

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

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

BURUNDI

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



TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ.....	8
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	11
1 ANALYSE DE LA SITUATION.....	12
1.1 CONTEXTE.....	12
1.2 LE SECTEUR SANTÉ.....	16
1.3 AU NIVEAU DE LA PROMOTION DU GENRE.....	34
1.4 ANALYSE SWOT	35
2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	40
2.1 LES PRINCIPES DE BASE	40
2.2 AXES STRATÉGIQUES DE L'INTERVENTION	41
2.3 BÉNÉFICIAIRES	45
2.4 ORGANISATIONS PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT	47
2.5 ZONE D'INTERVENTION	49
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	50
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	50
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE.....	50
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS.....	50
3.4 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION.....	61
3.5 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE	63
4 RESSOURCES.....	64
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES	64
4.2 RESSOURCES HUMAINES	65
4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES	67
5 MODALITÉS D'EXÉCUTION	68
5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES	68

5.2	LA COORDINATION TECHNIQUE.....	68
5.3	STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI	70
5.4	RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES.....	72
5.5	MODALITÉS DE GESTION FINANCIÈRE	73
5.6	DÉPENSES AVANT CMO	76
5.7	ACCORD DE FINANCEMENT	77
5.8	GESTION DES MARCHÉS PUBLICS.....	77
5.9	RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER.....	78
5.10	MÉCANISME D'ADAPTATIONS AU DTF.....	79
5.11	DÉMARRAGE ET COMMUNICATION POUR LE DÉVELOPPEMENT	80
5.12	SUIVI ET ÉVALUATION ET AUDIT	80
5.13	CLÔTURE DE LA PRESTATION.....	81
6	THÈMES TRANSVERSAUX	82
6.1	ENVIRONNEMENT	82
6.2	GENRE	82
6.3	ECONOMIE SOCIALE.....	83
6.4	HIV / SIDA.....	83
6.5	DROITS DES ENFANTS.....	84
7	ANNEXES	85
7.1	CADRE LOGIQUE	85
7.2	BUDGET	94
7.3	CHRONOGRAMME.....	97
7.4	TdR PERSONNEL LONG TERME	100
7.5	RAPPEL SUR LE PAISS	111

Abréviations

AG	Assemblée Générale
AMAGARA MEZA	Projet d'appui sectoriel santé de l'UE
ARV	Anti Rétro Viraux (médicaments)
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistant technique national
BDI	Burundi
BDS	Bureau de District de Santé
BIT	Bureau International du Travail
BPS	Bureau Provincial de la Santé
BRP	Banque de la République du Burundi
BUSNIS	Bulletin d'informations sanitaires et de surveillance épidémiologique
CAD	Comité d'Aide au Développement
CAM	Carte Assurance Maladie
CAMEBU	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Burundi
CCQ	Comité de Contrôle de Qualité
CCRS	Comité de Cadrage de Coordination de la Recherche
CDC	Comité de Développement Communautaire
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDS	Centre De Santé
CGMP	Cellule de gestion des Marchés Publics
CHAP	Plan Commun d'Action Humanitaire (en français)
CNLS	Comité National de Lutte contre le VIH-Sida
CNS	Compte Nationaux de la Santé
COCOLS	Comités Communaux de Lutte contre le Sida
CPLS	Comités Provinciaux de lutte contre le Sida
CPSD	Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CS	Centre de Santé
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CT	Comité Technique
CTB	Coopération Technique Belge
CTN	Cellule Technique Nationale (dans le cadre de la contractualisation)
CTSYS	Cellule de transformation du SIS
DAO	Déclaration d'Appel d'Offre
DDR	Disarmament, Demobilisation and Reintegration process
DELCO	Délégué à la Cogestion
DFID	Department for International Development (Coopération Royaume Uni)

DGD	Direction Générale au Développement
DGP	Direction Générale de la Planification
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSP	Directeur Général de la Santé Publique
DI	Directeur d'Intervention
DNIS	Direction National de l'Information Sanitaire
DPLM	Direction de la Pharmacie, médicaments et laboratoires
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District de Santé
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
EPISTAT	Cellule d'Epidémiologie et de Statistiques
FBP	Financement Basé sur les Performances
FBU	Franc Burundais
FCE	Fonds Commun Education
FED	Fonds Européen pour le Développement
FIT	Financial Information Tools
FMI	Fonds Monétaire International
FoCoSa ou FCS	Fonds Commun Santé
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (en français)
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire
GNODS	Guide d'Opérationnalisation du District Sanitaire
GT/SE	Groupe Thématique/ Suivi Evaluation
HD	Hôpital de District
HMN	Health Metrics Network (WHO)
IADM	Allègement de la Dette Multilatérale
ICT	Information & Communication Technology
IGSPLS	Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
IHP+	International Health Partnership
INSP	Institut National de Santé Publique
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
M&E	Monitoring et Evaluation
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MFP (TPS)	Ministère de la Fonction Publique (du Travail et de la Protection Sociale)
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MinFin	Ministère des Finances

MP	Marchés Publiques
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de La Lutte contre le Sida
MTR	Mid Term Revue
NC	Nouveau Cas (parfois associé à épisode de maladie)
NIF	Numéro d'Identification Nationale
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs de Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAISS	Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAP	Plan d'Actions Prioritaires
PBF	Performance Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités (au niveau de la référence)
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PM	Pour Mémoire
PMA	Paquet Minimum d'Activités (niveau CDS)
PNDS	Plans Nationaux de Développement Sanitaires
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Purchasing Power Parties (Parités de Pouvoir d'Achat : taux de conversion monétaire qui éliminent les différences de niveaux de prix existant entre pays)
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRONIANUT	Programme National Intégré en Alimentation et la Nutrition
PSI	Population Santé Information (OnG internationale)
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PV	Programmes Verticaux
PVVS	Personnes Vivants avec le VIH – Sida
QUIBB	Questionnaire des Indicateurs de Base et de Bien-être
RH	Ressources Humaines
RR	Représentant Résident

SETIC	Secrétariat Exécutif chargé des Technologies d'Information et de Communication
SIGEFI	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNDS	Stratégie Nationale de la Statistique
SNIS/SIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP	Santé Publique
SPT	Stratégie Plainte Traitement
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAP	Sector Wide Approach
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threat
TDR	Termes De Référence
TPS	Techniciens de Promotion de la Santé
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UCGC	Unité Centrale de Gestion et de Coordination
UE	Union Européenne
UGP	Unité de Gestion de Programme
UNDAF	Plan Cadre pour l'Aide au Développement des Nations Unies (en français)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population (en français)
UNHCR	Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (en français)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (en français)
USLS	Unité Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida

RÉSUMÉ

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

La stratégie globale d'intervention de la Coopération belgo-burundaise dans le secteur santé¹ s'est fixée comme objectifs essentiels de :

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

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

- Une première intervention d'un montant de 17.000.000 EUR, le PAISS, sur des appuis institutionnels à la gouvernance au niveau central et périphérique ainsi qu'au renforcement de la DRH ; Ce programme actuel (PAISS) apporte outre des appuis institutionnels globaux, des appuis plus spécifiques au renforcement du SNIS (R 3 du premier volet).
- Une deuxième intervention de 8.000.000 EUR sur l'appui au SNIS du MSPLS, présente intervention.

Le présent DTF est structuré en 5 parties: l'analyse de la situation, les orientations stratégiques, la planification opérationnelle, les ressources et les modalités d'exécution. Les 4 premiers chapitres sont synthétisés ci-dessous.

1. Analyse de situation

En plus d'une analyse documentaire minutieuse la plus exhaustive et récente possible et de rencontres avec toutes les parties prenantes (les autorités, les bénéficiaires et les partenaires), la formulation de la présente intervention a procédé à une analyse SWOT au niveau périphérique dans 3 Provinces Sanitaires (Kirundo, Gitega et Muramvya).

C'est sur la base de cette analyse que les défis à prendre en compte, les orientations stratégiques et la planification opérationnelle ont été définis et validés par le partenaire.

Les principaux défis à prendre en compte par l'intervention sont présentés ci-dessous :

¹ Ch 5.1. du PIC 2010-2013

- Installer la Direction de l'Information Sanitaire dans le cadre du nouvel organigramme qui est en cours d'application ;
- Etablir un manuel de procédures avec schéma directeur, un dictionnaire de méta-données, des directives en analyse de la fiabilité et en exploitation des données ;
- Accélérer la couverture des Hôpitaux en outils standards et nouveaux en collecte et exploitation des données;
- Etablir un plan d'informatisation des hôpitaux à travers une phase pilote de 3 ans de couverture de 4 ou 5 hôpitaux à identifier sur la base de critères validés en SMCL (la même que celle du PAISS), bien la documenter, définir une stratégie de mise à échelle au niveau pays et la mettre en œuvre.
- Etablir un état des lieux du parc matériel en informatique, en communication Internet ou non (les radios), les compléter et définir une politique de maintenance ;
- Identifier les besoins en formation, définir une nomenclature des personnels avec la DRH, établir un plan de formation en cours d'emploi sur la base d'un doublement des personnes formées à tous les niveaux ainsi qu'une stratégie de formation continue à travers le système de supervision ;
- Assainir les indicateurs (d'input, de processus, de résultats et d'impacts) ;
- Adopter annuellement avec la contribution de l'ISTEEBU les dénominateurs des aires de responsabilité.
- Créer un site propre au SNIS et migrer la base de données sur le site pour faciliter les échanges de données et des informations de façon sécurisée.

2. Orientations stratégiques

Le programme actuel de la coopération belgo-burundaise dans le secteur de la santé s'inscrit dans une logique systémique d'amélioration des performances du secteur. Le présente intervention va permettre de continuer et de progresser davantage vers cette approche globale et intégrée dans laquelle les différentes interventions se complètent et interagissent. Il n'y a qu'un seul objectif spécifique pour cette intervention.

L'intervention est programmée en deux phases mais dans la continuité : (i) une première de +/- 3 ans ciblée sur un appui intensif au fonctionnement d'EPISTAT², en particulier celui d'aborder la couverture cruciale des hôpitaux en outils standards SIS, ainsi qu'au développement d'un projet 'pilote' en matière d'informatisation des Hôpitaux et (ii) une deuxième de +/- 4 ans ciblée sur un accompagnement continu, plus léger et dégressif à cette Direction d'une part et d'autre part à la mise à échelle de l'informatisation des Hôpitaux. La phase pilote l'intervention sera mise en œuvre en lien étroit et structuré avec le PAISS.

² En attendant que la Direction Générale de la Planification et sa Direction de L'Information Sanitaire soient mises en place

3. Planification opérationnelle

L'intervention prend en compte le même but que le PAISS, c'est à dire « qu'elle vise à appuyer le MSPLS dans ses fonctions régaliennes de planification, de régulation, de gestion et d'organisation du système de santé, ainsi que le suivi-évaluation des prestations du système de santé et de l'évolution de l'état de santé de la population ».

L'objectif général est : "La performance du système de santé au Burundi est améliorée"

L'objectif spécifique est : « 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 »

Cet objectif est décliné en **4 résultats**. Chacun des résultats est obtenu par des activités qui vont concourir et contribuer à leur atteinte en bonne coordination avec tous les PTF engagés. La durée totale de l'intervention est ainsi de 7 ans pour 8 ans de convention. La première phase (échéance prévue: mi-2014) sera exécutée sur la base de liens formels entre les résultats et activités dans le domaine du SNIS du programme PAISS et dans la seconde sans ces liens, étant donné que le PAISS sera échu. Il en sera tenu compte dans le prochain PIC 2014-2017.

Ces résultats sont présentés ci-dessous :

- **R1** : La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés (5 activités) ;
- **R2** : Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel (4 activités) ;
- **R3** : Les capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données leur permettent d'assumer leurs prises de décision, en cohérence avec le PNDS à tous les échelons du système de santé tant pour le secteur public que privé (4 activités) ;
- **R4** : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase pilote, suivie d'une mise à échelle (5 activités).

4. Les ressources

Les ressources humaines (un ATI/SNIS pour 4 ans et un ATN/informaticien pour 4 ans, leur personnel d'appui ainsi que des expertises perlées), matérielles et financières sont décrites dans ce chapitre. Le montant total de l'intervention est de 8 millions d'EUR qui sont affectés en trois rubriques : les activités, les moyens généraux et une réserve financière de 2 %.

Le cadre logique, le budget, le chronogramme et les profils des responsables de la présente intervention sont décrits en annexe.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

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

1 ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte

1.1.1 Contexte général

Le Burundi est situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. D'après les données du recensement général de la population et de l'habitat d'août 2008 (RGPH 2008), la population burundaise qui était à 8.053.574 d'habitants est faite de 50,8% de femmes et 49,2 % d'hommes qui vivent essentiellement en milieu rural, soit 9 habitants sur 10. En 2010, la population est estimée à 8,5 habitants avec une des plus fortes densités du continent africain, soit 310 habitants/km². Le taux de croissance annuelle de la population est évalué à 2,4%.

Il a été lourdement affecté depuis 1993, par une guerre civile qui a déplacé 200.000 personnes tant interne qu'en externe et a réduit de plus de moitié son PIB et multiplié par deux le nombre de Burundais qui vivent avec moins de 1,25 US\$ par jour. La vulnérabilité de la population, et en particulier celle des femmes et des enfants, en a été aggravée. La transition politique, initiée en 2002, a abouti à l'ébauche d'une sortie de crise encourageante, avec les élections et la mise en place des nouvelles institutions démocratiquement élues de la base au sommet. De récentes élections communales, présidentielles, législatives et collinaires ont été menées en mi-2010.

Le Burundi est divisé en structures administratives dont la plus grande est la Province. Le pays en compte dix sept : Bubanza, Bujumbura, Cankuzo, Cibitoke, Gitega, Karuzi, Kayanza, Kirundo, Makamba, Muyinga, Ngozi, Rutana, Ruyigi et la province urbaine de Bujumbura.

1.1.2 Pauvreté et défis démographique

L'impact désastreux de la guerre s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population avec un taux de la pauvreté estimée à 67% en 2006³, taux toujours maintenu en 2009, un PIB par habitants qui n'a pas cessé de baisser de 2007 à 2011 passant de 119\$/hab/an à 102\$/hab/an. On estime qu'environ sept burundais sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour). Avec des taux d'inflation extrêmement élevés en 2007 (14,5%) et en 2008 (25,7%), ce taux a fortement baissé en 2009, se situant à 4,6% à la fin de l'année. Cette situation a de fortes répercussions sur les secteurs sociaux.

Les résultats de l'enquête QuiBB, menée en 2006, révèlent un taux de pauvreté de 67% sur le plan national, dont 69% en milieu rural et 34% en milieu urbain. L'inégale répartition des effectifs de pauvres à travers les différentes provinces du pays et la spécificité des catégories de population particulièrement vulnérables comme les ménages dirigés par les veuves, les orphelins ou les sinistrés de guerre suggèrent que des politiques de réduction de la pauvreté doivent être mieux ciblées.

³ Evaluation de la performance et de l'impact, CSLP 2007-2009

Les projections de croissance démographique laissent croire que le nombre d'habitants atteindra 10 millions dans moins de dix ans. Ainsi le défi sera non seulement d'assurer un développement durable, mais également de maintenir d'abord la stabilité des revenus et la sécurité alimentaire.

1.1.3 Gouvernance

Dans le domaine de la promotion de l'**Etat de droit**, le gouvernement a continué ses efforts pour renforcer le système judiciaire et assurer le respect des droits humains.

Dans le domaine de la **Gouvernance politique**, l'essentiel des activités s'est articulé autour de la poursuite du programme de renforcement des institutions élues par le sénat, de la consolidation des comités locaux de bonne gouvernance et de la formation des différents intervenants dans le processus de décentralisation, comme les CDCs qui ont pris une large part dans la formulation des plans communaux de développement. Des débats participatifs ont été organisés en vue de finaliser le **Document de Politique Nationale de Décentralisation** qui sert de support à l'élaboration d'un plan d'action à moyen et long terme.

Dans le domaine de la **Gouvernance Economique**, le gouvernement a pu initier une enquête diagnostique sur la gouvernance dont le résultat doit constituer un support important vers l'élaboration d'une stratégie nationale de gouvernance.

Parallèlement, le renforcement de la **transparence dans la gestion des fonds publics** s'est traduit non seulement par la production de rapports de contrôle, mais aussi par la dynamisation et le renforcement des capacités de l'Inspection Générale de l'Etat, de la Cour et de la Brigade Anti-Corruption. L'objectif primordial des réformes des finances publiques initiées avec l'appui des partenaires est de relever le niveau de mobilisation des recettes intérieures, d'améliorer le profil des dépenses publiques et de renforcer la transparence dans la gestion des ressources de l'Etat.

Concernant l'amélioration du **profil des dépenses**, la revue des dépenses en capital et l'introduction des CDMT dans les services-clé comme l'agriculture, la santé et l'éducation constituent un pas important vers un meilleur alignement du budget sur les recettes internes et externes. L'opérationnalisation du NIF, la révision du Code Général des Impôts et la confection de la carte du contribuable devraient être de nature à renforcer les performances de la Direction des Impôts tandis que la mise en oeuvre du Code des Douanes facilitera un contrôle plus rigoureux des importations et des exonérations associées.

De même, l'élaboration préalable du **cadre budgétaire**, la promulgation d'un nouveau code des Marchés Publics, le renforcement du SIGEFI, la constitution de plans de trésorerie et les mesures adoptées pour mieux maîtriser la masse salariale permettront un meilleur ordonnancement des dépenses, conforme au niveau attendu des recettes. Enfin, en ce qui concerne le cadre légal et institutionnel, l'adoption de la loi organique et l'élaboration d'une stratégie de gestion des Finances Publiques représentent une étape cruciale dans la rationalisation de la gestion budgétaire

1.1.4 Promotion d'une croissance durable et équitable

Des problèmes conjoncturels, liés à l'irrégularité de la pluviométrie ont pu causer, dans certaines provinces du pays, des **situations sévères d'insécurité alimentaire**, avec des répercussions plus dures pour les catégories vulnérables. En raison de son impact majeur sur l'amélioration du bilan nutritionnel (lait et viande) et sur la croissance, l'élevage a continué à bénéficier d'appuis multiformes articulés essentiellement autour des programmes de repeuplement du cheptel, de renforcement des capacités des bénéficiaires, de contrôle des maladies, d'amélioration du cadre réglementaire et légal et de préparation du document d'orientation stratégique en matière d'élevage. Parallèlement, des efforts ont été déployés dans le but d'assurer le développement de la pêche et la relance de la pisciculture dont la production s'est accrue de 50% entre 2007 et 2008.

Tenant compte du caractère incontournable de la **protection de l'environnement** pour garantir un développement durable, le gouvernement s'est efforcé de mettre en place les textes réglementaires tendant à harmoniser le cadre légal et d'assurer le suivi des conventions internationales en matière environnementale grâce à l'organisation de séances d'information de sensibilisation et de descentes sur terrain.

Au titre **d'appui à la production**, le gouvernement met en avant la promotion du secteur privé, une meilleure efficacité des transports et une mise à contribution plus soutenue de nouvelles technologies. C'est ainsi que des réformes comme le nouveau code des investissements, la loi sur la faillite et la concurrence ainsi que l'adoption d'un nouveau cadre de concertation entre le secteur privé et les pouvoirs publics ont pu être initiés dans le sens de l'amélioration de l'environnement des affaires. En même temps, des efforts ont été déployés pour encourager et accompagner l'éclosion des micro-finances qui ont contribué à l'amélioration de l'accès au crédit aux petits épargnants et aux faibles revenus.

1.1.5 Promotion du capital humain

Le système éducatif de **l'enseignement primaire et secondaire** est marqué par des progrès remarquables en ce qui concerne les effectifs bénéficiaires en raison de la politique de la gratuité de l'enseignement primaire, des efforts accrus en matière de construction de nouvelles écoles, incluant les collèges communaux et les lycées et de la participation communautaire dans l'aménagement des infrastructures scolaires.

Ces dernières années, les taux bruts de scolarisation primaire ont continué d'augmenter, atteignant 130,4% en 2009 sous l'effet de la gratuité de l'enseignement primaire. Les taux nets sont passés de 59,8% en 2005 à 72,4% en 2006 et à 89,7% en 2009. La parité garçons/filles s'est encore améliorée (0,97 en 2009). Cependant, le défi reste l'amélioration du taux d'achèvement qui est de 48% et du taux de redoublement au primaire qui reste élevé (35%) ainsi que le taux d'abandon (7,4%) et de rétention scolaire (44%).

Au niveau de **l'enseignement supérieur**, la principale question qui reste posée concerne la forte augmentation des effectifs des étudiants par rapport au nombre insuffisant des enseignants à l'université du Burundi, ainsi que la qualité de l'enseignement dispensé dans les universités privées. Au cours de l'année 2008, le gouvernement a continué la

mise en oeuvre de son programme de construction et d'équipement d'amphithéâtres, de réhabilitation des salles de classe et de fourniture de livres, du matériel de laboratoire et didactique ainsi que du matériel informatique permettant l'utilisation des NTIC. Parallèlement, des études ont été réalisées au niveau de la restructuration de l'enseignement supérieur par l'introduction du système LMD. A court terme, il est prévu de mener des actions visant à améliorer l'efficacité de l'enseignement supérieur notamment par la réorganisation des études supérieures qui s'inscriraient dans une nouvelle loi à préparer, par l'encouragement de la recherche incluant la création de la Commission Nationale de la Science, de la Technique et de la Recherche et par un meilleur encadrement de l'enseignement supérieur privé.

L'accès à la **formation professionnelle** est encore très faible, les centres existants sont sous-équipés et la qualité des apprentissages reste à améliorer. Malgré le niveau encore bas des bénéficiaires et la grande disparité régionale des centres de formation, il est heureux de constater que le ratio filles/garçons est favorable aux femmes. Au regard du taux d'analphabétisme, de 65,1% pour les femmes et de 42,8% pour les hommes, les efforts entrepris pour une meilleure intégration des adultes doivent être consolidés, notamment en renforçant les compétences des alphabétiseurs et en élargissant les moyens logistiques

1.1.6 Performances macroéconomiques

La **croissance du PIB** s'est renforcée malgré les débuts de la crise internationale, atteignant un niveau estimé à **4%** en 2011, contre celui de 3,6%, enregistré en 2007. Cette relative embellie est essentiellement due à la croissance du secteur primaire et secondaire.

En revanche, l'année 2008 a été marquée par une hausse généralisée des prix à la consommation, dont l'indice est passé de 674,6 points en janvier à 919,9 points en décembre. Les produits alimentaires, les articles de ménages et les services médicaux ont contribué plus significativement au renchérissement du coût de la vie. En glissement annuel, le taux d'inflation est passé de 14,9% à 28,1% entre janvier et août, pour connaître un mouvement à la baisse qui l'a ramené à 8,3 % en décembre 2010.

Le déficit de la balance courante a pu être réduit de 15,7 à 13,5% du PIB entre 2007 et 2008, malgré une balance commerciale fortement déficitaire, grâce à l'augmentation importante des transferts courants de 240 à 308 millions US\$, soit 26,6% du PIB. Cette situation traduit un besoin croissant en appuis extérieurs pour combler le solde de la balance courante.

Les principaux agrégats monétaires se sont tous inscrits à la hausse entre 2007 et 2008. La masse monétaire a augmenté de 34,29%, les avoirs extérieurs nets de 66,3% et les crédits nets au trésor de 19,8%. Cette progression généralisée est la conséquence de la flambée des prix, et dans une moindre mesure des retards enregistrés dans le décaissement des aides extérieures. La Banque centrale a toutefois poursuivi la mise en oeuvre des réformes à travers l'application des instruments indirects de gestion monétaire comme (i) les appels d'offres de liquidité, (ii) le recours aux réserves obligatoires et (iii) les taux de refinancement. La gestion des taux de change et le marché aux enchères de devises ont aussi contribué à la stabilisation du FBU. La Banque Centrale a également renforcé les questions liées à la gouvernance par la consolidation des mécanismes d'appréciation des risques, la promulgation de nouveaux statuts consacrant son indépendance, l'exécution des audits internes et externes, l'application des mesures des sauvegardes financières et l'amélioration des mécanismes de supervision bancaire

1.1.7 Cadrage budgétaire

Au cours de l'exercice 2006, le Burundi a bénéficié d'un **allègement de la dette** des pays pauvres très endettés. A l'étape actuelle du processus de paix, il se trouve dans des conditions plus favorables à la concertation de ses énergies. Il a atteint, en janvier 2009, le point d'achèvement de cette initiative, étape lui permettant de bénéficier de l'annulation de la dette de près de 92%, ce qui équivaut à un montant de 70 milliards de FBU par an, qui sera utilisé pour la reconstruction et le développement économique et social. De plus, le pays est maintenant éligible à l'Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM).

