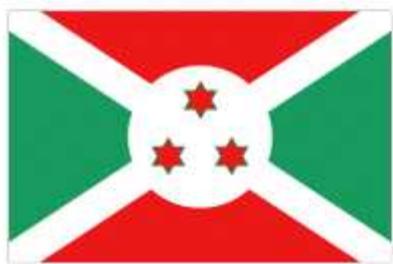


DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME D'APPUI INSTITUTIONNEL AU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE BURUNDI

CODE DGD : NN 3008574
CODE NAVISION : BDI 09 058 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	6
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	10
1. ANALYSE DE LA SITUATION.....	11
1.1 Contexte.....	11
1.2 La coopération belgo-burundaise	23
2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	29
2.1 Vision à long terme de la coopération belgo-burundaise	29
2.2 Orientations stratégiques du programme	35
2.3 Stratégies par volet	41
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	46
3.1 Objectif général	46
3.2 Objectif spécifique	46
3.3 Résultats attendus par volet	46
3.4 Indicateurs et sources de vérification	66
3.5 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre	67
4. RESSOURCES	68
4.1 Ressources financières	68
4.2 Ressources humaines	70
4.3 Ressources matérielles	72
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION	73
5.1 Cadre légal et responsabilités administratives	73
5.2 La coordination technique du programme	73
5.3 Structures d'exécution et de suivi du Programme	76
5.4 Responsabilités financières	78
5.5 Gestion financière	79
5.6 Gestion des marchés publics	82
5.7 Rapportage administratif, comptable et financier.....	84
5.8 Mécanismes d'approbation des adaptations au DTF.....	84
5.9 Suivi, Evaluation et Audit	85
5.10 Clôture de la prestation	86
6. THEMES TRANSVERSAUX	87
6.1 Environnement.....	87
6.2 Genre	87
6.3 Economie Sociale.....	88
6.4 HIV/ SIDA.....	88
7. ANNEXES	89

7.1	Cadre logique	89
7.2	Budget	100
7.3	Etats des lieux succincts validés lors de la mission de formulation	103
7.4	Chronogramme.....	110
7.5	TdR personnel long terme	112
7.6	TdR proposés pour une mission au début du programme	126

ABRÉVIATIONS

ARV	Anti Rétro Viraux (médicaments)
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistent technique national
BDI	Burundi
BDS	Bureau de District de Santé
BPS	Bureau Provincial de la Santé
CAD	Comité d'Aide au Développement
CAMEBU	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Burundi
CAP	Appel Commun des Nations Unies (en français)
CCQ	Comité de Contrôle de Qualité
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
CORDAID	ONG Internationale
CPSD	Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CT	Comité Technique
CTB	Coopération Technique Belge
CTI	Conseiller Technique International
CTN	Cellule Technique Nationale (dans le cadre de la contractualisation)
CTSIS	Cellule de transformation du SIS
DDR	Disarmament, Demobilisation and Reintegration process
DFID	Department for International Development (Coopération Royaume Uni)
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSP	Directeur Général de la Santé Publique
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District de Santé
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District (de santé)
ECL	Expert Contrat Local
EPISTAT	Cellule d'Epidémiologie et de Statistiques
EPM	Ecole Para Médicale
ETAL	Ecole de formation des Techniciens d'Assainissement et de Laboratoire
FBP	Financement Basé par la Performance
FBU	Franc Burundais
FCE	Fonds Commun Education
FED	Fonds Européen pour le Développement
FMI	Fonds Monétaire International
FoCoSa ou FCS	Fonds Commun Santé
FRA	Evaluation du Risque Fiduciaire (en français)
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (en français)
GNODS	Guide d'Opérationnalisation du District Sanitaire
GT	Groupe Thématique
HD	Hôpital de District
Health Net TPO	ONG internationale
IHP+	International Health Partnership
ICT	Information & Communication Technology
INSP	Institut National de Santé Publique
INSS	Institut National de Sécurité Sociale

LMD	Licence Master Doctorat
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
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Revue à Mi-Parcours (en français)
NC	Nouveau Cas (parfois associé à épisode de maladie)
NIF	Numéro d'Identification Nationale
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMD	Objectifs de Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPR	Office National des Pensions et Risques Professionnels
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAP	Plan d'Actions Prioritaires
PBF	Financement Basé sur la Performance (en français)
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 (quinquennaux)
PNS	Politique Nationale de Santé
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 existantes entre pays)
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSI	Population Santé Information (ONG internationale)
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PV	Programmes Verticaux
PVVS	Personnes Vivants avec le VIH/ Sida
QUIBB	Questionnaire des Indicateurs de Base et de Bien-être
RH	Ressource Humaine
SIGEFI	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SIS (ou SNIS)	Système (National) d'Information Sanitaire
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SP	Santé Publique
SPT	Stratégie Plainte Traitement
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAp	Sector Wide Approach
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
TDR	Termes De Référence
TPS	Techniciens de Promotion de la Santé
UCGC	Unité Centrale de Gestion et de Coordination
UE	Union Européenne
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)

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

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 leçons des 5 interventions en cours d'exécution, ce programme inscrit le partenariat belgo-burundais dans le domaine 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 agissant 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 originellement en trois interventions :

- Une première d'un montant de 12.000.000 EUR (sur la gouvernance au niveau central, la gouvernance périphérique et sur la DRH) ;
- Une deuxième de 8.000.000 EUR (initialement affectés à une contribution à la mise en place d'un Fonds Commun Santé) ;
- Une troisième de 5.000.000 EUR (sur le renforcement de la première intervention).

Tenant compte de la décision de la SMCL intermédiaire menée en fin de la présente formulation (voir mémo en annexe) **la première et la troisième intervention ont été fusionnées** avec l'accord de la partie Burundaise. Cette 'fusion' permettra un appui renforcé sur un plan global et plus spécifiquement sur la mise en place d'un SNIS performant d'une part et, d'autre part, sur un appui renforcé au développement d'une demande solvable (mutuelles communautaires) dans la perspective d'une couverture nationale universelle.

L'affectation initiale des 8 millions d'EUR à une participation de la coopération belgo-burundaise à un Fonds Commun Santé avec l'UE et le DFID n'est pas encore confirmée. En effet, le MSP du Burundi n'est actuellement pas éligible à une approche sectorielle. La présente intervention va contribuer en synergie avec d'autres partenaires (comme l'UE, le DIFID, la coopération suisse, ...) à une évaluation positive à un Audit «5 piliers²».

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. Elles sont synthétisées ci-dessous.

Analyse de situation :

En plus d'une analyse minutieuse documentaire et de rencontres avec toutes les parties (les autorités, les bénéficiaires et les partenaires), la formulation de la présente intervention a procédé à une analyse SWOT au niveau central et périphérique (Kirundo et Muramvya). C'est sur cette base que les orientations stratégiques et la planification opérationnelle ont été définies.

Au niveau du contexte général, le Burundi a été lourdement affecté depuis 1993 par une guerre civile qui a déplacé quelque 150.000 personnes en interne et a réduit de plus de moitié son PIB et multiplié

¹ Ch 5.1. du PIC 2010-2013

² Planifiée pour 2011 ou 2012

par deux le nombre de Burundais qui vivent avec moins de 1,25 US\$ par jour : leur proportion est estimée à 81 % en 2005. 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 l'élection et la mise en place des nouvelles institutions démocratiquement élues de la base au sommet. De nouvelles élections communales, présidentielles, législatives et collinaires sont en cours.

Au niveau du contexte sectoriel, le département de la santé dispose de documents fondateurs essentiels suivants : un **Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)** échoit en 2010, une **Initiative d'Allègement de la Dette pour les Pays Pauvres très Endettés**, une **Politique Nationale de Santé (PNS) 2005-2015** qui se décline en **Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) quinquennaux** dont le premier (PNDS I) échoit en 2010 et le deuxième (PNDS II) est en cours d'établissement, et un **Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT)** qui va s'aligner à l'avenir sur le PNDS 2011-2015.

Une dynamique forte en réformes sectorielles est à souligner. On peut faire état de 6 chantiers majeurs en cours et pour lesquels le MSP sollicite appuis et renforts :

1. Décentralisation/déconcentration du système de santé et développement progressif d'une approche sectorielle dont le District Sanitaire constitue le cœur de son opérationnalité ;
2. Un SNIS intégrateur, performant en terme de suivi et évaluation et d'aide à la décision à tous les niveaux et d'une commodité optimale ;
3. Développement de Ressources Humaines performantes et adéquates ;
4. Accès équitable aux soins (de l'offre) à tous les niveaux par un engagement communautaire renforcé (la demande) ;
5. Amélioration continue de la qualité des services et de soins ;
6. Développement d'une stratégie harmonisée de financement du système de santé (de l'offre par le FBP et de la demande par la mutualisation communautaire et nationale).

D'autre part, les dépenses consacrées aux soins représentent en moyenne plus de 7% du revenu annuel des ménages; cela cause de sérieuses difficultés 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 et d'initier l'exécution d'importantes réformes (voir plus haut) visant l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé.

Enfin, il faut souligner que le contexte général et sectoriel est complexe. En effet des grèves parfois longues et difficiles à résoudre traduisent à suffisance un malaise existant au sein du personnel de la santé, malgré une hausse significative de leurs salaires. Toute intervention pour améliorer la performance globale du secteur doit ainsi tenir compte de cette complexité.

Un engagement politique affirmé, tant sur le plan d'efforts financiers à fournir que sur une gestion courageuse et rationnelle des ressources humaines (sur laquelle l'intervention a prévu des appuis substantiels), peut améliorer significativement l'impact du programme.

Orientation stratégique :

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. L'actuelle formulation permet de continuer et de progresser davantage vers cette approche globale et intégrée dans laquelle les différentes interventions se complètent et interagissent, et dans laquelle les objectifs et résultats s'élargissent, bien plus que dans une approche de projet traditionnel. Il n'y aura qu'un seul objectif spécifique pour l'ensemble du programme, un seul budget (bien que pour des raisons de planification, il faille prévoir des divisions) et une seule SMCL. Les CTI seront épaulés pour certains sous-volets par des ATN. Avec le développement possible et envisagé d'un Fonds Commun Santé

et une coordination plus structurée entre partenaires, l'appui au système de santé pourra lui permettre d'évoluer graduellement vers un SWAp. Ainsi, l'intervention réserve une bonne place au renforcement des capacités des ressources humaines afin qu'elles exercent le mieux possible leurs mandats institutionnels, dont certains sont partiellement nouveaux³, au niveau central et périphérique.

Planification opérationnelle :

Pour rappel : l'objectif **général** est : « La performance du système de santé au Burundi est améliorée » et l'objectif **spécifique** : « Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, à une efficacité accrue des structures périphériques (en premier lieu dans la province de Kirundo), et à une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical ». Ils sont déclinés en 5 résultats pour le volet gouvernance au niveau central, en 6 résultats pour le volet gouvernance au niveau périphérique et en 2 résultats pour le volet sur le développement des ressources humaines. Ces 13 résultats sont chacun déclinés en activités et sous-activités qui vont concourir et contribuer à leur atteinte et en bonne coordination avec les PTF engagés.

