1-3 : 48 mois SNIS volet 4 : 84 mois
Groupes cibles	Toute la population burundaise
Impact <sup>1</sup>	La performance du système de santé au Burundi est améliorée
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 efficacité 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
Outputs	<b>VOLET 1 : APPUI A LA GOUVERNANCE AU NIVEAU CENTRAL</b>
	R1 : Les réformes institutionnelles sont appuyées
	R2 : Le processus de planification est renforcé et soutenu
	R3 : Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère.
	R4 : La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée
	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
	<b>VOLET 2: APPUI A LA GOUVERNANCE SANITAIRE PERIPHERIQUE</b>
	R6 : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes
	R7 : Les BDS sont opérationnels
	R8 : Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini
	R9 : Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité
R10 : Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant	
R11 : L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé	

<sup>1</sup> L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

<b>VOLET 3: APPUI AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES / SANTE</b>
R12 : La politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre
R13 : Les écoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livrent une formation de qualité aux futurs professionnels de santé
<b>VOLET 4 : APPUI AU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE</b>
R1 : La performance et le fonctionnement du SNIS sont améliorés
R2 : Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel
R3 : Les capacités des agents de santé en matière du SNIS sont renforcées à tous les échelons du système de santé
R4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite et mise en échelle

## 1.2 Performances du projet

	Efficienc	Efficacit	Durabilit
<b>Outcome</b> : Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
<b>VOLET 1 : APPUI A LA GOUVERNANCE AU NIVEAU CENTRAL</b>			
R1 : Les réformes institutionnelles sont appuyées	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>B</b>
R2 : Le processus de planification est renforcé et soutenu	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>B</b>
R3 : Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère.	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
R4 : La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
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	<b>X</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>VOLET 2: APPUI A LA GOUVERNANCE SANITAIRE PERIPHERIQUE</b>			
R6 : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
R7 : Les BDS sont opérationnels	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
R8 : Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
R9 : Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
R10 : Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
R11 : L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>VOLET 3: APPUI AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES / SANTE</b>			

R12 : La politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
R13 : Les écoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livrent une formation de qualité aux futurs professionnels de santé	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
<b>VOLET 4 : APPUI AU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE</b>			
R1 : La performance et le fonctionnement du SNIS sont améliorés	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
R2 : Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>
R3 : Les capacités des agents de santé en matière du SNIS sont renforcées à tous les échelons du système de santé	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>
R4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite et mise en échelle	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>C</b>

### 1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année 2012	Solde	Taux de décaissement total
PAISS : 18.000.000 EUR	2.530.940 EUR	14.709.509 EUR	18%
SNIS : 8.000.000 EUR	153.501 EUR	7.846.499 EUR	2%

### 1.4 Résumé

<ul style="list-style-type: none"> <li>Le taux d'exécution du programme est en retard, principalement à cause de la lourdeur des procédures des marchés publics, et pour le volet 4 (SNIS), à cause du retard dans le recrutement de l'ATI.</li> <li>Le cadre logique de l'intervention PAISS reste pertinent, ainsi que les groupes cibles.</li> <li>Le non démarrage du FBP Central est un risque majeur pour atteindre l'outcome.</li> <li>L'alignement non-critique au niveau des frais de mission est une entrave à l'exécution des activités d'un programme.</li> <li>Le non-respect des normes dans les écoles paramédicales privées est une entrave importante à la qualité de la formation des infirmiers et partant à la qualité des soins.</li> </ul>
--

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
<b>Dr. Liboire NGIRIGI</b>	<b>Dr. Luc GEYSELS</b>



## 2 Analyse de l'intervention<sup>2</sup>

### 2.1 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, plus prononcée au niveau du secteur informel et rural. Les expériences des années 1984 avec la mise en place d'une carte assistance médicale (CAM) et sa révision en 1996 ont montré des insuffisances. Depuis mai 2012, l'Arrêté N°01/VP2/2012 du 25/01/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi est en cours d'application, et s'inscrit dans la mise en œuvre du CSLP II qui cible l'adhésion à un système d'assurance maladie d'au moins 50% de la population du secteur informel et 40% du secteur 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.
- La mise en œuvre du CSLP I a été marquée par des progrès remarquables sur le plan de la stabilité macroéconomique et de l'accessibilité aux services sociaux de base en particulier à la santé et à l'éducation. Les répercussions de la crise économique et financière internationale, survenue depuis 2009 ont fortement contrarié ces efforts (crise énergétique, flambée des prix de première nécessité, l'inflation galopante et perte du pouvoir d'achat).

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

##### **Score : approprié**

Avec l'adoption du nouvel organigramme, le fonctionnement du niveau central est articulé autour du Secrétariat Permanent, de ses 3 Directions Générales (Services de Santé, Ressources et Planification) et de l'Inspection Générale de la santé. Ceci permet une décongestion des responsabilités qui étaient toutes concentrées entre les mains de l'ancienne Direction Générale de la Santé Publique.

Le MSPLS a procédé aux nominations des Directeurs d'Intervention pour les différents volets du PAISS avec un ancrage du volet appui à la gouvernance périphérique à la nouvelle Direction de l'Offre et de la Demande des Soins (DODS). Mais au cours de la même année est intervenu un changement de Directeur d'Intervention du volet 3. Ces nominations des Directeurs d'Intervention ne doivent pas occulter leur faible disponibilité ce qui freine parfois les activités planifiées.

Au cours de l'année 2012 on a noté la création de la Direction Nationale du Système d'Information Sanitaire (DSNIS) et le volet 4 qui a vu son démarrage effectif avec l'arrivée de l'Assistant Technique qui est ancré à cette direction.

Cette même année a vu la production et la validation du document des Normes Sanitaires du MSPLS qui constitue un ouvrage de référence pour une mise en œuvre réussie des stratégies et des réformes prévues par le PNDS 2011-2015.

Le document des normes sanitaires couvre tous les aspects du système de santé. Il vise à éclairer davantage les intervenants chargés de la mise en œuvre du PNDS II et à faciliter leurs prises de décision. Pour chaque niveau de soins et services de santé, il

---

<sup>2</sup> Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

donne des indications sur les prestations de soins et services, et les ressources nécessaires.

Cependant les normes contenues dans ce document ne couvrent ni les services du niveau central ni les hôpitaux de référence nationale.

Enfin il est à noter des prévisions ambitieuses en matière de ressources humaines pour les entités opérationnelles que sont les centres de santé et les hôpitaux.

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

**Score : pas approprié**

Le programme PAISS connaît un retard dans le taux d'exécution. Ce délai est en grande partie à imputer au contexte de gestion et aux modalités d'exécution.

- Le programme a démarré en avril 2011 pour intégrer progressivement les anciens projets santé. Ainsi la clôture de ces anciens projets a exigé beaucoup d'énergie et de temps.  
En plus le volet 1 a démarré en avril 2011, mais a très vite perdu son ATI. Le successeur, en même temps le Coordinateur du programme, est seulement entré en fonction en décembre 2011. Le volet 3 a démarré en juillet 2011. Et le volet 2 a seulement démarré en novembre 2011. Par conséquent, le programme a été peu opérationnel en 2011.  
Pour le volet 4, qui a démarré en avril 2012, il y a eu un retard important du recrutement de l'expert, qui a seulement pris fonction en octobre 2012.
- Il y a des retards importants dans le démarrage des chantiers de construction. Ceci peut être expliqué en partie par une disponibilité insuffisante de l'expert transversale en construction.
- Les procédures des marchés publics prennent beaucoup de temps. Ainsi, le montant des marchés public lancés ou en cours d'attribution est plus de 2,4M EUR. La combinaison des procédures belges et burundaise des marchés publics alourdit encore le processus de passation.
- Aussi les procédures lourdes administratives pour élaborer et approuver les Accords d'Exécution retardent l'exécution.
- L'alignement non-critique de la CTB sur le système nationale des frais de mission, qui sont peu intéressants et pas conforme aux coûts réels d'une mission, est une entrave à l'exécution des activités d'un programme et cause que certains activités ne sont pas exécutés dans le cadre du programme PAISS. En plus, la CTB est un des seuls PTF qui s'aligne sur ces barèmes nationaux.
- La mise en place de l'Unité de Gestion a permis de décharger les ATI des tâches administratives et de gestion pour se consacrer plus à l'appui technique des structures du Ministère. Mais elle n'a pas permis d'accélérer la passation des marchés publics, ni d'autres procédures administratives. Il y a des faiblesses dans la fonctionnalité et l'organisation de l'Unité de Gestion qui doivent être améliorées.
- La coordination technique et la planification conjointe du programme sont effectives.

### 2.1.4 Contexte HARMO

Les autres acteurs actifs dans le secteur de la santé ont influencé nos résultats.

De façon globale, la Banque Mondiale a continué à appuyer le développement du FBP tant au niveau opérationnel qu'au niveau des pourparlers pour son extension au niveau central.

Le Programme d'appui au secteur de la santé du Burundi dénommé PAPSBU AMAGARA MEZA a interagi de façon synergique dans 8 des 17 provinces du pays à la mise en œuvre du FBP au niveau opérationnel et également dans le partage des coûts relatifs à la mise à disposition des outils de collecte d'information au niveau des centres de santé.

Il en est de même sur ce dernier point de l'UNICEF, de l'OMS et de la coopération Suisse.

Cependant, la coordination avec certains autres partenaires s'est avérée difficile. Certains programmes verticaux (PNLS, PNSR, PRONIANUT) ont continué à développer des systèmes parallèles de collecte des données au Système National d'Information Sanitaire, surchargeant inutilement les agents de santé et contribuant par le fait même à la diminution de la qualité des données récoltées. De même nous avons éprouvé des difficultés à nous coordonner avec un nouvel acteur (MEASURE EVALUATION) qui vient en appui au SNIS.

## 2.2 Outcome

### 2.2.1 Analyse des progrès réalisés

**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**

Indicateurs	Valeur de la baseline 2011	Progrès année N-1	Progrès année N 2012	Cible année N 2012	Cible finale 2015	Commentaires
Taux d'utilisation des consultations curatives (nombre de nouveau cas/an/habitant)	0,94		1,00	≥1,00	≥1,00	Cible atteint
Proportion de DS ayant des médecins selon les normes (n=5)	ND		20%	20%	50%	2012 est valeur de baseline
Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année	0%		67% (30/45)	50%	>90%	Cible atteint
Nombre de DS qui réalisent 80% des supervisions des centres de santé	43		-	>40	>40	Le progrès de cette indicateur n'est pas suivi annuellement, mais dans le cadre de l'EMP et l'EF
Proportion du budget national au MSPLS (22) alloué aux DS à travers la CAM, le PBF et les subventions (DS et Hôpital de district)	34% (23.636.448.765 /70.079.200.081)		32% (25.523.305.718 /80.035.262.676)	≥34%	≥résultat 2014	Malgré le fait que le montant augmente de presque 3 milliards FBU, la proportion diminue, parce qu'un montant important dans le budget 2013 est prévu pour des investissements dans le secteur
La contribution directe du patient au niveau de l'hôpital de district (Kirundo et Muramvya)	11.684 FBU		13.124 FBU	≤résultat 2011	≤résultat 2014	Malgré l'introduction de la CAM, les contributions ont augmentées. Ce résultat est à analyser plus.
Proportion des CDS ayant les infirmiers A2 selon les normes	normes en révision		32%	32%	60%	2012 est valeur de baseline
Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié	66,3%		68,4%	68,0%	80,0%	Cible atteint
Taux d'utilisation de la PF	21,9% (358,648 / 1,639,558)		Rapport PNSR pas encore disponible	24,0%	30,0%	
% des districts sanitaires avec complétude des données	90%		92%	95%	98%	Cible atteint
% des districts sanitaires avec de données cohérentes	/	ND	<15%	/	>80%	2012 est valeur de baseline
% des districts sanitaires avec des plans d'action annuels inspirés des données SIS	/	ND	<15%	/	>50%	2012 est valeur de baseline Evaluation périodique à faire

**Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome :** Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :

<i>Lien entre les outputs et l'outcome : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome ?</i>	<p>Les outputs du programme PAISS sont toujours pertinents pour atteindre l'outcome. D'ailleurs, ils s'alignent sur 4 axes stratégiques de la politique sanitaire du Burundi ; à savoir : (1) la décentralisation, (2) le système de financement, (3) la gestion des ressources humaines, et (4) un MSPLS régulateur.</p> <p>Un axe stratégique crucial pour la qualité des prestations de soins, sur lequel PAISS n'a pas des interventions, est la disponibilité des médicaments (hypothèse). Le projet Amagara Meza de l'UE assure un appui important à ce niveau.</p>
---	---

	<p>Afin de pérenniser les investissements en équipement et en infrastructures, faits par le programme et par d'autres intervenants dans le secteur, il y a nécessité de développer et de mettre en place une stratégie de maintenance. Ceci est déjà proposé dans le cadre de la Tranche Incitative.</p> <p>L'objection de démarrer avec le cofinancement du FBP Central met en danger l'atteinte de l'output 1 (réforme institutionnelle) et 5 (financement du secteur). Par suite, l'atteinte de l'outcome menacé.</p> <p>Aussi pour le volet 2, ses différents résultats épousent parfaitement l'objectif du programme de par les appuis prévus à différents niveaux du système provincial de la santé, avec notamment le renforcement des compétences des structures d'encadrement que sont les bureaux de la province et des districts pour qu'ils exercent leurs fonctions régaliennes ; mais aussi au niveau des soins avec le renforcement de la qualité des soins tant au niveau des centres de santé qu'au niveau des hôpitaux et le renforcement du système de référence et de contre référence. En plus il est prévu de couvrir les aspects de la demande de soins avec l'appui aux structures de participation communautaire, et le mécanisme de financement de soins. 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 faire remonter les expériences du terrain et donc d'enrichir le système de santé en général.</p> <p>Pour le volet 3, l'appui à la mise en œuvre de la politique de RH contribue à l'objectif du PAISS qui vise l'amélioration de l'accès des populations à des soins de qualité avec un personnel disponible compétent et motivé. En intervenant également 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.</p> <p>Le volet 4 a véritablement démarré au dernier trimestre de 2012. Il est prématuré de vouloir établir de lien entre les outputs (en gestation) et l'outcome. La seule certitude à ce stade est qu'en ayant participé à la mise en place des outils de collecte des données et en ayant veillé à la fonctionnalité des équipements informatiques et du logiciel de traitement de ces données, le volet 4 a favorisé une évaluation de qualité des outputs et outcome des autres volets qui participent au programme d'amélioration de la qualité du système de santé.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Entre 2011 et 2012, certains indicateurs clés ont connu une évolution positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux d'utilisation du curatif est passé de 0.9 nouveau cas par habitant par an à 1 nouveau cas par habitant par an.</li> <li>- Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié est passé de 66,4% à 68,4%.</li> <li>- L'évaluation du taux de prévalence contraceptive indique une légère amélioration de près de 1.5% passant de 21,9 % à 23,4%.</li> </ul>
<p><i>Eléments qui se sont présentés, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La CAM augmente l'accès aux soins. Cependant la couverture reste encore faible et le financement n'est que partiellement acquis.</li> <li>- Le FBP augmente l'accès aux soins ainsi que la motivation du personnel dans les FoSa. Il n'est pas encore mis en application au niveau central. Sa suppression au niveau du SNIS et du service chargé des écoles paramédicales a entraîné une démotivation du personnel de ces services. Par rapport au SNIS, le FBP crée parfois une situation manipulation des données avec effet négatif sur exactitude des données.</li> <li>- Les normes sanitaires ont connus un début d'application au niveau des ressources</li> </ul>

	<p>humaines avec plus de disponibilité des médecins sur demande des structures de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de management s'améliore progressivement à tous les niveaux : planification sanitaire, supervisons, gestion des médicaments.</li> <li>- La coordination des appuis des PTF au niveau central et périphérique s'améliore à travers le CPSD et ses structures décentralisées.</li> </ul>
<i>Résultats inattendus :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le FBP entraîne une surconsommation de certains soins (ex : taux de césariennes atteignant 6% dans certains endroits). Des mesures correctrices sont nécessaires en fixant un seuil maximal acceptable pour chaque prestation.</li> <li>- La mise en œuvre des différentes réformes du Ministère donne lieu à des absences des prestataires pour participer aux activités, réunions et formations. Ce qui réduit leur disponibilité dans les services.</li> </ul>

## 2.2.2 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
PAISS n'obtient pas l'avis de non objection du siège pour cofinancer le FBP Central	Q4 2012	Réputation	élevée	élevée	D	Plaidoyer par la CTB	Coord.	-	En cours	En cours
						Discuter dans SMCL	Coord.	26.02.13	En préparation	
Echec de l'initiative CAM par manque de financement	Q2 2012	Développement	moyenne	élevée	C	Recherche-action et suivi de proximité de la mise en œuvre de la CAM à Kirundo	ATN	Q1 2013	En préparation	En cours
						Participation au GT Financement	Coord.	-	En cours	
						Participer à l'élaboration d'un stratégie de financement	Coord.	Q4 2013	En cours	
						Participer à la révision de la tarification	ATI CTN	Q1 2013	En cours	
Echec d'harmoniser les per diem dans le secteur	Q2 2012	Réputation Développement	faible	élevée	B	Discuter dans SMCL	Coord.	26.02.13	En préparation	Open
						Discuter dans CPSD	DI	Q1 2013	Pas commencé	
Risques liés aux procédures des marchés publics	Q2 2011	Développement	élevée	élevée	D	Recrutement d'un assistant marchés publics	RAFi	Q1 2013	En cours	En cours
						Suivi intensif du progrès des marchés publics	RAFi	Q1 2013	En préparation	
						Respecter le plan des marchés publics	Tous	Q1 2013	En cours	
Difficultés pour les signatures rapides des accords d'exécution surtout pour le FBP	Q1 2012	Développement Réputation	moyenne	moyenne	B	Préparer à temps les AE	ATI	-	En cours	En cours
						Recruter un expert financier pour l'élaboration et le suivi des AE	RAFi	Q1 2013	En cours	
Le non-respect des normes persiste dans les écoles paramédicales	Q1 2012	Développement	élevée	élevée	D	Discuter dans le CPSD	DI	Q1 2013	Pas commencé	open
						Appuyer une campagne de sensibilisation avec Cellule	ATI	Q2 2013	Pas commencé	

privées						IEC				
						Plaidoyer par la CTB et AmbaBel	ATI	Q2 2013	Pas commencé	
MSPLS ne recrute pas suffisamment de personnel pour des raisons budgétaires	Q4 2012	Développement	élevée	élevée	D	Participer au GT Financement	Coord.	-	En cours	En cours
						Plaidoyer par la CTB et AmbaBel		Q2 2013	Pas commencé	
Le règlement d'ordre intérieur du Ministère n'est pas validé	Q3 2012	Développement	faible	moyenne	A	Appuyer le processus de validation	ATI	Q1 2013	En cours	En cours
Insuffisance des ressources financières pour la production des outils et des supports d'information SNIS	Q1 2012	Développement	moyenne	moyenne	B	Réactiver le GT suivi & évaluation	DI	Q1 2013	En cours	En cours
						Coordonner avec d'autres intervenants	DI	Q1 2013	En préparation	
La stratégie « charroi zéro » de l'état est mise en œuvre	Q1 2013	Développement	élevée	faible	B	Appuyer la logistique	ATI	Q1 2013	En cours	En cours
						Documenter l'impact de la stratégie	ATI	Q2 2013	En préparation	



### 2.2.3 Impact potentiel

Les objectifs sectoriels de santé tel que stipulés dans le PNDS II peuvent être éclatés en 3 éléments. Il s'agit d'assurer d'ici 2015 :

- De l'accessibilité de la population aux soins;
- Des services de santé de qualité ;
- D'une meilleure utilisation des services.

L'outcome du Programme PAISS est quant à lui d'assurer que les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité.

La quantité des prestations recherchée par le PAISS participe à l'amélioration de l'accessibilité de la population aux soins et à l'utilisation par elle des services.

La qualité des services recherchée par le PAISS est exactement la même que celle ciblée au niveau sectoriel.

L'outcome du programme tel que conçu lors de la formulation du PAISS demeure donc en parfait accord de vue avec les objectifs sectoriels de santé et la probabilité qu'il les impacte, reste de toute évidence forte.