Durant les deux premières années de mise en oeuvre du CSLP, les dépenses ont augmenté beaucoup plus vite que les recettes propres de l'Etat. Les accroissements observés sont néanmoins à interpréter à la lumière des forts taux d'inflation qui ont marqué les années 2007 et 2008. C'est dire qu'en termes réels, les retombées sur les programmes de lutte contre la pauvreté sont plus modérées.

L'analyse du budget 2008 révèle un léger accroissement des **recettes intérieures** par rapport aux prévisions.

Concernant les **dépenses**, un dépassement de 20,6 milliards de FBU a été enregistré en raison surtout de l'accroissement de la masse salariale et des décaissements importants du programme « DDR ». L'exécution du budget 2008 s'est soldée par des besoins de financements de 366,8 milliards de FBU au lieu de 359,6 milliards retenus initialement. Ce gap a pu être comblé grâce aux appuis des partenaires au développement pour un montant de 258,9 milliards, et dans une moindre mesure grâce aux produits du programme de privatisation et au recours au financement bancaire.

Les **secteurs prioritaires** comme la santé, l'éducation et l'agriculture ont bénéficié chaque année de fonds de plus en plus importants, bien que leur part dans les budgets de 2006 à 2008 soit restée en quasi-stagnation. Les ressources issues de l'Initiative PPTTE ont été orientées prioritairement dans les secteurs sociaux comme l'éducation, la santé, la lutte contre le VIH/Sida et la solidarité nationale.

1.2 Le Secteur Santé

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

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

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

Il faut souligner également que le Ministère du VIH/Sida a été intégré dans le MSPLS le

13 mai 2010 et une USLS (Unité Sectorielle de Lutte contre le Sida) en assume la coordination intra-sectorielle de la lutte contre le VIH/Sida.

Le Burundi et son département de la santé dispose des documents sectoriels fondateurs essentiels suivants :

- Pour rappel : un **Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)** échoit en 2010 et le chantier de son extension est planifié pour 2011 ainsi qu'une **initiative d'Allègement de la Dette pour les Pays Pauvres très Endettés** (initiative des « PPTTE ») ;
- Une **Politique Nationale de Santé (PNS) 2005-2015** a été élaborée suite aux Etats Généraux de la Santé et prend en compte aussi bien les besoins humanitaires pour le court terme que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) avec une prise de conscience progressive au niveau politique que la santé et le développement sont liés ;
- Cette PNS se décline par un processus participatif en **deux Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) quinquennaux**. Le premier (PNDS I) a couvert 2006 à 2010 et l'élaboration du deuxième (PNDS II - 2011 à 2015), accompagné d'un **Cadre de Suivi et Evaluation**, est en cours et sa validation est planifiée pour le début du deuxième semestre 2011 ;
- Un **Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2011-2013** (juin 2011) a été élaboré et s'alignera dorénavant sur le cycle des PNDS (dont celui de 2011-2015) ;
- Un Plan Stratégique de la réponse du secteur de la Santé face au VIH/Sida et aux IST pour la période 2010-2015 ;
- Un document de **Politique Nationale de Lutte contre le VIH et le Sida sur le lieu du travail**, avec l'appui du BIT en mai 2011, a été établi par le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale accompagné d'un projet **Plan Opérationnel de la Politique Nationale de Lutte contre le VIH/Sida dans le monde du travail** (2011-2015) établi en mai 2011.
- Un **Plan Stratégique du SNIS 2011-2015**, qui sera également validé en 2011.

Les dépenses consacrées aux soins représentent en moyenne plus de 7% du revenu annuel des ménages, ce qui cause des difficultés particulières pour les familles pauvres et vulnérables pour lesquelles ce taux peut atteindre 17% des revenus. Afin d'atténuer les contraintes liées à cette situation, le gouvernement a consolidé le processus de mise en oeuvre d'actions permettant de réaliser progressivement les objectifs du PNDS II ainsi que la mise en oeuvre d'importantes réformes visant l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé.

1.2.1 PNDS 2006-2010 : bilan

* Le premier objectif de ce PNDS visait la réduction du taux de mortalité maternelle et de mortalité néonatale. Les principaux résultats produits sont : (i) une augmentation des accouchements dans les structures de soins de 41% en 2007 à 56% en 2008, (ii) le renforcement des compétences en termes de réponses aux urgences obstétricales et l'augmentation de la fréquence des consultations des enfants de moins de 5 ans, (iii) un

taux de couverture vaccinale a 92% en 2008, (iv) tandis que la distribution à grande échelle de médicaments antipaludiques et des moustiquaires imprégnées ont permis de diminuer l'incidence et les ravages causés par la malaria.

* En matière de **lutte contre le VIH/Sida**, lors de la dernière enquête de séro-prévalence réalisée en 2007, le taux de séro-prévalence était de 2,97% à l'échelle du pays, soit 2,82% en milieu rural, 4,41% dans les zones péri urbaines et 4,59% dans les agglomérations urbaines. Afin d'arrêter la propagation de cette pandémie, le gouvernement a mis en place des programmes multi-sectoriels visant (i) la réduction de la transmission des IST/VIH par le renforcement et l'élargissement des interventions de prévention, (ii) l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/Sida, (iii) la réduction de la pauvreté et des autres déterminants de la vulnérabilité face au VIH ainsi que (iv) l'amélioration de la coordination et de la gestion. Les mesures comme l'octroi des soins, la facilitation de l'accès aux médicaments, la promotion des activités génératrices de revenus et la promotion des droits des PVVIH constituent des initiatives très positives en direction des personnes touchées par le VIH/Sida. L'action du gouvernement et de ses partenaires semble porter ses fruits, car le taux de prévalence a diminué entre les enquêtes de 2002 et 2007, en particulier au regard de la stabilisation du nombre d'orphelins du sida, qui a augmenté de 43% entre 2000 et 2005, mais de moins de 4% entre 2005 et 2008, selon les estimations du CNLS. En outre, le nombre de dépistages volontaires a plus que doublé, pour atteindre en 2008 près de 237.000 personnes. Au total, environ une personne sur dix connaît désormais son statut sérologique. A terme, les progrès enregistrés dans l'exécution de ces programmes doivent être renforcés par une mise en oeuvre plus performante des plans d'action et du plan stratégique national de lutte contre le Sida couvrant la période 2007-2011.

D'une façon générale, plusieurs expériences sur le terrain sont prometteuses, comme: la surveillance intégrée, les soins obstétricaux d'urgence, la PCIME, les soins à domiciles et l'accès aux ARV pour les PVVIH et, enfin, la participation communautaire. Un des grands défis est celui de trouver et de combiner les réponses à court terme et celles à plus long terme en vue d'améliorer la disponibilité, l'accès et la qualité des services et prestations de santé. La durée de cette intervention (7 ans) est en cohérence avec cette vision.

Depuis que le Ministère du VIH/Sida a été intégré dans le MSPLS, une USLS (Unité Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida) absorbe ses mandats sectoriels.

* Au niveau de **l'assainissement** urbain, la vétusté et la faible capacité des installations ne permettent pas des opérations à grande échelle respectant les normes d'hygiène du milieu. A titre d'illustration, seuls 20% des déchets de Bujumbura sont collectés tandis que seule 38% de la superficie de la ville est reliée au système public d'égouts. De surcroît, il subsiste des lacunes au niveau institutionnel et réglementaire, dues essentiellement à l'absence d'une politique claire en matière d'hygiène et de textes d'application du code de l'environnement et de celui de l'hygiène. Le gouvernement envisage à court terme la réalisation d'études devant aboutir notamment à l'aménagement de nouvelles infrastructures et à l'acquisition du matériel approprié.

L'ambition du gouvernement est de garantir, à terme, **l'accès à une eau potable** et peu chère à toutes les couches de la population, en particulier les plus démunies, en adoptant des mesures appropriées pour faire face notamment aux problèmes (i) de disparité de la ressource en eau, (ii) de salubrité et de tarissement, (iii) de gaspillage de la ressource en eau et (iv) de la faiblesse des financements investis dans les travaux d'adduction d'eau. La production en eau en 2008 a chuté de 3,9% par rapport au niveau atteint en 2007. D'après les dernières données disponibles représentatives au niveau national, issues de l'enquête MICS 2005, 79,7% de la population urbaine et 63,4% de la population rurale

avait accès à une source d'eau améliorée (potable). Le gouvernement envisage une gestion intégrée de l'eau incluant l'irrigation, le transport et la production hydroélectrique en vue de renforcer les bases d'accroissement de productivité et de croissance. Dans cette optique, tout en mettant un accent particulier sur l'entretien régulier des adductions d'eau, la vulgarisation des techniques de gestion et de conservation des eaux sur les collines constituera une haute priorité.

* **L'appui aux groupes vulnérables** constitue toujours une des priorités. En effet, depuis la crise, différentes catégories de population vulnérables, comme les orphelins de la guerre et du Sida, les veuves et les enfants de la rue vivent dans des conditions particulièrement difficiles et nécessitent des appuis sociaux multiformes. Grâce à la consolidation de la paix, le gouvernement a renforcé ses mécanismes d'assistance par la mise à disposition des biens de première nécessité (vivre et équipements), la mise en place d'infrastructures d'accueil (logements) et les facilités de réintégration (école, frais scolaires, soins de santé).

* La **promotion de la sécurité sociale** requiert la définition et l'exécution de programmes appropriés. La population bénéficiaire des prestations sociales, exercées respectivement par l'INSS et MFP, est estimée à 10% seulement. Parallèlement à la mise en place d'une structure nationale chargée de la coordination et du suivi des activités liées à la promotion de la sécurité sociale, le gouvernement a entamé le processus de mise en place de l'ONPR, d'un organisme d'assurance maladie maternité pour le secteur informel, d'un Fonds National de Solidarité ainsi que l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale. Il est également envisagé de mettre en oeuvre le Code de sécurité sociale au cours des prochaines années.

* Les contraintes liées aux **coûts d'accès aux soins** sont encore élevées. Les Comptes Nationaux de la Santé 2007 (CNS) montrent que les dépenses en santé par habitant au Burundi sont de 18.848 FBU (18\$) par an. Ce qui équivaut à 16,4% du revenu annuel par habitant. Comparé au niveau des dépenses recommandé par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS qui est de 34\$ par habitant et par an, ce montant apparaît être très faible. La contribution directe des ménages correspond à 37% de ce montant, soit 7.102 FBU, soit environ 6% du revenu annuel par habitant.

Ci-dessous un tableau récapitulatif sur le % par source des dépenses de santé par habitant :

Table 1 : les dépenses nationales en santé par habitant et par source de financement

Ménages	37,7%
Autres fonds privés	5,2%
Gouvernement	17,1%
Ressources extérieures	40,0%
Pour un montant total:	18.848 Fbu

Source : CNS 2007

* Le **taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires**, qui représente le nombre de visites annuelles par habitant, ayant augmenté de 38% en 2005 à 79% en 2008, montre l'élargissement de l'accès aux services de santé pour la population.

Malgré les efforts de redressement entrepris au cours des dernières années, il faut relever que les taux de mortalité infantile et maternelle restent très élevés. Ils sont respectivement estimés à 165 pour mille pour les enfants de moins de cinq ans et à un peu plus de 886 décès maternels pour 100.000 naissances. L'espérance de vie à la naissance est de 51ans (recensement de 2008). La proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale est estimée à 37% (voir CSLP, page 27-28).

* Dans le domaine des **infrastructures**, il y a lieu de citer le montage d'équipements biomédicaux dans 10 Centres de Santé (CdS) et 23 hôpitaux, l'électrification de 8 CdS et celle de 18 autres en cours de réalisation, l'entretien de 8 groupes électrogènes dans les BPS, l'installation de deux groupes électrogènes au Ministère de la Santé Publique et l'adduction d'eau pour 3 CdS. De même, des études pour la construction de deux hôpitaux, de 9 CdS (à vérifier) et pour la réhabilitation ont été réalisées. La récolte des données relatives à l'état des infrastructures sanitaires dans les 17 provinces sanitaires du pays en vue de leur réhabilitation future a été initiée. Il est intéressant de mentionner également les constructions des salles de soins et les travaux de maintenance et d'entretien de routine de l'équipement (y inclus équipement biomédical, informatique et charroi).

* Dans celui des **Ressources Humaines**, le constat est plutôt préoccupant. En effet, malgré la hausse des consultations dans les CdS, le nombre de personnel de santé n'augmente pas suffisamment à ce niveau, et leurs conditions de travail sont souvent de plus en plus difficiles. Il n'y a en tout et pour tout au Burundi que 201 médecins dont 87 dans le secteur public et 114 dans le secteur privé et les ONGs. Sur les 87 médecins relevant du secteur public, 46 d'entre eux soit 52% sont des administratifs en poste à Bujumbura et dans les chefs lieux des provinces. Au total, 90 % des médecins travaillent en milieu urbain. De même, 27,34% des paramédicaux se trouvent dans la capitale. Enfin, seuls 42,62% des Techniciens Médicaux travaillent pour 90% de la population. En 2007, l'écart entre les effectifs de personnel médical requis par les normes internationales et les effectifs effectivement disponibles était de 1282 individus. Il faudrait donc augmenter le personnel médical de plus de 340% selon les catégories pour doter raisonnablement le système de santé du Burundi en ressources humaines qualifiées, étant entendu que les carences se font sentir plus particulièrement au niveau périphérique. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action en Ressources Humaines 2007-2009, les réalisations suivantes ont été effectuées depuis 2008, à savoir : (i) élaboration de la politique et des plans de développement des ressources humaines, (ii) réforme de la formation dans les écoles paramédicales, (iii) formation des médecins en urgences chirurgicales et obstétriques, (iv) mise en place de mécanismes de motivation et de stabilisation pour le personnel et (v) démarrage de l'approche contractuelle dans certaines provinces pilotes du pays.

* Dans celui de **l'approvisionnement en médicaments**, il est toujours tributaire de la situation d'urgence qui a prévalu pendant longtemps. Avec un approvisionnement en médicaments de plus en plus important, plusieurs problèmes se sont aggravés comme la durée de stockage (jusqu'à plus d'un an), un approvisionnement non adapté aux besoins exprimés, des ruptures de stock fréquentes, une lourdeur administrative des procédures de commande et un gaspillage des ressources existantes. Au regard de ces problèmes, une « logistique intégrée » a été proposée. Celle-ci consiste au transfert progressif des missions d'approvisionnement des intervenants en santé à la CAMEBU, à l'amélioration de la qualité et de la régularité du transport avec l'achat d'un second camion équipé d'une chambre froide, à la mise en application du nouveau code des marchés publics ainsi qu'au ciblage de 20 médicaments essentiels dont l'approvisionnement régulier sera prioritaire.

1.2.2 PNDS 2011-2015 - vision à l'horizon de l'an 2015

Durant la formulation, le PNDS 2011-2015 était en élaboration. L'actuel DTF s'aligne sur la version finale du PNDS 2011-2015.

Vision : Le Burundi aura une paix et une stabilité socio-politique durable avec une croissance économique permettant à tout citoyen un accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous un leadership renforcé du MSPLS. Les différents intervenants, les partenaires et la population en pleine phase avec le gouvernement auront réduit les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance dans un contexte de bonne gouvernance, et de développement durable d'un système de santé pro-actif et performant pour une vie économiquement, socialement et humainement acceptable.

Cette vision réalisée permettra aux burundais de vivre plus dignement et plus longtemps dans un meilleur environnement. Ils seront plus conscients de leurs responsabilités dans la promotion de leur santé et de celle des communautés auxquelles ils appartiennent. Les différents groupes à risque ne mourront plus massivement de maladies évitables.

Objectif: Le but de ce PNDS est « d'améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé ».

Piliers et Axes stratégiques : Cet objectif sectoriel sera réalisé à travers 9 axes stratégiques portant sur les 6 piliers de Renforcement du Système de Santé(RSS).

Les six piliers sont les suivants :

- PILIER 1: Amélioration des prestations
- PILIER 2: Ressources humaines
- PILIER 3: Médicaments
- PILIER 4: Infrastructures, équipement et financements
- PILIER 5: Leadership et gouvernance
- PILIER 6: Système national d'information sanitaire

Les 9 axes stratégiques du PNDS II sont les suivants :

- Axe Stratégique 1 : Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé :
- Axe Stratégique 2 : Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles ;
- Axe Stratégique 3 : Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises ;

- Axe Stratégique 4 : Disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ; et leur accessibilité ;
- Axe Stratégique 5 : Amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires et équipements ;
- Axe Stratégique 6 : Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation ;
- Axe Stratégique 7 : Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins ;
- Axe Stratégique 8 : Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ;
- Axe Stratégique 9 : Renforcement du système d'Information Sanitaire, de la Planification et du suivi et évaluation.

Par rapport à l'axe 9, tirant les leçons de l'évaluation du PNDS1, le PNDS II se veut innovant en matière de renforcement du Système National d'information sanitaire au Burundi. La gestion et l'exploitation communes des données seront renforcées pour la définition, la conception, l'orientation des politiques et stratégies adaptées aux besoins des populations et aux réalités du terrain.

Le PNDS II permettra l'amélioration du système d'Information Sanitaire, de la planification et du suivi et évaluation à travers les actions suivantes :

- la mise en place d'un SNIS intégré et performant ;
- la mise en œuvre d'un plan stratégique de renforcement du Système d'Information sanitaire ;
- la mise en place d'un cadre institutionnel de planification ;
- l'alignement et coordination des cycles de planification stratégique et opérationnelle ;
- la mise à dispositions des outils de planification de référence ;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des TIC à tous les niveaux ;
- la mise en place d'un plan de suivi-évaluation du PNDS II ;
- la promotion de la recherche en Santé.

Les structures au niveau central et décentralisé seront responsabilisées dans leur rôle de production, d'analyse, de diffusion et d'utilisation d'informations fiables sur les déterminants de la santé, le fonctionnement du système de santé et l'état de santé de la population.

AXES STRATEGIQUES	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
AS 1: Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé	42,669,997,960	59,014,713,518	58,866,366,035	63,135,443,413	67,862,187,906	291,548,708,832	17.6%
AS 2: Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles	386,472,000	2,104,651,080	865,781,900	579,300,000	418,850,000	4,355,054,980	0.3%
AS 3: Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises	34,839,271,399	40,488,259,611	43,519,231,480	46,224,907,398	48,707,430,890	213,779,100,778	12.9%
AS 4: Disponibilité et accessibilité de la population aux médicaments et autres produits de santé de qualité	79,017,539,473	90,062,431,947	94,347,392,048	98,638,021,298	103,710,876,467	465,776,261,233	28.1%
AS 5: Amélioration de la couverture en infrastructures et équipements	24,379,367,747	53,323,146,113	34,251,523,533	26,116,147,641	26,171,667,255	164,241,852,290	9.9%
AS 6: Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation	11,390,242,221	32,417,608,204	31,582,690,014	28,764,422,374	28,638,026,377	132,792,989,190	8.0%
AS 7: Assurance de la pérennité du financement basé sur la performance couplé à la gratuité	36,753,840,770	56,426,772,690	66,377,855,550	77,982,701,545	91,559,001,435	329,100,171,990	19.9%
AS 8: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	272,745,000	3,350,587,950	5,335,148,970	5,364,713,991	13,054,702,507	27,377,898,417	1.7%
AS 9: Renforcement du système de suivi et évaluation	3,135,058,820	5,241,332,485	4,951,613,682	3,976,153,721	9,717,176,160	27,021,334,868	1.6%
TOTAL	232,844,535,390	342,429,503,599	340,097,603,212	350,781,811,381	389,839,918,997	1,655,993,372,579	100%

Table 2 : Costing PNDS 2011-2015

Le costing du PNDS II, en l'état actuel, se résume dans le Table 2, en FBU. Le 9^{ième} axe est consacré au renforcement du système de suivi et évaluation. On constate qu'il représente 1,6% du budget total pour les 5 années.

Suivi et Evaluation : D'autre part, un Cadre de Suivi et Evaluation du PNDS II est disponible depuis le 16 juillet 2011. Ce cadre stratégique, basé sur l'analyse des déterminants des problèmes à travers un cadre conceptuel et institutionnel, est superposable à ce dernier. Il indique les principales solutions proposées pour réaliser les objectifs généraux du PNDS II d'ici 2015.

Une sélection de 51 indicateurs (au lieu de 200 dans le PNDS précédent) a été retenue. Une classification de ces indicateurs a été faite suivant le niveau d'évaluation des résultats. Une définition précise pour chaque indicateur de son mode de calcul, des sources de données, la périodicité et le niveau de collecte a été faite⁴.

1.2.3 Principales réformes mises en oeuvre

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

Elles portent principalement sur les domaines suivants:

1. Installer une **nouvelle organisation du MSPLS** sur la base du récent audit organisationnel et institutionnel;
2. Soutenir la mise en place de **Districts Sanitaires (DS)** : il s'agit d'une réforme structurelle et fonctionnelle majeure qui sera le réceptacle de l'essentiel des efforts. Ce concept est un concept international, mais doit trouver ses repères et ses propres normes nationales en tenant compte de l'évolution récente et future de l'environnement du système de santé burundais ;
3. La réforme du **SNIS**, support indispensable à la gestion du système de santé ;
4. La **gratuité des soins**, afin d'améliorer significativement l'accès à l'offre de soins ;
5. Le **financement basé sur la performance** (mode de financement basé sur les résultats des services et des prestations) ;
6. La **coordination sectorielle**, dans une logique de programmation conjointe entre bailleurs et partenaires techniques du secteur de la santé.

Un état des lieux de la mise en oeuvre de ces réformes est présenté ci-dessous.

⁴ Voir Cadre de Suivi et Evaluation du plan national de développement sanitaire 2011 – 2015 version finale, p 13-22.

1.2.4 Le nouvel organigramme

Le décret n° 100/254 du 04/11/2011 portant organisation et fonctionnement du MSPLS a été adopté par le gouvernement.

Les éléments essentiels de cette nouvelle organisation sont les suivants :

- Les niveaux du système de santé sont significativement peu modifiés tant au niveau de la pyramide sanitaire (pour rappel: 17 Bureaux Provinciaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida au niveau intermédiaire et au niveau périphérique : 45 Districts Sanitaires et 636 Centres de Santé) et qu'à celui des missions générales. A souligner cependant l'inclusion de la lutte contre le Sida dans le MSP;
- Au niveau des missions spécifiques voici les changements les plus importants :

Un Secrétariat Permanent est créé. Il comprend:

- (i) une Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le Sida (DGSSLS),
- (ii) une Direction Générale de la Planification (DGP),
- (iii) une Direction Générale des Ressources (DGR)
- (iv) une Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (IGSPLS) ;

Il est appuyé par 3 services rattachés:

- (i) un secrétariat propre,
- (ii) un Comité de Liaison avec les Administrations Personnalisées Gouvernementales, non Gouvernementales et des Associations
- (iii) une Agence Nationale de Régulation des Pharmacies et Laboratoires et (iv) un Bureau de Coordination des Appuis Internationaux (ex-CPSD) ;

La nouvelle DGP est structurée en 2 directions :

- (i) la Direction de la Planification et des Politiques de la Santé, qui comprend 3 services dont un qui se voit attribué le Suivi Evaluation (dont les plans stratégiques)
- (ii) la Direction du Système Nationale d'Information Sanitaire qui comprend 2 services:
 - o celui des Etudes et de la Recherche
 - o celui de la Gestion du SNIS ;

- L'Inspection Générale est renforcée dans ses mandats et comprend 3 Services :
 - o (i) celui de l'Inspection de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires,
 - o (ii) celui de l'Accréditation
 - o (iii) celui de l'Inspection et de Contrôle (dont celui des normes des établissements publics, agréés et privés en collaboration avec les Bureaux Provinciaux de Santé).

Ainsi, les attributions de la Direction du SNIS élargissent celles actuellement assumées par l'EPISTAT, renforcent sa responsabilité et son autorité sur l'ensemble du système de santé.

Cette Direction étant membre d'une même Direction Générale (la DGP), elle permet concrètement de structurer des liens entre le **service de Suivi/Evaluation** des plans, des projets spécifiques du MSPLS et de la Coopération Internationale, du **contrôle de la performance 'méthodologique'** des processus de planification, etc.... et la **Direction du SNIS**, en ses mandats de coordination, gestion et supervision dans les domaines de l'information sanitaire, celui de la surveillance épidémiologique et celui des études et recherche.