Les ressources :

Les ressources humaines (3 CTI, 1 expert régional/SNIS, 1 RAF international mi-temps, 1 CTI 'infrastructure' à un tiers temps, 1 CTI, 1 ATN ICT pour le SNIS et 1 gestionnaire national marché public), matérielles et ressources financières sont décrites dans ce chapitre. Le montant total de l'intervention est de 17 millions d'EUR dont (77%) affectés aux activités, (21%) aux moyens généraux et (2%) en réserve financière.

Les modalités d'exécution :

La partie burundaise désigne le Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération en qualité d'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses de l'intervention. Elle peut désigner un ordonnateur délégué. Le mode majeur de gestion est la cogestion.

Pour la partie burundaise, le **Ministère de la Santé Publique** est habilité à mettre en œuvre l'intervention. A cet effet, il désigne, en concertation avec la CTB, un Directeur d'Intervention (DI) pour l'unité centrale de gestion et de coordination du programme qui assure la direction, la supervision et le contrôle direct et permanent de l'exécution des prestations (exécution de l'intervention, réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique) et des Sous Directeurs d'Intervention (SDI) pour chacune des deux autres composantes, étant donné qu'il s'agit d'un programme à multiples ancrages.

Ce programme n'est en aucun cas une simple extension des projets existants mais tient compte, d'une part, des leçons extraites de leur exécution et, d'autre part, de la nécessité d'en élargir l'appui. Il faut souligner que les 3 projets en cours sont actuellement mis en œuvre sur la base de synergies constantes et structurées.

Pour la partie belge, la **Direction générale de la Coopération au Développement (DGD)** est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge. Elle confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du programme à la CTB. A ce titre, la CTB, à travers son Représentant Résident à Bujumbura, assume le rôle de co-ordonnateur chargé d'approuver les dépenses. Elle désigne le Délégué à la Cogestion (Delco) de l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination, qui assure le conseil, la supervision et le contrôle régulier de l'exécution

³ En fonction de l'opérationnalisation des recommandations adoptées de l'audit institutionnel et organisationnel mené dans le cadre du projet actuels APIMS

des prestations pour le compte de la partie belge. Il aura ainsi une double fonction: (i) celle de la cogestion de la composante 'Gouvernance Sanitaire au niveau Central' (en tant que Sous Délégué à la Cogestion) et (ii) la coordination de la mise en oeuvre des activités et l'obtention des résultats de l'ensemble du programme (en tant que Delco de l'Unité Centrale). Il sera assisté dans cette tâche sur le plan administratif par un RAF international mi-temps et sur le plan technique par l'un ou l'autre CT et/ ou AT du programme.

La CTB, à travers son Représentant Résident, désignera également les Sous Délégués à la Cogestion (SDelco) de chacune des 2 autres composantes. L'Unité Centrale et les deux Sous-Unités Opérationnelles seront agréées par la partie burundaise (Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération).

Les profils des responsables du présent programme sont décrits dans les TDR figurant en annexe. Les frais de prise en charge des personnels responsables seront payés sur le budget en régie.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

N° d'intervention DGCD	NN 3008574
Code Navision CTB	BDI 09 058 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Durée de la Convention spécifique	60 mois
Durée de l'intervention	48 mois (à partir de la signature de la CS)
Date estimée de la signature de la Convention Spécifique	Premier trimestre 2011
Contribution du pays partenaire	550.000 EUR
Contribution belge	17 000 000 EUR (12 + 5 millions)
Secteur d'intervention (codes CAD)	12110
Breve description de l'intervention	L'intervention vise à appuyer le Ministère de la Santé Publique 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
Objectif global	La performance du système de santé au Burundi est améliorée
Objectif spécifique (1)	Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, un renforcement et une efficacité accrue des structures périphériques, et une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical
Volets(3)/Résultats (13)	1 ^{er} Volet. Appui à la gouvernance sanitaire au niveau central (5 Résultats) 2 ^{ème} Volet. Appui à la gouvernance sanitaire au niveau périphérique (Province de Kirundo en particulier) (6 Résultats) 3 ^{ème} Volet. Appui au département des RH/Santé avec attention particulière pour les compétences de paramédicaux (2 Résultats)

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE

1.1.1 Contexte général

Le Burundi a une superficie de 27.834 km² et sa population est estimée à 8.500.000 habitants (2007) avec une des plus fortes densités du continent africain, soit 271 habitants/km². Le pays est subdivisé en 17 provinces et 117 communes. Le taux de croissance annuelle de la population est évalué à 2,35%.

Le pays a été lourdement affecté depuis 1993, par une guerre civile qui a déplacé quelque 150.000 personnes en interne 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 : leur proportion est estimée à 81 % en 2005. 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 l'élection et la mise en place des nouvelles institutions démocratiquement élues de la base au sommet. De nouvelles élections communales, présidentielles, législatives et collinaires sont planifiées pour 2010.

1.1.2 Eléments plus spécifiques⁴

1.1.2.1 Pauvreté et des défis démographiques

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 bien ciblées.

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.

1.1.2.2 Gouvernance

Dans le domaine de la promotion **de l'Etat de droit**, le gouvernement a continué ses efforts pour renforcer le système judiciaire et pour 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. A cet effet, des débats participatifs ont été organisés en vue de finaliser le **Document de Politique Nationale de Décentralisation** qui servira de support à l'élaboration d'un plan d'action à moyen et long terme.

Dans le domaine de la **Gouvernance économique**, 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.

⁴ Extraits aménagés du second rapport de mise en œuvre du CSLP – décembre 2009

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 **cadrage budgétaire**, la promulgation du 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.

1.1.2.3 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, 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.

1.1.2.4 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 de la participation communautaire dans l'aménagement des

infrastructures scolaires. L'année scolaire 2007/2008 a ainsi connu un taux brut de scolarisation de 123,5% contre 105,2% en 2005, et l'indice de parité dans l'enseignement primaire a progressé de 0,86 en 2005 à 0,95 en 2008.

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 NTC. 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.

1.1.2.5 Performances macroéconomiques

La **croissance du PIB** s'est renforcée malgré les débuts de la crise internationale atteignant le niveau de 4,5% en 2008 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 baissier qui l'a ramené à 25,6% en décembre 2008. Cette tendance semble se confirmer en 2009 suivant la baisse des prix internationaux des matières premières.

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, et ce 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.

1.1.2.6 Cadrage budgétaire

Durant les deux premières années de mise en œuvre 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 PPTE ont été orientées prioritairement dans les secteurs sociaux comme l'éducation, la santé, la lutte contre le VIH/SIDA et la solidarité nationale.

1.1.3 Le développement sectoriel 'santé'

En introduction, il faut souligner que le contexte général et sectoriel est complexe. En effet des grèves parfois longues et difficiles à résoudre traduisent à suffisance un malaise existant au sein du personnel de la santé, malgré une hausse significative de leurs salaires. Toute intervention pour améliorer la performance globale du secteur doit ainsi tenir compte de cette complexité.

Les recommandations validées émanant d'un récent audit institutionnel et organisationnel du MSP sont disponibles et des décisions sont attendues en matière de rationalisation quantitative des ressources humaines au niveau central (actuellement plus de 600 agents).

Ainsi un engagement politique affirmé, tant sur le plan d'efforts financiers à fournir que sur une gestion courageuse et rationnelle des ressources humaines (sur laquelle l'intervention a prévu des appuis substantiels), peut améliorer significativement l'impact du programme.

Cependant, la présente intervention est pro-active sur toutes les tendances positives décrites ci-dessous et s'inscrit dans une perspective de durabilité.

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

- Un **Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)** échoit en 2010 et le chantier de son extension est planifié pour 2010 ;
- Une **initiative d'Allègement de la Dette pour les Pays Pauvres très Endettés** (initiative des « PPTE ») ;
- 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) couvre 2006 à 2010 et l'élaboration du deuxième (PNDS II - 2011 à 2015) est en chantier. Sa validation est planifiée pour fin 2010 ;

- Un **Cadre de Dépenses à Moyen Terme** (CDMT) 2009-2011 a été élaboré et va s'aligner à l'avenir sur le PNDS 2010-2015.

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.

D'autre part, 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 ainsi que la mise en oeuvre d'importantes réformes visant l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé.

1.1.3.1 Principaux résultats du PNDS

* Le premier objectif du **PNDS 2006-2010** visait la réduction du taux de mortalité maternelle et de mortalité néonatale. Les résultats essentiels 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 à 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.

Le tableau ci dessous reprend les principaux résultats par thème.

Thème	Résultats
<i>1. Réduction du taux de mortalité maternelle et de mortalité néonatale</i>	<p>* les accouchements dans les structures de soins sont passés de 41% en 2007 à plus de 56 % en 2008 tandis que 50% des hôpitaux du pays ont reçu au moins une compétence pour répondre efficacement aux urgences obstétricales (césariennes, etc.) ce qui a réduit sensiblement la mortalité et les invalidités dues à ces dernières</p> <p>* les consultations des enfants de moins de 5 ans sont passées d'une visite par enfant par an en 2007 à 2 visites par enfant par an en 2008. Au cours de l'année 2008, le système de référence et contre référence des urgences obstétricales a été étendu à plusieurs autres provinces telles que Kirundo, Muramvya, Mwaro, Kayanza, Bururi et Gitega</p>
<i>2. Réduction du taux de mortalité infantile et juvénile</i>	<p>* le Programme Elargi de Vaccination a permis de mener deux campagnes annuelles pour la santé mère/enfant ainsi que des campagnes de rattrapage pour rapprocher les centres de vaccinations de la population. La couverture vaccinale a atteint 92 % en 2008. En référence aux données provisoires du recensement de 2008, ce taux s'élèverait à 101%...</p>
<i>3. Réduction de la prévalence des maladies transmissibles, carencielles et de la malnutrition</i>	<p>* les principales avancées concernent la prévention et la prise en charge du paludisme, du VIH/Sida et de la tuberculose. Ainsi, pour la lutte contre le Paludisme, l'année 2008 a été marquée par un accord de financement pour 5 ans de 33 millions de dollars américains auprès du Fonds Mondial. Les médicaments antipaludiques ont été rendus disponibles dans toutes les structures de soins à un prix subventionné.</p> <p>* le taux d'incidence du paludisme est tombé à moins de 25%, son plus bas niveau depuis 2004. Les moustiquaires imprégnées d'</p>

insecticides ont été distribuées dans tous les centres de santé publiques en faveur de chaque enfant qui a reçu le vaccin contre la rougeole et des femmes ayant fréquenté les structures de soins pour leur consultation prénatale. D'après PSI/Burundi, les pourcentages d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'anti-moustique auraient augmenté respectivement de 7 à 32% et de 7 à 30% entre 2005 et 2007

* la poursuite du programme de lutte contre la tuberculose a permis d'atteindre, à la fin 2008, un taux de détection de 47% et un taux de guérison de 86%. Des actions ciblées ont été menées en vue d'une amélioration de l'accès aux services et de la qualité des soins, en particulier l'aménagement et la réhabilitation des infrastructures, de la fourniture d'équipements et de l'approvisionnement en médicaments. La réduction de la fréquence de ruptures de stocks et la recherche de solutions durables à cette épineuse question du déficit de ressources humaines restent une préoccupation majeure pour une plus grande efficacité de l'ensemble du système sanitaire. Le gouvernement s'était fixé comme objectif d'atteindre un taux de détection de la tuberculose de 50% et un taux de guérison de 85% pour 2008. Les résultats atteints à la fin de l'année 2008 sont respectivement de 47% pour la détection et 86% pour le taux de guérison.