### 2.2.4 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 Q : 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>		
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</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.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	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>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	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).
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</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.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet 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 (appréciation de l'ensemble de l'intervention)</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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>		

<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</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.
<input type="checkbox"/>	<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.
<input type="checkbox"/>	<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 les outputs sont-ils correctement gérés ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<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.
<input type="checkbox"/>	<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.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	<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.

<b>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</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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>		
<b>3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<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.
<input checked="" type="checkbox"/>	<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.
<input type="checkbox"/>	<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.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
<b>3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet 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.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet 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.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet n'est pas totalement parvenu 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 au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

<b>3. 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).</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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</i>		
<b>3.1 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 du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées 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 la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles 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.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL 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.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
<b>4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<b>X</b>	<b>B</b>	Le projet 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 gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
<b>4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet est intégré 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 du projet 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.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet 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.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet 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.

<b>Critères</b>	<b>Note</b>
<b>Pertinence</b>	B
<b>Efficacité</b>	B
<b>Durabilité</b>	B
<b>Effcience</b>	C

## 2.3 Volet 1 : Output 1

### 2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : Les réformes institutionnelles sont appuyées							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Taux de réalisation des réunions du CPSD	10/11		10/12	12/12	12/12	Cible pas atteint	
Taux de réalisation des réunions des Groupes Thématiques	22%		40%	50% des réunions mensuelles de chaque GT	>80% des réunions mensuelles de chaque GT	Bonne évolution mais le cible n'est pas atteint. La finalisation des TdR des GT a été retardée	
Les travaux de construction au niveau central sont réalisés selon un plan directeur établi et approuvé	-		Etat de lieux en cours	Plan directeur établi	Réalisé	Retards dans l'exécution	
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>3</sup>			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1 Appuyer la mise en œuvre des recommandations sur la restructuration du niveau central						X	La mise en œuvre de la feuille de route est sérieusement retardé (1) par le retard de valider le ROI, et (2) par le retard de cofinancer le FBP Central
2 Appuyer la coordination des départements du MSPLS et des PTF				X			
3 Améliorer les infrastructures et équipements du MSPLS au niveau central						X	Cette activité est sérieusement retardé par (1) le retard de recruter un électricien pour évaluer les besoins en électricité du MSPLS, et (2) par le retard pour faire le plan directeur du niveau central
4 Développer une mémoire institutionnelle				X			
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :</i>		L'atteinte de l'output 1, qui est la mise en place de la feuille de route de l'audit, est sérieusement menacée par le blocage du cofinancement du FBP Central. Ce blocage menace également l'output 5, relatif au financement du secteur, et par suite, il menace l'atteinte de l'outcome.  L'élaboration et l'exécution du plan directeur pour le niveau central est un préalable pour une organisation efficace du ministère.  Les activités sont toujours pertinentes.					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		L'indicateur relatif au FBP Central se retrouve dans l'output 5.  L'indicateur concernant le plan directeur du MSPLS confirme le retard pour atteindre l'output.					

<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.

	L'indicateur concernant la fonctionnalité des Groupes Thématiques doit encore améliorer et confirme le retard pour atteindre l'output.
<i>Eléments qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La disponibilité de l'expert transversale en construction était insuffisante compte tenu des travaux prévus dans le programme.</li> <li>- Une formation en leadership &amp; management pour les hauts cadres du MSPLS était un facteur de succès.</li> <li>- Le retard dans la validation du Règlement d'Ordre Intérieur du MSPLS bloque les étapes suivantes dans la mise en œuvre de la feuille de route : c.à.d. la description des postes, le FBP Central et la rationalisation du personnel au niveau central.</li> <li>- La coordination avec les PTF a amélioré, mais elle n'est pas encore optimale : les CPSD ont lieu régulièrement, un Compact a été signé et les GT ont recommencé leurs activités.</li> <li>- Les évaluations des Unités de Prestation du MSPLS dans le cadre du FBP Central ont significativement améliorées la performance et l'organisation des services.</li> <li>- L'archivage des documents au MSPLS est exemplaire.</li> </ul>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Aucun effet inattendu n'a été identifié

### 2.3.2 Exécution budgétaire

L'exécution du budget pour ce résultat est seulement 13% est ceci est conforme avec les retards rapportés et le progrès des indicateurs.

### 2.3.3 Critères de qualité<sup>4</sup>

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	D
Durabilité	B

<sup>4</sup>

- A : Très bonne performance
- B : Bonne performance
- C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises
- D : Manque de performance / difficultés majeures : des mesures doivent être prises

Si un critère ne peut pas être évalué (parce que le projet vient tout juste de démarrer, par ex.), attribuer la note X au critère. Expliquer pour quelle raison le critère n'a pas été évalué.

## 2.4 Volet 1 : Output 2

### 2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : Le processus de planification est renforcé et soutenu							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Proportion de DS qui disposent d'un plan de développement sanitaire validé	0/45		0/45	8/45	45/45	Comme la planification s'est focalisée sur la planification annuelle, l'activité n'a pas pu démarrer en 2012	
Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année	0% (0/45)		67% (30/45)	50%	>90%	Cible atteint	
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1 Contribuer à la mise en place d'un processus de planification					X		La planification stratégique pluriannuelle est retardée
2 Contribuer à la finalisation du PNDS II				X			
3 Opérationnaliser les Districts Sanitaires				X			
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output:</i>		<p>Relatif à la planification, le plan stratégique national PNDS II est finalisé, et le processus de planification annuel a été développé et largement mise en place. Reste à (1) consolider ces résultats, et (2) appuyer le processus de planification stratégique du niveau périphérique.</p> <p>Relatif à l'opérationnalisation des DS, une formation de base pour les équipes cadre de district a été développé et mis en place en collaboration avec le projet Amagara Meza. PAISS appuiera ce processus en 2013.</p> <p>Les activités sont toujours pertinentes.</p>					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		<p>Les indicateurs montrent que le output est largement atteint concernant la planification annuelle : tous les 45 DS ont finalisés leur plans annuels et 30 de ces plan ont été validés par la DGP.</p> <p>Au contraire, la planification stratégique du niveau périphérique est retardée.</p>					
<i>Eléments qui se sont présentés, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place de la Direction Générale de Planification dans le cadre de la réorganisation du MSPLS (voir feuille de route output 1) et l'appui donné à cette DGP par PAISS (installation, logistique) ont largement contribué au succès de l'atteinte de ce résultat sur la planification.</li> <li>- Le retard dans la planification stratégique pour le niveau périphérique est largement dû au manque de temps.</li> <li>- La collaboration avec le projet Amagara Meza concernant la formation d'opérationnaliser les DS a entraîné une sérieuse économie.</li> </ul>					
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>		Aucun effet inattendu n'a été identifié					

### 2.4.2 Exécution budgétaire

L'exécution budgétaire pour ce résultat est 65%, ce qui est largement conforme à l'atteinte de l'output.

La collaboration avec Amagara Meza sur l'activité d'opérationnaliser les DS a entraîné une sérieuse économie : seulement 4% d'exécution pour cette activité. Ceci permettra d'appuyer en 2013 les formations en 8 provinces, et ainsi de couvrir tout le pays avec cette initiative. Aussi, PAISS pourra consolider les résultats concernant la planification.

### 2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	A
Efficacité	C
Durabilité	B



## 2.5 Volet 1 : Output 3

### 2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : Le SNIS est fonctionnel						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale	Commentaires
Annuaire statistiques et BUSNIS produits et diffusés	1 et 3	1 et 3	1 et 3	1 et 3	1 et 4	
% de structures (BPS, BDS, hôpitaux) disposant d'un accès à un GESIS révisé	ND	NA	50%	50%	100%	Le GESIS hospitalier n'est pas entièrement révisé et n'est pas encore installé dans les hôpitaux
<b>État d'avancement des principales activités</b>			<b>État d'avancement :</b>			<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	
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			
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :</i>			Grâce aux activités soutenues, le système de santé dispose aux différents niveaux des données d'évaluation et de planification. Le SNIS est donc fonctionnel même si la qualité des données doit encore être améliorée.			
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>			La complétude et la promptitude des données a été maintenue au-delà de 90%.			
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>			L'évaluation du contrat de maintenance mis en place pour les équipements informatiques a été jugé globalement efficace (en moyenne 1 ordinateur non fonctionnel par site en fin 2012)			
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>			Même si efficace, le contrat de maintenance des équipements informatiques n'a pas été jugé satisfaisant dans son volet curatif par les usagers du niveau opérationnel.			

### 2.5.2 Exécution budgétaire

Le taux d'exécution de ce résultat est à 51%.

### 2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effizienz	B
Efficacité	A
Durabilité	B

## 2.6 Volet 1 : Output 4

### 2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4 : La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Proportion des ECD en formation en APP	6/45		6/45	20/45	45/45	Echec du projet d'Amagara Meza (UE) de démarrer avec l'initiative APP	
Proportion des DS qui pratiquent la chirurgie de district selon la stratégie nationale	0/45		Stratégie chirurgie de district en développement	Stratégie chirurgie de district en développement	à déterminer dans la stratégie	Le marché public pour le recrutement d'une expertise pour élaborer la stratégie est lancé	
Proportion des CDS qui utilisent les SPT	1,70% (9/528)		1,70% (9/528)	2%	>90%	Les formations de prestataires ont été retardées.	
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>5</sup>			État d'avancement :				
			A	B	C	D	Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
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		Cette initiative est une collaboration avec le projet Amagara Meza. Ceci a malheureusement retardé le processus.
3 Contribuer à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à tous les niveaux				X			
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).							
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :		<p>Cet output, malgré un petit retard d'une activité, est déjà un succès. Deux de ces stratégies (formation APP ECD, SPT) étaient pilotés dans les provinces d'intervention du volet 2 du PAISS et ont été validé comme stratégie national après une évaluation positive. Avec l'appui des autres PTF on couvrira très probablement tous les DS en 2013.</p> <p>La formation APP des ECD a été évaluée et un renforcement des capacités des ECD a été constaté. Ensemble avec Amagara Meza, la Coopération Suisse et un autre PTF (à identifier) on espère couvrir le pays avec cette initiative en 2013.</p> <p>La stratégie SPT (plainte – traitement) pour CdS a également été évalué et on a constaté une amélioration significative de la qualité des soins curatifs. Ensemble avec Amagara Meza et la Coopération Suisse on couvre tous les provinces du pays avec cette stratégie en 2013.</p> <p>L'élaboration d'une stratégie de chirurgie pour DS, en collaboration avec le projet Amagara Meza, a été retardée par des retards dans la concertation entre les deux programmes faute de temps des deux équipes.</p> <p>Les activités sont toujours très pertinentes pour améliorer la qualité de la gestion et de</p>					

<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.

	l'offre de soins.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>Malgré le fait que PAISS a exécuté la formation APP des ECD comme planifié, l'indicateur n'a pas atteint son cible : seulement 6 districts sont couverts par la formation et le suivi des tuteurs (les DS des 2 provinces de Kirundo et Muramvya). Amagara Meza, qui s'était engagé de commencer l'initiative dans 8 provinces en Q3 2012, a retardé la formation pour des raisons administratives.</p> <p>Les autres indicateurs concernant les initiatives SPT et chirurgie de district, qui étaient en 2012 dans leur phase préparatoire, ont atteint plus ou moins la cible prévue.</p>
<i>Eléments qui se sont présentés, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les retards de commencer les formations dans la zone d'intervention d'Amagara Meza, a eu un impact négatif.</li> <li>- L'organisation des formations APP ECD et ses problèmes logistiques restent problématiques, en particulier pour l'Unité de Gestion du PAISS. L'encrage de l'initiative à la DODS du MSPLS doit être renforcé, et les rôles des intervenants (DODS, INSP, tuteurs) doivent être clarifiés.</li> <li>- La problématique des frais de missions a un impact négatif sur tous les outputs et activités du programme, mais en particulier sur ce résultat du volet 1 comme il y a beaucoup de formations, visites de terrain et suivis à faire.</li> </ul>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les activités exécutées dans ce résultat ont offert une opportunité de collaborer et coordonner plus efficacement avec d'autres PTF, et en particulier avec le projet Amagara Meza et le projet santé de la Coopération Suisse, qui intervient dans la province de Ngozi.</li> <li>- Les tuteurs nationaux dans le cadre de la formation APP des ECD se sont réunis dans un collège des tuteurs nationaux, une structure informelle pour s'organiser et échanger les expériences du terrain.</li> </ul>

### 2.6.2 Exécution budgétaire

L'exécution du budget pour ce résultat a atteint 20%, mais les trois principales activités se retrouvent dans différents phases d'exécution.

La formation APP des ECD a dépassé la phase de préparation en 2011 et était déjà en pleine phase d'exécution en 2012. Par suite, son taux d'exécution est à 62%, ce qui est conforme à l'atteinte de l'output.

Les stratégies SPT et chirurgie de district, qui sont dans la phase préparatoire, ont un taux d'exécution respectivement de 6% et 1%.

### 2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	B

## 2.7 Volet 1 : Output 5

### 2.7.1 Analyse des progrès réalisés

<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>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
La moyenne de la performance FBP des Unités de Prestation du MSPLS	FBP Central n'est pas finalisé		FBP Central est finalisé	FBP Central est finalisé	à déterminer	La préparation technique du FBP Central a été finalisée par la CTN FBP et les évaluations des Unités de Prestation ont démarré	
Proportion de la population couverte par une assurance maladie ou un mécanisme de solidarité	30,3%		40,5%	> résultat 2011	> résultat 2014	L'introduction de la CAM a augmenté significativement la couverture	
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1 Appuyer le démarrage du FBP au niveau central						X	Malgré le fait que le FBP est techniquement finalisé, et les premières évaluations ont été faites, PAISS n'a pas pu démarrer le cofinancement du FBP Central
2 Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé					X		L'introduction de la nouvelle CAM a relégué les mutuelles de santé à l'arrière-plan
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :</i>		<p>Le FBP, tant au niveau périphérique qu'au niveau central, reste un outil de financement important pour les structures sanitaires. Les délais dans le démarrage du cofinancement du FBP Central menacent sérieusement l'atteinte de cet output.</p> <p>L'introduction de la nouvelle CAM a relégué les mutuelles de santé à l'arrière-plan, mais la CAM est bien défini, dans l'arrêté du 2<sup>ème</sup> Vice-Président, comme un système temporaire « <i>pendant que d'autres systèmes d'assurance maladie à base communautaire s'implantent et s'étendent progressivement</i> ». En plus, la CAM contribue significativement à l'atteinte de la couverture universelle et donc de l'output 5.</p> <p>Les activités restent toujours pertinentes, tant qu'ils sont interprétés dans le cadre de la couverture universelle.</p>					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		<p>La proportion de la population couverte par une assurance maladie ou un mécanisme de solidarité a augmenté significativement de 30% à 40%. Ceci est en grande partie dû à l'introduction de la CAM.</p> <p>Malgré le fait que l'indicateur concernant le FBP Central a atteint son cible (le FBP Central est finalisé), le retard dans la mise en place de l'initiative est un menace important</p>					
<i>Éléments qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'introduction de la nouvelle CAM est survenue au début de l'année.</li> <li>- La définition des conditions complémentaires, hors le cadre qui est prévu dans</li> </ul>					

	<p>le DTF, pour le cofinancement par PAISS du FBP Central a bloqué la mise en place de l'initiative.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les délais dans le cofinancement du FBP Central ont entraînés l'arrêt des évaluations de la performance des Unités de Prestation au MSPLS, et par suite, une démotivation du personnel et une baisse de la performance.</li> </ul>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La nouvelle CAM était considérée comme une menace pour les mutuelles communautaires. Jusqu'à maintenant, c'est tout le contraire : les mutuelles communautaires subsistent et on cherche la complémentarité entre ces deux initiatives.</li> </ul>

### 2.7.2 Exécution budgétaire

Seulement 4% du budget pour ce résultat a été exécuté suite aux contraintes décrites ci-dessus.

### 2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	X
Efficacit	B
Durabilit	C

## 2.8 Volet 2 : Output 6

### 2.8.1 Analyse des progrès réalisés

Output 6: Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Taux de réalisation des supervisions des BDS par les BPS (Kirundo et Muramvya)	95%		100%	95%	95%	Avec le PBF les sorties de supervisions sont régulières cependant leur qualité n'est pas toujours garantie
Proportion de BPS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année (Kirundo et Muramvya)	0%		100%	50%	100%	Tous les plans ont été validés au 4ème trimestre cependant il s'agit de la validation au niveau provincial et régional
Taux de réalisation des réunions CPSD provinciales	0%		50%	25%	75%	Les CPSD ont été installés au 2ème trimestre 2012. Il s'agit durant cette période des réunions d'installation et celles en rapport avec la cartographie des partenaires
<b>État d'avancement des principales activités</b>			<b>État d'avancement :</b>			
			A	B	C	D
1-Renforcer le BPS de Kirundo, Muramvya, et 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		
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :</i>	Il y'a un lien entre les activités de renforcement pour le contrôle et le suivi, et l'octroi des moyens à travers le PBF, moyens qui sont octroyés en fonctions des performances réalisées qui sont la plus part du temps en rapport avec les fonctions régaliennes des BPS qui sont : les activités de supervisions ,de planification, de formation, de contrôle, de coordination et de suivi évaluation					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Les progrès sont visibles en termes de réalisation par exemple en matière de supervisions, de planification, et de coordination.					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	On a noté une instabilité des acteurs par exemple des changements des responsables intervenus au cours de l'année.					
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Certaines formations ont été reportées pour l'année prochaine du fait de la difficulté d'avoir des formateurs surtout du niveau central et cela est lié au refus d'acceptation des frais de mission qui semblent insuffisants					

### 2.8.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget initial	Dépenses 2012	RESTE	Taux exécution
1-Renforcer le BPS de Kirundo, Muramvya,	240000	58332,73	181583,33	24%
2-Maintenir un système de FBP pour le BPS de Kirundo et l'exécuter	250000	35600,78	213511,47	15%
Les capacités d'encadrement du BPS cible sont	490000	93933,51	395094,80	19%

renforcées conformément aux normes				
------------------------------------	--	--	--	--

### 2.8.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	C

## 2.9 Volet 2 : Output 7

### 2.9.1 Analyse des progrès réalisés

Output 7 : Les BDS sont opérationnels						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année (Kirundo et Muramvya)	0%		100%	50%	75%	Validation régionale et non nationale. Depuis la création de la Direction Nationale il y'a un regain d'activités en rapport avec les planifications
Proportion de DS qui réalisent 80% des supervisions des centres de santé (Kirundo et Muramvya)	84%		85%	85%	90%	Il y'a eu une amélioration des supervisions avec les formations APP cependant les délais entre les supervisions ne permettent pas d'apporter des solutions aux problèmes soulevés. En outre le PBF a entraîné des supervisions flash. Il est à noter que les districts de Muramvya, Kiganda et Busoni ne disposent pas de véhicules de supervision
Nombre de DS ayant 3 médecins (Kirundo et Muramvya)	80%		66%	80%	90%	Les districts de Vumbi et Busoni qui n'ont pas d'hôpitaux ont chacun 1 médecin
Proportion de réalisation des formations continues intégrant les programmes verticaux des plans annuels des districts (Kirundo et Muramvya)	0%		66%	25%	50%	Ici il ne s'agit que des formations réalisées avec l'approche APP. En 2012 les 2 provinces ont reçu la formation sur 4 modules. Cependant le processus de formations programmées et réalisées même par les équipes cadre est timide
État d'avancement des principales activités <i>principales</i>			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B	C	D
Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du district.			X			
Introduire un système de FBP pour les BDS supervisées et l'exécuter			X			
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	
Retard dans le démarrage des constructions des bureaux des districts de Vumbi et Busoni dans la province de Kirundo						
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>						
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :			Le lien entre le résultat et les activités est réel car il s'agit d'activités de renforcement des capacités, de recherche d'atteinte des normes en ce qui concerne la prévision des constructions des BDS. Enfin à travers les subsides du PBF les BDS pourront faire face à certains frais de fonctionnement entraînant du coup une amélioration des performances et leur motivation.			
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :			Il y a un progrès en matière de planification des activités, une amélioration des compétences des équipes d'encadrement par rapport à l'exécution de leurs fonctions régaliennes.			
Difficultés qui se sont présentées,			Il y'a un retard dans les constructions des bureaux des districts de Vumbi et			