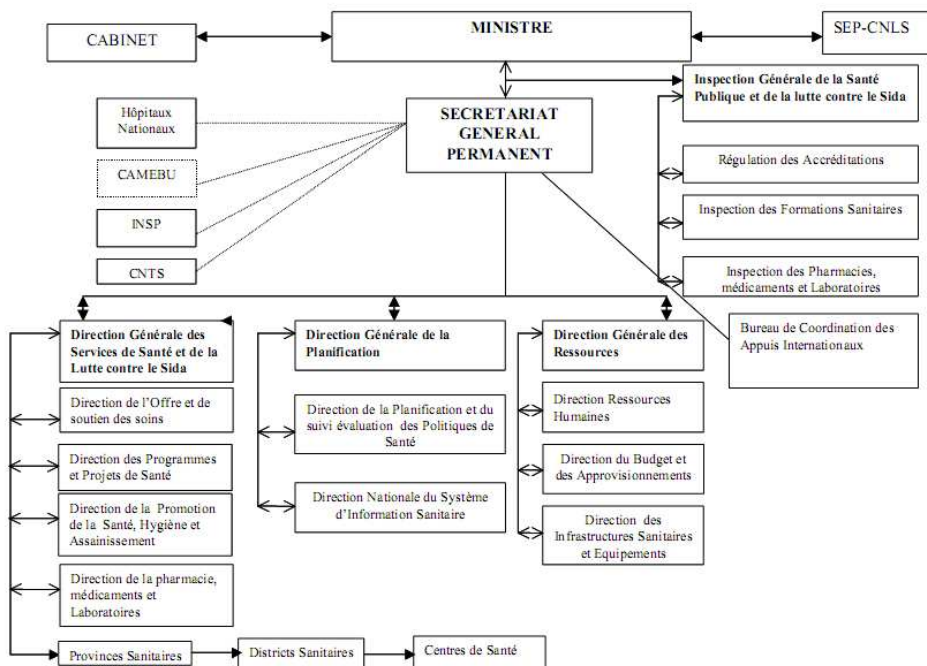


Figure 1 : nouvel organigramme MSPLS.

1.2.5 La mise en place de districts sanitaires

Cette réforme a commencé en 2007 dans l'optique de décentraliser la gestion administrative et technique au sein du secteur de la santé. Le DS couvre une population bien définie d'environ 150 000 habitants. Lorsqu'il y a plus de 250 000 habitants, le district est subdivisé en deux. Chaque DS comprend un hôpital de district (en tant que structure de première référence) et des CdS qui prennent en charge la majeure partie des problèmes de santé qui leur sont demandés et réfèrent les cas compliqués au niveau du DS et celui-ci au niveau supérieur. En 2009, 45 districts sanitaires sur 45 ont été mis en place, répartis sur le territoire national, mais leur degré de fonctionnalité est très variable, dépendant d'un appui ou non d'un PTF.

1.2.6 La réforme du SNIS

A l'heure actuelle, le système de recueil et de traitement des informations sanitaires n'est pas capable de fournir les données nécessaires et régulières pour alimenter les processus de décision des professionnels de la santé (au niveau du CdS) et aux autorités sanitaires du BDS au niveau périphérique. La mise en oeuvre du SNIS a rencontré plusieurs difficultés dont l'extrême «verticalisation» de l'organisation du système de la santé qui privilégie des SNIS spécifiques pour chaque programme/maladie. Cette réforme n'a pas pu être exécutée entièrement en 2010, elle devra donc être renforcée et poursuivie.

1.2.7 La gratuité des soins

La prise en charge des maladies des enfants de moins de 5 ans, du traitement de première ligne contre le paludisme, des femmes enceintes et en période de post-partum y compris les accouchements est déclarée gratuite au Burundi. Cette mesure connaît plusieurs difficultés de mise en oeuvre. Ainsi, pour faire face aux retards accusés par les bureaux provinciaux de santé, des mesures ont été prises pour les inciter à déclarer plus rapidement leurs factures. Les factures tardives sont refoulées et une dérogation spéciale est requise pour leur traitement.

Une mission d'évaluation finale du projet « Soutenir la gratuité des soins de santé pour les femmes qui accouchent et les enfants de moins de cinq ans », financé par le DFID, du Royaume Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, avec l'appui technique de l'OMS, a été réalisée du 15 septembre au 19 octobre 2008 au Burundi.

Les objectifs de la mission étaient d'évaluer le degré de mise en oeuvre du projet et des résultats attendus, d'en évaluer l'impact, les principales forces et faiblesses ainsi que les contraintes de sa mise en oeuvre. Il s'agissait aussi d'analyser la pertinence de ce projet, la cohérence des activités par rapport à son environnement national, ainsi que l'appui technique fourni par l'OMS. Enfin, à partir des enseignements tirés de l'expérience acquise, des recommandations pour le futur ont été faites.

Cette évaluation a permis de mettre en exergue les constats suivants sur le terrain :

- (i) une augmentation significative de la fréquentation des CdS et des hôpitaux, surtout des accouchements pratiqués en milieu sécurisant et qualifié et une augmentation significative des césariennes ;
- (ii) peu d'amélioration de la gestion des stocks dans les formations

- (iii) sanitaires, malgré les formations à la gestion des MEG dispensées ;
des ruptures de stock au moment de l'évaluation, dues au fait que l'Etat n'a pas rempli sa contrepartie qui était de prendre le relais de l'approvisionnement en MEG ;
- (iv) un taux de remboursement des soins, dispensés gratuitement par les formations sanitaires, relativement satisfaisant, les hôpitaux étant mieux organisés pour assurer le suivi des factures que les CdS (dont la gestion financière était à l'époque de cette évaluation encore trop entre les mains des BPS).

Cependant, des réformes majeures doivent être engagées (de la CAMEBU, DPLM, ...). Toutes ces réformes ne pourront être efficaces que si elles s'inscrivent dans une série de mesures que le MSPLS doit développer : l'élaboration des normes qui devront être respectées et seront contrôlées par des supervisions régulières dans les formations sanitaires.

En conclusion, compte tenu des faibles ressources de la majorité de la population du pays, il est impératif de continuer à développer cette politique de gratuité tout en organisant mieux les procédures et les contrôles pour éviter une explosion des budgets qui y sont alloués et les dérapages éventuels (fausses factures, surconsommation, retard de remboursement avec ruptures de stock en médicaments par exemple).

1.2.8 L'introduction du « Financement Basé sur la Performance » (FBP; PBF en anglais)

Au niveau national, l'objectif est d'arriver à l'harmonisation du FBP et du financement de la gratuité. Un suivi régulier des résultats de projets pilotes en matière du FBP appuyé par les ONG Health Net TPO et CORDAID a été opéré. Les résultats de l'approche FBP dans les provinces pilotes sont très positifs, comme l'a montré l'évaluation menée par CORDAID en comparant deux provinces « pilote » avec deux provinces témoins, et en tenant compte des inégalités initiales entre celles-ci. Il est apparu que sur les 27 indicateurs retenus pour l'étude, 22 sont en faveur du système FBP et aucun n'est significativement en faveur du système traditionnel par «input». Le gouvernement a donc décidé d'adopter cette politique au niveau national et de garantir une harmonisation des différentes interventions dans les provinces, avec le soutien des partenaires du secteur.

Depuis 2010, le programme de la gratuité a été intégré dans ce système dont la mise à échelle au niveau national a eu lieu au mois d'avril.

La volonté politique de poursuivre ce développement c'est traduit dans le PNDS 2011-2015 dans l'axe stratégique 7⁵. Le PNDS dans le chapitre 3 « Diagnostique Sectoriel » point 3.4.3.5 donne les informations sur ces développements récents du PBF au Burundi, associé à la gratuité des soins, dans sa logique qui vise à améliorer la qualité des outputs du système de santé. Il va de soi que le SNIS, comme un des outils permettant d'objectiver les outputs, aura un intérêt capital dans ce développement. La

⁵ Renforcement et pérennisation du financement basé sur les performances couplé à la gratuité, voir PNDS 2011-2015, p.

problématique d'une bonne harmonisation entre le PBF comme stratégie d'évaluation des performances des unités de prestations et le SNIS fait donc l'objet d'une concertation et collaboration continue. Signalons à titre d'exemple qu'en ce moment le rapportage SNIS est systématiquement contrôlé et validé par les agents du PBF.

1.2.9 La Coordination Sectorielle

En 2004 on comptait 16 partenaires importants pour le secteur de la santé. Les multilatéraux comprennent la Banque Mondiale, le FMI, l'Union Européenne et le système des Nations Unies qui intervient avec l'OMS, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'UNHCR et l'UNICEF. Leurs contributions ont été harmonisées dans le cadre de l'UNDAF élaboré en 2004 et s'inscrivent dans les priorités nationales. Les bilatéraux, dont la coopération belgo-burundaise, appuient également des ONG, le DFID, la Coopération Suisse, la Coopération Française et dans certains cas la Chine et Cuba coopèrent directement avec le gouvernement. Le GAVI et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose sont de nouveaux partenaires du Burundi.

Les mécanismes de coordination ont mûri progressivement pour aboutir à une bonne participation et coordination.

La coordination sectorielle a pu être renforcée alors que le MSPLS a continué à renforcer son leadership dans le dialogue sectoriel au niveau de la santé, en vue d'avancer dans l'approche SWAP (approche sectorielle) et d'atteindre la signature d'un « Compact ». Ce « Compact » a pour but de permettre au pays d'accélérer l'atteinte des OMDs en augmentant l'efficacité de l'aide par un partenariat accru entre le gouvernement et les partenaires dans le cadre de l'initiative IHP+ (International Health Partnership) à laquelle le Burundi et la Belgique ont adhéré⁶. Un draft de « Compact » a été présenté lors de la 3ème revue conjointe en décembre 2009 et aurait dû être normalement validé dans le courant du premier semestre 2010.

Un Cadre de Partenariat pour la Santé a été adopté le 22 février 2008, entre le Ministre de la Santé, celui de l'Economie, celui des Finances et celui de la Coopération au Développement et 12 partenaires dont l'Ambassade de Belgique. Un organe de coordination des différents partenaires a été mis en place : **le CPSD ou Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement**. La Belgique est actuellement le chef de file de ce cadre de concertation.

Les éléments qui ont justifié la création de ce cadre et qui ont été pris en compte dans sa finalité sont présentés ci-dessous :

- une insuffisance en infrastructures (vétustes pour la plupart) et du personnel qui, de surcroît, est mal réparti qualitativement et quantitativement ;
- une concentration de personnel de santé à la capitale Bujumbura avec très peu de relais à l'intérieur du pays ;
- une faiblesse dans la gestion des structures de santé (par une insuffisance de personnel compétent et par sa faible motivation) ;

⁶ <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>

- une faiblesse du système d'approvisionnement en médicaments essentiels et des consommables médicaux ;
- une forte centralisation de la gestion du système de santé ;
- une faiblesse des moyens financiers alloués au secteur ;
- une faiblesse du système de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire ;
- une insuffisance d'hygiène et d'assainissement;
- des barrières financières qui constituent une des contraintes majeures à l'accessibilité des soins de santé de base.

L'objectif général du CPSD est de faciliter la coordination des appuis techniques, matériels et financiers, par une vision commune, dans la mise en œuvre des PNDS en vue d'atteindre des objectifs nationaux et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) reflété dans le CSLP et le plan d'actions prioritaire (PAP) du Gouvernement. Cette vision a permis de faire figurer le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) parmi les outils nécessaires pour accompagner la mise en place de l'approche sectorielle.

Le CPSD s'est réuni à plusieurs reprises pour préparer la Table Ronde des Partenaires en mai 2007 et pour progresser dans l'harmonisation des appuis au secteur suivant une approche sectorielle dans la coordination de la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions dans le secteur de la Santé. Des instances de décisions politiques et d'autres plus techniques sont fonctionnelles. Cinq Groupes Thématiques⁷ se réunissent mais irrégulièrement.

Depuis 2007, chaque année une mission conjointe avec les partenaires est organisée par le MSPLS. Elle prévoit des visites conjointes sur le terrain et un atelier au cours duquel un examen des progrès réalisés la dernière année est mené et débouche sur un consensus en terme de recommandations à prendre en compte pour l'année suivante.

1.2.10 Le Financement de la Santé

Le Burundi dépend largement des contributions des patients (**25%** des financements en 2010⁸) et des partenaires au développement (**46,6%** sur la même base) pour financer leur système de santé. L'état intervient pour **27,4 %**. (le budget de l'Etat + la Mutuelle de la Fonction Publique). L'aide financière extérieure sera encore pour la prochaine décennie une source de financement majeure du secteur de la santé.

Les programmes verticaux (Gavi et le Fonds Mondial) ont contribué en 2010 pour **38,23 %** de tous les financements fournis par les PTF sur des cibles 'verticales' du système.

La figure ci dessous présente les financements du système de santé par sources et par année pour la période 2009-2011.

⁷Groupes Thématiques Médicament, Financement, Suivi/Evaluation, Ressources Humaines et District sanitaire

⁸ Base : voir tableau de la page suivante :22,75 USD/habitant en 2010 - CDMT 2009-2011. Ce chiffre ne correspond pas à celui fourni par le CNS 2007 (voir 1.1.3.2)

Source de financement	2009		2010		2011		Total	
	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
Etat	38,827,115	21,0%	40,772,387	21,8%	42,811,006	21,6%	122,410,508	21,4%
Etat/population	1,890,189	1,0%	1,984,698	1,1%	2,083,933	1,1%	5,958,821	1,0%
Population	45,398,510	24,5%	46,794,836	25,0%	48,235,643	24,3%	140,428,989	24,6%
MFP	9,980,784	5,4%	10,479,823	5,6%	11,003,814	5,5%	31,464,422	5,5%
PTF	88,871,404	48,0%	87,245,721	46,6%	94,317,894	47,5%	270,435,020	47,4%
Total général	184,968,003	100,0%	187,277,465	100,0%	198,452,292	100,0%	570,697,760	100,0%
Population	8,000,000		8,232,000		8,470,728			
Par habitant/an	23,12		22,75		23,43		23,10	

Figure 2 : financement de la santé 2009-2011.

Ci dessous le Cadrage budgétaire du CDMT santé 2011-2013. Ce cadrage révèle un plus grand montant général, une plus grande part prise par l'Etat et une moindre part prise par la population.

Source	2011	2012	2013	TOTAL	Pourcentage
ETAT*	107,236	115,730	132,967	355,933	34%
Dont MSPLS	72,364	78,737	90,521		
PTF	159,054	144,432	160,278	463,764	45%
Dont cadrage Ministère des finances/Plan	ND	59,273	66,845		
Privé dont MENAGES**	67,843	71,887	76,880	216,61	21%
Total en milliards de FBU	334,133	332,049	370,125	1036,307	100%

Figure 3 : CDMT 2011-2013.

*En dehors du MSPLS, sont pris en compte les ressources des autres ministères et d'autres fonds publics (INSS, MFP, Entreprises publiques/para étatiques)

**En dehors des ménages, sont prises en compte les dépenses totales des Institutions privées intervenant dans la santé publique (Société d'assurance privée et Entreprises privées hors assurance maladie) et les dépenses totales de santé du secteur privé santé à but non lucratif.

1.2.11 Etat d'avancement dans la réalisation des OMD

D'une manière générale, on peut dire que le Burundi évolue timidement vers l'atteinte des OMD⁹. En définitive, il ressort d'emblée que les possibilités de réaliser les OMD à l'horizon 2015 ne sont pas élevées au Burundi. Néanmoins, il est encourageant de constater les progrès enregistrés au niveau de certaines cibles des OMD 2, 3, 5 et 7. A titre de rappel, sont repris ci-dessous les OMD importants dans le domaine de la santé, les indicateurs et leur état d'avancement.

En ce qui concerne l'OMD 1 les réalisations sont plutôt maigres avec une augmentation des personnes qui souffrent de la faim entre 1991 et 2006.

⁹ Toutes les informations récentes sur <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

Cibles	Indicateurs	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
OMD 1: Eliminer l'extrême pauvreté et la faim			
Cible 2: Réduire de moitié la proportion des personnes qui souffrent de la faim entre 2000 et 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale • Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique 	<ul style="list-style-type: none"> • 38.9 en 2000 - 35.2% en 2007 • 44 % en 1991 – 62 % en 2006 	Improbable

Figure 4 : Etat d'avancement dans l'OMD 1.

En ce qui concerne l'OMD 4 et 5 - réduction de la mortalité maternelle et infantile, la situation actuelle indique que l'atteinte des objectifs n'est pas probable pour 2015 malgré une légère régression dans la mortalité infantile et chez les enfants de moins de 5 ans. De même la mortalité maternelle a chuté significativement mais l'atteinte d'une réduction de $\frac{3}{4}$ d'ici 2015 est devenue improbable. Le % d'accouchements assistés par du personnel qualifié a par contre plus que doublé en 8 ans.

Cibles	Indicateurs	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
OMD 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans			
Cible 1: Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans <i>Objectif 2015 du Burundi : 68</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans • Taux de mortalité infantile • Proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole 	<ul style="list-style-type: none"> • 189 pour 1000 en 1990 - 166 pour 1,000 en 2009 • 114 en 1990 - 101 pour 1,000 en 2009 • 84% en 2008 	Improbable
OMD 5: Améliorer la santé maternelle			
Cible 1: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle <i>Objectif 2015 du Burundi : 200</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité maternelle (décès sur 100.000 naissances vivantes) • Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié 	<ul style="list-style-type: none"> • 1200 en 1990 pour 970 en en 2008 • 25 % en 2000 vers 56% en 2008 	Improbable

Figure 5 : Etat d'avancement dans OMD 4 et 5

L'OMD numéro 6 portant sur la lutte contre le VIH-Sida, la tuberculose et le paludisme laisse enregistrer quelques évolutions encourageantes.

Cibles	Indicateurs	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
OMD 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies			
Cible 1: D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans • Utilisation du préservatif • Nombre d'enfants orphelins du SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5% en 2007 (sans distinguer les femmes enceintes) • Non disponible • 120,000 en 2007 	Improbable
Cible 2: De 2000 à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie • Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme • Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liés à cette maladie • Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitement de brève durée sous surveillance directe 	<ul style="list-style-type: none"> • 24.6% en 2008 et taux de décès : 1.9% en 2006 • 16.2% des enfants de moins de 5 ans en 2007 • 80 pour 100,000 habitants en 2006, taux décès : 1.2% • Taux de détection en 2005: 45% contre norme de 70%, taux des cas soignés : 79% 	Possible

Figure 6 : etat d'avancement OMD 6

1.3 Au niveau de la promotion du genre

Des efforts importants ont été déployés pour rétablir l'égalité des sexes. Néanmoins, les résultats des enquêtes récentes tendent à confirmer la persistance des inégalités économiques et juridiques qui pénalisent la femme. En effet, les femmes se retrouvent dans les catégories des plus pauvres, surtout quand elles sont chef de ménage. Elles sont davantage touchées par le chômage et ne disposent pas de pouvoir de décision sur l'affectation des revenus familiaux. Face à cette situation, le gouvernement a adopté des mesures volontaristes visant à garantir une bonne représentativité des femmes dans les instances de décision exécutives et législatives. Parallèlement, des actions spécifiques et plus ciblées ont été appuyées par différentes parties prenantes en vue de renforcer la politique de promotion du genre. Ces actions portent essentiellement sur l'information et la sensibilisation, la consolidation de son pouvoir économique, l'adoption de textes réprimant les violences sexuelles et la prise en charge des victimes.

A terme, le gouvernement s'est engagé à aller de l'avant à travers l'intensification des activités de lutte contre les violences sexuelles, la recherche d'une plus grande autonomisation des femmes et l'opérationnalisation de la politique nationale 'genre'. Au regard de la transversalité des questions liées au genre, il est prévu, en vue d'assurer la prise en compte effective de cette dimension, des séances de formation et de sensibilisation à destination des responsables sectoriels chargés de la conception, de la mise en oeuvre et du suivi-évaluation des différents programmes. A cet effet, des indicateurs de progrès seront établis sur une base participative, en vue de garantir des revues objectives et régulières sur cette question.

1.4 Analyse SWOT

Les constats émis et approuvés par les partenaires lors de la session de débriefing du 23 mai par l'équipe de formulation sur la base des documents et des entretiens et visites sur le terrain lors de la formulation sont présentés ci dessous par domaine HMN.

Domaine des ressources du SNIS

Forces

- Existence de RH formées mais incomplètement ;
- Existence d'un GT/SE dans le cadre du CPSD ;
- Un plan national stratégique SNIS validé ;
- Motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance au niveau intermédiaire et périphérique.

Faiblesses

- Politique, législation en SNIS inexistants ;
- Absence d'un manuel de procédures SNIS ;
- Les financements sont inclus dans les budgets de fonctionnement du MSPLS et insuffisants
- Les infrastructures propres au SNIS n'existent pas au niveau intermédiaire et périphérique et doivent être renouvelées au niveau de l'EPISTAT
- Le matériel est déficient tandis que l'équipement informatique est insuffisant au niveau de l'EPISTAT, des PS et BDS
- Les connections et communications, inter et intra-net laisse à désirer
- l'alimentation électrique est déficiente.
- L'outil informatique est peu adéquat pour la gestion des données hospitalières.

Domaine des sources de données

Forces

- Au niveau du dénominateur : les données d'un recensement récent (2008), de l'EDS (2010) et de la SONU sont disponibles

- Un système de surveillance (maladies à potentiel épidémique, sous surveillance) et les canevas des données de routine existent
- Les normes en RH existent et un inventaire disponible en RH
- Les normes en équipements existent et un inventaire est disponible.
- Saisie faite des données sur les ressources financières, matérielles et humaines dans GESIS

Faiblesses

- Non-exhaustivité des statistiques de l'Etat Civil
- La problématique de disposer d'un dénominateur standard adopté au niveau des aires de responsabilité reste de taille
- Les informations (études, ...) en dehors des données de routine sont peu diffusées et peu exploitées
- Les bases de données sont non standardisées en matière de gestion de carrière
- Absence des données du secteur privé lucratif
- Insuffisance en données au niveau communautaire.
- Erreurs de saisie fréquentes en GESIS
- GESIS peu adapté pour saisie données hospitalières relevantes.

Domaine de la gestion des données
--

Forces

- Le GESIS est installé sur l'ensemble du territoire
- Les outils et supports ont été révisés récemment pour le niveau du CDS
- Les analyses de la fiabilité sont globalement menées mais superficielles par manque de compétences et de directives
- La promptitude et complétude sont globalement corrects.

Faiblesses

- Absence d'un guide méthodologique de gestion de données comprenant des directives sur l'analyse de la fiabilité et de l'exploitation
- Absence d'un dictionnaire de méta-données, de variables et des indicateurs

- L'archivage est peu structuré à tous les niveaux
- Il persiste manque d'intégration des données de certains Programmes Verticaux dans le SNIS : USLS, et PRONIANUT, une intégration partielle pour le PNLT
- Gestion de données hospitalières sont à géométrie variable, GESIS inadéquat pour gestion des données hospitalières.
- Lourdeur dans la gestion des données par multiples niveaux de transcription
- Articulation insuffisante SNIS – niveau hospitalier ;

Domaine de produits de l'information

Forces

- Les indicateurs de couverture, de l'état de santé et de fonctionnement de services sont disponibles
- Les courbes de tendance sont globalement tracées au niveau des CDS
- Les données sont désagrégées selon les facteurs démographiques
- Les données ayant trait aux OMD sont produites (état des lieux lors de la dernière AG des NU consacrée aux OMD)

Faiblesses

- Un assainissement des indicateurs plus pertinents en vue d'une meilleure cohérence et à chaque niveau est estimé nécessaire
- Les indicateurs du canevas CDS ne sont pas souvent calculés
- Pas de production de données synthétisée et globale par niveau (district – province – national)

Domaine de la diffusion et utilisation des données

Forces

- Un premier Bulletin de l'EPISTAT a été édité et apprécié, même s'il a été peu diffusé en périphérie
- Les données sont utilisées dans la planification et le S/E et lors de l'évaluation en Revue Annuelle Conjointe
- Une cartographie des FOSA existe (2010)

Faiblesses

- L'implication des communautés est faible en dehors de l'évaluation trimestrielle menée dans le cadre du PBF
- Un leadership faible dans les prises de décision a été régulièrement dénoncé
- Un faible intérêt pour l'utilisation du SNIS en matière d'allocation des ressources et de révision des actions est à souligner
- Il y a peu de rétro-information structurée jusqu'au niveau communautaire
- SNIS sous-utilisé comme outil pour améliorer la gestion.
- Faibles qualité des données hospitalières.

Opportunités générales

- Une bonne dynamique au sein de l'EPISTAT est actuellement observée et les contributions du PAIS actuel (résultat 3) et d'autres PTFs (AMAGARA MEZA, OMS, UNICEF, Pathfinder, etc...) y contribuent
- Le PNDS 2011-2015 a réservé une bonne place au SNIS: 6^{ième} pilier – 9^{ième} stratégie.
- Dès son adoption définitive, le nouvel organigramme intègre dans la Direction Générale de planification et de S/E, une Direction de l'Information Sanitaire
- La couverture du pays en réseau de fibres optiques pour fin 2012 (jusqu'au niveau Provincial) et en faisceaux hertziens à large bande
- L'adoption d'une loi statistique nationale et développement du TIC.
- Création du CETIC
- Le PBF stimule des échanges de fond sur le SNIS.