* enfin, en ce qui concerne la malnutrition, d'après les enquêtes nationales « Nutrition », les pourcentages d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale et de retard de croissance auraient chuté de 39,2 à 35,2% et de 52,5 à 46% respectivement entre 2005 et 2007, suite au meilleur suivi médical des jeunes enfants et aux résultats du programme nutrition du gouvernement.

* 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 d'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 des 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.

* 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 démunis, 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 vulnérable, 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 (vivres 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.

1.1.3.2 Accès aux soins de qualité

* 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 :

Les Dépenses nationales en santé par habitant par source de financement	Pourcentage
Ménages	37,7%
Autres fonds privés	5,2%
Gouvernement	17,1%
Ressources extérieures	40,0%
Au Total:	18.848 FBU

Source : CNS 2007

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

* 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 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 à ce niveau, et leurs conditions de travail sont 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.

1.1.3.3 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 œuvre sont globalement encourageants.

Elles portent principalement sur les domaines suivants:

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

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

L' état des lieux de ces réformes est présenté ci-dessous :

a) *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 et dépendant d' un appui ou non d' un PTF.

b) *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 DS 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 2009, elle devra donc être renforcée et poursuivie.

c) *La gratuité des soins*

La prise en charge des maladies des enfants de moins de 5 ans et des accouchements est déclaré gratuite au Burundi. Cette mesure connaît plusieurs difficultés de mise en œuvre. 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 œuvre. 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 sanitaires malgré les formations à la gestion des MEG dispensées ;
- (iii) 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).

D'autre part, les résultats du projet estimés satisfaisants sont :

- (i) l'approvisionnement a été totalement réalisé en s'étalant sur 2 ans ;
- (ii) la distribution dans les formations sanitaires a été réalisée correctement par la CAMEBU ;
- (iii) les produits sur le terrain ont été plus ou moins bien gérés et les populations en ont bénéficié ;
- (iv) l'assistance technique pharmaceutique apportée par l'OMS a permis de bien accompagner le MSPLS et la CAMEBU et de renforcer les capacités locales. De plus, elle a permis une mobilisation générale autour du secteur pharmaceutique et constitue une incitation à certaines mesures à prendre pour améliorer le système ;
- (v) la CAMEBU a bénéficié d'un appui à son informatisation ;
- (vi) la DPML a pu organiser des formations pour la gestion des MEG dans toutes les provinces sans pour autant pouvoir dire que ces formations ont été efficaces dans l'amélioration de cette gestion.

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 MSP et le MLS doivent développer : l'élaboration de normes qui devront être respectées et seront contrôlées par des supervisions régulières dans les formations sanitaires.

En conclusion, et 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 expl.). La fréquentation des CdS et des hôpitaux a globalement augmenté. Le système d'approvisionnement n'a pas beaucoup progressé faute de financement en matière de continuité de l'approvisionnement, qui a été initié par ECHO. La gestion des MEG dans les formations sanitaires a besoin d'être améliorée et suivie. Si les préalables et les recommandations proposées sont suivis d'effets, la continuité peut, par un appui futur, être envisagée comme capitale pour aboutir à une rationalisation de toute la chaîne du médicament. C'est essentiel pour mener à bien la politique nationale de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes qui accouchent ou mieux les femmes enceintes. En effet, quelquefois les complications de grossesse chez des femmes enceintes nécessitent de grosses dépenses financières et celles-ci ne sont pas capables de les assumer. Cela grève sérieusement la baisse de la mortalité/morbidité due à la grossesse. Tout ce processus doit aussi être accompagné d'une **reprise en main du système sanitaire**, c'est à dire: (i) une **organisation et supervision** comme décrites dans les documents du PNDS en référence aux **normes sanitaires**, et (ii) une **normalisation et contrôle des procédures et des factures de remboursement dans le cadre de la gratuité**. A titre d'exemple, dans certains DS, il a été constaté une surconsommation en césariennes par manque de compétence des soignants (exemple : en utilisation de la ventouse).

d) ***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. Ce qui sera effectif avant la fin du premier semestre 2009. Comment dans le futur le FBP s'articulera avec une assurance maladie universelle reste une question ouverte pour le moment.

A propos des contributions aux FBP, il ne faut pas les considérer comme une panacée. Ce mode d'appui n'est qu'une réponse partielle à l'amélioration de la qualité et la disponibilité des services et des soins. Des effets pervers sont possibles d'un côté mais un problème de pérennisation de ce mode de financement se pose étant donné que les FBP sont dans la plupart des cas financés par l'un ou l'autre bailleur.

e) ***La Coordination Sectorielle***

La coordination sectorielle a pu être renforcée alors que le MSP a continué à renforcer son leadership dans le dialogue sectoriel au niveau de la santé, en vue d'avancer dans le processus 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). La tenue annuelle de missions conjointes entre le gouvernement et ses partenaires est une première étape dans cette voie. 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 Comité (de concertation) des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD)**.

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) ;
- 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.

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 800 décès maternels pour 100.000 naissances. L'espérance de vie à la naissance a été réduite à 42 ans. La proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale est estimée à 37% (voir CSLP, page 27-28).

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) reflétés 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 Thématiques⁵ se réunissent mais irrégulièrement.

D'autre part, depuis septembre 2007, le Burundi fait partie des sept pays pilotes où l'initiative Partenariat International pour la Santé (« IHP+ »)⁶ sera mise en œuvre. Cette inclusion doit permettre d'améliorer la façon dont les agences internationales, les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires harmonisent et coordonnent leurs interventions en vue d'atteindre les OMD en matière de la santé.

Depuis 2007, chaque année une mission conjointe avec les partenaires est organisée par le MSP. 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.

1.1.3.4 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,

⁵Groupes Thématiques Médicament, Financement, Suivi/Evaluation, Ressources Humaines et District sanitaire

⁶ Initiative qui rassemble plusieurs partenaires à haut niveau entre autres DFID, la Banque Mondiale, l'OMS et les Nations Unies et les gouvernements de 6 pays pilotes dont le Burundi

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. Certains de ces indicateurs devront être adoptés dans le présent programme et la révision de la base de données à effectuer au démarrage devra en tenir compte.

1.1.3.5 L'aide internationale

L'aide internationale a repris au Burundi suite aux accords d'Arusha pour la paix et la mise en place du système de transition politique en 2002. 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 opèrent 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 durant le processus d'élaboration de la politique nationale de santé. L'expérience positive dans le contexte du secteur santé pour l'aide d'urgence, avec des expériences d'évaluation des besoins et de supervision conjointe ainsi que la collaboration pour le CAP (appel commun des Nations unies) et le CHAP (plan commun d'action humanitaire), a contribué également à cette évolution favorable. A titre de rappel, un Comité des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) a été mis sur pied en 2007. Dans le cadre de l'International Health Partnership (IHP+) un rapport d'inventaire a été établi en février 2008. Un draft de «Compact» a été présenté lors de la 3ème revue conjointe en décembre 2009 et devrait normalement être validé dans le courant du premier semestre 2010. La Belgique a été désignée pour 2010 comme chef de file des PTF. (Voir plus loin la synthèse de la 3ème revue conjointe).

1.1.3.6 En conclusion

En ce qui concerne le secteur de la santé, ce n'est pas le nombre d'infrastructures de santé (centres de santé et hôpitaux) qui pose un problème majeur en terme d'accès mais bien l'utilisation des services de santé et la disponibilité effective d'un paquet de soins de qualité tant au premier contact qu'au niveau des soins de référence (hôpitaux). Quand ceux-ci sont disponibles, l'obstacle financier se dresse pour les plus démunis. Cette problématique du système de santé est en relation avec un sérieux déficit de cadres qualifiés (un médecin pour 34.744 habitants et peu de spécialistes à l'intérieur du pays), une logistique déficiente, un financement public insuffisant (5 "purchasing power parities" (PPP) par habitant⁷ et par an en 1997 et 1998, dont 1,5 par l'Etat et 3,5 par les donateurs, sur un total de dépenses de santé estimé à 12 PPP), une prépondérance du financement en provenance des ménages alors que les mécanismes existants de solidarité et de solvabilité de la demande couvrent moins de 10 % de la population.

1.2 LA COOPÉRATION BELGO-BURUNDAISE

1.2.1 Généralités

⁷ Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont destinées aux comparaisons transnationales d'agrégats économiques tels que le Produit intérieur brut ou ses emplois. Si l'interprétation économique des PPA est relativement simple, leur estimation requiert la maîtrise de procédures plutôt complexes et le recours à la programmation économétrique dans un environnement informatique.

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

La stratégie globale d'intervention de la Coopération belgo-burundaise dans le secteur santé

(Ch 5.1. du PIC 2010-2013) s'est fixé comme objectifs essentiels de :

- Réserver une attention particulière à une gestion de la chose publique et à la réforme de la Fonction Publique du Burundi envisagée, de préférence, dans un cadre multi-bailleurs ;
- Privilégier les fonctions régaliennes de l'Etat en bonne articulation avec les acteurs de la Société Civile et du secteur privé pour les autres tâches ;
- Intégrer les thèmes transversaux⁸ dans les stratégies, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions.

Le montant de 25.000.000 EUR se décline originellement en trois interventions :

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

Tenant compte de la décision de la SMCL intermédiaire menée en fin de la présente formulation (voir mémo en annexe du DRF) la première et la troisième intervention ont été fusionnées dans la mesure ou les aspects d'un appui renforcé sur la mise en place d'un SNIS performant d'une part, et sur un appui au développement de la demande solvable (mutuelles communautaires) en perspective d'une couverture universelle d'autre part.

Suite à une mission exploratoire dans le domaine d'**appui à la fonction publique** menée du 20 au 26/08/2009 à Bujumbura, dans le cadre de la préparation du PIC 2010-2010, il ressort que « les aspects de transversalité et complémentarité entre les interventions, notamment en ce qui concerne les appuis institutionnels, toucheront les 3 secteurs prioritaires en bonne harmonie et synergie avec les contributions des autres PTF ».