<i>facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Busoni et l'inexistence des hôpitaux dans ces mêmes districts.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Malgré l'absence des véhicules de supervision les districts ont pu mener des activités pour ne pas perdre des subsides octroyés par le PBF. Certains districts ont fait recours aux locations des véhicules et d'autres ont utilisé leur propres moyens de locomotion

## 2.9.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget initial	Dépenses au 31/12/2012	Solde	Taux exécution	Commentaires
Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du district.	160000	22333	137666	14%	
Introduire un système de FBP pour les BDS supervisées et l'exécuter	1565000	462838	1102161	30%	
Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et des soins et soutenir l'application SNIS dans les HD de Kirundo, Muramvya	270000	8204	261795	3%	Retard lancement constructions
Les BDS sont opérationnels	1995000	493376	1501623	25%	Il y'a eu un regroupement des budgets FBP sur la ligne

## 2.9.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	C

## 2.10 Volet 2 : Output 8

### 2.10.1 Analyse des progrès réalisés

Output 8 : Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Taux de césariennes (Kirundo et Muramvya)	2,23%		2,4	2,50%	3%	Le rapport est provisoire
Nombre d'interventions de chirurgie majeures réalisées (Kirundo et Muramvya)	82		90	90	125	Le rapport est provisoire et doit être approfondis
Nombre de jours de ruptures stocks dans les 90 jours précédant le contrôle de 6 produits traceurs: quinine injectable, ampicilline injectable, oxytocine, soluté, poches de sang, anesthésique	122		62	100	60	On note une diminution des jours de rupture de ces molécules cependant la disponibilité des poches de sang est toujours problématique
Nombre de rapports comptables établis et transmis (Kirundo et Muramvya)	0%		8/12	25%	75%	Les rapports ont commencé à être transmis régulièrement et a été considéré comme indicateur PBF à partir du mois d'Avril 2012

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1- Introduire, exécuter le FBP et appuyer l'application SNIS dans les 2 HD de Kirundo	X				
2 -Financer le FBP au niveau des HD		X			
3- Appuyer l'introduction de protocoles cliniques		X			
4- Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base			X		Les soins sont déjà introduits cependant le marché d'achat du matériel de chirurgie est à l'étape d'analyse
5- Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers				X	Cette activité a été annulée avec la mission du backstopping car elle n'est plus pertinente à Kirundo du fait de la création d'une école paramédicale privée et donc la création du lieu de stage ne va pas permettre de désengorger l'école de Ngozi qui est publique et qui était visée avec l'idée de sites de stage
6- Réhabilitation des 2 HD			X		On note un retard bien que le recrutement du bureau d'étude est à l'étape de publication

**Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).**

<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :</i>	Le lien entre les activités et l'output est patent. Car la fonctionnalité d'un hôpital de district repose en partie sur ces activités de chirurgie et d'amélioration de la qualité à travers les constructions pour atteindre les normes et l'introduction des protocoles de soins.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Les progrès ne sont pas encore sensibles du fait que les activités primordiales n'ont pas connues de démarrage

<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Il y'a un retard dans le démarrage des constructions et d'où celui du marché d'achat du matériel de chirurgie car si les constructions ne sont pas achevées il est difficile de disponibiliser ce matériel et d'organiser les services
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Avec la programmation des constructions l'Avec la programmation des constructions il s'est avéré qu'il serait très difficile d'améliorer le circuit des malades à Kirundo tant que le centre de santé est logé dans l'enceinte de l'hôpital, d'où une proposition de la délocalisation du centre de santé.  La réhabilitation de l'hôpital de Kiganda tend à être prise en compte dans la tranche financière incitative

### 2.10.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget initial	Dépenses au 31/12/2012	Solde	Taux exécution	Commentaires
1- Introduire, exécuter le FBP et appuyer l'application SNIS dans les 2 HD de Kirundo	10000	0	10000	0%	Réservée pour la formation des agents des hôpitaux sur l'outil d'indice PBF
2 -Financer le FBP au niveau des HD	0	0	0	0	Transférée sur la ligne A07-02
3- Appuyer l'introduction de protocoles cliniques	140000	13916	126083	10%	Activité au début avec l'exécution des formations et la mise en place de certains matériels. Intégration Maladies mentales et protocoles cliniques programmé en 2013
4- Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base	210000	13616	196383	6%	Marché achat matériel à l'étape de non objection
5- Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	0	0	0	0	Transférée sur la ligne construction ci-dessous
6- Réhabilitation des 2 HD	880000	14	879985	0%	Etape de publication recrutement Bureau d'étude. Après la réalisation de l'étude économique
Les 2 hôpitaux de Kirundo sont fonctionnels	1240000	27546	1212453	2%	

### 2.10.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	C

## 2.11 Volet 2 : Output 9

### 2.11.1 Analyse des progrès réalisés

Output 9: Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Proportion de CDS qui utilisent les SPT (Kirundo et Muramvya)	5,70%		5,70%	5,70%	75%	Le Guide a été validé en 2012 par le MSP. Il y a eu la formation des formateurs sur la stratégie au niveau des deux provinces et la formation des prestataires sera effective en 2013. Ce % représente les centres où le test pilote s'est déroulé	
Taux d'utilisation de la PF (Kirundo et Muramvya)	16%		ND	20%	28%	Données non disponibles Mais il est prévu la continuation d'une recherche action en cours à Kirundo et son extension à Muramvya	
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1- Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l'application du SNIS dans les CDS supervisés			X				
2- Financer le FBP dans les Cds			X	X			
3- Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques				X			
4- Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers						X	Il y'a eu annulation de la création et un transfert de fonds vers une des lignes du volet 3 est en instance. Car la pertinence de la création à Kirundo est très relative
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).							
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :			Il y a un lien étroit entre les activités et l'objectif. Car une fois réalisées elles vont concourir à l'amélioration des soins dans les centres de santé.				
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :			La production du guide, sa validation par le niveau National et la réalisation des formations des formateurs est un réel progrès surtout que le processus a débuté depuis 2010 sous l'impulsion des anciens projets de la santé de la CTB et des autres partenaires.				
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :			Il y'a eu beaucoup de temps dans la pris de décision concernant l'annulation de la création des sites de stage. Il y'a eu aussi des retards dans la validation de l'accord d'exécution du PBF à Kirundo. Aussi il y'a une insuffisance des ressources humaines tant en quantité qu'en qualité surtout pour la province de Kirundo du fait de sa situation géographique (éloigné de la capitale)				
Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :			Il y a des discussions au niveau du Ministère de la santé et de la cellule PBF sur la prise en compte des SPT dans la grille d'évaluation de la qualité PBF.				

## 2.11.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget initial	Dépenses au 31/12/2012	Solde	Taux exécution	Commentaires
1- Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l'application du SNIS dans les CDS supervisés	15000	245	14754	2%	Programmation du recyclage des gestionnaires des centres de santé sur la gestion financière et des médicaments pour répondre aux recommandations de l'audit réalisé en 2012.
2- Financer le FBP dans les Cds	0	0	0	0	Transférée pour regroupement sur la ligne A0702
3- Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques	85000	2290	82705	3%	Démarrage des formations et de mise en place des intrants
4- Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	90000	0	90000	0	Annulé et la SMCL se prononcera sur le transfert vers le volet3
Les CDS fournissent un PMA de qualité	190000		2540	1%	

## 2.11.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	B
Efficacité	B
Durabilité	C

## 2.12 Volet 2 : Output 10

### 2.12.1 Analyse des progrès réalisés

Output 10 : Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Proportion des patients référé par les CDS parmi les hospitalisés (Kirundo et Muramvya)	26%		17%	27%	35%	Il n'y a pas de complétude des données. Données provisoires	
Nombre de patients référés en urgence par ambulance (Kirundo et Muramvya)	1287		1746	1500	2500	Il s'agit des données provisoires non validées	
<b>État d'avancement des principales activités</b> <sup>6</sup>			<b>État d'avancement :</b>		<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)		
			A	B			C
1-Assurer des moyens de communication entre les CDS et l' HD pour organiser les évacuations en priorité en matière de SMI					X		Il y'a un retard pour le marché d'achat des ambulances avec un premier rejet suite à un recours. Puis un retard dans l'octroi de la non objection du siège CTB
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			
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output :</i>			La réalisation de ces activités va permettre d'améliorer le système de référence et de contre référence.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>			Il y a eu des avancées avec le financement des ateliers d'évaluation du système de référence et contre référence dans la province de Kirundo. Le financement des formations sur la prise en charge des urgences obstétricales.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>			C'est toujours le retard dans l'achat des ambulances avec l'annulation du marché puis un grand retard dans l'octroi de la non objection du siège				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>			La mise en œuvre de la CAM va accroître l'accessibilité des soins dans les hôpitaux.				

### 2.12.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget initial	Dépenses au 31/12/2012	Solde	Taux exécution	Commentaires
1-Assurer des moyens de communication entre les CDS et l' HD pour organiser les évacuations en priorité en matière de SMI	360000	2916	357083	1%	Le marché d'achat des ambulances est à l'étape de

<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.

					signature des contrats. (160000 €). Celui d'achat et installation de l'énergie solaire et radios est dans sa phase de lancement (150000€).
2-Instaurer un système de financement, organiser le monitoring du système de référence/contre-référence dans la province de Kirundo	30000	0	291647	0%	Destiné à l'appui des fonds et du fonctionnement des nouvelles ambulances.
Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant	390000	2927	387072	1%	

### 2.12.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	C



## 2.13 Volet 2 : Output 11

### 2.13.1 Analyse des progrès réalisés

Output 11 : L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Proportion de comités de santé qui tiennent au moins 80% des réunions avec PV	84%		85%	85%	90%	
Proportion de la population couverte par une assurance maladie (CAM, mutuelles) (Kirundo et Muramvya)	3,40%		16%	7%	12%	Il y'a le démarrage de la CAM en Avril 2012 et à la fin de l'année le taux d'adhésion est de 14,9 à Muramvya et de 18% à Kirundo
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			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	Il y a un accompagnement pour le suivi de la mise en œuvre de la CAM et par prudence la réflexion pour un appui des indigents sont en cours.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).						
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output:		Il y'a un lien entre les activités et le résultat.				
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :		Avec le nouveau guide pour la participation communautaire il est prévu un renouvellement de tous les mandats des membres des comités de santé et leur formation. Ce processus a été freiné par le fait que le document des normes n'a pas été rapidement validé.				
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :		La difficulté qui s'est présentée c'est comment appuyer les mutuelles dans un contexte où le politique prône la Carte d'assistance maladie ? Le démarrage de la CAM est simulable à un parachutage tant les structures n'étaient pas préparées ainsi que la population.				
Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :		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 qu'il y'a les plus "aisés qui profitent au détriment des nécessiteux".				

### 2.13.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget initial	Dépenses au 31/12/2012	Solde	Taux exécution	Commentaires
1-Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire et dans toute autre activité de sensibilisation des	51000	142	50857	0%	Retard dans la validation des normes pour le

populations					renouvellement des COSA ainsi que leur formation
2-Appuyer les mécanismes de financement alternatifs pour une demande solvable	200000	1663	198336	1%	Recrutement d'un expert pour des propositions d'un appui pérenne aux indigents
L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé	251000	1806	249193	1%	

### 2.13.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	C

## 2.14 Volet 3 : Output 12

### 2.14.1 Analyse des progrès réalisés

Output 12 : Une politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre						
Indicateurs	Valeur de la baseline 2011	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale 2015	Commentaires
Proportion de CDS qui remplissent les normes en ressources humaines (infirmiers)	Non disponible	Non disponible	26%	26%	50%	2012 est l'année de base
Proportion de DS qui élaborent un plan annuel de formation continue intégrant les programmes verticaux	0	0	0	0	40%	2012 est l'année de base
Proportion de réalisation des formations continues intégrant les programmes verticaux des plans annuels des districts	0	0	0	0	60%	2012 est l'année de base
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			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		
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		Les principales activités développées dans ce résultat portent sur une gestion efficace et efficiente des ressources sur base d'outils appropriés, des normes sanitaires, une description des postes et profils du personnel, une amélioration de la répartition géographique des RH à travers le redéploiement du personnel, la décentralisation et la déconcentration de la gestion des RH pour plus d'efficacité et d'efficience dans la gestion, la formation du personnel opérationnel et sa motivation. Ces activités soutiennent directement les axes stratégiques du plan de développement des ressources humaines du Ministère et contribue à améliorer la gestion et la disponibilité des ressources humaines de qualité.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		L'année 2012, constitue l'année de base de base pour les indicateurs de ce résultat. On ne peut donc pas parler de progrès réalisé sur base des indicateurs.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		L'élaboration des normes sanitaires a connu un retard qui s'est répercuté sur la description de postes et profils du personnel et l'élaboration de la stratégie de formation.  Les normes en ressources humaines sont trop ambitieuses (par exemple 7 infirmiers pour un centre de santé de 10.000 habitants). Cependant elles constituent un point de départ important pour la gestion des RH et doivent par conséquent être suivies, évaluées et adaptées au fur et à mesure.				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>		La réduction des effectifs à recruter pour des raisons de contrainte budgétaire au niveau de l'Etat, aura un effet négatif sur la satisfaction besoins en RH et leur				

	disponibilité dans les services santé. Le personnel redéployé en périphérie revient progressivement vers les villes.
--	---

### 2.14.2 Exécution budgétaire

Sur un budget total de 891.000 euros pour ce résultat, 122.625 ont été dépensés soit un taux d'exécution de 13%. L'essentielle du budget dépensé concerne l'Appui à la DRH pour l'établissement d'une base de données.

### 2.14.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	B

## 2.15 Volet 3 : Output 13

### 2.15.1 Analyse des progrès réalisés

Output 13 : Les écoles de formation des paramédicaux livrent une formation de qualité aux futurs professionnels de santé							
Indicateurs	Valeur de la baseline 2011	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale 2015	Commentaires	
Effectifs des élèves dans les écoles paramédicales secondaires publiques et privées	5.260		6099	4.945	4.320	Le sureffectif s'est aggravé en 2012 dans les écoles paramédicales privées	
Proportion de modules ou unités d'apprentissage pédagogiques élaborées pour les infirmiers A2 par rapport aux modules prévus	100%		100%	100%	Non applicable	L'élaboration des modules pour les 4 années de formation devrait se terminer en 2014	
Taux de performance FBP des écoles paramédicales publiques contractualisées	0%		48%	50%	80%	Le FBP a démarré en janvier 2012	
Taux de réalisation des contrôles de qualité de l'enseignement paramédical dans les écoles publiques et privées	50%		50%	60%	80%		
Nombre de stagiaires par lieu de stage dans les écoles publiques et privées (CDS + services hospitaliers)	Non disponible		24	24	10	L'année de base est 2012	
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>7</sup>			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			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			
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>							
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles) :			Plusieurs réalisations montrent une évolution positive vers l'atteinte du résultat. Il s'agit de 1) l'opérationnalisation des référentiels des infirmiers A2 par l'élaboration des modules de formation, des fiches descriptives de cours, de l'appui à l'organisation et l'encadrement des stages, 2) le suivi et le contrôle de qualité de l'enseignement paramédical avec des outils appropriés, 3) le renforcement des compétences de enseignants à travers des sessions de formations, 4) la motivation du personnel des écoles grâce au financement basé sur performances qui a démarré en janvier 2012, 5) l'appui au fonctionnement des écoles à travers				

<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.

	accords d'exécution pour réaliser les priorités de leur plan d'activités et renforcer les capacités en gestion comptabilité des staffs.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>Si les écoles paramédicales publiques évolue positivement une normalisation des effectifs, le sureffectif s'est aggravé en 2012 dans les écoles paramédicales privées. Ce sureffectif est un risque majeur pour l'atteint du résultat mais aussi de l'objectif du programme car il nuit à la production d'infirmiers de qualité. Les écoles privées étant trois fois plus nombreuse que les écoles publiques il y aura relativement peu d'infirmiers compétents pour prester.</p> <p>Parmi les conséquences du sureffectif il y a un amenuisement et un encombrement des terrains de stages, avec un nombre pléthorique des stagiaires par service hospitalier et par centre de santé. Ce qui ne favorise pas un encadrement de qualité des stages.</p> <p>Les autres indicateurs montrent un progrès favorable vers l'atteinte du résultat attendu.</p>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Il y a un retard important dans la réalisation des réhabilitons et constructions du fait de la complexité et de la lourdeur des procédures des marchés publics.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

### 2.15.2 Exécution budgétaire

Sur un montant de 3.190.000 euros prévus pour ce résultat attendu, 249.987 ont été dépensés, soit un taux d'exécution de 8%. Ce qui est faible. Ce faible taux s'explique par le fait que les DAO lancés en 2012 n'ont pas abouti (réhabilitations et constructions, bus de transports des élèves, mobilier et équipements, matériel informatique bureautique et didactique).

### 2.15.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effcience	B
Efficacité	B
Durabilité	B

## 2.16 Volet 4 : Output 1 (SNIS)

### 2.16.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : La performance et le fonctionnement du SNIS sont améliorés						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale	Commentaires
Proportion de formations sanitaires (CDS et Hôpitaux) qui utilisent les outils de collecte et de rapportage des données (registres et canevas des rapports)	50%	NA	50%	50%	100%	Problème des hôpitaux qui n'ont pas intégré les nouveaux outils et de disponibilité continue des outils et problème de rejet des codes de classification intuitive des maladies et actes médicaux par les prestataires
% d'indicateurs PNDS contenus dans les Annuaires publiés	ND	ND	35%	35%	65%	Nombre d'indicateurs du PNDS nécessitent des enquêtes pour être rapportés. D'autres devraient être reformulées
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B	C	D
1 Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privés et les actualiser ultérieurement si nécessaire				x		
2 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	
3 Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production					x	
4 Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perlées.			x			
5 Etablir un cadrage général du sous-système d'information sanitaire et revoir les indicateurs					x	
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output</b> : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).						
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :			Les expertises prévues sont toutes en place. Toutes les révisions prévues tant des outils que des logiciels pourront enfin être menées à bien.			
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :			Non applicable puisque le projet est à ses débuts (un trimestre sur 2012)			
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :			La motivation enclenchée à la direction nationale du SNIS par l'application du PBF au niveau central est retombée au plus bas niveau à la suite de la suspension de l'approche			
Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :			Sans			

### 2.16.2 Exécution budgétaire

ITEMS	Budget an 1	Dépenses 2012	% exécution
1 Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privés et les actualiser ultérieurement si nécessaire	100000	0	0
2 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.	100000	0	0
3 Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production	118000	5808,00	5%
4 Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perlées.	40000	0	0

5 Etablir un cadrage général du sous-système d'information sanitaire et revoir les indicateurs	40000	2148,51	5%
La performance et le fonctionnement du SNIS sont améliorés	398000	7956,51	2%

### 2.16.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacit	B
Durabilit	C



## 2.17 Volet 4 : Output 2 (SNIS)

### 2.17.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale	Commentaires	
% de BDS, BPS et Hôpitaux de référence équipés selon les normes en informatique du ministère	ND	ND	10%	10%	100%	Un 1 <sup>er</sup> marché d'achats des équipements informatiques est passé et livrera son 1 <sup>er</sup> lot en 2013	
% de BDS, BPS et Hôpitaux de référence ayant l'accès à l'Internet et transmettant les données par internet	<1%	NA	10%	10%	100%	Activité programmée en 2013	
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			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		Cette activité relève d'une autre direction ; celle des infrastructures. Elle est programmée en 2013 comme préalable à l'informatisation des hôpitaux
3 Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux « providers »				X			1 <sup>er</sup> lot d'équipements attendu en 2013
4 Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de la DSNIS			X				
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>			Les activités sont toutes en lien logique avec le résultat.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>			Le progrès est satisfaisant au terme d'un trimestre de durée de vie du projet. L'évaluation du contrat de maintenance réalisée en fin 2012 montre une moyenne d'1 seul ordinateur non fonctionnel par site.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>			Sans				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>			Même si efficace, le contrat de maintenance des équipements informatiques n'a pas été jugé satisfaisant dans son volet curatif par les usagers du niveau opérationnel.				