Menaces générales

- Le niveau d'alimentation électrique disparate (peu vulnérable)
- La continuité d'approvisionnement en outils et supports (vulnérable)
- Risque d'une perception trop bureaucratique du SNIS par les agents de santé (vulnérable)
- La vitalité réduite du GTSE/CPSD, lieu d'adhésion de tous les intervenants et PTFs à un SNIS intégrateur
- Une adhésion des services privés lucratifs qui laisse à désirer.

En conclusion, nous présentons ci-dessous les défis à prendre en compte par l'intervention, qui découlent de cette analyse SWOT :

- Etablir un manuel de procédures avec schéma directeur, un dictionnaire de méta-données, des directives en analyse de la fiabilité et en exploitation des données ;
- Accélérer la couverture des Hôpitaux en outils standards et nouveaux en collecte et exploitation des données;
- Etablir un plan d'informatisation des hôpitaux à travers une phase pilote de 3 ans de couverture de 4 ou 5 hôpitaux à identifier sur la base de critères validés en SMCL (la même que celle du PAISS), bien la documenter, définir une stratégie de mise à échelle au niveau pays et la mettre en œuvre.
- Etablir un état des lieux du parc matériel en informatique, en communication Internet ou non (les radios), les compléter et définir une politique de maintenance ;
- Identifier les besoins en formation, définir une nomenclature des personnels avec la DRH, établir un plan de formation en cours d'emploi sur la base d'un doublement des personnes formées à tous les niveaux ainsi qu'une stratégie de formation continue à travers le système de supervision ;
- Assainir les indicateurs (d'input, de processus, de résultats et d'impacts) ;
- Adopter annuellement avec la contribution de l'ISTEEBU les dénominateurs des aires de responsabilité.
- Créer un site propre au SNIS et migrer la base de données sur le site pour faciliter les échanges de données et des informations de façon sécurisée.

2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les problèmes que l'intervention entend résoudre ont été largement documentés sous le chapitre 1.4. Nous nous intéresserons dans le chapitre 2 principalement aux principes de base, les axes stratégiques de l'intervention, les populations bénéficiaires, les organisations partenaires et la zone d'intervention.

2.1 Les principes de base

Vision à long terme de la coopération belgo-burundaise : La coopération belgo-burundaise s'engage dans le secteur de la santé pour la durée du PIC 2010-2013 et les 2 PICs suivants.

Alignement critique sur la politique nationale : La coopération belgo-burundaise a pour principe de s'inscrire dans la politique nationale afin de rentrer dans une logique d'amélioration continue de sa mise en œuvre. En effet, il est difficile pour le système de santé de se développer d'un coup, d'un moment à un autre. Il s'agit de passer par étapes, de chercher continuellement les opportunités pour prendre des initiatives propices afin de faire évoluer le système graduellement. La ligne conductrice sera toujours de contribuer à un système toujours plus efficace et équitable en faveur des plus pauvres dans la société.

L'intervention s'inscrira intégralement dans le PNDS II ainsi que dans le Plan Stratégique du SNIS 2011-2015. Elle sera donc souple, pour s'adapter à ces plans une fois adoptés lors de leur mise en œuvre. Ceci implique qu'elle soit partie intégrante dans les plans du partenaire. Elle sera mise en œuvre en commun accord avec le partenaire, les activités à l'intérieur du plan national qui pourront être financées/appuyées (par cette intervention) et qui ne peuvent être financées par le budget national, peu importe le niveau de la pyramide sanitaire où l'on se trouve. Les plans annuels et leurs indicateurs qui vont être proposés à la SMCL ne seront, en grande partie, que des extractions du PNDS II et ses plans annuels, d'une part et du Plan Stratégique du SNIS, d'autre part.

Harmonisation : fidèle à l'esprit de la déclaration de Paris, l'intervention souscrit à l'idée d'harmonisation, et cherche les synergies avec d'autres partenaires au développement dans le secteur de la santé. Le programme «Santé» pourra se réorienter selon les nouveaux besoins et un environnement changeant en tenant compte d'une façon continue des leçons apprises par toutes les parties prenantes.

Coordination : Un accent particulier est mis sur la coordination intra-programme, de sorte que les deux interventions dans le secteur santé de la coopération belgo-burundaise, travailleront de pair dans leur planification, leur budgétisation et exécution des activités, l'utilisation optimale du personnel technique, ainsi que pour réfléchir ensemble sur les éventuels changements à y apporter. Ceci se concrétisera également par une SMCL unique et l'utilisation partagée de ressources.

2.2 Axes stratégiques de l'intervention

2.2.1 Développement d'une vision systémique du sous système SNIS

Le programme actuel de coopération belgo-burundaise dans le secteur de la santé s'inscrit dans une logique systémique d'amélioration des performances du secteur. Un solide système d'information sanitaire intégré est la pierre angulaire d'un système de santé optimal. Il est indispensable pour recueillir des données et générer les informations nécessaires aux agents de santé et de développement pour utiliser au mieux des ressources limitées.

Le fait de pouvoir disposer de l'information voulue au moment voulu permet aux médecins et aux infirmières dans les villes et les villages, aux fonctionnaires et aux responsables des ministères de la santé et des organismes internationaux de développement de prendre des décisions en connaissance de cause et d'assumer la responsabilité de leurs actes et de leurs dépenses.¹⁰

La **raison d'être** du SNIS de routine est donc d'alimenter les processus de décision des professionnels de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en leur fournissant des informations intégrées et de qualité couvrant :

- L'épidémiologie (maladies et problèmes de santé) ;
- L'offre des services (curatifs, préventifs, participation communautaire, supervision) et leurs performances ;
- L'utilisation des services en soins de qualité et du système de référence ;
- L'utilisation des ressources (médicaments, allocations financières, personnel, infrastructures, aide extérieure,...) ;
- L'environnement socio-sanitaire et le contexte communautaire ;
- L'initiation de recherches/action éventuelles ;
- Le renforcement des autorités sectorielles du leadership et de la coordination en matière d'information sanitaire

Pour rappel **un système est une série d'éléments et leurs inter-relations**. Ainsi, les éléments du système de santé avec lesquels ce sous-système est en interrelation dans les cadres de la Politique de la Santé, du CSLP et de l'atteinte des ODM sont :

- Au sein du Ministère :
 - La Direction Générale de la Santé Publique
 - La Direction des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
 - La Direction Générale des Ressources
 - La Direction Générale de la Planification une fois créée

¹⁰ voir également Système d'Information Sanitaire, édition l'Harmattan, 2005 pour toute information complémentaire.

- Tous les services déconcentrés du Système
- Le Cabinet du Ministre
- Le Secrétariat Permanent, en particulier le Bureau de Coordination des Appuis Internationaux
- L'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
- Le FBF (Comité Technique du Financement Basé sur la Performance)
- L'Institut National de la Santé Publique
- Au sein de l'Administration Publique et en dehors du Ministère :
 - L'ISTEEBU
 - Le Conseil National de l'Information et de la Statistique (CNIS)
 - LE CETIC
 - L'ONATEL
 - Le Conseil de l'Ordre des Médecins
 - Le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNSLS)
- Les PTF's impliqués dans la mise en œuvre du PNDS :
 - Dont l'UGP de Coordination du PAISS
 - Les principaux PTF's : OMS , UNICEF, l'UE, l'USAID, la Banque Mondiale, l'UNFPA, la Coopération Suisse et Japonaise, MSF, ...
- Les Cabinets Médicaux Privés
- La société civile
- Les mutuelles
- Les ONG nationales et internationales

La Direction de l'intervention tiendra compte de ces inter-relations dans son opérationnalisation en adoptant les domaines communs suivants (HMN) : (i) ceux des ressources du SNIS, (ii) des sources de données, (iii) de la gestion des données, (iv) des produits de l'information et (v) de la diffusion et utilisation des données.

2.2.2 Progresser vers un programme intégré et unique Santé

L'approche globale d'intervention est de continuer et de progresser vers un programme intégrant les différentes interventions dans la période du PIC 2010-2013 qui se complètent et interagissent. Il n'y a qu'un seul objectif global pour la durée d'exécution.

L'actuelle intervention est programmée **pour 7 ans** d'exécution et **en deux phases sans**

discontinuité:

- (i) **une première de +/- 3 ans** ciblée sur un appui intensif au fonctionnement d'EPISTAT¹¹ et son accompagnement lors de sa transformation en SNIS, y inclus la standardisation d'outils en particulier pour les Hôpitaux, ainsi qu'au développement d'un projet 'pilote' en matière d'informatisation des Hôpitaux ; A signaler qu'après la réforme du Ministère, l'ancrage idéal du projet deviendra la Direction Générale de Planification, où l'appui s'orientera davantage sur le M&E et la planification.

- (ii) **une deuxième de +/- 4 ans** ciblée sur un accompagnement continu, plus léger et dégressif à cette Direction d'une part et d'autre part à *la mise à échelle* à d'autres Hôpitaux de leur informatisation.

Il faut rappeler et souligner que l'intervention se déroulera en deux temps sans discontinuité. C'est-à-dire que la Revue à Mi-parcours n'est en aucun cas une condition pour la mise en œuvre de la mise à échelle. Seule le processus d'extraction des leçons du projet pilote influencera le contenu de cette phase.

La phase pilote l'intervention sera mise en œuvre en lien étroit et structuré avec le PAISS, essentiellement dans ses appuis au SNIS : voir troisième résultat du PAISS dont le libellé est présenté en annexe 7.5. Ce troisième résultat a pour objet d'assurer une bonne continuité entre la fin de l'expertise dans le cadre du CT/SIS et la présente intervention et d'en préparer le terrain. Une planification conjointe combinée avec des bilans réguliers conjoints entre l'UGP et de coordination du PAISS et de l'Equipe de Direction de la présente intervention seront régulièrement menés afin d'assurer une coordination optimale.

La réorganisation des **bourses** de la coopération belge permettra de chercher activement une complémentarité entre cette intervention et les services bourses dans tous les aspects de renforcement des capacités. Dans ce cadre des institutions nationales seront identifiées. Des candidats et les domaines de bourses seront à considérer par la coopération belgo-burundaise, conformément aux nouvelles modalités en matière de leur attribution.

2.2.3 Logique de l'intervention

Sur un plan global, **la logique technique** de l'intervention est présentée ci-dessous :

A propos du SNIS de :

- S'aligner intégralement sur le Plan Stratégique du SNIS¹² ;

¹¹ En attente que la Direction Générale de la Planification et sa Direction de L'Information Sanitaire soient mises en place

¹² Dans le but d'atteindre la vision du SNIS à l'horizon 2015, quatre axes stratégiques sont proposés dans ce Plan : (i) Renforcement de la coordination, de la planification et du leadership, (ii) Renforcement des ressources humaines, financières, des équipements et des infrastructures, (iii) Amélioration des sources, de la gestion et de la qualité des données sanitaires, (ii) Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire .

- Confirmer les besoins en information pour le suivi du PNDS ;
- Adapter les supports de collecte, du traitement des données et de la transmission des informations en conséquence ;
- Définir les normes de la fonctionnalité du sous système (directives en matière d'analyse, de recherche, ...) ;
- Identifier et mettre en place les infrastructures, les équipements, les finances, les ressources humaines, les équipements et la maintenance ;
- Créer un site propre au SNIS et migrer la base de données sur le site pour faciliter les échanges des données et des informations de façon sécurisée ;
- Renforcer les capacités des acteurs (agents du système à tous les niveaux y inclus les prestataires privés lucratifs, TPS, ASC et communautés) ;
- Assurer le fonctionnement du sous système, y compris le S/E ;
- Appuyer les BPS dans le suivi et l'amélioration de la carte sanitaire (définir ou confirmer une méthodologie).

A propos de l'informatisation des hôpitaux

- Communiquer avec les responsables sur le contenu de cette informatisation
- Sur la base de critères spécifiques, établir une cartographie des hôpitaux éligibles avec la Direction des Equipements
- Développer un projet pilote, le suivre et le documenter.

Les **contraintes prévisibles et vulnérables** suivantes seront prises en compte :

- Une mobilisation insuffisante de tous les acteurs autour du Plan Stratégique du SNIS ;
- Une définition des informations utiles pour la planification et l'évaluation du système ;
- Une performance du programme informatique qui est de recueillir et d'agréger les données du bas en haut et de les transformer en informations utiles pour la prise de décision. L'utilité diffère selon le niveau du système de santé où l'on se trouve ;
- L'intégration nécessaire des besoins en gestion des programmes verticaux. En général le système est sous la pression d'une collecte de trop de données spécifiques à un programme vertical, qui ne sont utiles que pour le programme lui-même ;
- Une déficience en connaissance des différents acteurs dans le système par rapport à l'interprétation des indicateurs et leur utilité pour la planification et la prise de décision en général ;
- Une déficience en feedback du niveau central au niveau périphérique et opérationnel afin que l'information joue son double rôle d'outil de planification et d'évaluation ;

- Non-disponibilité de courant électrique en permanence dans les FOSA ;
- La forte mobilité des acteurs du SNIS et des partenaires ;
- L'incapacité de coordination intersectorielle suite au retard dans la mise en application de la SNDS.

2.3 Bénéficiaires

2.3.1 Bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs se situent principalement au niveau du système de santé, qui par l'intervention sera renforcé pour une meilleure gestion des données, un M&E plus performant et une planification plus basée sur les évidences. On distingue comme bénéficiaires directs :

- Au sein du Ministère :
 - La Direction Générale de la Santé Publique
 - La Direction des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
 - La Direction Générale des Ressources
 - La Direction Générale de la Planification une fois créée, dont l'EPISTAT/Direction Nationale de l'Information Sanitaire
 - Tous les services déconcentrés du Système
 - Le Cabinet du Ministre
 - Le Secrétariat Permanent du MSPSLS, en particulier le Bureau de Coordination des Appuis Internationaux
 - L'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
 - Le FBF (Comité Technique du Financement Basé sur la Performance)
 - L'Institut National de la Santé Publique
- Au sein de l'Administration Publique et en dehors du Ministère :
 - L'ISTEEBU
 - Le Conseil National de l'Information et de la Statistique (CNIS)
 - Le SETIC
 - L'ONATEL
 - Le Conseil de l'Ordre des Médecins
 - Le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNSLS)
- Les PTF's impliqués dans la mise en œuvre du PNDS :
 - L'UGP de Coordination du PAISS
 - Les principaux PTF's : OMS, UNICEF, l'UE, l'USAID, la Banque Mondiale, l'UNFPA, la Coopération Suisse et Japonaise, MSF, ...
- Les Cabinets Médicaux Privés

2.3.2 Bénéficiaires indirects

Indirectement, l'ensemble de la population et la société civile bénéficiera de cette

intervention. Egalement bénéficieront indirectement tout chercheur ou personnel scientifique devant recourir à des informations sur la santé et les aspects épidémiologiques.

2.4 Organisations partenaires au développement

En dehors d'une cohérence interne, l'intervention cherchera à être harmonisée avec l'ensemble des autres PTF's dans le secteur et à définir tant que possible des synergies et complémentarités, dans le cadre du CPSD (politiques et technique) et de ses groupes thématiques. Les partenaires au développement avec lesquels des synergies devront se mettre en place sur les thèmes suivants se trouvent dans Table 3 :

Table 3 : Résumé des organisations partenaires

PTF	Domaine de synergie
OMS	Appui à la mise en œuvre du PNDS (renforcement des capacités, appui aux réformes, couverture sanitaire urbaine et renforcement des DS en matière de performance chirurgicale et obstétricale de base dans le DS)
UNICEF	Appui à la mise en œuvre du PNDS et renforcement du SNIS
FNUAP	Appui à la mise en œuvre du PNDS et aux activités de santé de la reproduction
UE	2008-2011 : Appui à la mise en œuvre du PNDS et spécifiquement au fonctionnement des DS (Santé+), au renforcement du niveau central (PAPS) et au développement du PBF. 2011 –2014 : "Amagara Meza", un projet d'appui à la politique sectorielle pour 25 000 000 €. Ce programme couvrira 8 provinces. Les activités s'articuleront autour de: <ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux soins de santé ; • La qualité des soins de santé et le renforcement des capacités des acteurs publics de la santé ; • Les acquis du précédent projet sur les districts de santé et le paiement basé sur la performance seront consolidés ; • Le projet initiera des activités novatrices en matière de financement de la santé, des mutuelles de santé, de mise en place d'une politique nationale de maintenance du matériel médical, ainsi que d'amélioration de la gestion des dépenses par le ministère de la Santé burundais.
Banque Mondiale	Appui à la mise en œuvre du PNDS et spécifiquement au programme de gratuité des soins pour les enfants et la SR, au renforcement des RH et des interventions communautaires, à l'appui institutionnel et au PBF et la création d'un site propre au SNIS et la migration de la base de données sur le site
Fond Global	Appui aux activités de lutte contre le paludisme, le VIH Sida et tuberculose
GAVI	Renforcement des districts sanitaires et approche contractuelle basée sur la performance
JICA	Equipement des hôpitaux et des centres de santé, assistance technique, et couverture sanitaire de Bujumbura
KfW (Allemagne)	Appui aux activités de santé de la reproduction (fin 2011)
DFID (Angleterre)	Financement du médicament dans le cadre de la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et les accouchements et renforcement du système d'approvisionnement et de distribution du médicament Migration de la base de données GESIS vers site web.

USAID Pathfinder	/	Renforcement des capacités de prise en charge maternelle et infantile et du SNIS
Coopération Suisse		Appui à la mise en œuvre du PNDS (à Ngozi) Coopération déléguée avec le PAISS.
Fondation Damien		Appui au Programme national Lèpre et Tuberculose, sur l'ensemble du Burundi.
MSF		Le projet d'urgence gynéco-obstétricale (CURGO) dans la province de Bujumbura Rural ; projet Urumuri à l'hôpital régional de Gitega offrant des soins psycho-médico-chirurgicaux aux femmes souffrant de fistule obstétricale sur toute l'étendue du Burundi ; le projet PUB sur les urgences médicales et humanitaires sur l'ensemble du territoire Burundais
MEMISA		Appui des structures de soins de sante, du réseau communautaire de santé, dans la lutte contre paludisme et à la collaboration multisectorielle dans toute la province de Muyinga ;
Handicap International		domaine de la réadaptation physique dans les Provinces de Gitega, Makamba, Muyinga et Bujumbura Mairie
CRB		Projet santé de base à Bubanza ; Projet lutte contre le paludisme à Cibitoke

2.5 Zone d'intervention

La couverture de l'appui au SNIS est nationale. En ce qui concerne l'appui à l'informatisation des hôpitaux, l'appui se développera en 2 temps. La phase pilote pour des raisons évidentes respectera le principe de concentration géographique de la coopération belge : ainsi les hôpitaux de Bujumbura (un hôpital de référence nationale), Kirundo et Muramvya seront parmi les bénéficiaires des projets pilotes.

Pour la mise à l'échelle, l'informatisation portera sur les hôpitaux de première, deuxième et troisième niveau, dont le nombre et l'identité sera fixé par le MSPLS .

3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

Le cadre logique sera annexé en fin de dossier.

3.1 Objectif général

La performance du système de santé au Burundi est améliorée.

3.2 Objectif spécifique

Le Burundi dispose d'un Système National d'Information Sanitaire renforcé lui permettant d'avoir en temps opportun des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon pérenne.

3.3 Résultats attendus

Pour rappel, l'approche stratégique globale de l'intervention est la suivante : les 4 résultats contribueront à atteindre les Objectifs des PNDS dans le cadre du Plan Stratégique du SNIS du 13 juillet 2010. Chacun des résultats est décliné en activités qui vont concourir et contribuer à leur réalisation en bonne coordination avec tous les PTF engagés. La durée totale de l'intervention est de 7 ans pour 8 ans de convention. La première phase (échéance : mi-2014) sera exécutée sur la base de liens formels entre les résultats et activités dans le domaine du SNIS du programme PAISS et dans la seconde sans ces liens, étant donné que le PAISS sera échu. Il en sera tenu compte dans le prochain PIC 2014-2017.

Quatre résultats sont proposés pour atteindre les objectifs ci dessus.

Résultat 1 : La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés

Ce premier résultat assure la continuité entre l'intervention en cours et la présente intervention. Les différentes activités proposées dans ce résultat élargissent, complètent et renforcent l'appui actuel en matière institutionnelle

Cinq activités sont prévues pour obtenir le résultat :

Act 1 : Etablir un cadrage général du sous système d'information sanitaire et revoir les indicateurs

Le cadrage est l'action de répartir harmonieusement les éléments d'un sujet dans le champ d'une institution ou d'un programme. Dans ce cas les éléments sont: (i) un schéma directeur comprenant les éléments stratégiques pluriannuels qui permettent de prévoir et d'anticiper l'évolution d'un système, (ii) un manuel de procédures couvrant l'ensemble du SNIS à tous les niveaux, où sont détaillées toutes les démarches à faire, les délais, les normes et leur suivi et (iii) un dictionnaire de méta-données, de variables et

des indicateurs. Ces documents vont nourrir les modules de formation. (voir R3 de cette intervention).

Le contenu de cette activité est :

1. Sur le plan du cadrage : établir un schéma directeur, rédiger un manuel de procédures et dictionnaire de méta-données à tester, valider et appliquer en recourant. Sa production tiendra compte d'une 'alimentation' en informations stratégiques et significatives de l'Unité de la Mémoire Institutionnelle créée au niveau central dans le cadre du PAISS ;
2. Sur le plan des indicateurs, les deux étapes suivantes sont proposées (voir Chapitre 2 : Orientations Stratégiques) sur la base de ceux du PNDSII: (i) identifier les besoins en information (en référence au PNDS II), en recourant à des ateliers animés par EPISTAT, coordonnés dans le cadre du GT/SE et ciblant les directions du MSPLS, y inclus les Programmes Verticaux, les services de santé agréés et les privés lucratifs, (ii) adopter les indicateurs par niveau.

Montant affecté à cette activité : **40.000 EUR**

Act 2 : Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privé et les actualiser ultérieurement si nécessaire

Il s'agit de produire des outils et supports nationaux harmonisés pour l'ensemble du pays et pour tous les secteurs (publics et privés). C'est dans le cadre de cette activité que les négociations avec les Programmes Verticaux et leurs bailleurs seront organisées.

Le contenu de cette activité est :

- i. inventorier tous les outils/supports utilisés par tous les acteurs et programmes
- ii. Rédiger des outils/supports standards.
- iii. Les produire pour un minimum de trois ans en complémentarité avec d'autres partenaires au développement. Des ateliers de consensus seront organisés au niveau central.

Montant affecté à cette activité : **260.000 EUR**, en tenant compte des apports financiers affectés au R3 A2 qui sont dans le même registre que cette activité et R3 A3 (une réaffectation de l'assistance technique devenue non pertinente), ainsi que des contributions des autres PTF's.

Act 3 : Revoir le logiciel GESIS, créer un réseau électronique et installer une base de données sur un site web propre au SNIS pour faciliter les échanges des données et d'informations de façon sécurisée.

Lors de l'analyse de situation, il est ressorti que le logiciel GESIS, couvrant tous les BPS et BDS, doit être revu. D'autre part, un système électronique fonctionnel de communication et transmission de données sur l'ensemble du territoire sera mis en place.

Le contenu de cette activité est :

- i. De mener une évaluation sur l'utilisation du logiciel actuellement installé, identifier un cahier des charges pour sa révision, l'adapter, le tester et l'installer dans tous les BPS et BDS. L'évaluer ensuite d'une façon continue. Recours à une expertise internationale et nationale (6 H/mois pour l'ensemble de l'intervention)
- ii. la mise en place d'un système électronique de communication et transmission de données sanitaires au sein du MSPLS. Ce système sera affecté au transfert de données et aux autres échanges en matière de fonctionnement du SNIS

Montant affecté à cette activité : **140.000 EUR**

Act 4 : Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production.

Il s'agit d'édifier des mécanismes qui feront l'objet de rédaction et dissémination d'un guide national. En effet, l'analyse de situation a permis de relever qu'il y a de diverses ou trop peu d'exploitation des données produites alimentant les prises de décisions dans le cadre du suivi/évaluation des plans annuels d'actions. Chacun des niveaux y sera engagé. Dans les décisions à prendre une identification des enquêtes ou des recherches action ou opérationnelles à mener, doit pouvoir être financée. En outre, un appui par l'intervention à la production d'un bulletin d'informations sanitaires et de la surveillance épidémiologique du MSPLS au Burundi, le BUSNIS (4 numéros par an), ainsi que de l'édition annuelle de l'Annuaire Statistique est prévu. De même, un appui financier à la confection de deux Comptes Nationaux de la Santé sur la période d'intervention est inscrit dans cette activité. Les comptes nationaux de la santé donnent une évaluation chaque année du montant total des soins et des biens médicaux consommés au Burundi et permettent ainsi l'analyse de leur évolution. Il décrit, à l'échelon national, l'ensemble des activités du secteur de la santé qui concourent directement à la production de biens et services assurant la fonction santé. La fonction santé étudiée dans ce cadre a pour objet la prévention et/ou le traitement d'une perturbation de l'état de santé, telle qu'elle justifie la mise en oeuvre de moyens socialement organisés qui visent à la réduire, la supprimer ou à en corriger les effets. Les deux agrégats principaux sont la consommation des soins et des biens médicaux et la dépense courante de santé.