En préalable à cette formulation, **deux missions « conjointes »** ont été menées en **2009** par la CTB dans le secteur santé permettant une mise en perspective de la valeur ajoutée de la coopération belgo-burundaise. Elles ont permis d'identifier sur la base des priorités nationales, les éléments de faisabilité et de pertinence eu égard à une participation à un Fonds Commun Santé. Un compte rendu sur l'essentiel de ces 2 missions est présenté ci-dessous:

⇒ **Une première mission** a été effectuée en juillet 2009 conjointement par 3 bailleurs (UE, DFID et la Coopération belgo-burundaise) en vue d'apprécier les opportunités, les contenus et la pertinence de mettre en place un outil financier : le « **Fonds Commun Santé (FCS)** ». A cette occasion, des informations ont été capitalisées au niveau du MSP sur les principaux éléments de la stratégie sectorielle. Le réceptacle principal de ce FCS serait l'opérationnalisation de tous les

⁸ Égalités des genres, autonomisation et renforcement des capacités des femmes, droits des enfants et environnement

DS du pays dans les 17 Provinces tant sur les plans du renforcement de capacités que sur les éléments institutionnels et organisationnels et du médicament.

Les analyses existantes de risques (dont le FRA de DFID- avril 2009) ainsi que la révision du manuel du FCE devraient permettre de travailler sur l'alignement critique. Par ailleurs, l'audit institutionnel et organisationnel du MSP qui a été validé en février 2010 et le plan d'action qui doit en résulter (sur financement de la coopération belge) permet également de prendre des mesures adéquates pour l'ancrage institutionnel de cet éventuel FCS ainsi que sur l'évaluation des capacités du secteur. Le système de suivi/évaluation du MSP a été évalué comme étant un des goulots d'étranglement important dans la mise en œuvre de la politique nationale. Cet aspect sera examiné dans les étapes du montage du fonds dans lequel la coopération belgo-burundaise veut s'engager conformément à ses propres procédures. La principale conclusion de cette mission est que des analyses complémentaires devront être menées dans les domaines suivants :

- **P'environnement du risque** fiduciaire et gestion du risque dans le contexte sectoriel (crédibilité du budget sectoriel, transparence et pertinence du budget, programmation budgétaire, prédictibilité et contrôle, comptabilité et rapportage, contrôles externes) ;
- **P'ancrage institutionnel du fonds** (auprès de la DGR du MSP, auprès du MinFin, ...) ;
- **le cadre d'évaluation des résultats** ;
- **les décisions sur les mécanismes de gestion** du fonds en fonction des principes retenus.

⇒ La **participation à la revue annuelle conjointe** du 30 novembre au 04 décembre 2009. Les observations menées sur le terrain (deux jours) ont permis d'apprécier le bilan global pour l'année 2009 et les perspectives pour 2010. Cette mission a permis de recueillir également de la documentation en prévision de l'analyse situationnelle pour le présent DTF à formuler.

L'essentiel de ce qu'il y a à retenir de cette participation à la 3ème Mission Conjointe est présenté ci-dessous:

- i. Des progrès évidents sont à relever dans l'appropriation des dispositifs de planification qui ont été fixés à tous les niveaux du système, même si le plan annuel d'action 2010 n'est pas encore établi (il devait être entamé en septembre 2009) ;
- ii. Les processus de budgétisation, d'une canalisation fluide des flux financiers, de l'approvisionnement et distribution des médicaments, réactifs et consommables sont à renforcer ;
- iii. Le financement par le FBP fonctionne et sa couverture progresse. On peut cependant noter un impact négatif sur le respect des normes minimales en Ressources Humaines dans les DS non couverts (8 sur 17 Provinces) par ce 'programme': Cela est dû à sa non-exhaustivité, ce qui pousse les agents de santé à demander leur mutation dans des zones couvertes par ce type de financement. D'autre part le remboursement des prestations inscrites dans les programmes de gratuité se fera dorénavant à travers ce mode de financement. Il faut noter également qu'en matière de financement l'appui pour une meilleure solvabilité de la demande est timide malgré le fait que la population soit la plus grosse source de financement du système (37,7% d'après le CNS) ;
- iv. Les capacités des ressources humaines dans le domaine de la gestion de services devraient bénéficier de renforcement sur la base d'une identification des besoins, d'une bonne intégration des programmes verticaux, d'une implication des institutions académiques et d'une vision partagée entre tous les partenaires. Ce domaine est considéré par les autorités nationales comme prioritaire ;
- v. Eu égard à l'approche «système» du secteur santé, le niveau intermédiaire (BPS) et ses performances attendues doivent être mieux précisées et soutenues ;
- vi. La problématique de l'intégration des programmes dit 'verticaux' reste cruciale tant sur le plan de la globalité des soins que sur la fongibilité de leurs financements et de reportage ;

- vii. Les résultats intermédiaires de l'audit institutionnel/organisationnel ont suscité beaucoup d'intérêt et favoriseront ainsi leur appropriation lors de sa validation en février 2010 ;
- viii. En matière du partenariat, la coordination et le leadership du MSP sont à renforcer par la création d'un secrétariat permanent à temps plein dans le cadre du CPSD. L'amélioration du fonctionnement des 5 groupes thématiques (GT) peut stimuler le dialogue sectoriel, tant sur le plan décisionnel que technique. La coopération belgo-burundaise a été désignée comme chef de file pour l'année 2010. L'intérêt d'effectuer un exercice de « mapping » des interventions à actualiser régulièrement a été suggéré. En marge de cette revue, la décision d'affecter à la CTB une expertise sectorielle a été évoquée. Les missions de cette expertise (à définir et à mettre en place) pourraient améliorer l'impact de toutes les interventions sur la performance du système de santé :
 - celle d'appuyer l'attaché dans son mandat de chef de file ;
 - celle de participer au pilotage de la mise en place du FCS, dans le cadre d'un dialogue sectoriel continu et efficace dans la perspective d'une approche sectorielle.
- ix. Ces missions soulignent également la nécessité d'un appui dans ce secteur dans la durée.

1.2.2 Etat des lieux succincts menés et validés lors de la mission de formulation

Cet état des lieux a été mené sur la base de la Fiche d'Identification dans les domaines de la gouvernance au niveau central et au niveau périphérique dans les Provinces de Kirundo et de la gestion des RH et de la formation des paramédicaux. La Province de Muramvya a été ajoutée dans cet exercice à la demande du Ministère de la Santé.

Il a été établi en tenant compte des leçons à extraire des 5 interventions actuelles suivantes:

1. Appui à la province sanitaire de Kirundo :
Montant : **5.000.000 EUR**
Echéance d'exécution : 04/2012
2. Appui à la réforme de la formation paramédicale
Montant : **2.000.000 EUR**
Echéance d'exécution : 02/2011
3. Appui à la réhabilitation de l'Hôpital Prince Régent Charles
Montant : **4.000.000 EUR**
Echéance d'exécution : 01/2011
4. Appui Institutionnel au MSP
Montant : **900.000 EUR**
Echéance d'exécution : 04/2012
5. Appui à la CT/SIS
Montant : **2.000.000 EUR**
Echéance d'exécution : fin 2010.

Les points forts et faibles ainsi que les initiatives prometteuses en cours sont présentées en annexe⁹ en ce qui concerne les interventions 1, 2, 4 et 5. Dans la même annexe sont présentés les observations en terme d'analyse de situation du système de santé. L'ensemble de ces observations a été validé lors de la mission de formulation.

⁹ Voir annexe 7.3

1.2.3 Présentation succincte des défis à prendre en compte dans la présente intervention

Les détails de l'analyse SWOT sont présentés en annexe 7.3. Nous présentons ici que les défis qui en découlent et à prendre en compte.

Au niveau de la gouvernance au niveau central :

- Mettre en place les recommandations validées de l'audit institutionnel/ organisationnel du MSP ;
- Disposer de processus de planification (participative et ascendante) pour l'ensemble du système de santé et appuyer l'élaboration du PNDS 2 ;
- Disposer d'un plan de couverture sanitaire national ;
- Disposer d'un SNIS et d'un système de S/E performant à tous les niveaux ;
- Disposer de standards de gestion en services déconcentrés (BPS, ECD,...) ;
- Renforcer les infrastructures (réseau informatique, connexion, équipements et certaines réhabilitations,...) ;
- Disposer de mécanismes de financements performants (contractualisation, mutuelles, et gratuité) ;
- Qualité améliorée et suivie des prestations (SPT, développement des capacités chirurgicales d'urgence et en SR, formations des cadres, supervisions, définition et suivi des normes/standards,...) ;
- Contribuer à ce que le secrétariat permanent du CPSD et les GT assument efficacement leur mandat.

Au niveau de la gouvernance périphérique :

- Améliorer la performance du BPS (en gestion, supervision, contractualisation, suivi/évaluation, intégration des PV, coordination des PTF's,...) ;
- Rendre les DS opérationnels (améliorer les capacités en gestion des ECD, améliorer la qualité des soins des 35 CSD, organiser les supervisions, améliorer les capacités des HD existants -y incluses les prestations en chirurgie d'urgence et SR-, développer un système de référence/contre-référence, améliorer la gestion des médicaments, suivi/évaluation,...) ;
- Disposer de mécanismes en vue d'une solvabilité optimale de la «demande» et d'équité d'accès (financements, dialogue communautaire, gratuité,...).

Au niveau du développement et renforcement des Ressources Humaines:

- Disposer d'un état des besoins prospectifs en formation des personnels A2 sur le long terme selon les normes (revues) identifiées et d'un plan de formation des personnels ;
- Disposer d'une stratégie globale de formation continue pour l'ensemble des effectifs ;
- Disposer des outils de gestion des RH pour une gestion décentralisée ;

- Passer à la mise en œuvre des référentiels infirmiers A2 (sous la forme de modules);
- Concevoir et organiser des renforcements pédagogiques continus (disposer d' un pool de formateurs experts en andragogie,...) avec l'appui de l' INSP ;
- Disposer de normes d' enseignement et en suivre leur respect dans les établissements publics et privés ;
- Introduire la contractualisation dans les EPM et les écoles ;
- Réhabiliter 5 Ecoles Paramédicales (en équipements, infrastructures, matériel didactique, etc...) et appuyer financièrement leur fonctionnement (dont l'école de Cancuzo et l' ETAL).

2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 VISION À LONG TERME DE LA COOPÉRATION BELGO-BURUNDAISE

2.1.1 En introduction : éléments extraits de la vision Burundi 2025

V.2.1. La généralisation de l'accès aux soins de santé primaires

« Au Burundi, les structures de soins sont loin des normes préconisées par l'OMS et n'atteignent que 70% de l'objectif en termes du nombre d'infrastructures de soins et de population desservie.

Pour la majorité des burundais, la déficience de la prise en charge clinique et thérapeutique des patients relève beaucoup plus d'une **mauvaise organisation** et d'une **insuffisance en ressources humaines et logistiques des structures existantes** que d'un manque d'infrastructures. Cependant, force est de reconnaître qu'il existe une disparité régionale dans la répartition de ces infrastructures, une inaccessibilité financière pour une grande partie de la population liée aux faibles revenus des ménages et une démotivation importante du personnel de soins qui explique parfois **l'absence de qualité des services de soins**.