### 2.17.2 Exécution budgétaire

ITEMS	Budget an 1	Dépenses 2012	% exécution
1 Développer un système de maintenance intégrée et pérenne	0	3094,74	
2 Résoudre les problèmes d'alimentation électrique là où c'est possible	247000	944,28	0,4%
3 Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux « providers »	280000	1674,52	0,6%
4 Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de la DSNIS	75000	21975,09	29,3%
Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel	602000	27688,63	5%

### 2.17.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	A
Durabilité	C

## 2.18 Volet 4 : Output 3 (SNIS)

### 2.18.1 Analyse des progrès réalisés

<b>Output 3 : Les capacités des agents de santé en matière du SNIS sont renforcées à tous les échelons du système de santé</b>							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale	Commentaires	
% de BPS, BDS et FOSA disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser les outils standards du SNIS	<15%	ND	30%	20%	100%	Le turnover du personnel formé est important	
% de BPS, BDS, et les FOSA disposant d'au moins deux personnes formées à l'analyse, l'exploitation, la dissémination et l'utilisation des données produites	0%	ND	10%	20%	100%	Idem	
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>8</sup>			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)		
			A	B	C	D	
1 Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation					x		La liste des besoins en formation a été faite lors de l'élaboration du PAA 2013. Il est prévu qu'un plan de formation en soit déduit en 2013
2 Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que le privé					x		Activité programmée en 2013
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		Le processus de contractualisation amorcé en 2011 a été suspendu en 2012.
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>			Le lien entre les activités de formation et le renforcement des capacités n'est pas à démontrer. Il faut simplement s'assurer d'un plan de formation pertinent				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>			Pas de progrès tangible par rapport à l'output puisque le programme de formation ne démarrera qu'en 2013. Aucun plan de formation en vigueur ; une seule tournée de supervision au semestre II sur les 4 prévues (elle a concerné uniquement la fonctionnalité du logiciel).				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>			-La suspension de l'expérience de paiement des primes à la performance a entraîné une baisse de motivation. Les activités techniques (ex l'élaboration continue des retro informations aux échelons inférieurs) accusent depuis des retards techniques. -Les perdiems payés pour les missions à l'intérieur du pays et qui sont alignés sur les barèmes 2006 du MSPLS sont à l'origine de la baisse des missions de supervision du personnel de la direction du SNIS.				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>			La majorité du personnel qualifié, de la nouvelle direction DSNIS qui était formé a quitté (nouveau directeur, 2 chefs de service sur les 3 et 1 conseiller sur les 2) ; la suspension des primes serait-elle à la base des départs massives en formation de ce personnel ?				

<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.

## 2.18.2 Exécution budgétaire

ITEMS	Budget an 1	Dépenses 2012	% exécution
1 Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation	15000	3369,84	22,5%
2 Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que le privé	100000	4088,83	4,1%
3 Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées	20000	3559,88	17,8%
4 Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPLS	60000	0	0
Les capacités des agents de santé en matière du SNIS sont renforcées à tous les échelons du système de santé	195000	11018,558	6%

## 2.18.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	B

## 2.19 Volet 4 : Output 4 (SNIS)

### 2.19.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite et mise à échelle						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale	Commentaires
La gestion administrative et financière et le dossier médical sont informatisés dans 3 à 4 hôpitaux (Un national, un régional et un à 2 hôpitaux de districts)	ND	0%	0%	10%	100%	L'approche prévue pour l'informatisation n'est pas une approche par unité. Elle va concerner en même temps les hôpitaux élus pour la phase pilote.
La capitalisation de l'expérience pilote d'informatisation est faite	ND	0%	0%	0%	100%	
<b>État d'avancement des principales activités</b>			<b>État d'avancement :</b>		<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B		
1 Introduire un dossier informatisé du patient et sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote				x		
2 Etablir un Cahier des Charges					x	Le retard observé relève du démarrage tardif du projet
3 Suivre la mise en œuvre par une société qui a obtenu le marché					x	Idem
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>			Puisque les activités se confondent avec l'output, le lien est évident.			
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>			Aucun progrès n'est comptabilisable au stade actuel puisque l'activité n'a pas commencé.			
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>			Le retard dans le recrutement de l'ATI DELCO en charge de l'appui à ce volet a eu des répercussions défavorables sur l'avancement du volet.			
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>			Dubitatif au départ, les autorités du MSPLS sont devenues impatientes de voir l'informatisation des hôpitaux démarrer rapidement.			

### 2.19.2 Exécution budgétaire

ITEMS	Budget an 1	Dépenses 2012	% exécution
1 Introduire un dossier informatisé du patient et sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote	3000	0	0
2 Etablir un Cahier des Charges	120000	0	0
L'informatisation du secteur hospitalier est introduite et mise à échelle	123000	0	0%

### 2.19.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiencia	C
Efficacia	B
Durabilidad	C

## 3 Thèmes transversaux

### 3.1 Genre

Le programmes appuis de façon spécifique les actions ci-après dans le domaine du genre :

- Le PAISS favorise l'augmentation de l'accessibilité des mères et des enfants à des services offrant des soins obstétricaux et chirurgicaux de base à travers l'appui à la mise en place d'une stratégie et d'un plan opérationnelle de développement de la chirurgie de district.
- Le Programme appuie l'amélioration de l'accès au planning familial à travers des recherche-actions au niveau de ses zones d'interventions.
- L'introduction des indicateurs et données en tenant compte du sexe dans le système national d'Information sanitaire (SNIS). Cette action a eu cependant comme conséquence une surcharge de travail pour le personnel chargé de collecter les données.
- Les femmes enceintes jusqu'en postnatal et les enfants de moins 5 ans bénéficient de la politique de gratuité des soins du Ministère au niveau des formations sanitaires. Le PAISS soutient le financement de la gratuité des soins à travers son appui FBP.
- Au niveau des écoles paramédicales publiques les filles bénéficient d'une discrimination positive lors du recrutement avec une moyenne exigée plus faible que pour les garçons.
- Au niveau du recrutement et du redéploiement du personnel il n'a pas été noté de particularisme par rapport au genre.

### 3.2 Environnement

Le programme PAISS à travers son volet appui à la gouvernance périphérique a appuyé la poursuite de la promotion des latrines ECOSAN. Il s'agissait de promouvoir l'hygiène dans les concessions. La particularité de cet appui réside sur le caractère multisectoriel de sa réalisation tant de par son financement avec le cofinancement par les bénéficiaires, l'implication des autorités administratives, des communautés, et du MSPLS par la conception de l'ouvrage. L'autre particularité est la possibilité d'utilisation des matières fécales et des urines récoltées pour servir comme engrais dans les champs des bénéficiaires sous l'encadrement d'un ingénieur agronome. Un guide d'utilisation et de sensibilisation sur l'hygiène a été élaboré. Les résultats sont très positifs et la demande ne fait qu'accroître.

Toujours dans la recherche d'assainissement de l'environnement des actions en faveur de l'évacuation des eaux usées dans les écoles paramédicales ont été menées. Aussi le programme participe à une autre initiative de collecte des déchets avec la récupération des bouteilles plastiques, du papier usagé et des batteries. Des appuis pour l'entretien de la salubrité ont été apportés grâce aux financements de divers tels que l'achat des poubelles pour les hôpitaux et les écoles paramédicales.

Pour atténuer le manque d'eau dans les formations sanitaires le programme renforce la disponibilité avec la mise en place du système de collecte et d'utilisation de l'eau de pluie pour le ménage et salubrité.

### 3.3 Autre

#### VIH/SIDA

Le PNDS II qui est en cours, se focalise 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.

Dans ce cadre le PAISS a désigné au sein de son équipe, un point focal. En plus, le volet SNIS appuie l'intégration des indicateurs VIH/SIDA dans le SNIS, ce qui permet de fournir des informations sur la pandémie du VIH/SIDA en temps réel.

### **Economie sociale**

Le programme, à travers l'appui à l'initiative CAM et l'appui aux mutuelles communautaires, espère contribuer à une économie plus sociale pour les plus vulnérables dans la société.

En plus, le programme visera améliorer le système de maintenance des structures sanitaires et des équipements. Dans des domaines certes telles que la maintenance du parc automobile ou la maintenance des bâtiments, il existe une opportunité de collaboration avec des ONG locales qui instruisent les enfants de la rue pour certains métiers utiles pour la maintenance (mécaniciens, plombiers).

### **Droits des enfants**

A proprement parlé, le programme PAISS n'a pas de focus spécifique sur les droits des enfants. Indirectement cependant, en ayant repris de façon préférentielle dans les indicateurs balises de suivi de cohérence des données (cohérence entre couvertures aux différents antigènes vaccinaux administrés le même jour, cohérence entre couverture vaccinale anti rougeole et moustiquaires distribués, cohérence entre enfants complètement vaccinés et complétude des autres vaccins précédents...) le programme montre un intérêt particulier dans le suivi de l'état de santé de la population des enfants de moins de 5 ans.

## 4 Pilotage et apprentissage

### 4.1 Plan d'action

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
Mener le plaidoyer auprès de la CTB pour obtenir l'avis de non objection du siège pour cofinancer le FBP Central	R01A05	Coord.	Q1 2013
Discuter le FBP Central au niveau de la SMCL	R01A05	Coord.	Q1 2013
Participer à l'élaboration de la stratégie de financement du secteur en intégrant l'initiative CAM	R01A05	Coord.	Q4 2013
Discuter la problématique des frais de mission des partenaires dans la SMCL	Outcome (2.2)	Coord.	Q1 2013
Mener un plaidoyer auprès du CPSD pour l'harmonisation des frais de mission dans le secteur santé	Outcome (2.2)	DI	Q1 2013
Renforcer l'Unité de Gestion pour le suivi des marchés publics	Outcome (2.2)	RAFi	Q1 2013
Renforcer l'Unité de Gestion pour l'élaboration et le suivi des Accords d'Exécution	Outcome (2.2)	RAFi	Q1 2013
Amener la CTB et AmbaBel à entreprendre un plaidoyer auprès des autorités burundaises sur l'application des normes dans les EPM privées	R13	ATI	Q2 2013
Amener la CTB et AmbaBel à entreprendre un plaidoyer auprès des autorités burundaises et PTF sur le recrutement du personnel de santé	Outcome (2.2)	ATI	Q2 2013
Appuyer la coordination des interventions des PTF au niveau de la DSNIS pour financer les outils et supports de l'information	Volet 4 R01	ATI	Q1 2013

### 4.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
1. La combinaison des procédures belges et burundaise des marchés publics alourdit le processus de passation.	CTB siège / MSPLS
2. La mise en place de l'Unité de Gestion a permis de décharger les ATI des tâches administratives et de gestion pour se consacrer plus à l'appui technique des structures du Ministère.	RR / CTB siège
3. La mise en place de l'Unité de Gestion n'a pas permis d'accélérer la passation des marchés publics, ni d'autres procédures administratives.	RR / CTB siège
4. L'alignement non-critique au niveau des frais de mission est une entrave à l'exécution des activités d'un programme.	CTB siège
5. La CAM se révèle être une bonne initiative vers la couverture universelle.	MSPLS / CTB EST
6. Les Accords d'Exécution ont permis de renforcer les capacités de gestion et comptabilité des EPM	MSPLS / CTB EST



7. Le FBP a des effets positifs (comme l'amélioration de la gestion administrative et financière, l'utilisation des services de santé) tant que des effets pervers (comme l'inexactitude des données SNIS)	MSPLS / CTB EST
--	-----------------

## 5 Annexes

## 5.1 Cadre logique d'origine

Objectif général			
La performance du système de santé au Burundi est améliorée			
Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Hypothèses
<p><b>Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, 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></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le processus de planification ascendante et participative et ses outils de mise en œuvre et son suivi sont renforcés et permettent une atteinte significativement améliorée des objectifs des plans</li> <li>-Taux d'utilisation et de fréquentation des services de santé dans les zones cibles</li> <li>-La couverture nationale en DS opérationnels conformément aux normes et standards en gestion et en fourniture de service est significativement augmentée</li> <li>-Le Système de Santé est éligible à une approche d'aide budgétaire sectorielle</li> <li>-L'accessibilité financière aux soins est significativement améliorée</li> <li>-La politique en RH du MSP est appliquée sur l'ensemble du territoire et la production en paramédicaux est adéquate aux besoins des services publics et privés de santé</li> <li>-La performance institutionnelle et pédagogique des 4 EPM et de l'ETAL est améliorée sur le plan qualitatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revue annuelle conjointes</li> <li>-Comptes rendus du CPSD</li> <li>-Rapports annuels de l'ensemble du programme (chacune des 3 volets)</li> <li>-Rapports SNIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les nouvelles structures et modes d'organisation du MSP sont adoptées et mises en place</li> <li>-Un dialogue sectoriel continu et pro-actif aboutissant à une approche budgétaire sectorielle est mené</li> <li>-La direction du CPSD et ses Groupes Thématiques par le MSP est affirmée</li> <li>-Un alignement partiel pour les appuis au PBF tant que certaines conditions ne sont pas remplies comme l'effectivité de la contre-vérification.</li> </ul>
VOLET 1 : Appui à la gouvernance au niveau Central			
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèse
<p><b>Résultat 1. Les réformes institutionnelles sont appuyées (1 890 000 EUR)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le CPSD et les GT fonctionnent à 75% selon leur mode de fonctionnement</li> <li>-Les aspects logistiques et infrastructures du MSP au</li> </ul>		

	niveau central sont renforcés conformément aux cahiers des charges -La bibliothèque du MSP, son processus de documentation (au minimum «2 meilleures pratiques» par an) et de diffusion permettant une capitalisation et durabilité optimale		
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R1/A1</b> : Appuyer la mise en œuvre des recommandations adoptées de l'audit sur la restructuration du niveau central (NC) du MSP	-Appuyer la fonctionnalité des nouvelles unités du NC du MSP	<b>155.000</b>	
<b>R1/A2</b> : Appuyer la coordination des départements et des partenaires du MSP et le renforcement des compétences des cadres du niveau central.	-Appuyer financièrement le secrétariat permanent du CPSD -Etablir un plan de formation des cadres du MSP et financer une partie des formations sélectionnées (bourses projets) -Appuyer les réunions de coordination en interne entre les directions générales et leurs départements	<b>45.000</b>	
<b>R1/A3</b> : Améliorer les infrastructures et les équipements du niveau central et des 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie	-Effectuer les réhabilitations et installer les équipements -Expertise internationale en infrastructure et en ICT à mi-temps (en régie)	<b>1.510.000</b>	
<b>R1/A4</b> : Développer au sein du MSP une mémoire institutionnelle	-Définir une stratégie et un système de maintenance des informations et d'échanges de bonnes pratiques -Soutenir la bibliothèque du MSP, créer un réseau Internet et éditer un bulletin semestriel sur les meilleures pratiques	<b>180 000</b>	
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 2.</b> Le processus de planification est renforcé et soutenu (195 000 EUR)	-Les PAP (PNDS2) établis d'une façon participative avec tous les secteurs de la société et ascendante sont disponibles avant la fin du premier trimestre de chaque année et suivis -Les deux documents (SRSS et guide national d'opérationnalisation des DS) sont disponibles et constituent le référentiel national et pour toutes les interventions		Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèses

<b>R2/A1</b> Définir et contribuer à la mise en place d' un processus de planification ascendante et participative	Contribuer à l'appui technique et financier du processus de planification ascendante et participative (Initiation/ Formation)	<b>100 000</b>	
<b>R2/A2</b> Soutenir la finalisation du PNDS2 et sa mise en œuvre	-Contribuer financièrement et techniquement à la finalisation du PNDS2 (expertises internationales périodiques) -Appuyer l'établissement des Plan Action Triennal (PAT) glissant des différents niveaux du MSP comme institution propre pour la mise en œuvre du PNDS2	<b>45.000</b>	
<b>R2/A3</b> Elaborer un document de stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) et un guide national d'opérationnalisation du DS (GNODS) et son application dans les 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie	-Elaboration d'un document de stratégie de renforcement du système de santé (expertise mobilisée dans le cadre d' un échange régional) et d' un guide national d'opérationnalisation du district sanitaire (expertise internationale) et les valider -Appuyer les BPS et les BDS de Muramvya et de 3 BDS urbains de Bujumbura pour réaliser leur plan de couverture sanitaire en infrastructures et en ressources humaines. -Organiser une visite documentaire et d' échanges au Rwanda	<b>50.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 3.</b> Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu' une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère (672 000 EUR)	-Un SNIS performant qui contribue effectivement à suivre et à évaluer tous les objectifs du PNDS et aider dans un processus participatif à la prise de décisions aux niveaux décentralisés (CSD et BDS) -Les outils de collecte de données fiables utilisés augmentent de 25% chaque année et la complétude et le respect des délais s'améliorent de 25% par an (dans un premier temps au niveau CSD, des HD et DS et dans un second temps au niveau des provinces et Hôpitaux de deuxième référence		-Voir Hypothèses générales de l' objectif spécifique de l' intervention -L' ancrage institutionnel du SNIS doit lui permettre de coordonner toutes ses actions à tous les niveau et pour tous les PV
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R3/A1</b> Etablir un plan stratégique de continuation de la transformation de l'EPISTAT en SNIS	-Mener un audit institutionnel d'EPISTAT et du CTSIS (expertise internationale et nationale) -Etablir ce plan en concertation avec les PTF concernés et disponibles pour appuyer le SNIS	<b>25.000</b>	
<b>R3/A2+A3</b> Soutenir la fonctionnalité du SNIS	-Poursuivre le renforcement de la CTSIS du SNIS (recours à 1 expert régional et 1 ATN +	<b>622.000</b>	

	<p>expertises internationales perlées)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcer le SNIS en ce qui concerne les recommandations issues de l'audit institutionnel commandité</li> <li>-Poursuivre la re-programmation (outil de collecte de données, dans un premier temps au niveau CSD, des HD et DS et dans un second temps au niveau des provinces et Hôpitaux de 2ème référence</li> <li>-Poursuivre l'équipement des CDS, des HD, des H de 2<sup>ème</sup> référence, des DS et des BPS en outil automatisé de gestion des données (GESIS)</li> <li>-Renforcer les compétences des acteurs du SNIS (y inclus ceux des BDS de Muramvya et des 3 DS de Bujumbura Mairie)</li> <li>-Superviser à tous les niveaux par les responsables nationaux du SNIS</li> </ul>		
<b>R3/A4</b> Co-organiser la revue annuelle du système de santé	-Evaluer les performances du système de santé (PAA, Tableaux de bord, ..) dans le cadre de la revue annuelle	<b>25.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 4. La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée</b> (1,325.000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation conformément à ce qui a été planifié</li> <li>-Tous les HD des zones cible bénéficie d'un PCA complet et suivi</li> <li>-Les soins mentaux sont introduits et suivi dans 100% des FOSA dans la zone cible</li> </ul>		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R4/A1</b> Appuyer la formation des BDS et BPS en matière de gestion des services (RH, matériel et maintenance, médicaments, organisation des services)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Appuyer et dynamiser le Groupe Thématique «District Sanitaire» (GTD)</li> <li>-Elaborer des modules nationaux de formation validés sur la base de GNODS (voir R2A3)</li> <li>-Planifier et exécuter les supervisions formatives de suivi post-formation par les niveaux centraux et provinciaux</li> <li>-Appuyer techniquement et financièrement les forums des districts sanitaires encadrés par le programme</li> <li>-Formation des équipes cadres de districts en gestion et planification et accompagnement de la</li> </ul>	<b>375.000</b>	

	mise en place des districts sanitaires		
<b>R4/A2</b> Contribuer à la réalisation d' un plan de renforcement du PCA des DS en chirurgie de base et obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborer une stratégie et un plan d' introduction dans le PCA de la chirurgie de DS dans les zones d' intervention des projets CTB (recours à une expertise internationale)</li> <li>-Contribuer au développement de compétences de chirurgie de DS et d' aide anesthésistes et d' aide chirurgiens</li> <li>-Organisation de formation des médecins des hôpitaux de districts en urgences chirurgicales et obstétricales.</li> <li>-Faire l' inventaire des besoins en matière d' amélioration de l' environnement logistique et matériel des médecins formés (stérilisation, kits chirurgicaux, ...)</li> <li>-Réaliser le monitoring de la qualité du travail des médecins formés</li> </ul>	<b>590.000</b>	
<b>R4/A3</b> Contribuer à une amélioration de qualité de la prise en charge des malades à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Appuyer techniquement et financièrement la finalisation de l' élaboration des protocoles de prise en charge clinique (DS et CDS), en concertation avec les autres partenaires</li> <li>-Formations des professionnels de la Santé dans l'utilisation des SPT dans la prise en charge des patients</li> <li>-Appuyer techniquement et financièrement le monitoring de l' introduction de ces modules dans les provinces d' intervention des projets CTB</li> <li>-Contribuer au développement d' une politique et stratégie nationale d' introduction des soins mentaux dans les DS</li> </ul>	<b>360.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 5.</b> Le système de santé est financé sur base d' un système de financement unique, maximisant l' équité, la solidarité et l' accessibilité des soins  (1.070 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un cadre opérationnel de mise en place et de suivi de mutuelles pour le secteur informel est disponible et dans la perspective d' une couverture universelle</li> <li>-Le système de financement basé sur la performance est introduit et appliqué au niveau central conformément à la charte</li> <li>-Le personnel du niveau central en retire une</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voir Hypothèses générales de l' objectif spécifique de l' intervention</li> <li>-Un mécanisme de concertation avec la direction de la Promotion Sociale du MFPPS sur le développement d' une couverture universelle en assurance santé</li> </ul>

	amélioration observable de leur performance		
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R5/A1</b> Appuyer le démarrage du FBP au niveau central sous l'encadrement de l'Expert International recruté sur fond de l'expertise belge	-Identification avec le MSP les services ou unités à financer au niveau central -Faire valider l'outil de l'évaluation de la performance des services sélectionnés et financer les services sélectionnés	<b>900.000</b>	
<b>R5/A2</b> : Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé pour le secteur informel.	-Développer avec le STEP/BIT une proposition de création et d'opérationnalisation de mutuelle nationale intégrant les autres systèmes de financement de soins (expertise internationale)	<b>170.000</b>	
Volet 2 : Appui à la gouvernance sanitaire périphérique (province de Kirundo)			
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 6</b> : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes (490 000 EUR)	-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation sur celles qui ont été planifiées -Une amélioration observable des performances en gestion et encadrement est observable pour les BPS de Kirundo et Muramvya		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R6/A1</b> Renforcer le BPS de Kirundo, Muramvya, et Bujumbura urbain en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS provincial	-Organiser des formations continues de tous les membres qualifiés des BPS sur les procédures de contrôle et d'audit de FOSA et soutenir ces missions -Formations pratiques régulières financées et exécutées dans le cadre du SNIS par des formateurs du niveau central -Soutenir les supervisions formatives des BPS -Renforcer les capacités SNIS des acteurs à tous les niveaux des provinces et DS cible -Organiser les visites de supervision à travers le système de FBP provincial (voir R6/A1)	<b>240.000</b>	
<b>R6/A2</b> Maintenir un système de FBP pour le BPS de Kirundo et l'exécuter	-Financer le FBP au niveau du BPS de Kirundo	<b>250.000</b>	



Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 7. Les BDS sont opérationnels (820 000 EUR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation sur celles qui ont été planifiées</li> <li>-Une amélioration observable des performances en gestion et encadrement est observable pour les 4 BPS de Kirundo et celui de Muramvya et les DS de Bujumbura</li> <li>-Le carnet de santé individuel est utilisé pour 100% des patients dans les zones cibles</li> <li>-Des plans de formation continue et de supervisions sont établis et appliqués pour les DS cibles</li> </ul>		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R7/A1</b> Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du district.	-Former conformément à la stratégie nationale (et module) les BDS/Cadres de l'HD, y inclus la supervision et la formation continue	<b>160.000</b>	
<b>R7/A2</b> Introduire un système de FBP pour les BDS supervisées et l'exécuter	-Financer le FBP au niveau des BDS et superviser	<b>390.000</b>	
<b>R7/A3</b> Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et des soins et soutenir l'application SNIS dans les HD de Kirundo, Muramvya et Bujumbura urbain.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services</li> <li>-Développer l'utilisation d'un carnet de santé individuel</li> <li>-Appuyer les supervisions mensuelles des 41 CSD</li> <li>-Soutenir les BDS pour l'organisation de formation continue trimestrielles de leur personnel (CDS/HD)</li> <li>-Renforcer les capacités en analyse des indicateurs de performance du SNIS</li> </ul>	<b>270.000</b>	
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 8. Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini (1 630 000 EUR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les plateaux techniques des 2 HD sont réhabilités conformément aux PCA</li> <li>-Des stages peuvent être effectués et leurs suivis dans les deux DS avec HD</li> <li>-Les STP sont introduits et évalués sur la base d'un PCA renforcé (maladies chroniques, mentales, ..)</li> </ul>	Supervision	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention</li> <li>-Accepter le principe de flexibilité dans l'organisation de la première référence en cas d'une proximité gérable pour les patients à référer à l'HD de Kirundo (cas des DS de Vumbi et Busoni)</li> </ul>
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution	Hypothèse

		<b>belge</b>	
<b>R8/A1/A2</b> Introduire, exécuter le FBP et appuyer l'application SNIS dans les 2 HD de Kirundo	-Organiser une session d'information sur le système de BPF à l'HD, définir les indicateurs de performance des unités de soins et financer le FBP au niveau des 2 HD -Appuyer l'application SNIS dans les 2 HD	<b>400.000</b>	
<b>R8/A3</b> Appuyer l'introduction de protocoles cliniques	-Etablir un plan de formation sur les protocoles nationaux et les tester in loco et organiser les formations in situ -Organiser des supervisions de suivi post formation -Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge des maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie, la schizophrénie ans les HD	<b>140.000</b>	
<b>R8/A4</b> Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base	-Adapter le plateau technique -Mener des activités régulières de suivi	<b>210.000</b>	
<b>R8/A5</b> Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	-Etablir une convention avec les Ecoles de Formation sur l'encadrement des stages et former les personnels cadre en andragogie -Fournir du matériel de stage -Construire une résidence de stagiaires (une dizaine de stagiaires) par HD	<b>400.000</b>	
<b>R8/A6</b> Réhabilitation des 2 HD	-Identifier les besoins en réhabilitation, effectuer les travaux et résoudre le problème de l'alimentation en eau et électricité de l'HD de Mukenke -Identifier les besoins et réhabiliter l'HD de Kirundo	<b>480.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 9</b> Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité (975.000 EUR)	-Les plateaux techniques des CDS sont réhabilités conformément au PMA -Des stages peuvent être effectués et suivis dans les 5 CDS sélectionnées -Les STP sont introduits et évalués sur la base d'un PMA renforcé (maladies chroniques, mentales, PF.)	Supervision	-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R9/A1/A2</b> Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l'application du	-Financer le FBP au niveau des CDS -Appuyer l'application du SNIS	<b>800.000</b>	

SNIS dans les CDS supervisés	-Appuyer l'introduction des indicateurs de suivi du système		
<b>R9/A3</b> Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et la schizophrénie, l'introduction des stratégies plainte-traitement et l'organisation d'une session annuelle de formation de recyclage en PF	-Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et la schizophrénie -Sessions de formation sur les SPT validées et les intégrer dans les grilles de supervision -Organiser annuellement une session de feedback sur leur utilisation - Appuyer l'organisation d'une session annuelle de formation de recyclage en PF	<b>85.000</b>	
<b>R9/A4</b> Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	-Etablir une convention avec les Ecoles de formation sur l'encadrement et guides de stage et former les personnels- cadre en andragogie -Construire une résidence pour 2 ou 3 stagiaires pour 5 CSD	<b>90.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 10</b> Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant (390 000 EUR)	-Les taux de références et de contre-références dans les 4 DS son significativement amélioré (voir baseline) et suivi (monitorage) -Le taux de mortalité maternelle dans la Province Sanitaire de Kirundo est significativement réduit (voir base de données établies en 2009)		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention  -Accepter le principe une flexibilité dans l'organisation de la première référence en cas d'une proximité gérable pour les patients à référer à l'HD de Kirundo (cas des DS de Vumbi et Busoni)
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R10/A1</b> Assurer des moyens de communication entre les CDS et l' HD pour organiser les évacuations en priorité en matière de SMI	-Identifier les besoins de communication pour les 4 DS, les fournir et les installer (radios à énergie solaire) -Fournir de véhicules en fonction des besoins pour les 4 BDS ainsi qu'un budget de maintenance	<b>360.000</b>	
<b>R10/A2</b> Instaurer un système de financement, organiser le monitoring du système de référence/contre-référence dans la province de Kirundo et appuyer l'introduction des	-Soutenir le processus de création des fonds de solidarité de DS pour la référence/contre-référence -Organiser le monitoring d'un système de référence/contre-référence	<b>30.000</b>	

indicateurs sur ce thème dans le SNIS et le FBP			
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 11</b> L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé (251 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les COSA de tous les DS sont impliqués dans la gestion de l'Aire de santé et constituent effectivement un moteur de dialogue continu entre l'offre et la demande</li> <li>-Un réseau de mutuelles communautaires existantes et des nouvelles est en place et ses impacts sur l'accessibilité aux services de santé sont observables</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention</li> <li>-Volonté politique de développer un système de financement de la santé qui intègre tous les mécanismes de financement actuels</li> </ul>
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R11/A1</b> Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire et dans toute autre activité de sensibilisation des populations	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire</li> <li>-Renforcer les COSA des CDS dans le domaine de la gestion</li> <li>-Appuyer les CDS pour toute activité de sensibilisation des populations y compris celui sur le thème de la mutualisation</li> </ul>	<b>51.000</b>	
<b>R11/A2</b> Appuyer les mécanismes de financement alternatifs pour une demande solvable	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capitaliser les expériences de mutuelles communautaires</li> <li>-Susciter la création de réseau de ces mutuelles existantes et contribuer au lancement de quelques mutuelles communautaires</li> <li>-Evaluer ces mécanismes en concertation avec le volet 'gouvernance au niveau central' (R5A2)</li> <li>-Financement de la prise en charge gratuite des indigents</li> </ul>	<b>200.000</b>	
<b>Volet 3 : Appui au développement des Ressources Humaines/Santé</b>			
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 12</b> : Une politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre (891 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La politique des RH du MSP est appliquée sur l'ensemble du territoire et les normes sont respectées</li> <li>-La base de données est disponible et actualisée annuellement</li> <li>-Toutes les formations complémentaires et continues organisées sur l'ensemble du territoire sont</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention</li> <li>principe d'une déconcentration à terme de la gestion des RH est adopté et mis en place</li> </ul>

Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R12/A1</b> Appuyer la DRH pour le développement de base de données dynamique sur le personnel de santé existant en articulation avec le PNDS2	-Etablir la base de données et définir un processus de mise à jour annuelle -Etablir les normes et un plan prévisionnel en personnel en tenant compte du PNDS2 (recours à une expertise nationale) -Etablir une plate-forme de concertation avec toutes les institutions publiques et privées pour la mise en œuvre du PNDS2	<b>100.000</b>	
<b>R12/A2</b> Appuyer la DRH pour définir et mettre en œuvre une stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel de santé	-Etablir une plate-forme de concertation avec le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère des Finances -Formuler la stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel -Elaboration d'un manuel de procédure de gestion décentralisée des RH (recours à une expertise nationale) -Contribuer à l'équipement et à la logistique de la DRH sur la base d'une identification des besoins -Faire la formation du personnel sur la gestion des ressources humaines au niveau de la DRH, BPS, BDS, HD et CDS. -Faire le suivi d'un plan de formation initiale et continue (spécialisée) de personnel sur la base de normes révisées. -Superviser les structures décentralisées dans la gestion des RH. -Recours à une expertise nationale continue à mi-temps en ICT	<b>591.000</b>	
<b>R12/A3</b> Appuyer le MSP dans l'élaboration et la mise en œuvre une politique de formation continue du personnel opérationnel	-Mettre en œuvre une stratégie nationale d'identification des besoins par échelon -Etablir une plate-forme de concertation, élaborer des plans de formation annuelle avec tous les partenaires intéressés et mobilisés par le MSP -Mettre en place un système de monitoring et de suivi de ces formations.	<b>200.000</b>	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 13</b> Les Ecoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livre une formation de qualité aux futurs professionnels de santé (3 190 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-L' application des nouveaux modules est effective dans les 4 EPM soutenues par l'intervention</li> <li>-Tous les enseignants (statutaires, vacataires et encadreurs) sont évalués sur la base de leur performance attendue</li> <li>-L' ETAL est renforcée sur le plan de des équipements et en infrastructures, ses enseignants sont formés et les modules révisés</li> <li>-La Cellule pédagogique contribue effectivement à la formation continue des tous les enseignants dans les établissements publics et privés sur l'ensemble du pays</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention</li> <li>-En terme de la durabilité, les aspects de restauration des élèves doivent être repris pleinement par le MSP avant la fin de l'intervention</li> <li>-Le respect par les autorités du quota plafonné en nombre d'élèves par classe est effectif</li> </ul>
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R13/A1/A2</b> Appuyer le MSP à rendre fonctionnelles les écoles de formation paramédicale publiques (5 EPM : Ngozi, Gitega, Bururi, Cankuzo et l'ETAL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcer en équipements pédagogiques et de gestion, en réhabilitations</li> <li>-Mettre en œuvre graduellement les référentiels de compétences et les curriculums A2</li> <li>-Introduire et financer la contractualisation pour le personnel des écoles paramédicales</li> <li>-Restauration alimentaire des 1200 élèves</li> </ul>	<b>2.810.000</b>	
<b>R13/A3</b> Renforcer les capacités des enseignants (permanents, vacataires, encadreurs de stage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organiser des sessions de formations pédagogiques pour tous les enseignants</li> <li>-Etablir un plan de formation continue de ces enseignants</li> </ul>	<b>130.000</b>	
<b>R13/A4</b> Mettre à disposition des curriculums et des modules de formation sur la base de référentiels élaborés pour l'ETAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recourir à des expertises internationales perlées sur l'élaboration des référentiels de formation de l'ETAL et les éditer</li> <li>-Etablir un plan de formation des enseignants de l'ETAL et le suivre</li> </ul>	<b>120.000</b>	
<b>R13/A5</b> Créer une interface avec l'INSP pour créer une Cellule Nationale Pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Créer une Cellule Nationale Pédagogique (5 à 6 personnes) mobilisables par la DRH pour la formation continue des enseignants</li> <li>-Identifier les besoins en formation de paramédicaux en matière de spécialisation en post-formation de base</li> </ul>	<b>130.000</b>	

## 5.2 Cadre logique mis à jour

Objectif général			
<b>La performance du système de santé au Burundi est améliorée</b>			
Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux d'utilisation des consultations curatives (nombre de nouveau cas/an/habitant)</li> <li>-Proportion de DS ayant les médecins selon les normes (n=5)</li> <li>-Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année</li> <li>-Nombre de DS qui réalisent 80% des supervisions des CDS</li> <li>-Proportion du budget national au MSPLS (22) alloué aux DS à travers la CAM, le PBF et les subventions (DS et Hôpital de district)</li> <li>-La contribution directe du patient au niveau de l'hôpital de district (Kirundo et Muramvya)</li> <li>-Proportion des CDS ayant les infirmiers A2 selon les normes</li> <li>-Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié</li> <li>-Taux d'utilisation de la PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapport SNIS</li> <li>-Base de données RH</li> <li>-Rapport de l'atelier de validation</li> <li>-Rapports de supervision</li> <li>-Loi de Finances</li> <li>-Rapport SNIS et rapport financier</li> <li>-Base de données RH</li> <li>-Rapport SNIS</li> <li>-Rapport SNIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les nouvelles structures et modes d'organisation du MSP sont adoptées et mises en place</li> <li>-Un dialogue sectoriel continu et proactif aboutissant à une approche budgétaire sectorielle est mené</li> <li>-La direction du CPSD et ses Groupes Thématiques par le MSPLS est affirmée</li> <li>-Un alignement partiel pour les appuis au FBP tant que certaines conditions ne sont pas remplies comme l'effectivité de la contre-vérification.</li> </ul>
<b>VOLET 1 : Appui à la gouvernance au niveau Central</b>			
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèse
<b>Résultat 1. Les réformes institutionnelles sont appuyées (1 890 000 EUR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de réalisation des réunions du CPSD</li> <li>-Taux de réalisation des réunions des Groupes Thématiques</li> <li>-Les travaux de construction au niveau central sont</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-PV de réunions</li> <li>-PV de réunions</li> <li>-Document de Plan directeur</li> </ul>	

	réalisés selon un plan directeur établi et approuvé		
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R1/A1</b> : Appuyer la mise en œuvre des recommandations adoptées de l'audit sur la restructuration du niveau central (NC) du MSP	-Appuyer la fonctionnalité des nouvelles unités du NC du MSP	<b>155.000</b>	
<b>R1/A2</b> : Appuyer la coordination des départements et des partenaires du MSP et le renforcement des compétences des cadres du niveau central.	-Appuyer financièrement le secrétariat permanent du CPSD -Etablir un plan de formation des cadres du MSP et financer une partie des formations sélectionnées (bourses projets) -Appuyer les réunions de coordination en interne entre les directions générales et leurs départements	<b>45.000</b>	
<b>R1/A3</b> : Améliorer les infrastructures et les équipements du niveau central et des 5 DS de Muramvya	-Effectuer les réhabilitations et installer les équipements -Expertise internationale en infrastructure et en ICT à mi-temps (en régie)	<b>1.510.000</b>	
<b>R1/A4</b> : Développer au sein du MSP une mémoire institutionnelle	-Définir une stratégie et un système de maintenance des informations et d'échanges de bonnes pratiques -Soutenir la bibliothèque du MSP, créer un réseau Internet et éditer un bulletin semestriel sur les meilleures pratiques	<b>180 000</b>	
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 2.</b> Le processus de planification est renforcé et soutenu (195 000 EUR)	-Proportion de DS qui disposent d'un plan de développement sanitaire validé	-Document de guide Ops DS -Rapport de l'atelier de validation	voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèses
<b>R2/A1</b> Définir et contribuer à la mise en place d'un processus de planification ascendante et participative	Contribuer à l'appui technique et financier du processus de planification ascendante et participative (Initiation/ Formation)	<b>100 000</b>	
<b>R2/A2</b> Soutenir la finalisation du PNDS2 et sa mise en œuvre	-Contribuer financièrement et techniquement à la finalisation du PNDS2 (expertises internationales	<b>45.000</b>	



	périodiques) -Appuyer l'établissement des Plan Action Triennal (PAT) glissant des différents niveaux du MSP comme institution propre pour la mise en œuvre du PNDS2		
<b>R2/A3</b> Elaborer un document de stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) et un guide national d'opérationnalisation du DS (GNODS) et son application dans les 5 DS de Muramvya	-Elaboration d'un document de stratégie de renforcement du système de santé (expertise mobilisée dans le cadre d'un échange régional) et d'un guide national d'opérationnalisation du district sanitaire (expertise internationale) et les valider -Appuyer les BPS et les BDS de Muramvya et de 3 BDS urbains de Bujumbura pour réaliser leur plan de couverture sanitaire en infrastructures et en ressources humaines. -Organiser une visite documentaire et d'échanges au Rwanda	<b>50.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 3.</b> Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère (672 000 EUR)	Voir volet 4 : Appui au SNIS		-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -L'ancrage institutionnel du SNIS doit lui permettre de coordonner toutes ses actions à tous les niveaux et pour tous les PV
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R3/A1</b> Etablir un plan stratégique de continuation de la transformation de l'EPISTAT en SNIS	-Mener un audit institutionnel d'EPISTAT et du CTSIS (expertise internationale et nationale) -Etablir ce plan en concertation avec les PTF concernés et disponibles pour appuyer le SNIS	<b>25.000</b>	
<b>R3/A2+A3</b> Soutenir la fonctionnalité du SNIS	-Poursuivre le renforcement de la CTSIS du SNIS (recours à 1 expert régional et 1 ATN + expertises internationales perlées) -Renforcer le SNIS en ce qui concerne les recommandations issues de l'audit institutionnel commandité -Poursuivre la re-programmation (outil de collecte de données, dans un premier temps au niveau CSD, des HD et DS et dans un second temps au niveau des provinces et Hôpitaux de 2ème référence -Poursuivre l'équipement des CDS, des HD, des H	<b>622.000</b>	

	de 2 <sup>ème</sup> référence, des DS et des BPS en outil automatisé de gestion des données (GESIS) -Renforcer les compétences des acteurs du SNIS (y inclus ceux des BDS de Muramvya et des 3 DS de Bujumbura Mairie) -Superviser à tous les niveaux par les responsables nationaux du SNIS		
<b>R3/A4</b> Co-organiser la revue annuelle du système de santé	-Evaluer les performances du système de santé (PAA, Tableaux de bord, ..) dans le cadre de la revue annuelle	<b>25.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 4.</b> La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée (1,325.000 EUR)	-Proportion des ECD formées en APP -Proportion des DS qui pratiquent la chirurgie de district selon la stratégie nationale -Proportion des CDS qui utilisent les SPT	-Rapport de formation -Rapport de supervision -Rapport de supervision	-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R4/A1</b> Appuyer la formation des BDS et BPS en matière de gestion des services (RH, matériel et maintenance, médicaments, organisation des services)	-Appuyer et dynamiser le Groupe Thématique «District Sanitaire» (GTD) -Elaborer des modules nationaux de formation validés sur la base de GNODS (voir R2A3) -Planifier et exécuter les supervisions formatives de suivi post-formation par les niveaux centraux et provinciaux -Appuyer techniquement et financièrement les forums des districts sanitaires encadrés par le programme -Formation des équipes cadres de districts en gestion et planification et accompagnement de la mise en place des districts sanitaires	<b>375.000</b>	
<b>R4/A2</b> Contribuer à la réalisation d'un plan de renforcement du PCA des DS en chirurgie de base et obstétricale	-Elaborer une stratégie et un plan d'introduction dans le PCA de la chirurgie de DS dans les zones d'intervention des projets CTB (recours à une expertise internationale) -Contribuer au développement de compétences de chirurgie de DS et d'aide anesthésistes et d'aide chirurgiens -Organisation de formation des médecins des	<b>590.000</b>	