Le contenu de cette activité est :

- i. Evaluer les initiatives actuelles d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données produites.
- ii. Proposer sur base de cette évaluation des stratégies en ces matières et rédiger un guide par niveau. Parmi ces stratégies un accent sera mis sur le dialogue communautaire au niveau des zones de responsabilité (par exemple des sessions annuelles d'échange sur les données produites les 12 derniers mois avec les autorités collinaires et villageoises, le Comité de Santé et les associations communautaires -femmes, jeunes, corporations, etc-...), sous l'animation des TPS.
- iii. Etablir un plan de formation des personnels de santé et des agents communautaires et organiser des sessions de formation provinciales.

- iv. Editer l'Annuaire Statistique (7 numéros) et les BUSNIS (24 numéros) pour l'ensemble de la période d'intervention et en dégressivité
- v. Développer un processus d'identification d'enquêtes et/ou des recherches action ou opérationnelles à mener et les appuyer financièrement. Cette fonction sera conduite par le Comité de Cadrage de Coordination de la Recherche en Santé (CCRS);
- vi. Contribuer au financement des Comptes Nationaux de la Santé (2 pour la durée de l'intervention).
- vii. Faire des propositions pour le cadre légal de la gestion de l'information.

Montant affecté à cette activité : **248.000 EUR**

Act 5 : Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perlées.

Des expertises perlées seront nécessaires tant sur le plan d'appuis externes en terme de déblocages éventuels à fournir qu'un appui continu sur les plans stratégiques et opérationnels.

Ces expertises seront identifiées pour l'ensemble des résultats et les thèmes transversaux et sur la base de différents domaines que couvrent ces résultats et les thèmes transversaux tels que (i) la gestion globale de l'information sanitaire, (ii) l'informatique, la fourniture de matériels adéquats et fiables, (iii) les activités de formation et, enfin (iv) celui de l'informatisation hospitalière et (v) de la cartographie sanitaire. Il sera également veillé à ne pas perdre de vue l'intégration des thèmes transversaux comme genre, HIV/AIDS, environnement.

Si ces différents domaines ne peuvent être couverts par un seul organisme, un recours à plusieurs organismes à travers des DAO spécifiques.

Montant affecté à cette activité : **220.000 EUR**

Résultat 2 : Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel

Ce résultat permet de combler les écarts identifiés en matériel informatique et bureautique, en connectivité, en réhabilitation de l'infrastructure d'EPISTAT, en fourniture de véhicules et, enfin en alimentation électrique.

Quatre activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

Act 1 : Développer un système de maintenance intégré et pérenne

Le matériel informatique est très sensible à l'environnement, aux agressions informatiques –virales, spy et d'autres- de toute et à une mauvaise utilisation par les usagers. Un investissement en ce domaine est donc déterminant sur la pérennité du parc. Un des aspects à ne pas oublier est la maintenance des réseaux 'radio' selon les besoins¹³.

¹³ La pertinence d'encre investir dans la maintenance de réseaux radiophoniques devra être objectivé en

Le contenu de cette activité est :

- i. Identifier les besoins au niveau national dans les services publics et agréés. Sur cette base évaluer les écarts en matière de maintenance préventive et curative du matériel informatique, bureautique (imprimantes) et en connectivité.
- ii. Développer un cahier des charges sur cette base pour créer un système de maintenance au niveau du pays avec une déconcentration aux niveaux provinciaux, en y incluant le système des radios.
- iii. créer ce système en recourant éventuellement à la contractualisation avec des entreprises privées
- iv. Etablir un plan de formation avec module ad hoc adressés aux personnels utilisant le parc informatique, aux tâches de maintenance préventive et organiser une session nationale de formation pour tous les points focaux SNIS provinciaux pour une formation en cascade.

Note : un recours aux bourses ciblées sur ces compétences de personnels de la fonction publique doit être examiné avec l'Ambassade de Belgique au Burundi. Il n'est pas budgétisé ici.

Montant affecté à cette activité : **220.000 EUR**

Act 2 : Résoudre les problèmes d'alimentation électrique

La problématique de l'alimentation électrique au niveau de l'ensemble du pays a révélé que la disponibilité ainsi que la régularité de cette alimentation est un déterminant crucial pour une utilisation durable du parc informatique.

Le contenu de cette activité est :

- i. Evaluer la situation au niveau national en ce domaine. De manière préférentielle, cette évaluation se fera dans le contexte de la mise à jour de la carte sanitaire du pays.
- ii. Etablir un plan et un cahier des charges pour combler le maximum d'écarts en ce domaine.
- iii. Effectuer les investissements notifiés dans le cahier des charges en recourant là où c'est nécessaire au solaire.

Montant affecté à cette activité : **507.000 EUR**

Act 3 : Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux providers.

Il s'agit ici de combler les écarts en matériel et connectivité. En matière de connectivité, il faut tenir compte du projet de la CETIC de couvrir le pays en fibres optiques et l'ONTEL en faisceaux hertziens. La Banque Mondiale appuiera pendant les deux premières années ces coûts.

début de l'intervention.

Le contenu de cette activité est :

- i. Évaluer les besoins au niveau national central, provincial, DS et Csté) du parc informatique et bureautique (les imprimantes, les clé USB, ...).
- ii. sur cette base, évaluer les besoins en acquisition sur la base de matériel solide, adéquat et harmonisé et établir un DAO en tenant compte des termes de références de la maintenance (voir expertise nationale ci-dessus)
- iii. contracter avec un fournisseur pour l'acquisition et l'installation
- iv. Souscrire pour l'accès au réseau Internet du DS au niveau central pendant 4 ans.

Montant affecté à cette activité : **710.000 EUR**

Act 4 : Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de l'EPISTAT

Dans l'attente d'une installation probable de la future Direction de l'Information Sanitaire au sein du MSPLS (voir programme PAISS) une petite mise à niveau de l'EPISTAT actuel en infrastructure, mobilier (voir analyse de situation). D'autre part un véhicule est acquis dans le cadre de cette intervention et sera utilisé selon la réglementation burundaise. Cette acquisition se justifie par nécessité de communiquer entre les partenaires au niveau de Bujumbura et celle de mener des actions de supervision, de formation dans tout le pays et de leur suivi.

Le contenu de cette activité est :

- i. évaluer les besoins en réhabilitation des bureaux actuels en rafraîchissement des locaux et en mobilier
- ii. effectuer les travaux
- iii. acquérir un véhicule de supervision 4X4.

Montant affecté à cette activité : **75.000 €**

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

Un des facteurs sensibles pour une bonne performance du SNIS est bien celui des ressources humaines et en particulier celui des compétences des agents impliqués dans le fonctionnement de ce système. Par 'agents' on entend toutes les personnes directement responsables (de la bonne utilisation des outils, de la collecte, de la saisie, de la transmission, etc... des données mais aussi des décideurs à tous les niveaux chargés de superviser, de valider les rapports, de l'analyse des données et de leur exploitation, ... Pour rappel, toutes les activités spécifiques en analyse et exploitation des données est déjà pris en compte à R1 A4 (ci dessus). Toutes les activités décrites ci-dessous seront menées en bonne concertation avec la Direction des RH et de l'INSP.

Ce résultat sera obtenu en **4 activités**.

Act 1 : Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation.

Il s'agit ici d'identifier les besoins en formation (initiale et continue) en compétences selon le niveau ou les agents impliqués qu'ils soient agréés, du public ou du privé en gestion du SNIS à leur niveau. Sur cette base une stratégie et un plan de formation sont établis

Le contenu de cette activité est :

- i. Evaluer les besoins en formation à l'échelle du pays.
- ii. Définir une stratégie de formation et établir un plan national de formation en concertation avec la DRH et l'INSP.

Montant affecté à cette activité : **15.000 EUR**

Act 2 : Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que privé

Il s'agit ici d'organiser les formations initiales et continues en rédigeant des modules adaptés à chacun des niveaux de la pyramide sanitaire conformément au plan établi (voir activité précédente). Un accent important est mis sur le renforcement des capacités locales dans le domaine de l'informatique médicale.

Le contenu de cette activité est :

- i. Rédiger des modules par niveau sur la base des besoins identifiés et sur les tâches des agents et des outils.
- ii. Organiser les formations sur la base de la création d'un pool de formateurs locaux ou en s'appuyant sur un institut local de formation en informatique médicale. (en y incluant des formateurs engagés dans les différents programmes).
- iii. Mener des activités de suivi de ces formations et de supervisions formatives spécifiques au niveau des BPS et BDS. Recours aux formateurs

Montant affecté à cette activité : **300.000 EUR**

Act 3 : Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées.

Il s'agit ici d'inclure ces compétences dans le manuel de supervision formative assumées par les BPS et les BDS.

Le contenu de cette activité est :

- i. mettre en place un groupe de travail pour faire des propositions concrètes d'insertion dans le manuel et des outils de supervision menée conformément aux normes nationales et de l'exploitation des rapports de supervision eu égard au fonctionnement du SNIS et à transmettre à l'EPISTAT ou la future Direction de l'Information Sanitaire
- ii. Organiser annuellement un atelier national avec tous les responsables impliqués des BPS et BDS et les partenaires techniques et financiers.

Montant affecté à cette activité : **40.000 EUR**

Act 4 : Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPSLS

Il s'agit ici de s'aligner en concertation avec le FBP sur la politique de contractualisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Montant affecté à cette activité : **180.000 EUR**

Résultat 4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase pilote, suivie d'une mise à échelle

Ce résultat porte sur une opération d'envergure à mener dans les hôpitaux de pays, celle de les informatiser que ce soit en gestion hospitalière ou du dossier du patient en vue d'améliorer leur performance et leur mandat dans le système de santé et surtout d'améliorer la qualité des soins (dont leur continuité).

Les principaux éléments opérationnels de ce défi sont :

- Une identification correcte et unique du patient et du dossier hospitalier (au moins au niveau de chaque institution)
- La création d'un dossier patient structuré, permettant l'exploitation efficace de son contenu dans le respect de l'éthique et de la déontologie médicale. Cela inclut l'utilisation de classifications et de standards internationaux. Aussi bien l'exploitation individuelle (pour la prise en charge du patient) que l'exploitation collective (statistiques, gestion hospitalière) devraient être envisagées
- L'approche holistique du patient à travers d'un dossier hospitalier unique (basé sur l'identification unique du résultat 1), dans lequel participent tous les professionnels de santé de l'institution. L'échange efficace et structuré d'informations liées aux patients entre les différents départements de l'hôpital (spécialités, laboratoire, imagerie etc...)
- Une meilleure gestion financière de l'institution de soins. Cela inclut une augmentation des recettes et une meilleure transparence de la gestion financière
- La centralisation d'indicateurs administratifs, financiers et médicaux à des fins de gestion et de recherche. Ces indicateurs sont basés au maximum sur les enregistrements cliniques de routine et ne nécessitent de préférence pas d'effort d'enregistrement parallèle.

A propos des **conditions** auxquelles un hôpital devrait répondre pour être un candidat valable pour un projet d'informatisation :

- Un approvisionnement en électricité plus ou moins stable devra être disponible. Dans des environnements avec des pannes de courant très fréquentes (>5 fois par jour) et de longue durée (plus d'une demi-heure et absence de groupe électrogène), on peut travailler avec une infrastructure basée sur des laptops et non avec des postes fixes ;

- La direction de l'hôpital doit être partie prenante. Sinon, ce n'est pas la peine d'entamer le processus d'informatisation ;
- Une connexion Internet permanente n'est pas nécessaire. Il suffit d'être connecté un quart d'heure par semaine pour pouvoir envoyer des indicateurs à un système central. Par contre, une connexion permanente facilitera les interventions de maintenance à distance.

Pour la **mise en oeuvre** de cette informatisation :

- Concernant la gestion de ce type de projet, il faut en effet agir en deux phases, comme cela peut se faire dans le secteur du bâtiment : dans un premier temps, des plans sont validés entre un architecte et le client et dans un second temps (en passant éventuellement par un appel d'offres) l'entrepreneur applique selon les plans et cela, sous la surveillance de l'architecte ;
- De manière similaire, pour des projets d'informatisations, une analyse de situation en premier lieu, comprenant un audit des techniques et des procédures, pour ensuite rédiger un cahier des charges. Faire ensuite appel à un fournisseur de logiciel afin de trouver des solutions qui correspondent à la demande ;
- En ce qui concerne le langage le plus utilisé en cette matière est en open source. Les logiciels disponibles sur le marché sont en majorité programmés en C++ ou en Java avec des bases de données Oracle ;
- Tenant compte du fait que le processus démarre avec 4 à 5 institutions pilotes pour valider le projet avant la mise à échelle, on pourrait par exemple choisir un hôpital universitaire, deux Hôpitaux Régionaux et deux HD, en prenant systématiquement les endroits où il y a des cultures d'entreprise et des directions fortes. Pour les niveaux district et régional, il serait intéressant de choisir des hôpitaux avec des cultures très différentes. Ces mesures devraient faciliter la mise à échelle avec une bonne flexibilité
- Il serait judicieux de développer une architecture qui tienne compte de l'ensemble du système. C'est d'ailleurs un des objectifs du travail d'analyse et du cahier des charges (point 1). De plus si l'architecture fonctionne bien sur les hôpitaux pilotes, il y a de grandes chances que ce système convienne à d'autres.

Ce résultat est obtenu en **5 activités**.

Act 1. Sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote

Il s'agit ici d'introduire le projet en informatisation hospitalière auprès des autorités centrales et périphériques du réseau des Hôpitaux du pays. Ensuite, l'Equipe de Direction de l'intervention présentera la liste des hôpitaux élus pour le projet pilote, dès qu'un état des lieux des Hôpitaux du pays aura été finalisé (voir Act 2) ci-dessous.

Montant affecté à cette activité : **3.000 EUR**

Act 2. Effectuer un état des lieux et développer un ICT Master Plan pour l'informatisation du secteur hospitalier.

Il s'agit d'établir un DAO pour sélectionner une société nationale ou internationale capable d'effectuer une étude de l'état des lieux, de développer un ICT Master Plan et de rédiger un cahier des charges pour son implémentation. Lors de l'implémentation de la phase pilote tous les niveaux hospitaliers (1^{er}, 2^{ième} et 3^{ième}) feront partie du pilote.

Le contenu essentiel de cette activité est donc :

- i. Rédaction DAO et attribution du marché
- ii. effectuer un état des lieux de tous les hôpitaux du pays
- iii. valider cet état des lieux en atelier national
- iv. établir un dossier d'appel d'offre de rédaction du cahier des charges en tenant compte de l'approche genre et économie sociale (voir thèmes transversaux) sans oublier les formations de tous les utilisateurs
- v. effectuer le marché

Montant affecté à cette activité : **120.000 EUR**

Act 3. Exécution du marché

Pendant la phase pilote de l'intervention, un suivi rapproché de l'exécution du marché sur la base du Cahier des Charges doit être mené par un Comité de Pilotage ad hoc (l'Equipe de Direction en étroite concertation avec le cabinet du MSPLS, la Direction des Infrastructures Sanitaires et Equipements et la Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le Sida).

Le suivi doit permettre également de s'assurer des normes de la gestion des données SNIS/Hôpitaux, qu'elles soient conformes au schéma directeur (voir R1A1) ainsi que du mode de documentation des actions et évènements en cours d'exécution.

Le contenu de cette activité est :

- i. exécuter le marché
- ii. 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

Montant affecté dans le cadre de cette activité au total : **800.000 EUR**

Act 4. Tirer des leçons de la phase pilote

Cette activité doit être menée par un expertise internationale externe sous la conduite d'un comité du pilotage ad hoc et avec le contribution de l'organisme qui a été sélectionné pour la rédaction du Cahier des Charges. Le moment de cet exercice doit être flexible.

Le contenu de cette activité est :

- i. recourir à une expertise nationale pour mener cet exercice
- ii. sur la base de la documentation établie par l'organisme d'exécution définir une stratégie d'extraction de leçons
- iii. effectuer les activités selon cette stratégie
- iv. Organiser un atelier national de validation des observations et recommandations et leçons tirées.

Montant affecté à cette activité : **15.000 EUR**

Act 5. Mettre à échelle à d'autres Hôpitaux du pays

En introduction, cette mise à échelle se déroulera dans la seconde moitié de l'intervention. L'Assistant Technique National couvrant la seconde partie doit être un expert en informatique et en gestion hospitalière avec de l'expérience en statistique et système d'information sanitaire. La charge d'appui technique à assumer ainsi que son statut sera déterminé avec précision en SMCL avant la fin de la phase pilote, dans une approche de transition et de flexibilité. Cette activité sera exécutée sous le contrôle du Comité de Pilotage ad hoc.

Le contenu de cette activité sera précisé dans le Cahier des Charges mais les grandes lignes sont les suivantes :

- i. traduire les recommandations de l'exercice précédent en un plan de mise en œuvre, tenant compte de l'état des lieux (voir Act 2)
- ii. sélectionner les sites éligibles sur la base du budget du marché
- iii. établir et convenir un protocole de suivi et de réception du marché
- iv. documenter avec rigueur la mise en œuvre en vue d'organiser un transfert efficace aux décideurs des hôpitaux et d'une appropriation technique et financière du système informatisé

Montant affecté à cette activité : **1.980.000 EUR**

3.4 Indicateurs et sources de vérification

3.4.1 Les indicateurs de l'intervention

Les indicateurs du présent programme seront sélectionnés entre ceux des PNDS II et ceux du Plan Stratégique du SNIS. Il est logique qu'un projet qui s'inscrit totalement dans un programme national s'approprie totalement les indicateurs identifiés au niveau national et avec tous les PTF. Les indicateurs et leurs sources de vérification sont reprises dans le cadre logique. Les valeurs cibles se trouvent ci-dessous.

RESULTATS	Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
R1 : La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés	% de structures disposant de son manuel des procédures et du dictionnaire des méta données	NA	50%	75%	100%	100%	100%	100%
	indicateurs du PNDS II revus et harmonisés utilisés	/	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% de FOSA disposant d'outils et sports standards révisés et les utilisant	NA	50%	100%	100%	100%	100%	100%
	% de structures (BPS, BDS, hôpitaux) disposant d'un accès à un GESIS révisé	NA	50%	100%	100%	100%	100%	100%
	% de structures (FOSA, BPS et BDS) disposant du Guide d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et les utilisant	NA	50%	75%	100%	100%	100%	100%
	% des BPS, BDS ayant l'accès au site Web d' EPISTAT/Direction Nationale de l'Information Sanitaire fonctionnel	NA	20%	80%	100%	100%	100%	100%
	% des BPS, BDS ayant une BDD installée sur site Web fonctionnel	NA	20%	80%	100%	100%	100%	100%
	Annuaire statistiques et BUSNIS produits et diffusés	1 et 2	1 et 2	1 et 2	1 et 2	1 et 2	1 et 2	1
	% d'indicateurs PNDS contenus dans les Annuaire publiés	NA	50%	75%	80%	90%	100%	100%
	% 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	NA	50%	60%	70%	80%	100%	100%

RESULTATS	Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
R2 : Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel	% de BDS et BPS disposant d'un contrat de maintenance conforme au système de maintenance défini et suivi	NA	50%	75%	100%	100%	100%	100%
	% de BDS et BPS équipés selon les normes en informatique définies et en bureautique	NA	50%	75%	100%	100%	100%	100%
	% de BDS et BPS ayant l'accès à l'Internet même à temps partiel	ND	50%	75%	100%	100%	100%	100%
	% BDS, BPS et FOSA disposant d'une alimentation électrique régulière (au moins 3 H. par jour)	ND	25%	50%	100%	100%	100%	100%
R3 : Les capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données leur permettent d'assumer leurs prises de décision, en cohérence avec le PNDS à tous les échelons du système de santé tant pour le secteur public que privé	% de FOSA disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser les outils standards révisés capables d'assumer leurs tâches au sein du SNIS	NA	20%	50%	100%	100%	100%	100%
	% de BPS et BDS disposant d'au moins 2 personnes formées en GESIS révisé capables d'assumer leurs tâches dans le SNIS	NA	20%	75%	100%	100%	100%	100%
	% de BPS et BDS disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser la base de données Web	NA	20%	50%	100%	100%	100%	100%
	% 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	ND	20%	50%	100%	100%	100%	100%
R4 : L'informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase pilote, suivie d'une mise à échelle	dans la phase pilote, les Hôpitaux couverts dans cette phase le sont conformément au cahier des charges en informatisation	ND	10%	50%	100%	100%	100%	100%
	% d'Hôpitaux en fin du projet disposant d'un dossier médical informatisé et d'une gestion financière et matérielle conformément aux performances attendues sur l'ensemble des 62 Hôpitaux du pays	NA	6%	10% ¹⁴	20%	30%	40%	50%

NA: Non applicable

ND: Non disponible

BDD: Base de données

FOSA : Formation sanitaire

¹⁴ ce qui correspondrait donc à 5 hôpitaux informatisés à la fin de la 3^{ème} année de l'intervention.

3.4.2 Une «Data baseline»

Une « data baseline » sera établie au démarrage de l'intervention tant sur le fonctionnement du SNIS que sur celui des hôpitaux à tous les niveaux en gestion administrative et financière, en gestion des ressources humaines et en gestion des dossiers des patients. La confection de la Data Baseline sur les hôpitaux est une des activités du Résultat 4.

3.5 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre

Les principaux acteurs concernés dans la mise en œuvre de la présente intervention, sont les cadres burundais de la santé à tous les niveaux, en particulier les agents responsables de la gestion du SNIS dans les Services publics, agréés et privés de la Santé ainsi que les communautés dans le contexte des zones de responsabilités des Cds.

Les personnes responsables, que ce soit du côté burundais ou belge, du bon déroulement de l'intervention et le personnel d'appui financé par le programme sont présentées dans le chapitre 1 et 2 du DTF et leurs TDR dans l'annexe 7.5.

Enfin, les PTFs engagés sur les domaines d'action du programme et donc impliqués dans des appuis harmonisés à tous les niveaux du système de santé, sont bien spécifiés dans le chapitre 2.4 .

4 RESSOURCES

4.1 Ressources financières

4.1.1 Contribution belge

Le budget affecté aux 4 résultats est décrit ci-dessous et constitue 73 % du budget total. Le budget des moyens généraux est présenté et constitue 24 % et celui de la réserve financière 3 %.

BUDGET TOTAL		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%
Objectif spécifique: Le Burundi dispose d'un Système National d'Information Sanitaire renforcé lui permettant d'avoir en temps opportun des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon			5.873.000	73%
A 01	La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous-système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés		908.000	11%
A 02	Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel		1.512.000	19%
A 03	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 de la mise en œuvre des PNDS à tous les échelons du système de santé		535.000	7%
A 04	L'informatisation du secteur hospitalier avec dossier médical informatisé est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase 'pilote' au bénéfice des hôpitaux du pays et mise à échelle dans une deuxième phase		2.918.000	36%
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)		157.710	2%
X 01	Réserve budgétaire		157.710	2%
Z	Moyens généraux		1.969.290	25%
Z 01	Frais de personnel		1.443.700	18%
Z 02	Investissements		87.000	1%
Z 03	Frais de fonctionnement		257.340	3%
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation		181.250	2%
TOTAL			8.000.000	

4.1.2 Contribution du partenaire

Le montant de 383 940 EUR présenté dans la fiche analytique d'intervention a été calculé sur les bases suivantes :

- En moyenne annuelle 54 849 EUR soit :
- Items inclus dans ce calcul :
 - o les locaux fournis par le MSPLS, y inclus les locaux de réunion, la bibliothèque et les charges d'accommodations (électricité, connections Internet, entretien, gardiennage, etc....)

- les charges du CPSD (y inclus le salaire du secrétaire, les salaires des personnels d'appui du MSP qui contribuent à la bonne marche de l'intervention)
- la contre-valeur de la TVA sur tous les achats effectués dans le cadre du programme.

Il ne s'agit que d'une monétarisation des apports directs ou indirects par la partie burundaise dans la mise en oeuvre.

4.2 Ressources humaines

L'intervention se déroule à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Burundi en général et le secteur santé en particulier manque toujours certaines expertises, surtout sur le plan informatique. Le programme belgo-burundais peut les appuyer en fonction des besoins.

Elle disposera d'un binôme Directeur d'Intervention (DI, cadre national) et un Délégué à la Cogestion (Delco, le ATI suivi d'un ATN de la partie belge). Leurs responsabilités sont décrites dans le chapitre 7.4).