Pour pallier à toutes ces insuffisances, la population aspire à la multiplication des infrastructures sanitaires tels que les hôpitaux, les centres de santé, des laboratoires bien équipés, des ambulances, à la disponibilité du personnel médical qualifié et compétent, à la gratuité des soins de santé, à la sensibilisation de la population en matière de lutte contre les fléaux sociaux et enfin, à la disponibilisation des médicaments contre le paludisme et des ARV »

VII.2.4. Une politique sanitaire au service du bien-être de tous

« L'état sanitaire des burundais laisse généralement à désirer. Ils doivent comprendre que la santé et le développement sont intimement liés. Une population malade est improductive et la production nationale tout comme la sécurité alimentaire s'en trouvent affectées.

Comparée aux autres pays subsahariens, la couverture en infrastructures sanitaires du pays ne constitue pas un obstacle majeur à l'accès aux services de santé mais plutôt la disponibilité effective de soins de santé de qualité au premier contact, celle des soins de référence dans les hôpitaux et surtout la pauvreté de la population. La déficience du système de santé est aussi liée au déficit des cadres qualifiés, la logistique insuffisante et le faible niveau de financement public.

Le paludisme qui constitue la principale cause de mortalité et de morbidité, les infections respiratoires qui sont la seconde cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, les maladies épidémiques comme le choléra et les méningites, le VIH/SIDA, la déficience des soins obstétricaux, la malnutrition, le faible accès à l'eau potable et la salubrité du milieu constituent les principales menaces à l'amélioration de l'état de santé.

Pour améliorer ce niveau d'état de santé d'ici 2025, le gouvernement devra définir et mettre en oeuvre une bonne politique nationale de la santé axée notamment sur le renforcement du système de santé à travers le renforcement des capacités institutionnelles et des ressources humaines notamment par le relèvement aux normes de l'OMS de l'effectif du personnel soignant et la réduction de la mortalité et de la morbidité dues au paludisme et au VIH/SIDA.

La réduction de la mortalité infantile (de 190 en 2004 à 50 pour 1000 en 2025) et de la mortalité maternelle (de 800 en 2004 à 100 en 2025), l'éradication de la malnutrition, l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement et enfin l'accès accru à l'eau potable jusqu'à 100% constituent d'autres objectifs de la vision en 2025.

Pour 2025 l'évolution des infrastructures de base par nombre d'habitants de 2010 à 2025 est :
- de 10.000 habitants par CdS
- de 145.000 à 90.000 habitants par « hôpital de référence¹⁰ »

2.1.2 Les 4 axes principaux de la politique sanitaire au Burundi

2.1.2.1 Une politique de décentralisation/déconcentration

Le Burundi a opté en 2006 pour une politique de décentralisation/déconcentration pour son système de santé à l'instar de la plupart des pays africains. Elle a été adoptée récemment du fait de la période politiquement instable que ce pays a récemment vécu.

L'opérationnalisation de cette politique est basée sur la création de « Districts Sanitaires » (DS), c'est à dire des zones géographiquement définies responsabilisées pour l'organisation des services et des soins de santé essentiels dans les domaines préventifs, curatifs et de réhabilitation. Le DS, géré par un Bureau de District de Santé (BDS), constitue ainsi le niveau opérationnel du système de santé.

Les Bureaux Provinciaux de la Santé (BPS) constituent actuellement le niveau régulateur intermédiaire du MSP. Cette politique est internationalement reconnue et portée également par l'OMS.

La mise en œuvre des districts sanitaires rencontre les principales difficultés suivantes:

- (i) la décentralisation de la responsabilité est insuffisamment suivie d'une décentralisation des moyens financiers et en personnel compétent ;
- (ii) les capacités de gestion et de décision sur la base d'un dialogue communautaire, permettant une prise en compte optimale des besoins des communautés sont insuffisantes. Ceci est partiellement explicable par le problème d'attirer suffisamment de compétences, ce qui a pour effet une réticence à réellement confier cette responsabilité à ce niveau. La conséquence est que dans la plupart des « équipes cadres de district (ECD) » on a tendance à attendre des instructions d'en haut plutôt qu'à assumer une vraie 'gestion responsable' de la santé d'une population donnée avec des ressources humaines et financières adéquates.

La coopération belge contribuera à appuyer la mise en place de DS à long terme. C'est à dire que le partenariat belgo-burundais en harmonie avec les autres PTF impliqués, devra avoir pour finalité que ces DS deviennent véritables entreprises de production des soins de qualité décentralisés et axés sur la personne humaine, relativement autonomes dans leur gestion en interface continue avec les communautés. Il n'est pas suffisant de former des équipes cadres et de financer les structures sanitaires telles que les centres de santé (CdS) et les hôpitaux de district (HD), ce qui prend en compte plutôt les aspects de couverture que la qualité des services et des soins.

¹⁰ Cela correspond à une augmentation de 38% dans les 15 prochaines années en renforcement de l'accès aux soins de première et deuxième référence

2.1.2.2 Un système de financement durable et équitable du système de la santé

Le Burundi dépend largement des contributions des patients (25% des financements en 2010¹¹) 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) contribuent en 2010 pour 38,23 % de tous les financements fournis par les PTF sur des cibles 'verticales' du système.

Le mode de financement actuel du système de santé est un ensemble complexe de différentes sources et procédures qui se croisent comme par exemple:

- Le patient paie pour ses soins et les médicaments ;
- A la demande du Président de la République, la gratuité des soins pour certains groupes cibles (jeunes enfants et femmes enceintes) est effective (ressources : Initiative PPTE) ;
- Le MSP, avec l'appui des PTF's, a instauré un système de paiement lié à la performance à l'échelle nationale ;
- Des initiatives de mutuelles communautaires se sont mises en place. Une politique d'assurance maladie-maternité et de mutualisation des soins pour le secteur informel et privé se dessine progressivement au sein de la Direction Générale de la Protection Sociale (Ministère du Travail) ;
- Les institutions confessionnelles livrent des soins partiellement subventionnés par des organisations religieuses.

Cet ensemble est d'une efficacité perfectible et peu équitable pour la majorité des plus pauvres qui n'appartiennent pas aux groupes cibles des programmes de gratuité.

Les appuis vont cibler le DS en tant qu'unité où l'équilibre entre l'offre et la demande doivent se renforcer en vue d'améliorer significativement le recours aux services de santé.

Le premier défi du MSP est celui de l'équité, c'est à dire de rendre accessible à la majorité de la population des soins préventifs, curatifs et de réhabilitation de qualité. A terme, le financement du système de santé sera global quelle que soit la source et le type. C'est pourquoi il est stratégique de développer des mécanismes solidaires de financement (mutuelles ou assurances maladie universelle...) adoptés par des communautés et, au-delà, à long terme pour l'ensemble de la population. Il est évident que, vu le degré de pauvreté¹² actuel, il faudra recourir à un subventionnement de ces mécanismes par l'Etat pour une très grande partie et donc indirectement par les partenaires internationaux.

Ci dessous un tableau présentant les financements du système de santé par sources et par année (2009-2011) :

¹¹ 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)

¹² Les indicateurs de base du bien-être (QUIBB) 2006 indiquent que 68,8 pour cent des ménages ruraux vivent en dessous du seuil de pauvreté (environ 525 francs BIF/jour), contre 34 pour cent des ménages urbains (environ 820 francs BIF/jour)

	2009		2010		2011		Total	
Source de financement	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	

CDMT 2009-2011

2.1.2.3 Une gestion des ressources humaines en santé globale et continue

La santé est un des secteurs où les ressources humaines représentent la pierre angulaire de son succès. Sans personnel qualifié et motivé, le système de santé ne peut atteindre les objectifs fixés par la politique nationale de santé. Il s'agit ici d'une matière extrêmement complexe. La qualité et la motivation de ces ressources étant toutes les deux des facteurs pluridimensionnels, d'une part et d'autre part, une vision sur le long terme est cruciale pour que la dynamique de réformes actuelles¹³ aboutisse à un développement durable du système de santé.

Renforcer les ressources humaines en santé signifie entre autre : (i) veiller à une formation de base de qualité pour tous les profils professionnels différents, (ii) définir des plans de carrière pour tous les cadres, (iii) définir des stratégies de motivation financière, (iv) définir et opérationnaliser une stratégie de formation continue, (v) prévoir les besoins en personnel qualitativement et quantitativement en tenant compte de leur mobilité, de la réforme planifiée de la fonction publique, et (vi) définir les normes et standards en gestion du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La coopération belgo-burundaise s'engage, dans le secteur de la santé, à appuyer en continuité avec son projet d'appui à la direction des RH, l'amélioration des compétences professionnelles et humaines, ainsi que la gestion décentralisée des ressources humaines du secteur de la santé, en cohérence et complémentarité avec d'autres PTF (OMS, UNICEF, Coopération suisse, UE, etc...) dans une vision à long terme.

2.1.2.4 Un Ministère de la Santé régulateur et déconcentré performant

La Belgique s'est engagée en janvier 2010 à rejoindre le « Global Compact » de l'IHP+. Plusieurs pays africains de concentration de la coopération belge ont déjà adopté leur propre Compact national (le Mali et le Mozambique) et trois autres ont entamé les procédures pour l'élaboration et la définition de leur Compact national (Bénin, Burundi et Niger). L'adhésion de la Belgique pourra faciliter la mise en œuvre de sa note politique sur le droit à la santé et aux soins de santé tant au niveau international que bilatéral pour atteindre les OMD dans les pays partenaires. L'IHP+ a comme principe que pour atteindre les OMD il faut :

- Un engagement formel des acteurs à s'inscrire dans le cadre du plan sanitaire national (ownership) pour lequel une pro-activité est nécessaire ;
- Augmenter l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, notamment à travers la mobilisation de tous les acteurs autour d'un but commun, l'harmonisation, l'alignement et la synergie des interventions sous le leadership du gouvernement ;

¹³ La mise en autonomie de gestion des hôpitaux, la décentralisation du système de santé à travers la mise en place des districts sanitaires, la contractualisation basée sur la performance des services de santé, la mise en place d'un panier commun de financement (SWAP), et l'élaboration des comptes nationaux de la santé (référence : éditorial d'introduction du site du MSP)

- Accélérer la mise en œuvre des interventions à haut impact prouvé en vue de l'atteinte des OMD santé ;
- Améliorer la cohérence des politiques et des stratégies et dès lors, améliorer la performance du système de santé.

Le MSP, au niveau central a récemment décidé, à juste titre, de se débarrasser de toutes ses responsabilités d'organisateur direct des services et de soins pour mieux se concentrer sur ses missions essentielles : conception de la politique sanitaire (dont l'élaboration du PNDS 2), régulation des activités de soins et de leur gestion à tous les niveaux du système des soins, suivi du respect des normes par les structures sanitaires, évaluation des résultats et de l'impact des politiques sur la santé de la population par le biais d'un système national performant d'information sanitaire.