	<p>hôpitaux de districts en urgences chirurgicales et obstétricales.</p> <p>-Faire l'inventaire des besoins en matière d'amélioration de l'environnement logistique et matériel des médecins formés (stérilisation, kits chirurgicaux, ...)</p> <p>-Réaliser le monitoring de la qualité du travail des médecins formés</p>		
<b>R4/A3</b> Contribuer à une amélioration de qualité de la prise en charge des malades à tous les niveaux	<p>-Appuyer techniquement et financièrement la finalisation de l'élaboration des protocoles de prise en charge clinique (DS et CDS), en concertation avec les autres partenaires</p> <p>-Formations des professionnels de la Santé dans l'utilisation des SPT dans la prise en charge des patients</p> <p>-Appuyer techniquement et financièrement le monitoring de l'introduction de ces modules dans les provinces d'intervention des projets CTB</p> <p>-Contribuer au développement d'une politique et stratégie nationale d'introduction des soins mentaux dans les DS</p>	<b>360.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 5.</b> Le système de santé est financé sur base d'un système de financement unique, maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins (1.070 000 EUR)	<p>-La moyenne de la performance FBP des Unités de Prestation du MSPLS</p> <p>-Proportion de la population couverte par une assurance maladie (CAM, mutuelles) ou la gratuité</p>	<p>-Rapport d'évaluation PBF</p> <p>-Rapport annuel de l'assurance</p>	<p>-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention</p> <p>-Un mécanisme de concertation avec la direction de la Promotion Sociale du MFPPS sur le développement d'une couverture universelle en assurance santé</p>
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R5/A1</b> Appuyer le démarrage du FBP au niveau central sous l'encadrement de l'Expert International recruté sur fond de l'expertise belge	<p>-Identification avec le MSP les services ou unités à financer au niveau central</p> <p>-Faire valider l'outil de l'évaluation de la performance des services sélectionnés et financer les services sélectionnés</p>	<b>900.000</b>	
<b>R5/A2</b> : Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles	-Développer avec le STEP/BIT une proposition de création et d'opérationnalisation de mutuelle	<b>170.000</b>	

de santé pour le secteur informel.	nationale intégrant les autres systèmes de financement de soins (expertise internationale)		
<b>Volet 2 : Appui à la gouvernance sanitaire périphérique (province de Kirundo et Muramvya)</b>			
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 6 : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes (490 000 EUR)</b>	-Taux de réalisation des supervisions des BDS par les BPS (Kirundo et Muramvya) -Proportion de BPS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année (Kirundo et Muramvya) -Taux de réalisation des réunions CPSD provinciales	-Rapport de supervision -Rapport de l'atelier de validation -PV de réunions	-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R6/A1 Renforcer le BPS de Kirundo, et Muramvya, en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS provincial</b>	-Organiser des formations continues de tous les membres qualifiés des BPS sur les procédures de contrôle et d'audit de FOSA et soutenir ces missions -Formations pratiques régulières financées et exécutées dans le cadre du SNIS par des formateurs du niveau central -Soutenir les supervisions formatives des BPS -Renforcer les capacités SNIS des acteurs à tous les niveaux des provinces et DS cible -Organiser les visites de supervision à travers le système de FBP provincial (voir R6/A1)	<b>240.000</b>	
<b>R6/A2 Maintenir un système de FBP pour le BPS de Kirundo et l'exécuter</b>	-Financer le FBP au niveau du BPS de Kirundo	<b>250.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 7 : Les BDS sont opérationnels (820 000 EUR)</b>	-Proportion de DS qui disposent d'un plan annuel validé au 4ème trimestre de l'année (Kirundo et Muramvya) -Proportion de DS qui réalisent 80% des supervision des centres de santé (Kirundo et Muramvya) -Nombre de DS ayant 3 médecins (Kirundo et Muramvya) -Proportion de réalisation des formations continues intégrant les programmes verticaux des plans annuels des districts (Kirundo et Muramvya)	-Rapport de l'atelier de validation -Rapport de supervision -Base de données RH -Rapport de formation	-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention

Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R7/A1</b> Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du district.	-Former conformément à la stratégie nationale (et module) les BDS/Cadres de l'HD, y inclus la supervision et la formation continue	<b>160.000</b>	
<b>R7/A2</b> Introduire un système de FBP pour les BDS supervisées et l'exécuter	-Financer le FBP au niveau des BDS et superviser	<b>390.000</b>	
<b>R7/A3</b> Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et des soins et soutenir l'application SNIS dans les HD de Kirundo et Muramvya.	-Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services -Développer l'utilisation d'un carnet de santé individuel -Appuyer les supervisions mensuelles des 41 CSD -Soutenir les BDS pour l'organisation de formations continues trimestrielles de leur personnel (CDS/HD) -Renforcer les capacités en analyse des indicateurs de performance du SNIS	<b>270.000</b>	
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 8 : Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini (1 630 000 EUR)</b>	-Taux de césariennes (Kirundo et Muramvya) -Nombre d'interventions de chirurgie majeures réalisées (Kirundo et Muramvya) -Nombre de jours de ruptures stocks dans les 90 jours précédant le contrôle de 6 produits traceurs: quinine injectable, ampicilline injectable, oxytocine, soluté, poches de sang, anesthésique -Nombre de rapports comptables établis et transmis (Kirundo et Muramvya)	-Rapport SNIS -Rapport SNIS -Fiches de stocks -Document de rapport comptable	-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -Accepter le principe de flexibilité dans l'organisation de la première référence en cas d'une proximité gérable pour les patients à référer à l' HD de Kirundo (cas des DS de Vumbi et Busoni)
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R8/A1/A2</b> Introduire, exécuter le FBP et appuyer l'application SNIS dans les HD de Kirundo et Muramvya	-Organiser une session d'information sur le système de BPF à l'HD, définir les indicateurs de performance des unités de soins et financer le FBP au niveau des 2 HD -Appuyer l'application SNIS dans les 2 HD	<b>400.000</b>	
<b>R8/A3</b> Appuyer l'introduction de protocoles cliniques	-Etablir un plan de formation sur les protocoles nationaux et les tester in loco et organiser les formations in situ -Organiser des supervisions de suivi post formation	<b>140.000</b>	

	-Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge des maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie, la schizophrénie ans les HD		
<b>R8/A4</b> Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base	-Adapter le plateau technique -Mener des activités régulières de suivi	<b>210.000</b>	
<b>R8/A5</b> Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	-Etablir une convention avec les Ecoles de Formation sur l'encadrement des stages et former les personnels cadre en andragogie -Fournir du matériel de stage -Construire une résidence de stagiaires (une dizaine de stagiaires) par HD	<b>400.000</b>	
<b>R8/A6</b> Réhabilitation des 2 HD	-Identifier les besoins en réhabilitation, effectuer les travaux et résoudre le problème de l'alimentation en eau et électricité de l'HD de MUKENKE -Identifier les besoins et réhabiliter l'HD de Kirundo	<b>480.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 9 : Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité (975.000 EUR)</b>	-Proportion de CDS qui utilisent les SPT (Kirundo et Muramvya) -Taux d'utilisation de la PF (Kirundo et Muramvya)	-Rapport de supervision -Rapport SNIS	-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R9/A1/A2</b> Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l'application du SNIS dans les CDS supervisés	-Financer le FBP au niveau des CDS -Appuyer l'application du SNIS -Appuyer l'introduction des indicateurs de suivi du système	<b>800.000</b>	
<b>R9/A3</b> Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et la schizophrénie, l'introduction des stratégies plainte-traitement et l'organisation d'une session annuelle de formation de recyclage en PF	-Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et la schizophrénie -Sessions de formation sur les SPT validées et les intégrer dans les grilles de supervision -Organiser annuellement une session de feedback sur leur utilisation - Appuyer l'organisation d'une session annuelle de formation de recyclage en PF	<b>85.000</b>	

<b>R9/A4</b> Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	-Etablir une convention avec les Ecoles de formation sur l'encadrement et guides de stage et former les personnels- cadre en andragogie -Construire une résidence pour 2 ou 3 stagiaires pour 5 CSD	<b>90.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 10</b> : Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant (390 000 EUR)	-Proportion des patients référés par les CDS parmi les hospitalisés (Kirundo et Muramvya) -Nombre de patients référés en urgence par ambulance (Kirundo et Muramvya)	-Registres hospitaliers -Registres d'évacuation	-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -Accepter le principe une flexibilité dans l'organisation de la première référence en cas d'une proximité gérable pour les patients à référer à l'HD de Kirundo (cas des DS de Vumbi et Busoni)
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R10/A1</b> Assurer des moyens de communication entre les CDS et l' HD pour organiser les évacuations en priorité en matière de SMI	-Identifier les besoins de communication pour les 4 DS, les fournir et les installer (radios à énergie solaire) -Fournir de véhicules en fonction des besoins pour les 4 BDS ainsi qu'un budget de maintenance	<b>360.000</b>	
<b>R10/A2</b> 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	-Soutenir le processus de création des fonds de solidarité de DS pour la référence/contre-référence -Organiser le monitoring d'un système de référence/contre-référence	<b>30.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 11</b> L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé (251 000 EUR)	-Proportion de comité de santé qui tiennent au moins 80% des réunions avec PV -Proportion de la population couverte par une assurance maladie (CAM, mutuelles) (Kirundo et Muramvya)	-PV de réunions des comités de santé -Rapport annuel de l'assurance	-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -Volonté politique de développer un système de financement de la santé qui intègre tous les mécanismes de financement actuels
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>

<b>R11/A1</b> Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire et dans toute autre activité de sensibilisation des populations	-Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire -Renforcer les COSA des CDS dans le domaine de la gestion -Appuyer les CDS pour toute activité de sensibilisation des populations y compris celui sur le thème de la mutualisation	<b>51.000</b>	
<b>R11/A2</b> Appuyer les mécanismes de financement alternatifs pour une demande solvable	-Capitaliser les expériences de mutuelles communautaires -Susciter la création de réseau de ces mutuelles existantes et contribuer au lancement de quelques mutuelles communautaires -Evaluer ces mécanismes en concertation avec le volet 'gouvernance au niveau central' (R5A2) -Financement de la prise en charge gratuite des indigents	<b>200.000</b>	
<b>Volet 3 : Appui au développement des Ressources Humaines/Santé</b>			
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 12 : Une politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre (891 000 EUR)</b>	-Proportion de CDS qui remplissent les normes en ressources humaines (infirmiers) -Proportion d'hôpitaux de district qui remplissent les normes ressources humaines (médecins formés en chirurgie de district, infirmiers, infirmiers-anesthésistes, laborantins) -Proportion de DS qui élaborent un plan annuel de formation continue intégrant les programmes verticaux -Proportion de réalisation des formations continues intégrant les programmes verticaux des plans annuels des districts	-Base de données RH -Base de données RH -Plan de formation des DS -Rapports de formations	Les hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention principe d'une déconcentration à terme de la gestion des RH est adopté et mis en place
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R12/A1</b> Appuyer la DRH pour le développement de base de données dynamique sur le personnel de santé existant en articulation avec le PNDS2	-Etablir la base de données et définir un processus de mise à jour annuelle -Etablir les normes et un plan prévisionnel en personnel en tenant compte du PNDS2 (recours à une expertise nationale)	<b>100.000</b>	



	-Etablir une plate-forme de concertation avec toutes les institutions publiques et privées pour la mise en œuvre du PNDS2		
<b>R12/A2</b> Appuyer la DRH pour définir et mettre en œuvre une stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Etablir une plate-forme de concertation avec le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère des Finances</li> <li>-Formuler la stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel</li> <li>-Elaboration d'un manuel de procédure de gestion décentralisée des RH (recours à une expertise nationale)</li> <li>-Contribuer à l'équipement et à la logistique de la DRH sur la base d'une identification des besoins</li> <li>-Faire la formation du personnel sur la gestion des ressources humaines au niveau de la DRH, BPS, BDS, HD et CDS.</li> <li>-Faire le suivi d'un plan de formation initiale et continue (spécialisée) de personnel sur la base de normes révisées.</li> <li>-Superviser les structures décentralisées dans la gestion des RH.</li> <li>-Recours à une expertise nationale continue à mi-temps en ICT</li> </ul>	<b>591.000</b>	
<b>R12/A3</b> Appuyer le MSP dans l'élaboration et la mise en œuvre une politique de formation continue du personnel opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mettre en œuvre une stratégie nationale d'identification des besoins par échelon</li> <li>-Etablir une plate-forme de concertation, élaborer des plans de formation annuelle avec tous les partenaires intéressés et mobilisés par le MSP</li> <li>-Mettre en place un système de monitoring et de suivi de ces formations.</li> </ul>	<b>200.000</b>	
<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultat</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 13</b> Les Ecoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livre une formation de qualité aux futurs professionnels de santé  (3 190 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Effectifs des élèves dans les écoles paramédicales publiques et privées</li> <li>-Proportion de modules ou unités d'apprentissages pédagogiques élaborés pour les infirmiers A2 par rapport aux modules prévus</li> <li>-Taux de performance FBP des écoles paramédicales publiques contractualisées</li> <li>-Taux de réalisation des contrôles de qualité de l'enseignement paramédical dans les écoles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapport de la rentrée scolaire</li> <li>-Documents de modules élaborés et référentiels de formation</li> <li>-Rapport FBP</li> <li>-Rapports de contrôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-voir hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention</li> <li>- En terme de la durabilité, les aspects de restauration des élèves doivent être repris pleinement par le MSP avant la fin de l'intervention</li> <li>-Le respect par les autorités du quota plafonné en nombre d'élèves par classe est effectif</li> </ul>

	publiques et privées -Nombre de stagiaires par lieu de stage dans les écoles publiques et privées (CDS + services hospitaliers)	-Rapports de supervision des écoles par le service formation/DRH	
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R13/A1/A2</b> Appuyer le MSP à rendre fonctionnelles les écoles de formation paramédicale publiques (5 EPM : Ngozi, Gitega, Bururi, Cankuzo et l'ETAL)	-Renforcer en équipements pédagogiques et de gestion, en réhabilitations -Mettre en œuvre graduellement les référentiels de compétences et les curriculums A2 -Introduire et financer la contractualisation pour le personnel des écoles paramédicales -Restauration alimentaire des 1200 élèves	<b>2.810.000</b>	
<b>R13/A3</b> Renforcer les capacités des enseignants (permanents, vacataires, encadreurs de stage)	-Organiser des sessions de formations pédagogiques pour tous les enseignants -Etablir un plan de formation continue de ces enseignants	<b>130.000</b>	
<b>R13/A4</b> Mettre à disposition des curriculums et des modules de formation sur la base de référentiels élaborés pour l'ETAL	-Recourir à des expertises internationales perlées sur l'élaboration des référentiels de formation de l'ETAL et les éditer -Etablir un plan de formation des enseignants de l'ETAL et le suivre	<b>120.000</b>	
<b>R13/A5</b> Créer une interface avec l'INSP pour créer une Cellule Nationale Pédagogique	-Créer une Cellule Nationale Pédagogique (5 à 6 personnes) mobilisables par la DRH pour la formation continue des enseignants -Identifier les besoins en formation de paramédicaux en matière de spécialisation en post-formation de base	<b>130.000</b>	

## 5.3 Cadre logique d'origine SNIS

### Objectif général

La performance du système de santé au Burundi est améliorée			
Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Hypothèses
Le Burundi dispose d'un Système National d'Information Sanitaire renforcé lui permettant d'avoir en temps opportun des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon pérenne.	<p>Taux de CDS qui utilisent correctement le canevas standardisé (indicateur n°46 du PNDS II)</p> <p>Niveau de performance du SNIS dans l'utilisation de l'information (indicateur n°47 du PNDS II)</p>	<p>-Revue annuelle conjointes</p> <p>-Rapports annuels du Projet et du PAISS</p> <p>-Rapports annuels d'EPISTAT/la Direction Nationale de l'Information Sanitaire</p>	<p>-Les nouvelles structures et modes d'organisation du MSP sont mises en place</p> <p>-Un dialogue sectoriel continu et pro-actif aboutissant à une approche budgétaire sectorielle est mené</p> <p>-La direction du CPSD et son GT-S/E sont actives et performantes</p> <p>-Un alignement acceptable des appuis au PBF</p>
Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 1. La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés	<p>% de structures disposant de son manuel des procédures et du dictionnaire des méta données</p> <p>indicateurs du PNDS II revus et harmonisés utilisés</p>	<p>-Rapports annuels d'EPISTAT/DNIS et du projet</p> <p>-Revue Annuelle Conjointe</p>	<p>- la réforme du Ministère est faite dans les délais</p> <p>-les BPS, BDS peuvent se connecter sur Internet de façon fiable ;</p>

	<p>% de FOSA disposant d'outils et supports standards révisés et les utilisant</p> <p>% de structures (FOSA, BPS et BDS) disposant du Guide d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et les utilisant</p> <p>% des BPS, BDS ayant l'accès au site Web d'EPISTAT/Direction Nationale de l'Information Sanitaire fonctionnel</p> <p>% des BPS, BDS ayant une BDD installée sur un site web fonctionnel</p> <p>Annuaire statistiques planifiés et BUSNIS produits et diffusés</p> <p>% d'indicateurs du PNDS II traités dans l'annuaire statistique</p> <p>% d'indicateurs normalisés adoptés par les principales parties prenantes dans la mise en œuvre du PNDS II, dans le cadre d'un système commun de S/E à l'échelon national</p>	-Rapports annuels des BDS/BPS	<p>-le personnel suit les formations spécifiques et met en applications les directives</p> <p>-les indicateurs du PNDS II sont suivi de façon régulière</p>
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>R1/A1 : Etablir un cadrage général du sous système d'information sanitaire et revoir les indicateurs</b>	<p>- organisation d'ateliers pour établir, tester, valider et appliquer le cadrage, un manuel de procédures et un dictionnaire de méta-données</p> <p>- sur le plan de la révision des indicateurs, deux étapes : (i) identifier les besoins en information en recourant à des ateliers animés par EPISTAT, coordonnés dans le cadre du GT-S/E y inclus les Programmes, les services de santé agréés et les privés lucratifs, (ii) adopter les indicateurs par niveau</p>	<b>40.000</b>	