4.2.1 L'assistant(e) technique international

En résumé l'assistant Technique International, sera expert en santé publique avec une expertise significative en statistique et en gestion de système d'information sanitaire. Il va couvrir la présente intervention pour les 4 premières années. Il est responsable de l'appui à fournir au développement et au renforcement du SNIS, objet de la présente intervention ainsi que pour tout ce qui se réfère au SNIS dans le PAISS (voir, entre autre, le R3). Dans ce dernier cas, il est techniquement sous la coordination de l'UGPC de ce programme. Son profil est décrit sous le point 7.4.1.

4.2.2 L'assistant(e) technique National

Pour la deuxième moitié de l'intervention de durée de 4 ans, une autre Assistance Technique Nationale sera engagée. Le profil de cette Assistance est celui d'un expert en informatique et en gestion hospitalière avec de l'expérience en statistique et système d'information sanitaire. La charge d'appui technique à assumer ainsi que son statut (temps partiel ou temps plein) sera déterminer avec précision en SMCL à la fin de la phase pilote. Le profil est décrit sous le point 7.4.2. L'ATN travaillera pendant une année avec l'assistant international (voir point 4.2.1)

Pour rappel, un expert en programmation et en andragogie actuellement engagée dans le cadre du PAISS avec une bonne expérience dans le fonctionnement du SNIS du Burundi participera à la coordination technique entre le Programme (jusqu'à son terme) et le Projet et pourra contribuer ainsi à couvrir les 3 premières années de cette intervention. Une description des tâches se trouve en annexe,. Il ou elle travaillera sous l'autorité de l'UGPC du PAISS et n'est pas budgétisée dans la présente intervention ;

4.2.3 Ressources humaines d'appui partagées avec PAISS

Pendant la phase pilote, le personnel technique d'appui, engagé dans le cadre du PAISS, soutiendra également l'intervention. Il s'agit, à titre de rappel, de :

- 1 RAF international à temps partiel coordonnera le staff financier et administratif des différents volets et aidera le programme pour les procédures des dépenses et leur suivi. Il sera responsable pour le lancement et déroulement des marchés publics et pour la consolidation des budgets, de la comptabilité, de la programmation financière et de la trésorerie, ainsi que le rapportage financier du programme à la SMCL. Une extension d'une année budgétaire sera nécessaire. Le profil est décrit en annexe 7.4.3
- 1 gestionnaire national en marché public (MP), familier avec les procédures et la législation burundaise en la matière, pour accélérer le processus. A ce niveau, on constate dans les projets en cours que la complexité du processus absorbe beaucoup de temps utile des CT et DI qui ne sont pas experts en cette matière. Une extension d'une année budgétaire sera nécessaire et est prévue par l'actuelle intervention. Le profil est décrit en 7.4.5
- 1 expert en ICT familier en matière de fonctionnement des réseaux informatiques actuel. Cet expert est budgétisé à temps partiel car il est partagé avec d'autres secteurs. Le profil est décrit en 7.4.6
- 1 CTI ingénieur-architecte à temps partiel et suivant besoins (dans le cadre d'un pool) pour organiser et superviser toutes les activités de construction ou de réhabilitation. Ceci devrait réduire le temps consacré à ces aspects qui dans les interventions en cours prennent énormément de temps utile aux DI et CTI qui ne sont pas experts en cette matière.

4.2.4 Personnel de soutien

Au niveau du personnel de soutien :

- un financial officer ((description de fonction en annexe 7.4.4)
- un(e) comptable, cadre sera recruté localement et exercera ses responsabilités au niveau central à l'EPISTAT au démarrage et dès que le nouvel organigramme sera appliqué, à la Direction Nationale de l'Information Sanitaire, une fois mise en place, et occasionnellement à la périphérie si le besoin s'en fait ressentir
- un(e) Secrétaire sera recruté(e) localement et exercera au niveau central à l'EPISTAT au démarrage et dès que le nouvel organigramme sera appliqué, à la Direction Nationale de l'Information Sanitaire
- 2 chauffeurs seront recrutés localement et exerceront sur l'ensemble du pays en fonction des besoins, mais sera positionné à l'EPISTAT au démarrage et à la Direction Nationale de l'Information Sanitaire une fois mise en place. Il

sera affecté en priorité aux missions de support, de suivi des formations et des supervisions.

Ces personnels de soutien seront pris en charge financièrement par le budget de l'intervention.

4.3 Ressources matérielles

Le détail des ressources matérielles est en annexe 7.2.

5 MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

Le cadre légal pour la mise en œuvre de l'intervention est fixé par la Convention Spécifique (CS) relative à l'intervention à signer entre la République du Burundi et le Royaume de Belgique. Ce dossier technique et financier fait partie de la Convention Spécifique.

La partie burundaise désigne le Ministère des Finances en qualité d'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses du programme. Il désigne un ordonnateur délégué. L'ordonnateur assure la gestion générale et veille à la bonne utilisation des fonds.

Le maître d'ouvrage de la prestation est le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida. A cet effet, ce ministère désigne, en concertation avec la CTB, un Directeur d'Intervention (DI) qui assure la direction, la supervision et le contrôle direct et permanent de l'exécution des prestations pour le compte de la partie burundaise.

Pour la partie belge, la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGD) est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge à l'intervention. La partie belge confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et du suivi du programme à l'Agence belge de Coopération (CTB). A ce titre, la CTB, à travers son Représentant Résident à Bujumbura, assume le rôle de coordonnateur chargé d'approuver les dépenses.

La CTB désigne un Délégué à la Cogestion (Delco) qui assure le conseil, la supervision et le contrôle régulier de l'exécution des prestations pour le compte de la partie belge. Il sera agréé par la partie burundaise. (Les termes de références sont décrits en annexe de ce DTF).

La mise en œuvre de l'intervention respectera le principe de la responsabilité mutuelle qu'implique que la partie belge et la partie burundaise sont responsables des résultats obtenus en matière de développement. Une priorité essentielle est la transparence concernant l'utilisation qui est faite des ressources affectées au développement et l'engagement d'évaluer conjointement, au moyen des mécanismes de plus en plus objectifs existant à l'échelon local, les progrès qu'ils accomplissent respectivement dans l'exécution des engagements pris.

Les profils des responsables de l'intervention sont décrits dans les TDR figurant en annexe 7.4. Les frais de prise en charge des personnels responsables seront payés sur le budget en régie.

5.2 La coordination technique

La coordination de toute intervention revient au Ministère pour des raisons évidentes. C'est aussi au MSPLS d'organiser la coordination entre tous les appuis des différents partenaires au développement. L'intervention s'inscrit dans cette logique et participera aux mécanismes de coordination et dans des groupes thématiques au niveau national.

Dans la première phase de sa mise en œuvre, l'intervention suivra une approche 'programme' dans le cadre de liens structurés entre elle et le PAISS. Cela offre l'avantage

que malgré différentes portes d'entrée dans le système de santé, il aura une cohérence interne (entre le Programme et la présente intervention et externe (avec la politique et les plans nationaux). Ce dernier est 'automatique' puisque toutes les activités s'inscrivent dans le PNDS et les plans opérationnels du partenaire national qui en sortent. La cohérence interne n'est pas assurée automatiquement et doit faire l'objet de sessions structurées et régulières.

Un programme de développement est défini comme un ensemble d'interventions, souvent de différente nature, mais qui font un ensemble cohérent à travers des objectifs communs, notamment le renforcement systémique du secteur en question.

En termes pratiques, il y a nécessité de créer des flux d'information et de coordination pour que du niveau périphérique vers le niveau central un feedback sur la mise en œuvre d'une politique sanitaire et les difficultés et goulots d'étranglement qui vont avec, puissent être communiqués de façon structurée.

Les intérêts de cette vision sont présentés ci-dessous :

- de meilleurs résultats globaux, grâce à la mise en commun des 'savoirs', à une bonne circulation de l'information et ainsi une amélioration des décisions ;
- avoir plus de poids et fournir des informations crédibles pour le dialogue technique sectoriel avec le MSPLS ;
- donner aux partenaires burundais une vision d'ensemble du système de soins de santé et de la coopération belge dans le domaine de la santé ;
- une assistance technique plus efficace.

Deux grandes occasions annuelles de coordination entre PAISS et la présente intervention sont présentées ci-dessous, mais elles peuvent être complétées par d'autres occasions :

- La planification annuelle, en présence du RAF international du PAISS ;
- Le suivi formel des progrès à des moments réguliers par l'équipe. Les occasions évidentes sont les préparations des réunions de la SMCL et la planification annuelle. La préparation des plans annuels et le suivi et évaluation sont des thèmes de concertation obligatoires.
- D'autres occasions comme, par exemple : échanges sur un résultat de recherche important, participation à un atelier ou à un groupe de travail, voyage(s) d'étude commun, peuvent constituer une opportunité supplémentaire de se voir et de se concerter en équipe.

En termes pratiques, l'équipe va se réunir au minimum trimestriellement.

5.3 Structures d'exécution et de suivi

Le suivi du programme est assuré à différents niveaux et par différentes instances :

5.3.1 La gestion du projet

1. L'Equipe de Direction du projet

L'Equipe de Direction du projet est constituée d'un Directeur de l'Intervention (DI) désigné par le MSP et d'un Délégué à la Cogestion (Delco), désigné par la CTB¹⁵. Ensemble ils assureront la direction, la coordination, la supervision et le contrôle permanent de l'exécution des prestations (exécution de l'intervention, réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique).

2. Le personnel administratif et financier

Le RAF international et un expert national en Marchés publics, déployés dans le PAISS, ont déjà été mentionnés plus haut et appuieront l'intervention pendant la première phase de l'intervention.

Un(e) Financial Officer sera sélectionné(e) et formé(e) par le RAF International. Ce dernier le ou la contrôlera techniquement. Il/elle sera recruté(e) conjointement avec le MSP et la CTB et payés en régie.

Son profil se trouve en annexe du présent DTF et peut éventuellement être ajusté selon les besoins à l'occasion du lancement de l'appel aux candidatures.

5.3.2 La Structure Mixte de Concertation Locale

La seule Structure Mixte de Concertation Locale, SMCL, déjà existante dans le PAISS, sera chargée du suivi de l'ensemble du programme.

5.3.2.1 Composition

Elle est composée de :

- Du représentant du Ministère des Relations extérieures et de la Coopération Internationale, président
- Du représentant du Ministère de la Santé Publique et Lutte contre le Sida;
- Du représentant du Ministère du Plan et du Développement Communal ;
- Du représentant du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la

¹⁵ Pour les 4 premières années de l'intervention, l'ATI sera le Delco. La BTC décidera en fin de la 4^{ième} année qui assurera la fonction de DELCO pour les 3 dernières années.

Sécurité Sociale ;

- Du représentant du Ministère des Finances en qualité d'ordonnateur ;
- Du représentant de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Du Représentant résidant de la CTB, co-ordonnateur du programme

Ou leurs délégués respectifs.

La SMCL est unique pour l'ensemble du programme. Elle peut inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, toute personne qui apporte une contribution à l'intervention.

L'Equipe de Direction du Projet en assure le secrétariat et apporte les informations nécessaires pour les réunions.

5.3.2.2 Les compétences et attributions de la SMCL sont les suivantes :

- Mettre en place les structures d'exécution du projet
- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties
- Apprécier l'état d'avancement du projet et de l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports d'exécution du projet
- S'approprier les plans d'activités du projet
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuels des résultats intermédiaires, tout en respectant l'objectif spécifique et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions
- Approuver les dossiers de modifications budgétaires (voir partie budget),
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties signataires de la convention
- Résoudre tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer conjointement la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition du projet et prendre toutes les mesures d'encouragement ou de correction nécessaire
- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF
- Initier à tout moment des missions d'évaluation technique ou d'audit financier
- Approuver le rapport final et superviser la clôture le Projet

5.3.2.3 Mode de fonctionnement de la SMCL :

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la convention spécifique.
- La SMCL se réunit sur invitation de son président ordinairement chaque semestre ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre.

- La SMCL se réunit pour la première fois au plus tard trois mois après la signature de la convention spécifique.
- La SMCL prend ses décisions en concertation et selon la règle du consensus
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres
- La SMCL tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin de validité de la convention spécifique afin d'approuver le rapport final et d'assurer les formalités de clôture du projet.

5.4 Responsabilités financières

5.4.1 Les contributions de la Belgique

Contribution en cogestion

En application de la Convention Spécifique, la prestation de coopération (à l'exception des lignes mentionnées en régie dans le budget) sera exécutée selon les principes de la cogestion: le Burundi est maître d'ouvrage de l'intervention, tandis que la Belgique apporte un soutien technique et financier.

Contribution en régie

La contribution est gérée en régie et justifiée par la CTB. Il s'agit surtout du personnel, des FBP, du suivi et évaluation et des audits. Les dépenses en régie sont planifiées par l'équipe de Direction du projet qui participe également au processus de marché public.

A propos de la mobilisation des FBP, un alignement du projet sur le manuel de procédure national pour le niveau central, moyennant certaines dérogations est prévu afin de gérer les risques. Ainsi les lignes budgétaires FBP sont gérées en régie et présentées en activités dans le présent DTF. Il faut considérer qu'en cette matière l'alignement est partiel tant que certaines conditions ne sont pas remplies comme l'effectivité de la contre-vérification et une gestion administrative et financière répondant aux critères de qualité de base (comptabilité exacte et exhaustive, réconciliation bancaire et de caisse, inventaires des immobilisés exacts et à jour, archivage et classement complet).

L'utilisation des fonds

La contribution du bailleur de fonds ne sera en aucun cas utilisée au paiement de tout impôt, droit de douane, taxe d'entrée, et autres charges fiscales (y compris la TVA) sur les fournitures et équipements, travaux et prestations de service.

Si des taxes ou des charges sont exigibles selon la législation burundaise, elles seront prises en charge par la partie burundaise.

5.4.2 Contribution de l'Etat Burundais

La contribution de la Partie burundaise¹⁶ couvrira essentiellement :

- Les salaires de tous les fonctionnaires appelés à contribuer à l'exécution du programme ;
- La mise à disposition de locaux en nombre adéquats pour accueillir le personnel de la prestation;
- La contre-valeur de la TVA sur tous les achats effectués dans le cadre du projet.

5.5 Modalités de gestion financière

5.5.1 Comptes et pouvoir de signature

L'Ordonnateur et le Co-Ordonnateur ouvriront au nom du projet un compte principal en EUR auprès de la Banque de la République du Burundi (BRB). Le compte principal est actionné sous la double signature de l'ordonnateur et du co-ordonnateur du programme ou de leurs délégués sur présentation des ordres de paiement. Ce compte est utilisé pour réception des fonds de la CTB, pour alimenter les comptes opérationnels et peut aussi être utilisé pour le paiement des grandes factures.

Sur initiative des ordonnateurs, le projet ouvrira un compte opérationnel en euros et/ou en francs burundais auprès d'une banque commerciale, et éventuellement une caisse pour couvrir les dépenses locales. Le compte opérationnel est activé par la double signature du Directeur d'Intervention et Responsable administratif et financier international.

Les transferts sur le compte opérationnel seront réalisés par l'ordonnateur et le coordonnateur après vérification des comptes mensuels et à la demande de la direction de l'intervention. Le montant de l'avance sur le compte opérationnel est déterminé et peut être révisé par les ordonnateurs.

Les intérêts générés par le compte bancaire s'ajoutent au budget total du projet et sont régis comme celui-ci.

Tout engagement et tout paiement doivent être validés selon le principe de la double signature entre la partie burundaise et la partie belge.

Afin d'assurer une opérationnalisation optimale, une structure de mandat est définie précisant le niveau de responsabilité de chaque intervenant.

¹⁶ Voir Chapitre 4.1.2

Engagements

Signature 1 - Burundi	Signature 2 – Belgique CTB	Limite de mandat
Voir Code marchés publics	Collaborateur du projet	< EUR 5.000
Voir Code marchés publics	Délégué à la cogestion	< EUR 25.000
Voir Code marchés publics	Coordonnateur ou coordonnateur délégué	> EUR 25.000 Selon procédures internes

Paiements

Signature 1 - Burundi	Signature 2 – Belgique CTB	Limite de mandat
Directeur d'intervention	Collaborateur du projet	< EUR 5.000
Directeur d'intervention	Délégué à la cogestion	< EUR 25.000
Directeur d'intervention	RAFi sectoriel ou Coordonnateur ou Coordonnateur délégué	< EUR 67.000
Ordonnateur	RAF i sectoriel ou Coordonnateur ou coordonnateur délégué	> EUR 67 000 Selon procédures internes

5.5.2 Transferts de fonds et décaissements

Afin de recevoir des fonds (sur le compte opérationnel) dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'état belge et la CTB, un *appel de fonds* par mode de financement peut être introduit à la représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit aussi être signé par l'ordonnateur.

Après cet appel de fonds de démarrage, les appels de fonds se font sur base trimestrielle. Ils sont préalablement conditionnés à la remise d'une planification opérationnelle et financière validée par la Représentation de la CTB à Bujumbura. Cette planification se repose sur le plan d'action annuel validé par la SMCL du projet.

Afin de recevoir des fonds suivants, le projet doit introduire un appel de fonds (cash call) auprès de la représentation CTB à Bujumbura, par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. La demande de fonds, qui équivaut au besoin en trésorerie du trimestre suivant avec une réserve, doit être signée par L'Equipe de Direction et par l'ordonnateur pour la partie cogérée. La CTB versera les fonds sur le compte opérationnel du projet.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou

paiement à la demande).

Les fonds sont transférés à condition que la comptabilité du trimestre précédent est faite et approuvée, que la programmation financière pour les trimestres suivants est faite et validée par la représentation CTB à Bujumbura et que le montant de l'appel n'est pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence le projet peut introduire un appel de fonds avancé en justifiant le besoin.

5.5.3 Gestion du budget

Le budget total et le budget par mode d'exécution ne peuvent pas être dépassés. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire, une demande motivée d'augmentation doit être introduite par la partie burundaise auprès de l'Etat belge après accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande, un échange de lettres doit être signé par les deux parties.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté.

Tout changement budgétaire d'en dessous de 15% au niveau d'activité individuelle est la responsabilité de la direction du projet. La SMCL suivant cette décision, elle sera mise au courant de ces modifications / engagements.

Tout changement budgétaire de moins de 10% au niveau d'un résultat est la responsabilité de la direction du projet. La SMCL suivant cette décision, elle sera mise au courant de ces modifications / engagements.

La direction de l'intervention doit s'assurer que les changements budgétaires ne mettent pas en péril l'obtention des autres résultats.

Pour toutes les autres situations d'adaptation budgétaire ou quand les autres résultats ne peuvent plus être assurés en conséquence du changement budgétaire, la SMCL doit donner son accord préalablement.

Chaque changement de budget dépassant les limites mentionnées ci-dessus doit être approuvé par la SMCL sur la base d'une proposition élaborée par la direction du projet. Les changements budgétaires possibles sont :

- le changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire)
- la réallocation des montants entre lignes budgétaires
- la réallocation des moyens entre modes de financement
- et l'utilisation de la réserve budgétaire

La gestion de changements budgétaires doit respecter les procédures de la CTB.

Si une réserve budgétaire est constituée, cette dernière peut uniquement être utilisée après accord de la SMCL.

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.5.4 Suivi comptable et programmation financière

Chaque mois, un rapport comptable du mois précédent accompagné des pièces justificatives avec les outils et selon les procédures de la CTB sera établi. La comptabilité doit être signée pour accord par le directeur et le co-directeur et transmise au coordonnateur (représentation locale de la CTB). La comptabilité qui est envoyée à la représentation de la CTB consiste en un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

Chaque trimestre, une programmation financière pour les trimestres suivants ainsi que pour le trimestre en cours sera établie selon les outils de la CTB. Le RAF international, se basant sur les inputs des DI-Delco prépare la programmation financière. Cette dernière doit être envoyée à la représentation locale de la CTB selon les délais fixés.

5.5.5 Responsable Administratif et Financier

Vu l'envergure de la gestion financière d'un budget total de 8 millions EUR, en tandem avec le PAISS, ces deux projets ont procédé à l'engagement d'un responsable administratif et financier international mi-temps avec un contrat en régie et en appui à ce programme. Ses termes de référence sont en annexe.

Cette personne s'occupe des aspects financiers de l'ensemble de l'intervention belge dans le secteur de la santé même si d'autres initiatives s'ajouteront dans le futur, ce qui est le cas de la présente intervention.

Cette approche soulagera ainsi l'Equipe de Direction du projet afin qu'elles se concentrent prioritairement sur les questions techniques et stratégiques.

5.6 Dépenses avant CMO

Afin de faciliter le démarrage du projet, des engagements seront contractés et des dépenses effectuées avant la signature de la CMO. Ceux-ci concernent la logistique et le personnel. Il s'agit des dépenses et des montants estimés suivants:

- Personnel : 110650 € (AT et personnel appui)
- Investissement : 87000 € (véhicule, moyens généraux)

5.7 Accord de financement

Le financement de la contractualisation (PBF) du service SNIS fera l'objet d'un accord de financement qui devra répondre aux conditions minimales suivantes :

- Analyse préalable des capacités de gestion de l'organisme appuyé et définition des besoins de formation et des opportunités de gestion des fonds ;
- Assurance raisonnable qu'un système de gestion financière est en place et que le staff financier dispose des compétences suffisantes ;
- Description des activités financées et le budget prévu correspondant ;
- Description des rôles et des responsabilités ;
- Définition précise des conditions des transferts de fonds basée entre autre sur des documents justificatifs probants ;
- Description du rapportage attendu ;
- Transfert des fonds vers un compte unique, dédié au financement sous la signature de deux mandataires ;
- Mise à disposition des documents financiers à l'égard de l'équipe du projet ou de tout auditeur extérieur.

5.8 Gestion des marchés publics

L'attribution des marchés publics de fournitures, travaux et services en cogestion se fait en conformité avec la législation burundaise sur les marchés publics y compris l'ordonnance 540/169/2011 du 17/02/2011 portant seuils de passation, de contrôle et de publication des marchés publics à financement extérieur.

Conformément aux dispositions de la loi locale, tous les marchés publics seront passés par l'intermédiaire de la cellule de gestion des marchés publics (CGMP) de l'entité administrative du Burundi au sein de laquelle s'inscrit le projet (Ministère, hôpital, etc...).

Avant la notification définitive, au-delà du seuil de 25 000 EUR hors taxe, chaque lancement de marché et attribution de marché sont subordonnés à l'obtention d'un avis de non-objection de la part de la CTB, délivré par la Représentation permanente. Par conséquent, toute décision relative au lancement d'une procédure et à la (non-)attribution d'un marché public au sens de l'article 4 de la loi n°1/01 du 04 février 2008 portant création du Code des Marchés Publics du Burundi sera soumise à l'approbation préalable de la CTB. Celle-ci émettra soit un avis de non-objection, soit un avis d'objection (qui sera dûment motivé), tous deux de caractère contraignant. L'obtention d'un avis de non-objection constituera donc une condition essentielle de validité de la procédure de passation et de l'attribution du marché.

Tous les documents relatifs au marché feront référence à la source de financement. Le Représentant Résident de la CTB, co-Ordonnateur, ou son délégué, ainsi que toute personne jugée utile, pourra assister la CGMP dans le dépouillement et l'analyse des

offres et participer activement aux délibérations, avec voix délibérative. Aucune incompatibilité dans l'assistance aux différentes tâches ne sera applicable aux personnes susmentionnées. Les directions définies dans le cadre du programme transmettent ensuite à l'ordonnateur et au co-ordonnateur du projet les procès-verbaux détaillés établis par la CGMP sur le dépouillement des offres et la proposition d'attribution pour obtention de l'avis de non-objection décrit ci-dessus.

Tandis que l'Equipe de Direction est responsable pour la conception et les TDR techniques de tous les marchés publics, le RAF international assumera les responsabilités liées au respect des procédures et des règles des marchés publics depuis le lancement de la procédure jusqu'à l'attribution définitive du marché. Il sera assisté à tout moment par un gestionnaire en marché public, cadre national, contracté dans le cadre du PAISS. Pour les marchés publics en matière de construction, les TDR techniques seront rédigés par l'ATI ingénieur civil sur indication de l'Equipe de Direction. Il appuiera également le RAF international pour le suivi des procédures et le dépouillement aux moments opportuns.

La CTB fixe des seuils de publication et de non-objection en vertu de ses règles de gestion interne et des mandats et afin de respecter les normes internationales régissant la coopération internationale.

Pour les marchés publics en régie, la législation belge est applicable.

5.9 Rapportage administratif, comptable et financier

La Direction du projet est pleinement responsable du suivi et de la supervision de l'exécution de toutes les activités engagées. Elle est tenue de définir et faire exécuter des plans semestriels de travail, avec l'établissement d'indicateurs de performance précis et les indications budgétaires.

5.9.1 Rapportage technique et administratif

En début de chaque année civile, l'Equipe de Direction du projet, sous la responsabilité de son coordinateur établira un rapport de suivi annuel sur l'année civile qui précède, selon les canevas de la CTB, à destination de la SMCL et du bailleur de fonds.