Le Ministère doit devenir une institution performante avec des ramifications au niveau intermédiaire (Province Sanitaire) et opérationnel (District Sanitaire) avec des compétences et capacités à cadrer et traduire les politiques nationales et, enfin, à assurer le monitoring/évaluation de la performance de l'ensemble du système. Ces capacités institutionnelles ont pour contenu essentiel la création et le maintien de relations et communications performantes en interne (intra-sectoriel) au Ministère (les directions doivent travailler en harmonie et de façon complémentaire), et des relations et communications fructueuses inter-ministérielles, avec le ministère du plan, de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale, des finances et de l'éducation pour ne mentionner que les plus importants.

Un audit institutionnel et organisationnel¹⁴ consistant en une analyse approfondie du cadre et du fonctionnement du MSP dans le contexte institutionnel du Burundi a révélé un nombre de points à améliorer au MSP, tant dans sa structure organisationnelle que dans son fonctionnement de gestion, coordination et planification. Les recommandations ont été validées récemment avec tous les intéressés mais il reste les décisions politiques qui découlent de ces recommandations. Ces recommandations ciblent également les aspects de contractualisation. D'autre part le MSP envisage de créer un niveau intermédiaire 'régional' (5 Régions Sanitaires couvrant directement entre 8 et 10 DS) avec un avantage d'échelle mais ce n'est pas encore à l'agenda.

Le **programme** actuel de coopération belgo-burundaise dans le secteur de la santé s'inscrit dans une logique systémique de l'amélioration des performances du secteur. L'actuelle formulation¹⁵ permettra de continuer et de progresser davantage vers cette approche globale et intégrée dans laquelle les différentes interventions se complètent et interagissent, et dans laquelle les objectifs et résultats se renforcent l'un l'autre bien plus que dans une approche de projet traditionnel. Il n'y aura qu'un seul objectif spécifique pour l'ensemble du programme, un seul budget (bien que pour des raisons de planification, il faille prévoir des divisions) et une seule SMCL. Les experts techniques internationaux seront épaulés pour des sous-volets par des assistants techniques nationaux. Avec une coordination plus structurée qu'informelle entre partenaires, l'appui au système de santé pourra évoluer graduellement vers un SWAp. Ainsi, la capacité des ressources humaines pour exercer leurs mandats institutionnels, partiellement nouveaux, au niveau central et périphérique augmentera significativement.

Beaucoup de travail reste à faire à ce niveau institutionnel, en particulier en matière du renforcement du sous système de suivi et évaluation et d'information sanitaire.

¹⁴ Cet 'audit' s'est déroulée en 3 phases sur plus d'une année (2009-2010) et est une première dans une institution publique au Burundi.

¹⁵ BDI 09 058 01

2.1.3 Un alignement critique

Sous la rubrique 1.1, les axes principaux du système de santé au Burundi ont été décrits. La coopération belgo-burundaise veut appuyer le système globalement sur cette base.

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 et ainsi de faire évoluer le système graduellement. La ligne conductrice restera toujours de contribuer à un système toujours plus efficace et équitable en faveur des plus pauvres dans la société.

Le programme doit rentrer dans un dialogue constructif, continu et critique avec le MSP¹⁶. Il ne s'agit donc pas d'appuyer les défis de toutes les grandes réformes mises en œuvre actuellement mais de participer à une stratégie de changement à moyen et long terme.

2.1.4 Harmonisation – division de travail - coordination

La Coopération belgo-burundaise n'est pas la seule coopération qui s'implique dans le secteur de la santé. Il est clair qu'elle doit s'inscrire dans un ensemble d'interventions coordonnées entre partenaires au développement, guidées par le MSP et sa politique. Elle a accepté pour cette année 2010 le rôle de chef de file des PTF dans le cadre du CPSD¹⁷. Ainsi, l'appui institutionnel inclus dans ses résultats actuels et futurs fournira un appui continu au bon fonctionnement de ce cadre partenarial.

Ce constat n'est pas contradictoire avec le fait que la coopération belgo-burundaise s'inscrit dans les 4 axes principaux¹⁸ qui déterminent le système de santé. Ainsi, au stade de l'appui actuel dans ce secteur, la mise en place des DS dans une province, celle de Kirundo, est appuyée en toute complémentarité avec les autres partenaires qui interviennent dans d'autres provinces. En fonction de l'évolution du système, les futurs appuis de la coopération belgo-burundaise sur le développement des 45 Districts Sanitaires s'adapteront (par exemple sur le thème de la formation des ECD, sur les normes nationales en matière de qualité des soins, etc...) et/ou se concentreront sur d'autres régions (les provinces de Muramvya et de Bujumbura-Mairie) selon les attentes des autorités du MSP. Une participation au développement à un Fonds Commun Santé pourrait constituer une stratégie qui va dans ce sens.

Le programme «Santé» sera ainsi en mesure de se réorienter selon les nouveaux besoins et un environnement changeant en tenant compte d'une façon continue des leçons apprises.

2.1.5 Vision sur les thèmes d'intervention pour l'ensemble du PIC 2010-2013

La base de la présente intervention est les 6 chantiers d'attention (voir principales réformes) en cours au MSP, en vue de contribuer à une approche sectorielle (SWAp).

¹⁶ En multisectorialité avec le département du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale sur les thèmes de la réforme de la FP et de la protection sociale (développement de la mutualisation)

¹⁷ Cadre de Concertation des Partenaires pour le Développement de la Santé

¹⁸ Couverture universelle, amélioration des prestations (de l'offre), autorités sanitaires performantes et politiques favorables à la santé des communautés

1. Décentralisation/ déconcentration du système de santé et développement progressif d'une approche sectorielle dont le DS constitue le cœur de son opérationnalité
2. Un SNIS intégrateur, performant en terme de suivi/ évaluation et d'aide à la décision à tous les niveaux et d'une commodité optimale
3. Développement de Ressources Humaines performantes et adéquates
4. Accès équitable aux soins (de l'offre) à tous les niveaux par un engagement communautaire renforcé (la demande)
5. Amélioration continue de la qualité des services et de soins
6. Développement d'une stratégie harmonisée de financement du système de santé (de l'offre par le FBP et de la demande par la mutualisation communautaire et nationale)

Afin de prendre en compte ces chantiers la présente intervention agrège dans sa planification opérationnelle (voir 1.2.1) les montants disponibles de 12 et de 5 millions EUR.

A propos du montant de 8 millions affecté initialement à une contribution à un Fonds Commun Santé avec l'UE et la DFID, son affectation en terme d'intervention sera définie ultérieurement.

2.2 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROGRAMME

Le programme respectera les principes majeurs suivants quant à sa conception et à son exécution.

2.2.1 Définition d'un programme d'aide au développement

Pour mieux comprendre les propositions et la conception du programme il est bon de l'explicitier en comparaison avec une intervention « projets répartis au sein d'un même secteur ».

Un **programme** est une intervention complexe dans un secteur donné dont les sous-composants font un ensemble cohérent avec un objectif commun à renforcer le secteur sur la base de synergies explicites et activement recherchées entre ces sous-composants (ou « volets »).

Cette définition met en évidence :

- Une cohérence interne qui est (entre autre) garantie par l'objectif commun de l'intervention et de ses composantes ;
- Les composantes ou volets ne sont que des portes d'entrée différentes dans un même système et représentent donc différentes opportunités de renforcement du secteur ;
- Les synergies ne sont pas obtenues par hasard mais sont activement recherchées. Ceci aura des répercussions sur la description des tâches et la collaboration entre les conseillers techniques internationaux par exemple.

2.2.2 Alignement à une politique et planification nationale

Le programme proposé s'inscrit intégralement dans la politique sanitaire du pays et donc dans la philosophie du PNDS I et bientôt du PNDS II et leur mise en œuvre. Les résultats de l'audit institutionnel organisé par l'actuel projet APIMS ont un impact évident sur la formulation du PNDS II. Le canevas de présentation de ces résultats dans la perspective des 4 axes prioritaires est décrit plus haut.

Ceci implique que le présent programme soit partie intégrante dans les plans du partenaire. En conséquence il n'y a plus d'activités typiquement « projet ». Le programme négociera, en commun accord avec le partenaire, les activités à l'intérieur du plan national qui pourront être financées/appuyées (par ce programme), peu importe le niveau de la pyramide sanitaire où l'on se

trouve. Les plans annuels qui vont être proposés à la SMCL ne seront que des extractions des plans nationaux.

2.2.3 Une phase transitoire entre projets et programme

Le programme tient compte du passé et donc des 3¹⁹ projets santé de la coopération belgo-burundaise actuellement en cours. Il garantit ainsi une inscription dans la durée des initiatives prometteuses émanant des projets en cours. Le programme permettra ainsi une continuité et cohérence sur la durée et de façon globale.

Ainsi le programme n'est pas égal à une simple continuation des projets dans le temps. Tenant compte de leurs échéances (voir 1.2.2) une phase transitoire pour les projets « APIMS » et « Appui à la Province Sanitaire de Kirundo » doit être planifiée au démarrage du présent programme.

Pour le projet en cours « Appui à la réforme de la formation paramédicale » qui échoit en février 2011, le programme s'élargit clairement vers un appui institutionnel à la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MSP tant au niveau des politiques avec des relations fonctionnelles avec le Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Protection Sociale qu'au niveau de la gestion de routine de toutes les RH (y inclus les cadres) en soutien à la mise en œuvre du PNDS dans ses 4 axes stratégiques. Bien sûr l'extension en terme de couverture d'écoles paramédicales et d'accompagnement des actions de renforcement de la qualité de l'enseignement (entre autre par une mise à échelle des applications des outils et des curriculums établis dans le projet en cours) sera poursuivi.

Etant donné que le niveau des acquis des projets en cours est impossible à prédire avec précision, le démarrage du programme exigera un exercice de leur re-programmation intégrée. L'objet de cette exercice sera de bien aiguïser la complémentarité du programme avec ces projets qui pourraient même écourter leur échéance (probablement pour le projet APIMS).

2.2.4 Définition des 3 volets

Les composantes du programme sont définies et décrites sous la forme de 3 volets ou composantes. Ils correspondent aux trois piliers inhérents à un système de santé et constituent de ce fait 3 portes d'entrée pour le programme.

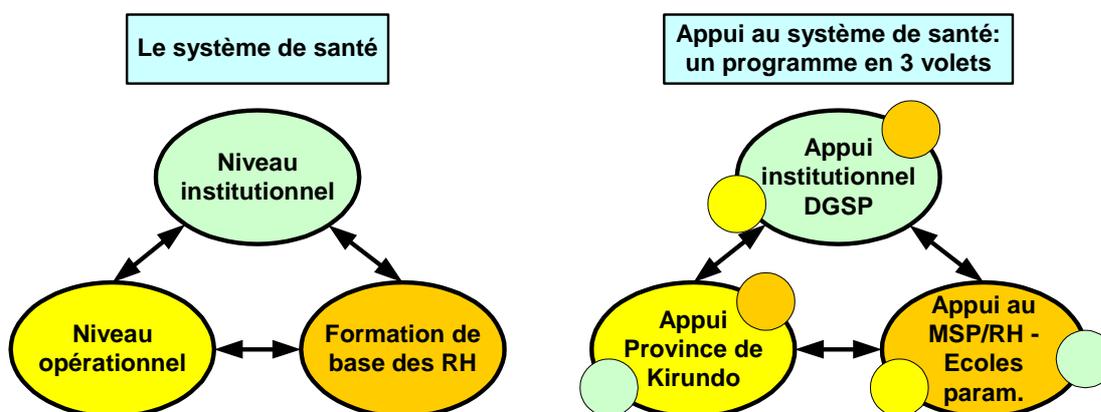


Figure 1 : Relation entre les piliers du secteur de la santé et le programme proposé

¹⁹ Nous faisons pour le moment abstraction du projet de réhabilitation de l'hôpital Prince Régent Charles et de l'appui au programme SIS à travers le fonds d'étude.