<p><b>R1/A2 : Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privé et les actualiser ultérieurement si nécessaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inventorer les outils/supports utilisés par tous les acteurs et les programmes du MSPLS</li> <li>- rédiger des outils/supports standards</li> <li>- production des outils/supports standards</li> <li>- organiser des ateliers de consensus seront au niveau central.</li> </ul>	<p><b>260.000</b></p>	
<p><b>R1/A3 : 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.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mener une évaluation sur l'utilisation du logiciel actuellement installé</li> <li>- identifier un cahier des charges pour sa révision</li> <li>- l'adapter, le tester et l'installer dans tous les BPS et BDS.</li> <li>- évaluer ensuite ce logiciel produit d'une façon continue.</li> <li>- mettre en place un site intra-net au sein du MSPLS affecté au transfert de données et aux autres échanges en matière de fonctionnement du SNIS</li> </ul>	<p><b>140.000</b></p>	
<p><b>R1/A4 : Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluer les initiatives actuelles d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données produites.</li> <li>- proposer sur cette base, des stratégies en ces matières et rédiger un guide par niveau. Accent sera mis sur le dialogue communautaire au niveau des zones de responsabilité (appui des TPS).</li> <li>- établir un plan de formation des personnels de santé et des agents communautaires et organiser des sessions de formation provinciales.</li> <li>- éditer l'Annuaire Statistique (7 nros) et les BUSNIS (24 nros) pour l'ensemble de la période d'intervention et en dégressivité</li> <li>- développer un processus d'identification</li> </ul>	<p><b>248.000</b></p>	

	d'enquêtes et/ou des recherches action ou opérationnelles à mener - contribuer au financement des Comptes Nationaux de la Santé (2 pour la durée de l'intervention)		
<b>R1/A5 : Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perlées.</b>	-Identifier les domaines à couvrir -Rédiger un ou plusieurs DAO -Etablir un Contrat et un mécanisme de suivi.	<b>220.000</b>	

<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultats</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 2. Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de BDS et BPS disposant d'un contrat de maintenance conforme au système de maintenance défini et suivi</li> <li>% de BDS et BPS équipés selon les normes en informatique et en bureautique</li> <li>% de BDS et BPS ayant l'accès à l'Internet même à temps partiel</li> <li>% BDS, BPS et FOSA disposant d'une alimentation électrique régulière (au moins 3 H. par jour)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapports annuels d'EPISTAT/DNIS et du projet</li> <li>-Revue Annuelle Conjointe</li> <li>-Rapports annuels des BDS/BPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-les acquisitions se font en temps voulu</li> <li>-il y a les compétences en maintenance disponibles sur place</li> <li>-le budget pour l'alimentation électrique et les améliorations nécessaires est suffisant.</li> </ul>

Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèses
<b>R2/A1 Développer un système de maintenance intégré et pérenne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-identifier les besoins au niveau national dans les services publics et agréés. Evaluer les écarts en matière de maintenance préventive et curative en matériel et en connectivité.</li> <li>-développer un cahier des charges sur cette base pour créer un système de maintenance au niveau du pays et déconcentré en y incluant le système des radios.</li> <li>-créer ce système en recourant éventuellement à la contractualisation avec des entreprises privées</li> <li>-établir un plan de formation avec module ad hoc adressés aux personnels</li> <li>-organiser une session nationale de formation pour tous les points focaux SNIS provinciaux pour une formation en cascade</li> </ul>	<b>220.000</b>	
<b>R2/A2 Résoudre les problèmes d'alimentation électrique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-évaluer la situation au niveau national en ce domaine.</li> <li>-établir un plan et un cahier des charges pour combler le maximum d'écarts en ce domaine.</li> <li>-effectuer les investissements notifiés dans le cahier des charges en recourant le plus que possible au solaire. Recours à une entreprise nationale</li> </ul>	<b>507.000</b>	
<b>R2/A3 Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux providers.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-évaluer les besoins au niveau national du parc informatique et bureautique.</li> <li>-évaluer les besoins en acquisition sur la base de matériel solide, adéquat et harmonisé et établir un DAO en tenant compte des tdr de la maintenance</li> </ul>	<b>710.000</b>	

	(voir expertise nationale ci-dessus) -contracter avec un fournisseur pour l'acquisition du matériel et son installation -souscrire pour l'accès au réseau Internet du DS au niveau central pendant 4 ans.		
<b>R2/A4 Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de l'EPISTAT</b>	- évaluer les besoins en réhabilitation des bureaux actuels en rafraîchissement des locaux et en mobiliers - effectuer les travaux - acquérir un véhicule 4X4 (supervisions)	<b>75.000</b>	

<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs de Résultats</b>	<b>Sources de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Résultat 3. Les capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données leur permettent d'assumer leurs prises de décision, en cohérence avec le PNDS à tous les échelons du système de santé tant pour le secteur public que privé</b>	<p>% de FOSA disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser les outils standards révisés capables d'assumer leurs tâches dans le SNIS</p> <p>% de BPS et BDS disposant d'au moins 2 personnes capables d'assumer leurs tâches au sein du SNIS</p> <p>% de BPS et BDS disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser la base de données Web</p> <p>% de BPS, BDS, et les FOSA disposant d'au moins deux personnes formées à l'analyse, l'exploitation, la dissémination et l'utilisation des données produites capables d'assumer leurs tâches en dialogue communautaire en ces matières</p>		<p>-le personnel est disponible ;</p> <p>-le personnel est compétent ;</p> <p>-le personnel est motivé ;</p> <p>-le secteur privé accepte de participer</p>



Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
<b>R3/A1 Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation.</b>	- évaluer les besoins en formation à l'échelle du pays. - définir une stratégie de formation et établir un plan national de formation en concertation avec la DRH et l'INSP	<b>15.000</b>	
<b>R3/A2 Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que privé</b>	- rédiger des modules par niveau sur la base des besoins identifiés et sur les tâches des agents et des outils. - organiser les formations sur la base de la création d'un pool de formateurs - mener des activités de suivi de ces formations et de supervisions formatives spécifiques au niveau des BPS et BDS. Recours aux formateurs	<b>300.000</b>	
<b>R3/A3 Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées</b>	- un groupe de travail fera des propositions concrètes d'insertion dans le manuel et des outils de supervision - organiser un atelier national avec tous les responsables impliqués des BPS et BDS et les partenaires techniques et financiers.	<b>40.000</b>	
<b>R3/A4 Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPLS</b>	S'aligner sur le politique de contractualisation au MSPLS	<b>180.000</b>	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Résultat 4. L'informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du</b>	dans la phase pilote, % des hôpitaux couverts conformément au cahier des		-le CETIC approuve le Master Plan -les hôpitaux ont les ressources

<b>SNIS à partir d'une phase pilote, suivie d'une mise à échelle</b>	charges en informatisation % des hôpitaux en fin du projet disposant d'un dossier médical informatisé et d'une gestion informatisée conformément aux performances attendues sur l'ensemble des Hôpitaux du pays		minimales pour le fonctionnement de l'ICT -le personnel accepte les changements -les sociétés capables soient trouvées
<b>Activités par Résultat</b>	<b>Moyens</b>	<b>Coûts en EUR Contribution belge</b>	<b>Hypothèse</b>
<b>R4/A1 Sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote</b>	- introduire le projet en communiquant sur l'informatisation hospitalière auprès des autorités centrales et périphériques du réseau des Hôpitaux du pays - définir la liste des hôpitaux élus pour le projet pilote	<b>3.000</b>	
<b>R4/A2 Etablir un cahier des charges et effectuer un état des lieux</b>	- établir un DAO pour sélectionner une société capable de faire le ICT Master Plan. - attribuer le marché - effectuer un état des lieux et le valider en atelier	<b>120.000</b>	
<b>R4/A3 Exécution du marché</b>	- exécuter le marché - mener un suivi rapproché de l'exécution des travaux dans le respect du Cahier des Charges, pendant la phase pilote de l'intervention, coordonné par un Comité de Pilotage ad hoc et s'assurer du respect des normes de la gestion des données SNIS/Hôpitaux	<b>800.000</b>	
<b>R4/A4 Tirer des leçons de la phase pilote</b>	-définir sur la base de la documentation établie par l'organisme d'exécution, une stratégie d'extraction des leçons -effectuer les activités selon cette stratégie -organiser un atelier national de validation des observations et recommandations et leçons tirées	<b>15.000</b>	

<p><b>R4/5 Mettre à échelle à d'autres Hôpitaux du pays</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-traduire les recommandations de l'exercice précédent en un plan de mise en œuvre en tenant compte de l'état des lieux</li> <li>-sélectionner les sites éligibles sur la base du budget du marché</li> <li>-établir et convenir un protocole de suivi et de réception du marché</li> <li>-documenter la mise en œuvre en vue d'organiser un transfert efficace aux décideurs des hôpitaux en vue d'une appropriation technique et financière du système informatisé</li> </ul>	<p><b>1.980.000</b></p>	
---	---	-------------------------	--

## 5.4 Aperçu des MoRe Results

<p>Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois</p>	<p>Indicateurs qu'on a enlevés pendant l'élaboration du baseline :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Le processus de planification ascendante et participative et ses outils de mise en œuvre et son suivi sont renforcés et permettent une atteinte significativement améliorée des objectifs des plans</li> <li>-Taux d'utilisation et de fréquentation des services de santé dans les zones cibles</li> <li>-La couverture nationale en DS opérationnels conformément aux normes et standards en gestion et en fourniture de service est significativement augmentée</li> <li>-Le Système de Santé est éligible à une approche d'aide budgétaire sectorielle</li> <li>-L'accessibilité financière aux soins est significativement améliorée</li> <li>-La politique en RH du MSP est appliquée sur l'ensemble du territoire et la production en paramédicaux est adéquate aux besoins des services publics et privés de santé</li> <li>-La performance institutionnelle et pédagogique des 4 EPM et de l'ETAL est améliorée sur le plan qualitatif</li> <li>-Le CPSD et les GT fonctionnent à 75% selon leur mode de fonctionnement</li> <li>-Les aspects logistiques et infrastructures du MSP au niveau central sont renforcés conformément aux cahiers des charges</li> <li>-La bibliothèque du MSP, son processus de documentation (au minimum «2 meilleures pratiques» par an) et de diffusion permettant une capitalisation et durabilité optimale</li> <li>-Les PAP (PNDS2) établis d'une façon participative avec tous les secteurs de la société et ascendante sont disponibles avant la fin du premier trimestre de chaque année et suivis</li> <li>-Les deux documents (SRSS et guide national d'opérationnalisation des DS) sont disponibles et constituent le référentiel national et pour toutes les interventions</li> <li>-Un SNIS performant qui contribue effectivement à suivre et à évaluer tous les objectifs du PNDS et aider dans un processus participatif à la prise de décisions aux niveaux décentralisés (CSD et BDS)</li> <li>-Les outils de collecte de données fiables utilisés augmentent de 25% chaque année et la complétude et le respect des délais s'améliorent de 25% par an (dans un premier temps au niveau CSD, des HD et DS et dans un second temps au niveau des provinces et Hôpitaux de deuxième référence</li> <li>-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation conformément à ce qui a été planifié</li> <li>-Tous les HD des zones cible bénéficie d'un PCA complet et suivi</li> <li>-Les soins mentaux sont introduits et suivi dans 100% des FOSA dans la zone cible</li> <li>-Un cadre opérationnel de mise en place et de suivi de mutuelles pour le secteur informel est disponible</li> </ul>
---	---

	<p><i>et dans la perspective d'une couverture universelle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Le système de financement basé sur la performance est introduit et appliqué au niveau central conformément à la charte</li> <li>-Le personnel du niveau central en retire une amélioration observable de leur performance</li> <li>-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation sur celles qui ont été planifiées</li> <li>-Une amélioration observable des performances en gestion et encadrement est observable pour les BPS de Kirundo et Muramvya</li> <li>-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation sur celles qui ont été planifiées</li> <li>-Une amélioration observable des performances en gestion et encadrement est observable pour les 4 BPS de Kirundo et celui de Muramvya et les DS de Bujumbura</li> <li>-Le carnet de santé individuel est utilisé pour 100% des patients dans les zones cibles</li> <li>-Des plans de formation continue et de supervisions sont établis et appliqués pour les DS cibles</li> <li>-Les plateaux techniques des 2 HD sont réhabilités conformément aux PCA</li> <li>-Des stages peuvent être effectués et leurs suivis dans les deux DS avec HD</li> <li>-Les STP sont introduits et évalués sur la base d'un PCA renforcé (maladies chroniques, mentales, ..)</li> <li>-Les plateaux techniques des CDS sont réhabilités conformément au PMA</li> <li>-Des stages peuvent être effectués et suivis dans les 5 CDS sélectionnés</li> <li>-Les STP sont introduits et évalués sur la base d'un PMA renforcé (maladies chroniques, mentales, PF..)</li> <li>-Les taux de références et de contre-références dans les 4 DS son significativement amélioré (voir baseline) et suivi (monitorage)</li> <li>-Le taux de mortalité maternelle dans la Province Sanitaire de Kirundo est significativement réduit (voir base de données établies en 2009)</li> <li>-Les COSA de tous les DS sont impliqués dans la gestion de l'Aire de santé et constituent effectivement un moteur de dialogue continu entre l'offre et la demande</li> <li>-Un réseau de mutuelles communautaires existantes et nouvelles est en place et ses impacts sur l'accessibilité aux services de santé sont observables</li> <li>-La politique des RH du MSP est appliquée sur l'ensemble du territoire et les normes sont respectées</li> <li>-La base de données est disponible et actualisée annuellement</li> <li>-Toutes les formations complémentaires et continues organisées sur l'ensemble du territoire sont coordonnées et celles menées dans le cadre des PV y sont intégrées</li> <li>-L'application des nouveaux modules est effective dans les 4 EPM soutenues par l' intervention</li> <li>-Tous les enseignants (statutaires, vacataires et encadreurs) sont évalués sur la base de leur performance attendue</li> <li>-L'ETAL est renforcée sur le plan de des équipements et en infrastructures, ses enseignants sont formés</li> </ul>
--	---

	<i>et les modules révisés</i> <i>-La Cellule Pédagogique contribue effectivement à la formation continue des tous les enseignants dans les établissements publics et privés sur l'ensemble du pays</i>
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	oui
Planning de l'EMP	Q1 2014
Planning de l'évaluation finale	Q1 2015
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	1. 02/05/2012 au 09/05/2012 2. 16/09/2012 au 23/09/2012

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



Adobe Acrobat  
Document



Adobe Acrobat  
Document

## 5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Veillez à rester réaliste lors de la planification	SMCL 03.04.2012	continu	FIT	ATI	Revue trimestrielle en équipe de la budgétisation	Coord.	-	Taux d'exécution trimestrielle >90%	En cours
Harmoniser les planifications au canevas de planification du MSPLS	SMCL 03.04.2012	continu	Plan 2013	ATI DI	Mettre en place un Comité Technique de Suivi avec des réunions trimestrielles	ATI DI	-	Une réunion de planification annuelle a eu lieu	En cours
					Intégrer les activités du PAISS dans la planification du MSPLS			Les activités du PAISS sont intégrées dans les plans du MSPLS (pour une grande partie)	
Diffuser la planification au niveau des différents services du MSPLS et des PTF	SMCL 03.04.2012	continu	Plan 2013	ATI	Diffuser le plan annuel	ATI	-	Fait	En cours
					Participer aux évaluations et planification du MSPLS				
Accorder la délégation de signature DI PAISS en cas d'indisponibilité	SMCL 03.04.2012	immédiat	Lettre MSPLS	DI	Obtenir la lettre de délégation	DI	Fin 04/12	Fait (le DI du volet 2 remplace)	Fait
Pour le SNIS de faire une évaluation détaillée en financement pour un SNIS performant et de dégager s'il y a lieu un gap de financement	SMCL 03.04.2012	2012	Plan 2013	DSNIS	Faire un état de lieux des besoins du SNIS	ATI	Fin 2012	En cours	En cours



Appuyer la mise en place et le fonctionnement des CPSD dans les provinces de Kirundo et Muramvya	SMCL 09.10.2012	Q2 2012	PV des réunions	ATI	Appuyer l'organisation des CPSD dans les 2 provinces	ATI	Q2 2012	Fait	En cours
Pour la CTB, proposer, avec les différents PTF, une solution concertée à la question des frais de mission (tout en sachant que le partenaire est concerné au premier chef pour actualiser les frais de mission par rapport au coût de la vie)	SMCL 09.10.2012	Q4 2012	-	RR	Proposer un nouveau barème au programme PAISS	RR	Q4 2012	Pas fait  Une concertation avec les pays membres UE est en cours	En cours
Pour le MSPLS, s'impliquer davantage pour faciliter la récupération de la TVA	SMCL 09.10.2012	2012	-	DI	Prendre contact avec OBR pour faciliter la récupération de la TVA	DI	Q4 2012	Pas fait  Le processus est en cours	En cours
Tenir compte de la lourdeur de la procédure de transfert des reliquats (un échange de lettres) pour démarrer le FBP Muramvya	SMCL 09.10.2012	Q4 2012	-	ATI	Proposer de financer le FBP Muramvya sur le budget disponible dans PAISS	ATI	Q4 2012	Fait  Le FBP Muramvya démarre en Q2 2013	En cours
Pour la DGSSLS, s'impliquer pour trouver une solution des 2 marchés non-clôturés du HPRC	SMCL 09.10.2012	2012	-	DI	Appuyer el processus pour clôturer les 2 marchés	DI	2012	La Direction du HPRC est impliqué activement dans le processus  La réception définitive ses 2 marchés est en cours	En cours

# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0905811

Project Title : **Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

Budget Version: **D03**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
<b>A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: "LES PRESTATIONS DE SANTÉ AU</b>			13.789.000,00	420.725,00	<b>1.579.898,89</b>	2.000.623,89	11.788.376,11	<b>15%</b>
<b>01 Réformes institutionnelles appuyées</b>			1.890.000,00	39.146,75	<b>202.223,04</b>	241.369,79	1.648.630,21	<b>13%</b>
01 Mise en oeuvre des recommandations de l'audit		COGES	155.000,00	3.119,25	<b>92.350,74</b>	95.469,99	59.530,01	62%
02 Coordination des départements et partenaires du MSP		COGES	45.000,00	9.870,25	<b>32.659,81</b>	42.530,06	2.469,94	95%
03 Améliorer les infrastructures et équipements du MSP au		COGES	1.510.000,00	18.966,87	<b>27.145,33</b>	46.112,20	1.463.887,80	3%
04 Développer une mémoire institutionnelle		COGES	180.000,00	7.190,38	<b>50.067,16</b>	57.257,54	122.742,46	32%
<b>02 Processus de planification renforcé</b>			195.000,00	39.899,96	<b>86.048,73</b>	125.948,69	69.051,31	<b>65%</b>
01 Mise en place d'un processus de planification ascendante		COGES	100.000,00	282,59	<b>83.141,88</b>	83.424,47	16.575,53	83%
02 Contribuer à finaliser le PNDS2		COGES	45.000,00	37.934,82	<b>2.605,11</b>	40.539,93	4.460,07	90%
03 Élaborer un document de SRSS et GNODS		COGES	50.000,00	1.682,55	<b>301,74</b>	1.984,29	48.015,71	4%
<b>03 Renforcement du SNIS</b>			672.000,00	143.051,54	<b>202.099,83</b>	345.151,37	326.848,63	<b>51%</b>
01 Établir un plan stratégique de transformation d'EPISTAT		COGES	25.000,00	2.912,54	<b>-12,94</b>	2.899,60	22.100,40	12%
02 Soutenir la fonctionnalité du SNIS		COGES	190.000,00	46.341,00	<b>23.381,34</b>	69.722,34	120.277,66	37%
03 Soutenir la fonctionnalité du SNIS (Consultance)		REGIE	432.000,00	93.798,00	<b>175.048,44</b>	268.846,44	163.153,56	62%
04 Co-organiser la Revue Annuelle Conjointe		COGES	25.000,00	0,00	<b>3.682,99</b>	3.682,99	21.317,01	15%
<b>04 La qualité de la gestion et de l'offre de soins est</b>			1.325.000,00	97.471,15	<b>165.247,92</b>	262.719,07	1.062.280,93	<b>20%</b>
01 Former les BDS et BPS cible		COGES	375.000,00	86.408,56	<b>147.966,09</b>	234.374,65	140.625,35	62%
02 Renforcement du PCA des DS (en chirurgie de base)		COGES	590.000,00	6.155,03	<b>284,49</b>	6.439,52	583.560,48	1%
03 Améliorer la qualité de la prise en charge		COGES	360.000,00	4.907,56	<b>16.997,34</b>	21.904,90	338.095,10	6%
<b>05 Contribuer à un système de financement maximisant</b>			1.070.000,00	10.222,94	<b>29.496,35</b>	39.719,29	1.030.280,71	<b>4%</b>
01 Démarrage du FBP au niveau Central		REGIE	900.000,00	9.485,08	<b>9.153,79</b>	18.638,87	881.361,13	2%
02 Définir un cadre opérationnel de mise en place de		COGES	170.000,00	737,86	<b>20.342,56</b>	21.080,42	148.919,58	12%
		<b>REGIE</b>	7.272.000,00	437.002,66	<b>1.576.514,63</b>	2.013.517,29	5.258.482,71	28%
		<b>COGEST</b>	10.728.000,00	322.548,35	<b>954.425,05</b>	1.276.973,40	9.451.026,60	12%
		<b>TOTAL</b>	18.000.000,00	759.551,01	<b>2.530.939,68</b>	3.290.490,69	14.709.509,31	18%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0905811