Un rapport opérationnel trimestriel selon template CTB sera envoyé à la représentation de la CTB.

A la moitié de l'année, l'Equipe de Direction du projet réalisera un rapport d'exécution et de suivi semestriel selon le format CTB, qui sera présenté à la SMCL après avoir été déposé au moins 15 jours avant la réunion ordinaire du SMCL.

Ces rapports d'exécution et de suivi comprendront un bilan des activités réalisées en comparaison avec le plan établi, une analyse des résultats et des indicateurs, un rapport financier, un chronogramme des activités pour la période suivante, mais également un point sur les problèmes et les contraintes et les propositions d'actions et /ou de décisions pour y remédier. Pour les questions plus techniques, la SMCL veillera à s'entourer des conseils techniques nécessaires à sa prise de décision.

Le rapport de suivi contient en outre une appréciation et une analyse qualitative.

En fin de programme, l'Equipe de Direction du projet établira un rapport final, selon canevas de la CTB, qui devra être approuvé par la SMCL. Ce rapport final sera accompagné des documents de clôture tels que décharge des responsables du programme et les PV de transmission des immobilisés et des archives.

5.9.2 Rapportage financier

Pour chaque réunion de la SMCL les documents suivants seront produits et transmis aux membres:

- Suivi budgétaire,
- Programmation financière,
- Liste des engagements importants,

Plan d'action lié aux recommandations des audits le cas échéant.

5.10 Mécanisme d'adaptations au DTF

A l'exception de l'objectif spécifique du programme, de la durée de la Convention Spécifique, et des budgets définis dans la Convention Spécifique, pour lesquels une éventuelle modification peut se faire par un échange de lettres entre les Parties, l'entité burundaise responsable pour l'exécution du programme et la CTB peuvent conjointement adapter le DTF, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement de l'appui.

La CTB doit informer la partie belge des modifications suivantes apportées à l'intervention:

- o les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie burundaise,
- o les résultats, y compris leurs budgets respectifs au-delà d'un montant > à 15% du montant prévu initialement (voir aussi gestion financière et attribution de la SMCL),
- o les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale,
- o le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF,
- o les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique,
- o les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties. Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

Toutes les modifications au DTF initial, énumérées ci-dessus, doivent être approuvées par la SMCL. Les autres changements, tels que les changements au niveau des activités et leurs budgets, peuvent être implémentés par la direction d'intervention. Ces modifications seront reprises dans les rapports d'exécution de l'intervention.

5.11 Démarrage et communication pour le développement

Dès le démarrage du projet et suite si l'équipe de Direction est en place une session participative d'information sera organisée sur son orientation stratégique et sa planification opérationnelle. De même lors de validation des leçons tirées de la première phase. De préférence l'expertise perleée y assistera.

Ces activités sont budgétisées dans le Projet.

5.12 Suivi et évaluation et audit

5.12.1 Suivi et évaluation du projet

Une évaluation mi-parcours et une évaluation fin projet sont prévues. L'évaluation mi-parcours appréciera entre autre la nécessité de réorienter le projet et identifiera au cas échéant des pistes de réorientation ou adaptation aux évolutions récentes.

Des missions (3 au maximum) d'appui/suivi technique (backstopping) peuvent être organisées par la CTB (CTB Bujumbura et CTB Bruxelles) afin d'appuyer la prestation dans l'exécution des activités.

Des missions d'appui/suivi financier peuvent être organisées par la CTB (CTB Bujumbura et CTB Bruxelles) afin d'appuyer l'intervention dans la gestion financière des activités. L'objectif de ces missions est de fournir à la direction du projet et à la CTB de l'information fiable sur l'état financier du projet présenté dans les rapports.

5.12.2 Audit

Audit du projet

Il est prévu des audits financiers des comptes du projet par un cabinet d'audit reconnu.

Ces audits seront organisés selon des modalités / standards acceptés internationalement.

Le programme doit être audité après un an d'activité et pendant la troisième et septième années d'activité. L'audit portera sur

Le programme doit être audité après un an d'activité et pendant la troisième et la sixième année de mise en œuvre. L'audit portera sur :

- la vérification que les comptes du programme reflètent la réalité ;
- le contrôle de l'existence et le respect des procédures.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires si elle les juge nécessaires.

Le Représentant résident est chargé de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon standards internationaux) indépendante.

Le rapport d'audit doit être présenté à la SMCL. Si nécessaire le programme doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives

ont été entreprises.

Chacune des Parties (Burundi et Belgique) peut à tout moment, moyennant information préalable de l'autre, procéder conjointement ou séparément à un contrôle (audit) ou à une évaluation des objectifs et des différents aspects de l'exécution du projet à condition de prendre en charge les incidences financières de cette évaluation. Le cas échéant, chaque partie communique à l'autre, les conclusions de ses contrôles et évaluations.

Audit CTB

Chaque année les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre ils réalisent également des audits du projet. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un programme/projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.13 Clôture de la prestation

Ce projet s'inscrit dans une vision à long-terme avec un horizon de 10 à 12 ans. Il devra produire un rapport final qui sera rédigé conjointement avec l'institution de suivi et qui sera soumis pour approbation à la SMCL. Ce rapport facilitera à la continuité de l'intervention dans le secteur.

Reliquat budgétaire

A la clôture du projet, le reliquat sera programmé sur le PIC en cours selon les modalités prévues dans la Convention Spécifique.

Reliquat budgétaire :

A la clôture du projet, le reliquat budgétaire sera reprogrammé sur le PIC en cours selon les modalités prévue dans la Convention Spécifique.

Dépenses après Convention :

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de SMCL.

6 THÈMES TRANSVERSAUX

6.1 Environnement

Ce programme a des répercussions directes sur l'environnement en matière de construction et aménagement des infrastructures, que ce soit sur les matériaux, la ventilation et tout ce qui peut soutenir une maintenance et un coût d'entretien supportable et durable.

Une attention particulière doit porter sur :

- l'introduction de matériaux à faible incidence écologique (expl : destruction forestière, ..) et en matériaux recyclables
- le confort des usagers en veillant à une bonne ventilation naturelle, le contrôle de l'intensité lumineuse, l'emploi de matériaux de constructions sains
- la gestion optimale du cycle de l'eau (collecte de l'eau de pluie, apport en eau potable, traitement de l'eau, ...)
- la bonne gestion des déchets tant hospitaliers que courants (comme les vieilles batteries, les pneus, . . .) ou organiques
- l'introduction d'énergies renouvelables.

Pour la communication radio, si elles se maintiennent entre les CDS et les BDS et HD, des panneaux solaires peuvent alimenter les radios de communication. La problématique se pose dans les mêmes termes pour l'alimentation électrique cruciale du parc informatique et de la communication des données.

Enfin, en matière de maintenance du parc informatique, la problématique de déclassement de ces machines doit trouver une solution idoine et respectueuse de l'environnement.

6.2 Genre

Dans l'analyse de situation, il est spécifié que des efforts importants ont été déployés pour rétablir l'égalité des sexes. Néanmoins, les résultats des enquêtes récentes tendent à confirmer la persistance des inégalités économiques et juridiques qui pénalisent la femme. En effet, les femmes se retrouvent dans les catégories des plus pauvres, surtout quand elles sont chef de ménage, elles sont davantage touchées par le chômage et les violences et elles ne disposent pas de pouvoir de décision quant à l'affectation des revenus familiaux. Ces aspects doivent être pris en compte dans un système d'information sanitaire et des données et des indicateurs spécifiques sur ces aspects doivent être identifiés (voir ci-dessous).

La présente intervention doit intégrer l'approche genre, même si aucune étude complémentaire n'a été menée dans le cadre de sa formulation :

* une attention particulière sera faite pour que les politiques sur les RH ne contiennent pas de biais par rapport au genre en matière de renforcement de capacités des agents du système de santé ;

* au niveau de la gouvernance sanitaire au sein de laquelle la gestion des données occupe une place importante, il doit être prévu également des séances de formation et de sensibilisation à destination des responsables sectoriels chargés de la conception, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des différents programmes, en vue d'assurer la prise en compte effective de cette dimension. A cet effet, des indicateurs de progrès seront établis en démarrage de programme sur une base participative, en vue de garantir des revues objectives et régulières sur cette question. Ainsi un suivi spécifique du recours des femmes et des enfants aux services de santé devra être fait. Déjà, le MSP fait beaucoup d'efforts en rendant les soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins 5 ans, mais cela doit être suivi

6.3 Economie Sociale

La prise en compte d'une saine gestion financière en vue de fournir un accès aux soins de santé les meilleurs au moindre coût. Des indicateurs d'une gestion efficiente et transparente devraient permettre d'améliorer significativement cet accès. En outre l'informatisation des hôpitaux devrait permettre également un meilleur suivi des patients (en terme de continuité de soins à des coûts acceptables) en tenant compte de toutes les initiatives dans le domaine de la mutualisation et de la Carte d'Assurance Maladie (la CAM).

Dans ce cadre, et particulièrement à l'engagement d'organismes privés dans l'exécution du résultat 4, une gestion démocratique constituera un atout. Par gestion démocratique nous entendons la recherche d'un projet collectif ou encore le refus d'une appropriation individuelle des excédents et de faire primer l'humain sur le capital en générant une plus value au bénéfice de la collectivité.

Le programme espère ainsi contribuer à une économie plus sociale pour les plus vulnérables dans la société.

6.4 HIV / SIDA

Depuis la nomination d'un nouveau gouvernement, le Ministère de la Santé a intégré l'ancien Ministère du VIH/Sida.

Tenant compte du fait que la CTB s'engage à intégrer le volet VIH/Sida de façon plus concrète et performante dans tous les nouveaux programmes au Burundi, il faut souligner que l'intégration de ce domaine va permettre de contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida au Burundi qui part d'une approche multisectorielle. Un processus de coordination entre ce projet et la présente intervention va se mettre en place, dès qu'il sera validé et mis en œuvre.

Ainsi dans tous les programmes/projets, y compris celui-ci, de la Coopération Belge cette intégration se fera sur deux niveaux:

- un appui à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail (récemment approuvée par les partenaires sociaux au Burundi)
- un appui à la mise en œuvre - y compris l'actualisation - des politiques sectorielles respectives de lutte contre le vih/sida.

La présente intervention intègre dans le domaine des indicateurs, les éléments suivants :

- la lutte VIH/Sida en milieu de travail
- l'intégration des indicateurs qui permettent un meilleur suivi des aspects épidémiologiques en IST/VIH/Sida
- l'intégration des indicateurs qui permettent une meilleure gestion des stocks (ARV, réactifs, préservatifs, etc...)
- l'intégration des indicateurs liés à la mise en oeuvre d'une politique VIH/Sida en milieu de travail
- le renforcement des structures de lutte contre le Sida dans le but de favoriser une meilleure gestion de stocks.

6.5 DROITS DES ENFANTS

La présente intervention n'a pas de focus directe et spécifique sur les droits des enfants. Indirectement l'information récoltée sera bien sûr d'intérêt particulier dans le suivi de l'état de santé de la population des enfants de tout âge, et plus spécifiquement les enfants de moins de 5 ans.

7 ANNEXES

7.1 Cadre logique

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.	<ul style="list-style-type: none"> Taux de CDS qui utilisent correctement le canevas standardisé (indicateur n°46 du PNDS II) Niveau de performance du SNIS dans l'utilisation de l'information (indicateur n°47 du PNDS II) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue annuelle conjointes Rapports annuels du Projet et du PAISS Rapports annuels d'EPISTAT/la Direction Nationale de l'Information Sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> Les nouvelles structures et modes d'organisation du MSP sont mises en place Un dialogue sectoriel continu et pro-actif aboutissant à une approche budgétaire sectorielle est mené La direction du CPSD et son GT-S/E sont actives et performantes Un alignement acceptable des appuis au PBF

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	<ul style="list-style-type: none"> % de structures disposant de son manuel des procédures et du dictionnaire des méta données indicateurs du PNDS II revus et 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports annuels d'EPISTAT/DNIS et du projet Revue Annuelle 	<ul style="list-style-type: none"> la réforme du Ministère est faite dans les délais les BPS, BDS peuvent se connecter sur Internet de façon fiable ;

	<p>harmonisés utilisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA disposant d'outils et supports standards révisés et les utilisant • % de structures (FOSA, BPS et BDS) disposant du Guide d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et les utilisant • % des BPS, BDS ayant l'accès au site Web d'EPISTAT/Direction Nationale de l'Information Sanitaire fonctionnel • % des BPS, BDS ayant une BDD installée sur un site web fonctionnel • Annuaire statistiques planifiés et BUSNIS produits et diffusés • % d'indicateurs du PNDS II traités dans l'annuaire statistique • % 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>Conjointe</p> <p>-Rapports annuels des BDS/BPS</p>	<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>
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèses
R1/A1 : Etablir un cadrage général du sous système d'information sanitaire et revoir les indicateurs	<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</p>	40.000	

	niveau		
R1/A2 : Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privé et les actualiser ultérieurement si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> - inventorer les outils/supports utilisés par tous les acteurs et les programmes du MSPLS - rédiger des outils/supports standards - production des outils/supports standards - organiser des ateliers de consensus seront au niveau central. 	260.000	
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.	<ul style="list-style-type: none"> - mener une évaluation sur l'utilisation du logiciel actuellement installé - identifier un cahier des charges pour sa révision - l'adapter, le tester et l'installer dans tous les BPS et BDS. - évaluer ensuite ce logiciel produit d'une façon continue. - 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 	140.000	
R1/A4 : Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production	<ul style="list-style-type: none"> - évaluer les initiatives actuelles d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données produites. - 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). - établir un plan de formation des personnels de santé et des agents communautaires et organiser des sessions de formation provinciales. - éditer l'Annuaire Statistique (7 nros) et les BUSNIS (24 nros) pour l'ensemble de la période d'intervention et en dégressivité 	248.000	

	- développer un processus d'identification 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)		
R1/A5 : Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perlées.	-Identifier les domaines à couvrir -Rédiger un ou plusieurs DAO -Etablir un Contrat et un mécanisme de suivi.	220.000	

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

Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèses
R2/A1 Développer un système de maintenance intégré et pérenne	<ul style="list-style-type: none"> -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. -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. -créer ce système en recourant éventuellement à la contractualisation avec des entreprises privées -établir un plan de formation avec module ad hoc adressés aux personnels -organiser une session nationale de formation pour tous les points focaux SNIS provinciaux pour une formation en cascade 	220.000	
R2/A2 Résoudre les problèmes d'alimentation électrique	<ul style="list-style-type: none"> -évaluer la situation au niveau national en ce domaine. -établir un plan et un cahier des charges pour combler le maximum d'écarts en ce domaine. -effectuer les investissements notifiés dans le cahier des charges en recourant le plus que possible au solaire. Recours à une entreprise nationale 	507.000	
R2/A3 Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux providers.	<ul style="list-style-type: none"> -évaluer les besoins au niveau national du parc informatique et bureautique. -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 	710.000	

	(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.		
R2/A4 Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de l'EPISTAT	- évaluer les besoins en réhabilitation des bureaux actuels en rafraîchissement des locaux et en mobiliers - effectuer les travaux - acquérir un véhicule 4X4 (supervisions)	75.000	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
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	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser les outils standards révisés capables d'assumer leurs tâches dans le SNIS • % de BPS et BDS disposant d'au moins 2 personnes capables d'assumer leurs tâches au sein du SNIS • % de BPS et BDS disposant d'au moins 2 personnes formées capables d'utiliser la base de données Web • % 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 		<ul style="list-style-type: none"> -le personnel est disponible ; -le personnel est compétent ; -le personnel est motivé ; -le secteur privé accepte de participer

Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R3/A1 Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	15.000	
R3/A2 Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que privé	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	300.000	
R3/A3 Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	40.000	
R3/A4 Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPLS	S'aligner sur le politique de contractualisation au MSPLS	180.000	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 4. L'informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase pilote, suivie d'une mise à échelle	<ul style="list-style-type: none"> • dans la phase pilote, % des hôpitaux couverts conformément au cahier des 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 		<ul style="list-style-type: none"> -le CETIC approuve le Master Plan -les hôpitaux ont les ressources minimales pour le fonctionnement de l'ICT -le personnel accepte les changements -les sociétés capables soient trouvées
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R4/A1 Sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	3.000	
R4/A2 Etablir un cahier des charges et effectuer un état des lieux	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	120.000	
R4/A3 Exécution du marché	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	800.000	

R4/A4 Tirer des leçons de la phase pilote	-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	15.000	
R4/5 Mettre à échelle à d'autres Hôpitaux du pays	-traduire les recommandations de l'exercice précédent en un plan de mise en œuvre en tenant compte de l'état des lieux -sélectionner les sites éligibles sur la base du budget du marché -établir et convenir un protocole de suivi et de réception du marché -documenter la mise en oeuvre en vue d'organiser un transfert efficace aux décideurs des hôpitaux en vue d'une appropriation technique et financière du système informatisé	1.980.000	

7.2 Budget

BUDGET TOTAL				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5	ANNEE 6	ANNEE 7
Objectif spécifique: Le Burundi dispose d'un Système National d'Information Sanitaire renforcé lui permettant d'avoir des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon pérenne "					5.873.000	73%							
A	01	La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous-système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés			908.000	11%	398.000	230.000	160.000	30.000	30.000	30.000	30.000
A	01	01	Etablir un cadrage général du sous système d'information sanitaire et revoir les indicateurs	Cogestion	40.000		40.000	0	0				
A	01	02	Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant public que privé et les actualiser ultérieurement si nécessaire	Cogestion	260.000		100.000	80.000	80.000				
A	01	03	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	regie	140.000		100.000	40.000	0				
A	01	04	Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production	Cogestion	248.000		118.000	80.000	50.000				
A	01	05	Contractualiser avec un ou plusieurs organismes responsables d'expertises perlées	regie	220.000		40.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
A	02	Le parc informatique, bureautique et logistique du SNIS est fonctionnel			1.512.000	19%	602.000	555.000	355.000	0	0	0	0
A	02	01	Développer un système de maintenance intégré et pérenne	Cogestion	220.000		0	110.000	110.000				
A	02	02	Résoudre les problèmes d'alimentation électrique là ou c'est possible	Cogestion	507.000		247.000	180.000	80.000				
A	02	03	Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux providers	Cogestion	710.000		280.000	265.000	165.000				
A	2	Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de l'EPISTAT			75.000		75.000	0	0				

A	03		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 de la mise en œuvre des PNDS à tous les échelons du système de santé		535.000	7%		195.000	185.000	155.000	0	0	0	0
A	03	01	Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation.	Cogestion	15.000			15.000	0	0				
A	03	02	Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que privé	Cogestion	300.000			100.000	115.000	85.000				
A	03	03	Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées	Cogestion	40.000			20.000	10.000	10.000				
A	03	04	Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPLS	regie	180.000			60.000	60.000	60.000	0	0	0	0
A	04		L'informatisation du secteur hospitalier avec dossier médical informatisé est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase 'pilote' au bénéfice des hôpitaux du pays		2.918.000	36%		123.000	800.000	15.000	570.000	470.000	470.000	470.000
A	04	01	Introduire un dossier informatisé du patient et sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote	Cogestion	3.000			3.000	0	0	0	0	0	0
A	04	02	Etablir un cahier des charges et effectuer un état des lieux	regie	120.000			120.000	0	0	0	0	0	0
A	04	03	Exécuter le marché et suivre le respect du Cahier des Charges	Cogestion	800.000				800.000		0	0	0	0
A	04	04	Tirer des leçons de la phase pilote	Cogestion	15.000			0	0	15.000	0	0	0	0
A	04	05	Mettre à échelle à d'autres Hôpitaux du pays	Cogestion	1.980.000			0	0	0	570.000	470.000	470.000	470.000

Z	Moyens généraux		1.969.290	25%							
Z 01	Frais de personnel		1.443.700	18%	226.600	226.600	504.100	256.600	76.600	76.600	76.600
Z 01 01	Conseiller technique international	Régie	720.000		180.000	180.000	180.000	180.000	0	0	0
Z 01 02	ATN	Régie	120.000		0	0	0	30.000	30.000	30.000	30.000
Z 01 03	Directeur d'intervention	Régie	33.600		4.800	4.800	4.800	4.800	4.800	4.800	4.800
Z 01 04	Cellule d'appui sectorielle et transversale	Régie	277.500				277.500	0			
Z 01 05	Financial officer	Régie	98.000		14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000
Z 01 06	Comptable	Régie	70.000		10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Z 01 07	Secrétaire	Régie	50.400		7.200	7.200	7.200	7.200	7.200	7.200	7.200
Z 01 08	2 Chauffeurs	Régie	74.200		10.600	10.600	10.600	10.600	10.600	10.600	10.600
Z 02	Investissements		87.000	1%	87.000	0	0	0	0	0	0
Z 02 01	Equipement bureau	Régie	25.000		25.000	0	0	0		0	0
Z 02 02	vehicules	Régie	50.000		50.000						
Z 02 03	Informatique	Régie	12.000		12.000						
Z 03	Frais de fonctionnement		257.340	3%	41.400	33.400	38.400	35.940	38.400	33.400	36.400
Z 03 01	Frais de fonctionnement du véhicule	Régie	58.800		8.400	8.400	8.400	8.400	8.400	8.400	8.400
Z 03 02	Télécommunications	Régie	30.800		4.400	4.400	4.400	4.400	4.400	4.400	4.400
Z 03 03	Fournitures de bureau	Régie	60.200		8.600	8.600	8.600	8.600	8.600	8.600	8.600
Z 03 04	Missions	Régie	70.000		10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Z 03 05	Sessions de démarrage et de communication	Régie	8.540		3.000	0	0	2.540	0	0	3.000
Z 03 06	Formation	Régie	15.000		5.000		5.000		5.000		
Z 03 07	SMCL et sessions de coordination	Régie	10.500		1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Z 03 08	Frais financiers	Régie	3.500		500	500	500	500	500	500	500
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation		181.250	2%	12.500	43.750	12.500	43.750	12.500	18.750	37.500
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation	Régie	87.500		12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500
Z 04 02	Audit	Régie	75.000			25.000	0	25.000			25.000
Z 04 03	Backstopping	Régie	18.750			6.250		6.250		6.250	
TOTAL			8.000.000		1.685.500	2.073.750	1.397.710	936.290	627.500	628.750	650.500

REGIE	2.629.290
COGESTION	5.370.710

7.3 Chronogramme

	Résultats Activités	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7
R1	La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés							
	A1	Etablir un cadrage général du sous-système d'Information Sanitaire et revoir les indicateurs						
	A2	Revoir les outils et supports standards utilisés par tous les acteurs tant publics que privés, et les actualiser ultérieurement si nécessaire						
	A3	Revoir le 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						
	A4	Définir les mécanismes d'analyse, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données et appuyer la production		CNS, BUSNIS Annuaire	BUSNIS Annuaire			
A5	Contractualiser avec un ou plusieurs organismes en expertises perlées							
R2	Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel							
	A1	Développer un système de maintenance intégrée et pérenne						

A2	Résoudre les problèmes d'alimentation électrique là où c'est possible							
A3	Acquérir les matériels informatiques et bureautiques et les souscriptions aux « providers »							
A4	Réhabiliter l'infrastructure et la logistique de l'EPISTAT							

Résultats Activités		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7
R3	Les capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données leur permettent d'assumer leurs prises de décision, en cohérence de la mise en œuvre des PNDS à tous les échelons du système de santé							
A1	Etablir un plan de formation par niveau en partenariat avec les institutions nationales de formation							
A2	Organiser les formations complémentaires et continues tant pour le secteur public que le privé							
A3	Intégrer les compétences SNIS dans le système de supervisions intégrées							
A4	Appliquer aux responsables de la gestion du SNIS le processus de contractualisation menée actuellement au MSPLS							
R4	L'informatisation du secteur hospitalier avec dossier informatisé est introduite dans le cadre du SNIS à partir d'une phase pilote au bénéfice des hôpitaux du pays et mise à échelle.							

A1	Introduire un dossier informatisé du patient et sélectionner les institutions éligibles pour la phase pilote							
A2	Etablir un Cahier des Charges							
A3	Suivre la mise en œuvre par me société qui a obtenu le marché							
A4	Tirer les leçons de la phase pilote							
A5	Mettre à échelle à d'autres Hôpitaux du pays							

7.4 TdR personnel long terme

7.4.1 Un(e) Assistant(e) Technique International(e) expert en Santé Publique et expérience en Informations Sanitaires et Surveillance Epidémiologique

Poste

Un(e) Assistant(e) Technique International(e), experte en santé publique avec expérience en systèmes d'information sanitaire aura pour fonction d'appuyer l'atteinte des Résultats de l'intervention. Il/elle sera logé provisoirement au sein de l'actuel EPISTAT, ensuite à la Direction Nationale de la planification (voir organigramme) . Il/elle coordonnera entre le MSPLS et le programme « bourses » de la coopération belge afin de former en qualité et quantité suffisante les cadres nationaux.