La Figure 1 montre les composantes majeures classiques d'un système de santé notamment le niveau institutionnel et le niveau opérationnel. Un peu moins classique est le pilier de la formation de base et gestion des RH (inclus dans le schéma en orange) mais il constitue un élément important et déterminant de soutien au système. Ce pilier est souvent négligé - malgré le fait que dans les 'discours' il est qualifié de prioritaire-, entre autre parce qu'il se trouve 'à cheval' entre les secteurs santé et éducation dans leurs définitions classiques.

Entre ces piliers il existe évidemment des liens fonctionnels très étroits qui font que leur séparation restera toujours un peu artificielle.

Le programme (Figure 1 à droite) appuiera les 3 piliers, en tant que 3 portes d'entrée différentes mais débouchant sur un même 'lieu', pour s'investir globalement dans le système de santé. Le schéma évoque des volets non cloisonnés dans leur exécution mais constituant un ensemble structuré avec des collaborations et échanges intensifs.

Chacun des volets aura des liens fonctionnels de renforcement réciproque avec l'un ou l'autre ou les deux autres :

- entre volet 1 et 2 :
 - o la formation des ECD et leur suivi,
 - o mise au point des SPT (stratégie plainte-traitement),
 - o mise au point en matière de la contractualisation,
 - o mise au point de normes et standards en matière de qualité des soins (HD et CDS),
 - o identification des besoins en formation continue,
 - o intégration des programmes verticaux dans les formations (de recyclage et continue)
 - o mise au point de normes et standards en matière de qualité des soins (HD et CDS),
 - o opérationnalisation du DS,
 - o établissement des plans de couverture sanitaire,
 - o renforcement d'une demande solvable et de mutualisation,
 - o ...
- entre volet 2 et 3:
 - o mise au point de stratégies de supervisions et d'accompagnement des stages des étudiants,
 - o suivi à terme de A2 formés,
 - o Feedback systématique sur la qualité des cadres nouvellement formés
- entre volet 1 et 3:
 - o mise au point en matière de contractualisation
 - o Adaptation continue des modules et du contenu de l'enseignement
 - o Supervision des institutions d'enseignement
 - o Mise en place d'une politique sur la reconnaissance et l'implantation des écoles
 - o Monitoring des quantités de cadres nouvellement formés
 - o ...

Cette liste de liens n'est pas exhaustive. Elle doit être précisée lors du démarrage du programme par les responsables de l'exécution du programme eux-mêmes.

Cette approche concorde avec les propositions faites par l'OMS pour renforcer les systèmes de santé de façon intégrée et durable dans le rapport mondial de santé 2008. Ceci est schématisé dans la figure 2.



Figure 2 : Relation entre la position stratégique du programme proposé et l'approche proposée par l'OMS

Comme explicité ci-dessus, le programme démarrera au moment où les interventions actuellement en cours n'auront pas atteint leur échéance. Il y aura donc une période de chevauchement entre les deux.

2.2.5 Une approche systémique pour une meilleure durabilité

Le programme s'inscrit dans une approche systémique. Ceci implique que même s'il est dans l'impossibilité évidente de s'attaquer à tous les aspects stratégiques au sein du système, les portes d'entrée sont suffisamment importantes et à la fois stratégiques et différenciées pour avoir un impact systémique donc sectoriel.

La figure 3 ci-après explicite la conception du programme: comme un ensemble d'actions avec comme résultat immédiat un renforcement de performance qui, en tant que tel, ne suffit pas pour avoir à lui seul un impact durable sur le système. Les actions de capitalisation des expériences et de renforcement des capacités des acteurs vont également concourir et assurer à une durabilité optimale.

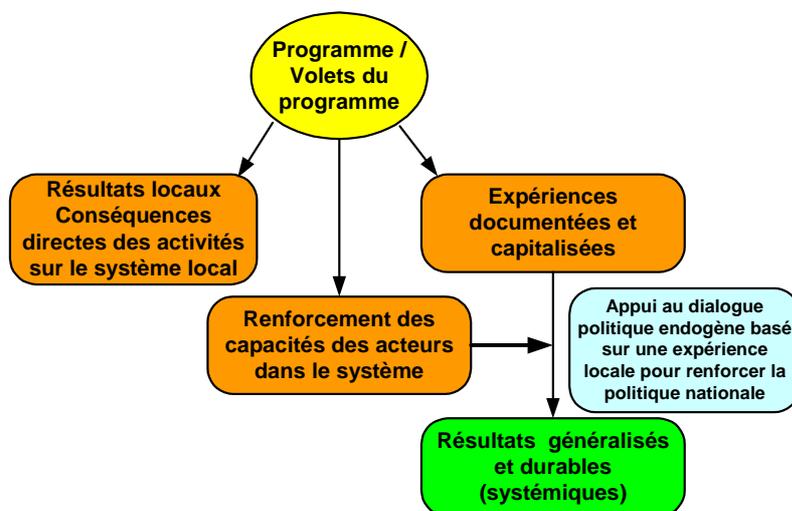


Figure 3 : Différents aspects de l'impact potentiel du programme

Chaque volet sera décrit par rapport aux trois aspects suivants eu égard à l'appui fourni par le programme :

- Les résultats locaux à obtenir ;
- Le renforcement des capacités des acteurs concernés ;
- La contribution au processus de capitalisation des expériences.

2.2.6 Coordination et synergies avec les autres partenaires au développement (harmonisation)

Le programme appuiera toute structure et participera dans toutes les occasions de coordination entre partenaires qui se présenteront. En dehors d'une cohérence interne, il cherchera à s'harmoniser avec l'ensemble des interventions dans le secteur et de définir tant que possible des synergies et complémentarités entre les interventions des partenaires 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 sont :

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 renforcement de la 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	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
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
Fond Global	appui aux activités de lutte contre le paludisme, la malaria et tuberculose
GAVI	renforcement des districts sanitaires et approche contractuelle basée sur la performance
JICA	équipement des hôpitaux et des centres de santé, assistance technique, et couverture sanitaire de Bujumbura
KfW (Allemagne)	appui aux activités de santé de la reproduction
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
USAID / Pathfinder	renforcement des capacités de prise en charge maternelle et infantile et SNIS
Coopération Suisse	appui à la mise en œuvre du PNDS (à Ngozi) et appui à la DRH et aux formations des agents de santé

2.2.7 Collaboration avec le programmes des bourses

La réorganisation du programme des bourses de la coopération belge permettra au présent programme de chercher activement une complémentarité dans les aspects de renforcement des capacités. Dans ce cadre des institutions nationales seront identifiées. Le présent programme

proposera des candidats et des domaines de bourses à considérer par la coopération belgo-burundaise, conformément aux nouvelles modalités en matière de leur attribution.

2.2.8 Des choix à faire

Dans un environnement financier précaire, et un budget forcément limité, des choix sont à faire parmi toutes les attentes du partenaire et de ses priorités.

Les choix proposés sont basés sur différents principes mais prioritairement sur :

- estimation de l'efficacité de l'investissement (financier ou humain) en tenant compte de la probabilité de succès
- valeur ajoutée que l'action pourrait avoir par rapport au secteur globalement (renforcement de capacités, degré d'innovation et de potentiel de capitalisation pour le MSP)
- estimation de l'impact direct vis-à-vis des bénéficiaires les plus vulnérables dans la société (interventions pro-pauvres).

C'est ainsi qu'à titre d'exemple, parmi toutes les écoles de formation de base, les écoles paramédicales publiques, niveau A2, seront prioritairement appuyées. Dans le contexte actuel, elles sont les plus vulnérables au changement et serviront le plus les pauvres puisque seul les A2 servent dans les structures sanitaires rurales.

2.2.9 Une équipe d'expertise dans le cadre d'un partenariat fort

Classiquement, la plupart des projets d'aide au développement définissent une expertise externe pour accompagner le processus de changement envisagé par le projet. Dans ce cadre, différents projets dans le même secteur peuvent co-exister même dans le cadre d'un seul partenaire sans que cette expertise travaille en équipe et synergie. Ceci est lié au fait que chacun est défini par rapport à son intervention spécifique avec ses objectifs particuliers. La collaboration est ainsi souvent réduite.

Les expertises définies dans le programme seront liées, pour des raisons pratiques, à un des volets sans pour autant n'être exclusivement liées au dit volet. Ainsi une vraie équipe d'experts sera mise à disposition du ministère. Ils travailleront tous en vue d'atteindre un même objectif spécifique et général.

Leurs expertises seront facilement interchangeables entre les volets comme représenté dans le schéma (ci dessous).

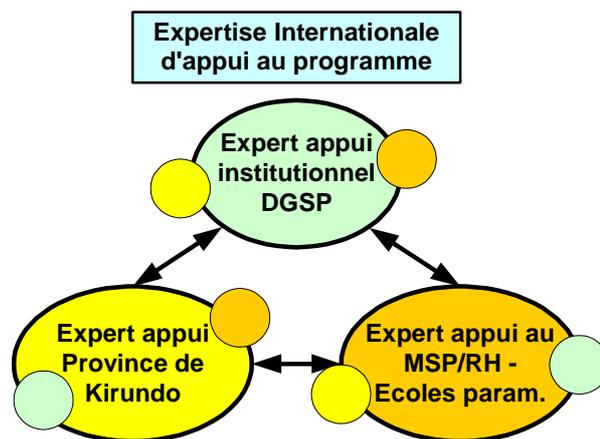


Figure 4 : Définition d'une équipe d'expertise interchangeable entre les volets du programme

L'équipe d'experts de « santé publique » sera renforcée par un expert en construction (1/3 temps plein), par un cadre national avec une expertise en marché publique et un RAF international mi-temps (pour la consolidation des plans et budgets annuels de l'ensemble du programme). En effet les investissements en infrastructures dans les interventions en cours montrent des retards considérables et systématiques, de même avec les délais pour les marchés publics.

Au niveau de la coordination de l'ensemble du programme, une Unité Centrale (DI-Delco de la composante « gouvernance sanitaire au niveau central ») assumera la coordination générale du programme. Au niveau des deux autres composantes, des Sous-Unités Opérationnelles (SUO) seront mises en place (voir Chapitre 5 sur les modalités).