Project Title : **Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

Budget Version: **D03**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
<b>06 Les capacités d'encadrement des BPS cible sont</b>			490.000,00	971,69	<b>93.933,51</b>	94.905,20	395.094,80	<b>19%</b>
01 Renforcer les BPS en capacité de contrôle et de suivi des		COGES	240.000,00	83,94	<b>58.332,73</b>	58.416,67	181.583,33	24%
02 Renforcer le FBP au niveau du BPS de Kirundo		COGES	250.000,00	887,75	<b>35.600,78</b>	36.488,53	213.511,47	15%
<b>07 les BDS cibles sont opérationnels</b>			1.995.000,00	8.194,07	<b>485.182,40</b>	493.376,47	1.501.623,53	<b>25%</b>
01 Former les BDS cibles		COGES	160.000,00	2.408,57	<b>19.924,98</b>	22.333,55	137.666,45	14%
02 Introduire le PBF dans ces BDS		REGIE	1.565.000,00	5.785,50	<b>457.052,92</b>	462.838,42	1.102.161,58	30%
03 Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des		COGES	270.000,00	0,00	<b>8.204,50</b>	8.204,50	261.795,50	3%
<b>08 Les 2 HD de Kirundo sont fonctionnels (en conformité)</b>			1.240.000,00	0,00	<b>27.546,80</b>	27.546,80	1.212.453,20	<b>2%</b>
01 Introduire le FBP ciblé sur les 2 HD		COGES	10.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	10.000,00	0%
02 Financer le FBP dans les 2 HD		REGIE	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%
03 Appuyer l'application de protocoles cliniques		COGES	140.000,00	0,00	<b>13.916,26</b>	13.916,26	126.083,74	10%
04 Introduire dans le PCA des 2 HD en soins chirurgicaux et		COGES	210.000,00	0,00	<b>13.616,46</b>	13.616,46	196.383,54	6%
05 Créer des lieux de stages pour étudiants infirmiers		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%
06 Réhabiliter les 2 HD		COGES	880.000,00	0,00	<b>14,08</b>	14,08	879.985,92	0%
<b>09 Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité</b>			190.000,00	0,00	<b>2.540,50</b>	2.540,50	187.459,50	<b>1%</b>
01 Introduire et maintenir les FBP et l'application du SNIS		COGES	15.000,00	0,00	<b>245,73</b>	245,73	14.754,27	2%
02 Financer le FBP dans les Cds des 4 DS		REGIE	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%
03 Introduire une politique de prise en charge de maladies		COGES	85.000,00	0,00	<b>2.294,77</b>	2.294,77	82.705,23	3%
04 Créer des lieux de stage pour les infirmiers		COGES	90.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	90.000,00	0%
<b>10 Le système de Référence/Contre-référence est renforcé</b>			390.000,00	97,07	<b>2.830,56</b>	2.927,63	387.072,37	<b>1%</b>
01 Assurer les moyens de communication		COGES	360.000,00	85,91	<b>2.830,56</b>	2.916,47	357.083,53	1%
02 Instaurer un Fonds de Solidarité		COGES	30.000,00	11,16	<b>0,00</b>	11,16	29.988,84	0%
		<b>REGIE</b>	7.272.000,00	437.002,66	<b>1.576.514,63</b>	2.013.517,29	5.258.482,71	28%
		<b>COGEST</b>	10.728.000,00	322.548,35	<b>954.425,05</b>	1.276.973,40	9.451.026,60	12%
		<b>TOTAL</b>	18.000.000,00	759.551,01	<b>2.530.939,68</b>	3.290.490,69	14.709.509,31	18%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0905811

Project Title : **Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

Budget Version: **D03**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
<b>11 L'engagement communautaire est renforcé</b>			251.000,00	0,00	<b>1.806,39</b>	1.806,39	249.193,61	<b>1%</b>
01 Appuyer la gestion de la participation communautaire		COGES	51.000,00	0,00	<b>142,53</b>	142,53	50.857,47	0%
02 Appuyer les mécanismes de financements par les		COGES	200.000,00	0,00	<b>1.663,86</b>	1.663,86	198.336,14	1%
<b>12 Une politique globale en RH/Santé est mise en oeuvre</b>			891.000,00	34.245,71	<b>78.379,66</b>	112.625,37	778.374,63	<b>13%</b>
01 Appuyer la DRH dans l'établissement d'une base de		COGES	100.000,00	23.208,34	<b>62.935,99</b>	86.144,33	13.855,67	86%
02 Appui à la mise en oeuvre d'une gestion décentralisée		COGES	591.000,00	5.444,74	<b>8.081,40</b>	13.526,14	577.473,86	2%
03 Établir une politique de formation continue et appuyer son		COGES	200.000,00	5.592,63	<b>7.362,27</b>	12.954,90	187.045,10	6%
<b>13 Les 4 EPM et l'ETAL livrent une formation de qualité aux</b>			3.190.000,00	47.424,12	<b>202.563,20</b>	249.987,32	2.940.012,68	<b>8%</b>
01 Appuyer la fonctionnalité des 4 EPM et ETAL		COGES	2.275.000,00	44.564,19	<b>192.276,76</b>	236.840,95	2.038.159,05	10%
02 Financer la contractualisation pour les personnels des		REGIE	535.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	535.000,00	0%
03 Renforcer les capacités et compétences des enseignants		COGES	130.000,00	2.094,69	<b>8.200,44</b>	10.295,13	119.704,87	8%
04 Mettre à disposition des curriculums et modules		COGES	120.000,00	765,24	<b>2.086,00</b>	2.851,24	117.148,76	2%
05 Créer une cellule pédagogique avec l'INSP		COGES	130.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	130.000,00	0%
<b>X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX 5% * TOTAL ACTIVITÉS)</b>			281.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	281.000,00	<b>0%</b>
<b>01 Réserve budgétaire</b>			281.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	281.000,00	<b>0%</b>
01 Réserve budgétaire		COGES	281.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	281.000,00	0%
<b>Z MOYENS GÉNÉRAUX</b>			3.930.000,00	338.826,01	<b>951.040,79</b>	1.289.866,80	2.640.133,20	<b>33%</b>
<b>01 Frais de personnel</b>			2.962.000,00	300.399,49	<b>720.565,34</b>	1.020.964,83	1.941.035,17	<b>34%</b>
01 Conseiller technique international X3 + ATJ		REGIE	1.800.000,00	184.945,85	<b>466.183,58</b>	651.129,43	1.148.870,57	36%
02 ATI international construction 1/3		REGIE	240.000,00	15.054,73	<b>64.961,91</b>	80.016,64	159.983,36	33%
03 Directeur d'intervention (Central et Opérationel)		REGIE	56.000,00	2.629,35	<b>11.666,09</b>	14.295,44	41.704,56	26%
04 Equipe finance et administration RAF I + gestionnaire MP		REGIE	376.000,00	83.148,83	<b>67.769,11</b>	150.917,94	225.082,06	40%
		<b>REGIE</b>	7.272.000,00	437.002,66	<b>1.576.514,63</b>	2.013.517,29	5.258.482,71	28%
		<b>COGEST</b>	10.728.000,00	322.548,35	<b>954.425,05</b>	1.276.973,40	9.451.026,60	12%
		<b>TOTAL</b>	18.000.000,00	759.551,01	<b>2.530.939,68</b>	3.290.490,69	14.709.509,31	18%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0905811

Project Title : **Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

Budget Version: **D03**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
05 Staff local d'appui		REGIE	315.000,00	11.970,74	<b>78.105,60</b>	90.076,34	224.923,66	29%
06 ATI international ICT en pool		REGIE	100.000,00	2.649,99	<b>23.950,20</b>	26.600,19	73.399,81	27%
07 CT National appui RH santé Publique		REGIE	75.000,00	0,00	<b>7.928,85</b>	7.928,85	67.071,15	11%
<b>02 Investissements</b>			<b>155.000,00</b>	<b>3.037,42</b>	<b>88.259,70</b>	<b>91.297,12</b>	<b>63.702,88</b>	<b>59%</b>
01 Véhicules		REGIE	80.000,00	0,00	<b>63.004,49</b>	63.004,49	16.995,51	79%
02 Equipement bureau et IT		REGIE	75.000,00	3.037,42	<b>25.255,21</b>	28.292,63	46.707,37	38%
<b>03 Frais de fonctionnement</b>			<b>453.000,00</b>	<b>17.553,10</b>	<b>87.621,73</b>	<b>105.174,83</b>	<b>347.825,17</b>	<b>23%</b>
01 SMCL et sessions de coordination du programme		REGIE	18.000,00	838,77	<b>21,20</b>	859,97	17.140,03	5%
02 Frais de fonctionnement des unités de gestion		REGIE	40.000,00	1.760,06	<b>4.554,23</b>	6.314,29	33.685,71	16%
03 Frais de fonctionnement des véhicules		REGIE	77.000,00	12.333,29	<b>47.568,03</b>	59.901,32	17.098,68	78%
04 Télécommunications		REGIE	48.000,00	1.460,14	<b>10.973,02</b>	12.433,16	35.566,84	26%
05 Fournitures de bureau		REGIE	25.000,00	730,16	<b>10.162,61</b>	10.892,77	14.107,23	44%
06 Missions (internationales et nationales)		REGIE	200.000,00	359,46	<b>14.182,66</b>	14.542,12	185.457,88	7%
07 Communication pour le développement		REGIE	30.000,00	0,00	<b>159,98</b>	159,98	29.840,02	1%
08 Frais financiers		REGIE	15.000,00	71,22	<b>0,00</b>	71,22	14.928,78	0%
<b>04 Audit et Suivi et Evaluation</b>			<b>265.000,00</b>	<b>8.347,49</b>	<b>10.904,18</b>	<b>19.251,67</b>	<b>245.748,33</b>	<b>7%</b>
01 Frais de suivi et évaluation		REGIE	90.000,00	0,00	<b>-118,20</b>	-118,20	90.118,20	0%
02 Consultations scientifiques perlées globales sur le		COGES	90.000,00	8.347,49	<b>-35,60</b>	8.311,89	81.688,11	9%
03 Audit		REGIE	60.000,00	0,00	<b>269,71</b>	269,71	59.730,29	0%
04 Backstopping		REGIE	25.000,00	0,00	<b>10.788,27</b>	10.788,27	14.211,73	43%
<b>05 TVA à récupérer</b>			<b>0,00</b>	<b>9.534,34</b>	<b>43.683,39</b>	<b>53.217,73</b>	<b>-53.217,73</b>	<b>?%</b>
01 TVA à récupérer		REGIE	0,00	6.989,90	<b>27.866,48</b>	34.856,38	-34.856,38	?%
		<b>REGIE</b>	<b>7.272.000,00</b>	<b>437.002,66</b>	<b>1.576.514,63</b>	<b>2.013.517,29</b>	<b>5.258.482,71</b>	<b>28%</b>
		<b>COGEST</b>	<b>10.728.000,00</b>	<b>322.548,35</b>	<b>954.425,05</b>	<b>1.276.973,40</b>	<b>9.451.026,60</b>	<b>12%</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>18.000.000,00</b>	<b>759.551,01</b>	<b>2.530.939,68</b>	<b>3.290.490,69</b>	<b>14.709.509,31</b>	<b>18%</b>



# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0905811

Project Title : **Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

Budget Version: **D03**

Currency : **EUR** Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
02 TVA à récupérer		COGES	0,00	2.544,44	<b>15.816,91</b>	18.361,35	-18.361,35	??%
<b>10 Contribution IS</b>			95.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	95.000,00	<b>0%</b>
01 Contribution IS		REGIE	95.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	95.000,00	0%
<b>99 Conversion rate adjustment</b>			0,00	-45,83	<b>6,45</b>	-39,38	39,38	<b>??%</b>
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	-45,83	<b>6,45</b>	-39,38	39,38	??%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%

<b>REGIE</b>	7.272.000,00	437.002,66	<b>1.576.514,63</b>	2.013.517,29	5.258.482,71	28%
<b>COGEST</b>	10.728.000,00	322.548,35	<b>954.425,05</b>	1.276.973,40	9.451.026,60	12%
<b>TOTAL</b>	18.000.000,00	759.551,01	<b>2.530.939,68</b>	3.290.490,69	14.709.509,31	18%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI1006811

Project Title : **Appui au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA**

Budget Version: **C02**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
<b>A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: LE BURUNDI DISPOSE D'UN</b>			5.873.000,00	0,00	<b>46.663,69</b>	46.663,69	5.826.336,31	<b>1%</b>
<b>01 La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant</b>			908.000,00	0,00	<b>7.956,51</b>	7.956,51	900.043,49	<b>1%</b>
01 Etablir un cadrage général du sous système d'information		COGES	40.000,00	0,00	<b>2.148,51</b>	2.148,51	37.851,49	5%
02 Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les		COGES	260.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	260.000,00	0%
03 Revoir le logiciel GESIS, créer un réseau électronique et		REGIE	140.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	140.000,00	0%
04 Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de		COGES	248.000,00	0,00	<b>5.808,00</b>	5.808,00	242.192,00	2%
05 Contractualiser avec un ou plusieurs organismes		REGIE	220.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	220.000,00	0%
<b>02 Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS</b>			1.512.000,00	0,00	<b>27.688,63</b>	27.688,63	1.484.311,37	<b>2%</b>
01 Développer un système de maintenance intégré et		COGES	220.000,00	0,00	<b>3.094,74</b>	3.094,74	216.905,26	1%
02 Résoudre les problèmes d'alimentation électrique là ou		COGES	507.000,00	0,00	<b>944,28</b>	944,28	506.055,72	0%
03 Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les		COGES	710.000,00	0,00	<b>1.674,52</b>	1.674,52	708.325,48	0%
04 Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de l'EPISTAT		COGES	75.000,00	0,00	<b>21.975,09</b>	21.975,09	53.024,91	29%
<b>03 Les capacités des agents de santé en matière de</b>			535.000,00	0,00	<b>11.018,55</b>	11.018,55	523.981,45	<b>2%</b>
01 Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec		COGES	15.000,00	0,00	<b>3.369,84</b>	3.369,84	11.630,16	22%
02 Organiser les formations complémentaires et continues		COGES	300.000,00	0,00	<b>4.088,83</b>	4.088,83	295.911,17	1%
03 Intégrer les compétences SNIS dans le système de		COGES	40.000,00	0,00	<b>3.559,88</b>	3.559,88	36.440,12	9%
04 Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le		REGIE	180.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	180.000,00	0%
<b>04 L'informatisation du secteur hospitalier avec dossier</b>			2.918.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	2.918.000,00	<b>0%</b>
01 Introduire un dossier informatisé du patient et sélectionner		COGES	3.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	3.000,00	0%
02 Etablir un cahier des charges et effectuer un état des lieux		REGIE	120.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	120.000,00	0%
03 Exécuter le marché et suivre le respect du Cahier des		COGES	800.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	800.000,00	0%
04 Tirer des leçons de la phase pilote		COGES	15.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	15.000,00	0%
		<b>REGIE</b>	2.629.290,00	0,00	<b>102.300,51</b>	102.300,51	2.526.989,49	4%
		<b>COGEST</b>	5.370.710,00	0,00	<b>51.200,55</b>	51.200,55	5.319.509,45	1%
		<b>TOTAL</b>	8.000.000,00	0,00	<b>153.501,06</b>	153.501,06	7.846.498,94	2%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI1006811

Project Title : **Appui au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA**

Budget Version: **C02**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
05 Mettre à échelle à d'autres Hôpitaux du pays		COGES	1.980.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	1.980.000,00	0%
<b>X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX 5% * TOTAL ACTIVITÉS)</b>			157.710,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	157.710,00	<b>0%</b>
<b>01 Réserve budgétaire</b>			157.710,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	157.710,00	<b>0%</b>
01 Réserve budgétaire		COGES	157.710,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	157.710,00	0%
<b>Z MOYENS GÉNÉRAUX</b>			1.969.290,00	0,00	<b>106.837,37</b>	106.837,37	1.862.452,63	<b>5%</b>
<b>01 Frais de personnel</b>			1.443.700,00	0,00	<b>61.234,81</b>	61.234,81	1.382.465,19	<b>4%</b>
01 Conseiller technique international		REGIE	720.000,00	0,00	<b>60.022,12</b>	60.022,12	659.977,88	8%
02 ATN		REGIE	120.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	120.000,00	0%
03 Directeur d'intervention		REGIE	33.600,00	0,00	<b>1.212,69</b>	1.212,69	32.387,31	4%
04 Cellule d'appui sectorielle et transversale		REGIE	277.500,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	277.500,00	0%
05 Financial officer		REGIE	98.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	98.000,00	0%
06 Comptable		REGIE	70.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	70.000,00	0%
07 Secrétaire		REGIE	50.400,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	50.400,00	0%
08 2 Chauffeurs		REGIE	74.200,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	74.200,00	0%
<b>02 Investissements</b>			87.000,00	0,00	<b>36.333,39</b>	36.333,39	50.666,61	<b>42%</b>
01 Equipement bureau		REGIE	25.000,00	0,00	<b>809,73</b>	809,73	24.190,27	3%
02 vehicules		REGIE	50.000,00	0,00	<b>35.523,66</b>	35.523,66	14.476,34	71%
03 Informatique		REGIE	12.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	12.000,00	0%
<b>03 Frais de fonctionnement</b>			257.340,00	0,00	<b>4.195,24</b>	4.195,24	253.144,76	<b>2%</b>
01 Frais de fonctionnement du véhicule		REGIE	58.800,00	0,00	<b>2.170,13</b>	2.170,13	56.629,87	4%
02 Télécommunications		REGIE	30.800,00	0,00	<b>146,74</b>	146,74	30.653,26	0%
03 Fournitures de bureau		REGIE	60.200,00	0,00	<b>352,05</b>	352,05	59.847,95	1%
		<b>REGIE</b>	2.629.290,00	0,00	<b>102.300,51</b>	102.300,51	2.526.989,49	4%
		<b>COGEST</b>	5.370.710,00	0,00	<b>51.200,55</b>	51.200,55	5.319.509,45	1%
		<b>TOTAL</b>	8.000.000,00	0,00	<b>153.501,06</b>	153.501,06	7.846.498,94	2%





# Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI1006811

Project Title : **Appui au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA**

Budget Version: **C02**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2012

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
04 Missions		REGIE	70.000,00	0,00	<b>1.526,32</b>	1.526,32	68.473,68	2%
05 Sessions de démarrage et de communication		REGIE	8.540,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	8.540,00	0%
06 Formation		REGIE	15.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	15.000,00	0%
07 SMCL et sessions de coordination		REGIE	10.500,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	10.500,00	0%
08 Frais financiers		REGIE	3.500,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	3.500,00	0%
<b>04 Audit et Suivi et Evaluation</b>			<b>181.250,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>181.250,00</b>	<b>0%</b>
01 Frais de suivi et évaluation		REGIE	87.500,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	87.500,00	0%
02 Audit		REGIE	75.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	75.000,00	0%
03 Backstopping		REGIE	18.750,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	18.750,00	0%
<b>05 TVA à récupérer</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>5.073,93</b>	<b>5.073,93</b>	<b>-5.073,93</b>	<b>?%</b>
01 TVA à récupérer		REGIE	0,00	0,00	<b>537,07</b>	537,07	-537,07	?%
02 TVA à récupérer		COGES	0,00	0,00	<b>4.536,86</b>	4.536,86	-4.536,86	?%

<b>REGIE</b>	2.629.290,00	0,00	<b>102.300,51</b>	102.300,51	2.526.989,49	4%
<b>COGEST</b>	5.370.710,00	0,00	<b>51.200,55</b>	51.200,55	5.319.509,45	1%
<b>TOTAL</b>	<b>8.000.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>153.501,06</b>	153.501,06	7.846.498,94	2%