Il/elle assume la responsabilité de la cogestion eu titre de Délégué à la Cogestion (DELCO) au sein de l'Equipe de Direction.

Responsabilités

Pour pallier aux insuffisances de son système d'information sanitaire (SIS), le MSPLS a bâti sa stratégie de revitalisation du système d'information sanitaire sur la « modernisation » de la cellule d'épidémiologie et de statistiques (EPISTAT) en prévision de la mise en place de la Direction Nationale de l'Information Sanitaire, en améliorant son organisation interne, son système informatique et en développant les compétences de son personnel et de tous les personnels impliqués au niveau national dans les domaines de la collecte des données et leur transmission, de l'informatique/programmation, de l'analyse et de la diffusion des données.

La future Direction du Système Nationale d'Information Sanitaire comprend 2 services: celui des Etudes et de la Recherche et celui de la Gestion du SNIS.

Tâches

- Donner un appui méthodologique et technique aux différents cadres du MSPLS impliqués dans le fonctionnement du sous-système d'information sanitaire
- Appuyer la mise en œuvre du projet pilote en informatisation hospitalière
- Faciliter un processus de 'change management'
- Assurer une meilleure circulation de l'information entre tous les niveaux du système de santé en matière de SNIS,
- Encadrer les recherches-action.
- Piloter, en tant que Co-gestionnaire, la mise en œuvre du projet
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des quatre résultats
- Contribuer à créer un bon climat de concertation et de collaboration au sein du projet
- Appuyer l'Equipe de Direction pour soumettre à la SMCL les plans de travail du projet, des rapports d'avancement semestriels, des rapports de suivi/évaluation

selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution

- Proposer, si nécessaire, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires.
- Il/elle sera étroitement appuyé par le RAF international de la CTB.

Durée

- Le poste est prévu pour 4 ans.

Profil

- Diplôme Universitaire en Santé Publique ou une compétence jugée équivalente à travers la connaissance et les expériences de terrain dans le domaine de l'information sanitaire et celui des bio-statistiques.
- Expérience professionnelle pertinente dans le domaine de la Santé Publique, dont un minimum de 5 ans dans un contexte international
- Expérience professionnelle pertinente dans :
 - Planification, organisation, gestion et coordination de projet/programme
 - Gestion de SNIS et en bio-statistique
 - Conduite d'un projet pilote
- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturel et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, d'accompagnement, de négociation, de flexibilité, de travail en réseau et avoir une attitude empathique)
- Bonne capacité en réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animation d'équipe et en formation (andragogique)
- Capacité à mener des recherches-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français et bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique dans le domaine d'un SNIS.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4.2 Un(e) Assistant(e) Technique National(e) en informatisation hospitalière et en Informations Sanitaires

Poste et localisation

Un(e) Assistant(e) Technique National(e), experte en informatique et en information sanitaire, aura pour fonction d'appuyer l'atteinte des Résultats de l'intervention pour la deuxième phase. Il/elle sera logé au sein de la Direction de L'Information Sanitaire. Le programme a besoin d'un tel expert parce que l'expertise requise et indispensable n'est

actuellement pas disponible au MSPLS.

Il coordonnera entre le MSPLS et le programme « bourses » de la coopération belge afin de former en qualité et quantité suffisante les cadres nationaux

Durée

Le poste est prévu pour les quatre dernières années de l'intervention.

Responsabilités

Un programme pilote d'informatisation de 4 hôpitaux couvrant les 3 niveaux du système de santé est mis en place dans la phase pilote du projet d'appui au SNIS au Burundi. Ce programme est inscrit en tant que 4^{ème} résultat.

Tâche

Ses responsabilités techniques :

Ses responsabilités de manager et d'expert, conjointement avec la Direction d'EPISTAT/Direction de l'Information Sanitaire ou son délégué

- Piloter la mise en œuvre du projet
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des quatre résultats
- Appuyer l'Equipe de Direction pour soumettre à la SMCL les plans de travail, des rapports d'avancement semestriels, des rapports de suivi/évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution
- Proposer, si nécessaire, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires.

Il sera étroitement appuyé par le RAF international de la CTB et par l'ATI lors de la première année de la 2^{ème} phase.

Profil

- Diplôme en Informatique ou une compétence jugée équivalente à travers la connaissance et les expériences de terrain dans le domaine de l'informatisation de structures et compétences optimales en bio-statistiques.
- Expérience professionnelle de minimum 10 ans dans le domaine de l'informatique en management de projet d'informatisation
- Expérience d'un minimum de 3 ans en planification, organisation, gestion et coordination de projet/programme.
- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturel et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle

- Aptitudes en animation d'équipe et en formation
- Capacité à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique dans le domaine d'un SNIS.
- une expérience démontrée en matière de l'intégration des aspects genre et santé dans les programmes de santé est un atout important

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4.3 Responsable Administratif et Financier International à temps partiel

Poste

Le/la responsable administratif et financier international du programme assume la responsabilité de la gestion financière et administrative du programme, Il/elle appuie les équipes financières et administratives des composantes et consolide leurs données. Il/elle s'intègre dans l'équipe du programme, en dépendant hiérarchiquement du RR de la CTB et fonctionne sous le coordinateur du programme. En cas de conflit d'agenda ou conflit de priorité dans les tâches, c'est au coordinateur du programme de trancher. .

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement du PAISS, soit trois ans après 2011 plus une année à charge du projet. Il/elle travaillera mi-temps pour le programme et le projet.

Responsabilités

Responsabilités générales

- Formation continue et encadrement du personnel administratif du programme
- Elaboration éventuelle d'instruments et de procédures spécifiquement liées au programme
- Résoudre des questions et risques financiers et administratifs, et appui à la résolution de problèmes spécifiques lié au programme dans sa globalité.
- Appuyer au démarrage le programme et à sa clôture
- Consolider les budgets et les plans opérationnels du programme

Dans le domaine financier

- Gestion budgétaire et programmation financière du programme dans sa globalité :
- Suivi budgétaire et contrôle des coûts du programme dans sa globalité
- Support pour la rédaction d'adaptations budgétaires
- Support pour la rédaction de la programmation financière
- Consolidation des rapports et programmations financières

- Conseils aux DELCOs des composantes et toute information que ces derniers lui demandent
- Comptabilité et gestion du cash :
- Supervision de la comptabilité (cfr. Contrôle de la qualité + consolidation comptabilité/FIT)
- Contrôle de la position du cash et approvisionnement des comptes du programme (cfr. Organiser les cash call)
- Gestion de paiements importants du programme (montant à déterminer)
- Organiser les achats directs à Bujumbura
- Supervision technique des comptables locaux

Dans le domaine des marchés publics

- Superviser le/la gestionnaire marchés publics dans :
- La rédaction de la partie administrative des DAO
- Lancement des marchés et publication des avis d'appel d'offres
- Appuyer la gestion administrative des marchés publics (sélection, analyse, attribution, suivi et clôture) surtout en absence du gestionnaire MP
- Participer aux dépouillements des offres en absence du gestionnaire MP
- Veiller à ce que les procédures soient respectées
- Donner des conseils et participer au renforcement des responsables concernés
- Collaborer activement avec le Gestionnaire Local MP
- Informer immédiatement le RR et le Gestionnaire Local MP de toute irrégularité constatée ou tentative de manœuvre frauduleuse ou existence de risque potentiel avéré d'introduction de recours

Dans le domaine de la gestion contractuelle et achats

- Soutien du personnel pour la gestion administrative
- Soutien pour la gestion des moyens logistiques
- Suivi/consolidation des engagements financiers.

Son profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

- Etre en possession au minimum d'un diplôme d'Etude supérieure en comptabilité type BAC + 4
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans la gestion administrative et financière, dans une administration publique ou privée ou dans un projet ou programmes de coopération internationale; un atout serait que cette expérience ait été au sein de la coopération belge
- Avoir une très bonne expérience d'utilisation de programmes informatiques courants (dont WORD, EXCELL et Internet obligatoirement)
- Qualités désirées: intégrité, dynamisme, flexibilité, rigueur, bonne organisation personnelle et capable de travailler en équipe
- Un atout: avoir une maîtrise acceptable de la langue anglaise.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4.4 Financial Officer Projet

Poste

Sous la supervision de l'assistance technique et de l'équipe de suivi du projet, le gestionnaire financier et administratif aura pour fonctions :

1. Assurer le suivi des processus comptabilité selon les instructions et procédures émanant de la représentation et dans le respect des réglementations locales pour permettre à la direction de projet de disposer dans les délais impartis d'une information financière fiable et complète :

- Superviser l'enregistrement de la comptabilité et s'assurer que celle-ci soit disponible à temps ;
- Encadrement dans les procédures comptables
- Assurer la bonne gestion comptable (réconciliation de la comptabilité) en exerçant les contrôles requis (conformité, contrôle des pièces justificatives);
- Contribuer aux audits internes et externes ;

2. Assurer le suivi des cash-flows du projet :

- Vérifier les soldes bancaires des comptes et veiller à leur alimentation ;
- Veiller au respect des autorisations et à l'exhaustivité des dossiers de paiement ;
- Participer à la préparation des demandes trimestrielles d'alimentation en trésorerie ;
- Superviser la tenue de la caisse ;

3. Effectuer le suivi financier du projet pour pouvoir communiquer les rapports et analyses nécessaires à la direction de projet pour permettre une gestion efficace et efficiente:

- Appuyer dans le suivi budgétaire des projets (analyse des coûts, suivi des engagements, identifier les dépassements potentiels, suivi des actions des projets) et proposition des actions à prendre.
- Participer à l'élaboration des planifications financières trimestrielles ;
- Développement de procédures de contrôle interne spécifique au projet
- Informer/former l'équipe du projet aux procédures de gestion financière à appliquer ;
- Etablissement des rapports financiers du projet
- Préparer le bilan financier du projet

4. Assurer que la mise à disposition du matériel/équipement/installation nécessaire au projet soit réalisée en respectant les procédures CTB et la réglementation locale :

- Assurer du bon déroulement du cycle des achats (procédures, marchés publics, pièces justificatives,...) ;
- Contrôle de l'application stricte de toutes les procédures et réglementation par le projet (y compris pour les DAO, veiller à ce que l'ensemble des documents requis soient présents)
- Accompagner les marchés de travaux, fournitures et services ;
- Assurer le suivi des engagements et contrats du projet
- Assurer de la bonne gestion des inventaires.

5. Superviser les matières administratives et la mise en place de procédures :

- S'assurer la bonne application des procédures administratives et comptables de la CTB ainsi que de la législation locale (également en terme de gestion des RH) ;
- Contribuer au développement du manuel de procédures spécifiques projet
- Gérer et effectuer le suivi des contrats du personnel du projet
- Assurer la tenue à jour du livre du dossier des employés

Profil

- Etre titulaire d'un diplôme en gestion ou en comptabilité ;
- Avoir une expérience professionnelle (dans le domaine) de 5 ans au minimum. L'expérience dans un projet de coopération internationale ou organisation non gouvernementales est un atout ;
- Avoir une bonne connaissance de la législation sociale du Burundi ;
- Maîtrise des principes de marché public ;
- Avoir une maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Power Point, etc....) ;
- Etre capable de travailler en équipe ;
- Avoir une bonne capacité d'analyse et de résolution des problèmes ;
- Disposer d'une certaine flexibilité dans l'organisation du travail étant donné le contexte particulier du projet ;
- Etre orienté résultats ;
- Etre rigoureux ;
- Avoir une excellente maîtrise du français.

7.4.5 Gestionnaire Local(e) des Marchés Publics à temps partiel

Poste et localisation

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme 'Appui institutionnel au Secteur de la Santé au Burundi' le gestionnaire local 'Marchés Publics' assume au sein d'une cellule d'appui administrative, pour l'ensemble des composantes du programme les deux fonctions suivantes :

- la gestion administrative des dossiers marchés publics du programme (selon la loi

- des MP burundais et belge) depuis la rédaction des DAO jusqu'à l'attribution. Il/elle appuie également, pour le compte du programme le suivi de l'exécution des marchés
- le renforcement des capacités des cellules de gestion des marchés publics des entités administratives concernées (MSP au niveau central et périphérique)

Il/elle dépend hiérarchiquement du RAF international du programme et Il/elle travaille 1/3 du temps pour chacune des 3 composantes. En cas de conflit d'agenda ou de priorité dans les tâches, c'est au RAF international ou en défaut le coordinateur du programme de trancher.

Il/elle sera en poste au niveau du siège de la CTB, étant donné qu'il appuie toutes les composantes, mais exercera ses responsabilités en étroite collaboration avec le MSPLS afin d'assumer un transfert de compétences au sein des unités ministérielles responsables des MP.

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement du PAISS, soit trois ans après 2011 plus une année à charge du présent projet. Il/elle travaillera mi-temps pour le programme et le projet.

Profil :

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

- Diplôme universitaire requis, de préférence en droit (administratif), sciences humaines ou sciences économiques
- Avoir minimum 5 ans d'expérience professionnelle dans la gestion administrative des marchés publics nationaux et internationaux
- Avoir une connaissance avérée du nouveau code des marchés publics du Burundi (entré en vigueur en octobre 2008) est un atout majeur
- Avoir une expérience avérée dans la remise d'avis critique sur le déroulement de procédures de passation de marchés publics est un atout
- Une expérience avérée en formation est un atout
- Excellentes connaissances du français écrit et oral
- Avoir de bonnes compétences rédactionnelles
- Connaissances approfondies de MS Office (Word, Excel, ...)
- Avoir un bon sens de précision et des responsabilités et des capacités à travailler de manière autonome, capacités d'analyse, capacités de synthèse, capacités à transmettre aisément l'information pro-activité, intégrité, faire preuve d'objectivité
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation et être moralement irréprochable.

Responsabilités

- Rédiger la partie juridico-administrative des DAO à partir des « Termes de référence » fournis par les experts techniques
- Finaliser les DAO en concertation avec les experts techniques pour assurer la

complétude du dossier

- Déterminer les procédures de passation adéquates par marché et, le cas échéant, motiver l'usage des procédures d'exception
- Lancer le marché et publier les avis d'appel d'offres dans les publications prévues à cet effet
- Appuyer le processus de sélection et d'attribution des marchés et veiller à ce que les procédures soient respectées (participer aux ouvertures, dépouillements, analyses, négociations, etc...)
- Assurer le suivi du traitement des dossiers auprès des instances de contrôle compétentes
- Exécuter des tâches administratives (rédaction de lettres, classement, prise de notes, rédaction de PV,...)
- Centraliser des informations dans un dossier et procéder à l'archivage des dossiers terminés
- Gérer le registre/programmation des marchés publics du programme
- Collaborer sur tout domaine utile avec la Représentation permanente de la CTB, plus particulièrement avec le conseiller MP, notamment fournir toute information utile à ce dernier pour ses rapports avec le siège
- Etablir lors de sa prise de fonction un plan de transfert de compétences aux responsables MP du MSP
- Informer immédiatement le coordinateur du programme et le conseiller en passation des marchés publics de la Représentation de toute irrégularité constatée, de toute tentative de manœuvre frauduleuse ou de toute existence de risque potentiel avéré d'introduction de recours.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Ce contrat est budgétisé dans la présente intervention que pour une année

7.4.6 Un(e) Assistant(e) Technique International(e) en ICT à temps partiel

Projet:

L'expertise est demandée dans le domaine de l'informatique pour les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation.

Les programmes Santé, Agriculture et Education assurent un appui institutionnel et opérationnel aux secteurs concernés, via notamment un accompagnement du partenaire au niveau des ministères.

L'objectif du poste est d'améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes Santé, Agriculture et Education à travers l'intégration d'équipements et de services NTIC (Nouvelles Technologies d'Information et de Communication) performants en améliorant la disponibilité et l'intégrité des données, la réduction des redondances, en améliorant la communication avec les clients (internes/externes = citoyens), en développant les

compétences et finalement en améliorant les processus de planification, de coordination et de suivi.

Le poste d'Expert en Informatique, responsable de l'Appui Transversal NTIC s'inscrit dans la continuité du projet APIP afin d'assurer la consolidation des acquis de ce projet qui visait à renforcer les capacités des institutions publiques burundais impliquées dans le domaine de la « bonne gouvernance » et des services sociaux rendus aux populations, au travers d'appuis ponctuels en équipements, notamment informatiques, et en formation de leurs utilisateurs.

Fonction:

Sous l'autorité générale du Représentant Résident de la CTB à Bujumbura et sous la supervision directe des co-responsables des différents programmes, l'Assistant Technique International est recruté pour une durée de 24 mois.

Il/Elle sera en charge:

- De l'élaboration d'un plan stratégique de l'informatisation et du développement de services NTIC de base au sein des ministères sectoriels;
- Du développement des compétences en ICT;
- De donner un appui aux co-responsables des programmes.

Tâches

- Appuyer le développement des compétences et services ICT au sein des Ministères sectoriels:
 - Elaboration d'un état des lieux des compétences et équipements disponibles en ICT dans certains services des Ministères concernés;
 - Réalisation d'études préliminaires des besoins prioritaires en services informatiques (HW/SW);
 - Elaboration d'un plan stratégique d'informatisation (avec l'appui d'une expertise ponctuelle);
 - Développement et maintenance de services NTIC (y compris tous les aspects de HW/SW);
 - Gestion de la Qualité des services: création d'un centre de maintenance;
 - Développement d'un plan stratégique de NTIC en collaboration avec le SETIC – Secrétariat Exécutif des Technologies de l'Information et de la Communication, identifier les solutions et projets d'amélioration.
- Renforcer les capacités des utilisateurs et gestionnaires:
 - Identifier et assurer la formation de base (MS Office) en bureautique pour des utilisateurs au niveau des ministères Education, Agriculture, Santé et Justice;
 - Identifier et assurer la formation et l'accompagnement des responsables ICT desdits Ministères en gestion et entretien des réseaux PC;
 - Identifier et assurer la formation du/des gestionnaire/s du parc informatique des

ministères concernés.

- Appuyer les co-responsables des programmes:
 - Appui à l'élaboration des Termes de référence des dossiers d'appel d'offre pour l'équipement informatique et les consultances;
 - Assure la qualité des livraisons d'équipement et des prestations intellectuelles;
 - Appui aux équipes de formulations dans l'analyse des besoins NTIC dans les nouveaux programmes;
 - Appui dans la gestion du parc informatique des programmes.

Profil

Les candidats recherchés par la CTB seront en premier ressort, motivés à coopérer avec les institutions publiques du pays partenaire, dans un esprit participatif et de respect et disposeront de:

- Minimum bachelier/bachelor en informatique. Toute autre formation universitaire + spécialisation post-universitaire en NTIC est un plus;
- Minimum 3 ans d'expérience professionnelle, dont une expérience internationale de préférence;
- Compétences en gestion de parc informatique, en installation, entretien et mise en réseau de PC's et programmes, en configuration de réseaux;
- Compétences en:
 - Installation / paramétrage de réseaux WiFi / WiMax;
 - Systèmes d'exploitation Windows et Linux;
 - Systèmes automatisés de back-up;
 - Paramétrage et entretien des réseaux TCP/IP;
 - Protection anti-virus;
 - Conception, paramétrage et entretien de bases de données SQL à complexité moyenne;
 - Office, Outlook server ou similaire;
 - Réparations de base de PC's / Serveurs (hardware);
 - Formation Office, base de données (SQL), Windows/Linux;
 - Conception, création et entretien de sites web à faible complexité;
 - Techniques élémentaires de virtualisation (VM Box Oracle);
 - Techniques VSAT (gestion élémentaire des installations VSAT);
- Compétences en matière de planification et d'organisation;
- Bonnes aptitudes communicationnelles dans un milieu interculturel;
- Compétences pédagogiques;
- Excellente maîtrise du français;

7.5 Rappel sur le PAISS

Résultat 3 : Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basée sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le MSP

Un système aussi complexe qu'un système de santé ne peut fonctionner que si des outils d'information permettant de suivre la performance du système sont disponibles et praticables.

Le système d'information sanitaire à développer doit prendre en compte plusieurs obstacles, notamment :

- La définition des informations utiles pour la planification et l'évaluation du système ;
- La performance du programme informatique qui est de recueillir et d'agrèger les données du bas en haut et de les transformer en informations utiles pour la prise de décision. L'utilité diffère selon le niveau du système de santé où l'on se trouve ;
- L'intégration nécessaire des besoins en gestion des programmes verticaux. En général le système est sous la pression d'une collecte de trop de données spécifiques à un programme vertical qui ne sont utiles que pour le programme lui-même ;
- Une déficience en connaissance des différents acteurs dans le système par rapport à l'interprétation des indicateurs et leur utilité pour la planification et la prise de décision en général ;
- Une déficience en feedback du niveau central au niveau périphérique et opérationnel afin que l'information joue son double rôle d'outil de planification et d'évaluation.
- Une déficience importante en compétence au niveau du département SNIS. Plusieurs cadres ne sont simplement pas disponibles au niveau du ministère. Un cadre national et un cadre régional (non disponible dans le pays) seront recrutés par le programme pour combler ces lacunes. A terme, le ministère sera obligé de recruter ces compétences. Le programme veillera à ce que le programme des bourses de la coopération belge octroie des bourses à des cadres nationaux pour renforcer ces compétences spécifiques et spécialisées.

Le présent résultat a pour objet d'appuyer le département d'information sanitaire du MSP (actuellement EPISTAT) afin de remédier aux défis décrits plus hauts. La porte d'entrée pour cet appui est **d'identifier et de concerter sur les efforts existants ou futurs**. En effet, plusieurs PTF sont actifs dans ce domaine (OMS, UNICEF, USAID, FG, ... : voir 2.2.6).

D'autre part le sous-système 'informatique' doit devenir non seulement plus performant en tant que logiciel mais également en tant qu'outil de planification. Les personnes concernées doivent en maîtriser les compétences pour en tirer un maximum de bénéfices opérationnels.

Dans le cadre de cette intervention le résultat principal et prioritaire doit être, dans les 4 prochaines années : le SNIS est performant et opérationnel (en conformité avec les normes de fonctionnement établies) au **niveau des DS sur l'ensemble du pays**, en bonne concertation entre tous les PTFs impliqués. Il est évident que le SNIS se doit d'être fonctionnel à tous les niveaux mais l'effort à produire pour aboutir à un système d'information performant dans tous les hôpitaux du pays sera de plus longue durée.

Quatre activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R3A1 : Etablir un plan stratégique de continuation de la transformation de l'EPISTAT en un véritable SNIS

Cette activité se décline en 2 sous activités :

S/Act : Mener un audit institutionnel d'EPISTAT et du CTSIS en vue d'une restructuration pour plus d'efficacité, sur la base d'une expertise internationale et nationale

S/Act : Etablir ce plan stratégique en concertation avec les PTF concernés et disponibles pour appuyer le SNIS (UNICEF, OMS, BM, Pathfinder, ...)

Montant pour cette activité : 25.000 EUR

R3A2 : Soutenir la fonctionnalité du SNIS

Cette activité a retenu les 7 sous activités ci-dessous, sur la base de la proposition des responsables actuels d'EPISTAT :

S/Act : Poursuivre le renforcement de la CTSIS en recourant à des expertises : régionale, en ATN (pour la programmation informatique) et en expertise internationale perlée

S/Act : Poursuivre la réorganisation - reprogrammation de l'outil de collecte de données, de la qualité de ces données, dans un premier temps au niveau CSD, HD et dans les DS et les provinces et dans un deuxième temps, au niveau des Hôpitaux de deuxième référence

S/Act : Poursuivre l'équipement des CDS, des HD, des HD de 2ème référence, des DS et BPS en outils automatisés de gestion des données (GESIS) dans les zones cibles de l'intervention

S/Act : Assurer la formation des BDS de Muramvya et des 3 DS de Bujumbura Mairie

S/Act : Renforcer les compétences des acteurs du SNIS à tous les niveaux de la pyramide nationale de santé en analyse des données et en intégration de leurs constats dans les processus de décision

S/Act : Renforcer le SNIS en ce qui concerne les recommandations issues de l'audit institutionnel commandité

S/Act : Assurer les visites de supervision par les responsables nationaux du SNIS à tous les niveaux

Montant pour cette activité : 190.000 EUR

R3A3 : Soutenir la fonctionnalité du SNIS par un achat d'expertises (en régie)

L'EPISTAT a besoin de plusieurs formes d'expertise, notamment un expert régional budgétisé à 300.000 EUR, un ATN-ICT à 72.000 EUR et une expertise internationale perlée estimée à 160.000 EUR.

Montant pour cette activité : 532.000 EUR

R3A4 : Co-organiser la revue annuelle du système de santé

Cette activité se décline en 2 sous activités :

S/Act : Evaluer les performances du système de santé (PAP, tableau de bord, ...) dans le cadre de la revue annuelle conjointe

S/Act : Appuyer la publication du rapport annuel du MSP et éventuellement d' un bulletin

Montant pour cette activité : 25.000 EUR