2.2.10 Indicateurs des volets – du programme – et Indicateurs Nationaux

Etant donné que le programme belge s'inscrit intégralement dans la politique et les stratégies nationales, il suivra les indicateurs nationaux retenus pour mesurer le progrès global au sein du système (voir 3.4). Les résultats nationaux seront comparés avec ceux obtenus au niveau des volets retenus (par exemple province de Kirundo).

2.3 STRATÉGIES PAR VOLET

Idées maîtresses de l'intervention:

- La vision stratégique qui la sous-tend est celle d'un « programme » à 3 composantes ;
- Elle tient compte des délais des projets/interventions actuelles en re-programmant en conséquence leurs résultats et leurs chronogrammes. Les moyens généraux de la présente intervention ont été calculés sur cette base ;
- Elle devra tenir compte des interventions des deux autres secteurs (éducation et agriculture) dans le domaine d'un impact convergent sur le renforcement de la fonction publique (voir PIC 6.1.4), dans le sens de sa réforme.

2.3.1 Stratégie du volet 1 : Appui à la gouvernance sanitaire au niveau central

L'appui institutionnel au niveau central fait l'objet d'une intervention en cours. Une évaluation rapide a été menée et présentée lors de la première session de validation durant la formulation du

programme (voir ci-dessus). Elle a noté qu' il y a un progrès certain et reconnu, par rapport à l' organisation et la performance du MSP. Entre autres choses, le MSP est arrivé à se re-définir à travers un audit institutionnel poussé et participatif. De cette démarche il ressort qu' un nouvel organigramme sera soumis au Conseil des Ministres dès que possible après les élections actuellement en cours.

Parmi les contraintes de l' intervention actuelle, sa faiblesse budgétaire est probablement l' aspect le plus important eu égard à ses défis.

L'organisation du système de santé est en pleine réforme avec l' introduction du concept « district sanitaire » il y a à peine 2 ans, à travers un appui important de l' OMS. Cette réforme consiste à la mise en place de systèmes de santé locaux décentralisés (les DS) avec un nouveau niveau d' autorité sanitaire (les BDS) qui sera dorénavant clairement responsabilisé en matière d' organisation des soins en bonne adéquation avec les besoins de la population de leur zone de responsabilité.

La réforme a bouleversé et bouleverse toujours le système de santé. Elle est encore loin d' être achevée. La tâche principale du volet appui institutionnel sera d' appuyer le MSP à les mener à terme. Un des aspects le plus important est d' assurer la mise en place et l' organisation d' une autorité sanitaire locale performante, le BDS, animé par une équipe compétente, l' ECD, capable de conduire un dialogue communautaire actif. Ceci demande une décentralisation poussée de ressources humaines compétentes. Or, ces capacités n' existent pas toujours pleinement et équitablement dans le pays.

Le MSP a pour objectif un renforcement par une approche harmonisée des capacités des BDS y compris leur suivi, leur contrôle à travers une stratégie de supervisions dynamiques et formatives. Leurs mandats seront ajustés au fur et à mesure que les expériences du terrain démontrent des problèmes structurels identifiés par rapport à leur performance.

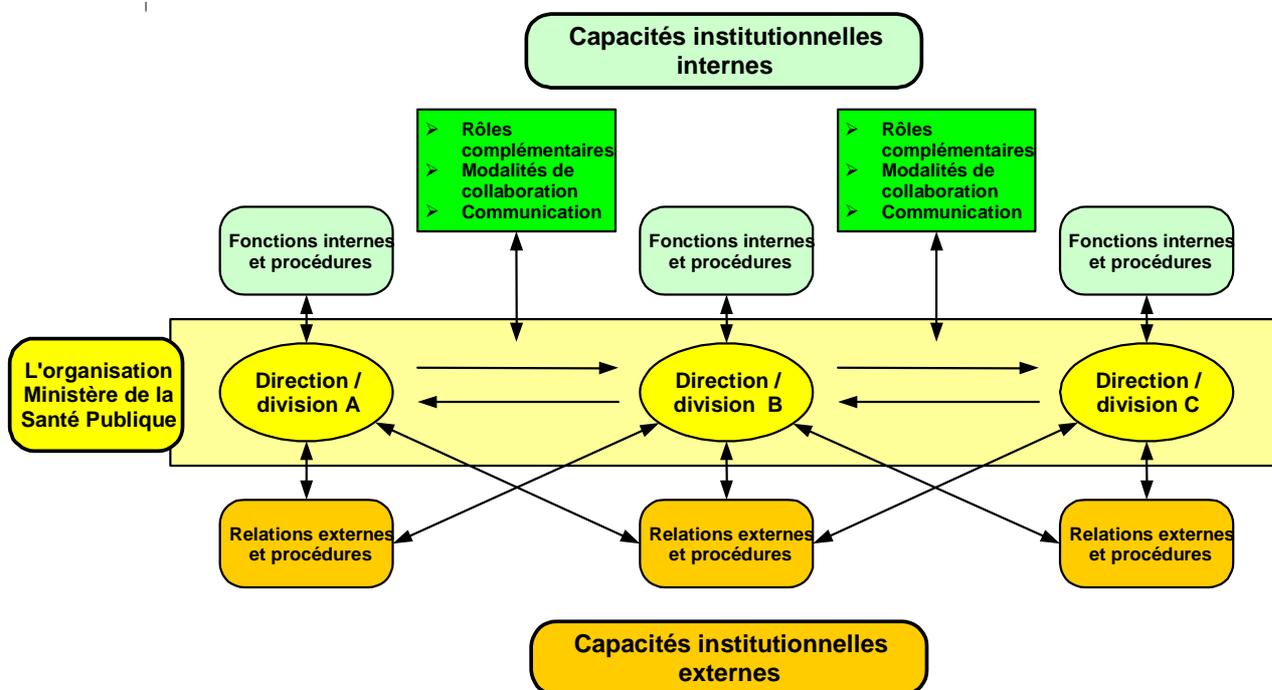


Figure 5: Schéma des capacités institutionnelles d' une organisation complexe telle qu' un ministère de la SP

La figure 5 ci-dessus schématise le fonctionnement d'une organisation complexe. Une telle organisation fonctionne grâce à des relations et communications internes entre unités de production -capacités institutionnelles internes- et des relations et communications externes -capacités institutionnelles externes-. Ce sera au volet « gouvernance au niveau central » à renforcer l'ensemble des relations internes et externes. L'audit institutionnel qui a déjà eu lieu cadre bien avec cette approche et c'est ce que le MSP propose déjà comme réforme.

Alors que dans l'appui institutionnel en cours, les ambitions sont réduites à un renforcement de la seule direction générale, le programme vise l'ensemble du Ministère. Evidemment, la coopération belgo-burundaise n'est pas le seul partenaire au développement à intervenir à ce niveau: ainsi les objectifs d'amélioration de la performance globale et régionale du MSP seront partagés et coordonnés avec tous les autres partenaires impliqués.

L'appui institutionnel inclut aussi les provinces (ou les futures régions, si elles voient le jour) qui sont à considérer comme des antennes décentralisées du MSP.

Il y a des provinces qui ne sont appuyées par aucun partenaire. Le MSP a insisté à ce que la coopération belgo-burundaise en tienne compte dans la mesure du possible pour des raisons d'équité. C'est pourquoi des appuis spécifiques à la province de Muramvya et les districts sanitaires urbains de Bujumbura ont été introduit dans le programme. Le présent volet appuiera particulièrement ces DS dans le cadre de toute initiative à envergure nationale (par exemple, en matière de définition des normes et standards en matière de formation des ECD, de SPT, de renforcement des compétences chirurgicales de base, etc...). En outre le volet 'gouvernance périphérique' identifiera d'autres appuis dans ces districts (Muramvya et Bujumbura), ressortant plus logiquement de leur responsabilité, comme par exemple en construction et en équipement d'un BDS et/ou le financement d'un stock initial de médicaments. Ces appuis ponctuels devraient permettre à ces districts de fonctionner raisonnablement sans prétendre que le programme puisse prendre en charge l'ensemble des besoins de ces DS.

2.3.2 Stratégie du volet 2 : Appui à la gouvernance sanitaire au niveau périphérique (province de Kirundo)

Un appui à la province de Kirundo fait actuellement l'objet d'une intervention. Il vise à aider le MSP dans le cadre de la réforme, en particulier, sur l'effectivité de la décentralisation de l'organisation des soins et des services vers la population la plus pauvre. Un véritable shift en terme de centres de pouvoir a lieu actuellement avec un centre de décisions opérationnelles qui se déplace du niveau provincial vers le niveau du district. La province, qui reste responsable du monitoring et du suivi, assume, à son niveau, un rôle normatif et régulateur décentralisé du MSP.

Pendant l'intervention en cours, la province de Kirundo a évolué à juste titre de 2 à 4 DS. Les services existants et les soins offerts restent encore très incomplets en quantité et en qualité.

Cet appui au niveau opérationnel du système de santé est très stratégique. Il cible cette province pour des raisons de continuité d'une part, mais pour le MSP, il doit s'engager à terme dans une vision d'équité nationale, d'autre part. L'appui à la province de Kirundo est inspiré par la coordination et la division de travail avec les autres intervenants dans le secteur santé. Sa continuation reste donc plus que valable dans le cadre de l'actuel programme. Les aspects les plus importants à compléter en matière de paquets de soins prévus sont: la mise en œuvre de la chirurgie de district, la décentralisation des transfusions sanguines, une radiologie digitalisée, l'intégration plus poussée des programmes verticaux et la capitalisation du renforcement de la solvabilité de la demande et des expériences de mutuelles communautaires.

En même temps, en dehors de cet appui concret, ce volet va se montrer flexible et s'ouvrir pour un appui plus large :

- en mettant davantage d'accent sur (i) la communication et la liaison avec le niveau central, afin de faire passer les « lessons learned » et (ii) des échanges sur les stratégies et les difficultés opérationnelles dont le MSP n'est pas forcément au courant ;
- en s'inscrivant dans un programme de formation de cadres nationaux (p.e. les ECD), afin de ne pas se restreindre qu'à la province de Kirundo pour des stratégies d'envergure nationale. Cette action sera menée en concertation avec tous les autres intervenants à travers les mécanismes décrits plus haut et appliqués au niveau provincial. Ainsi, comme cela a été noté comme élément stratégique du premier volet, des appuis sélectionnés aux districts de Muramvya et les districts urbains de Bujumbura sont prévus ;
- en investissant dans le monitoring du FBP et la performance des ECD pour en donner un feedback au MSP et aux autres intervenants;
- en co-finançant et s'impliquant dans toutes les initiatives de réflexion au niveau national.

Ainsi, des synergies avec d'autres partenaires sont à rechercher, entre autre par:

- une collaboration effective entre PTF sur la mise en place des DS fonctionnels (expérience Santé+, Ngozi, ...) guidera les actions entreprises dans ce volet à l'instar des autres volets ;
- une participation à la stratégie nationale de FBP pour ce niveau de gouvernance, au cadre de monitoring et à la réflexion nationale en ce domaine ;
- une participation à la réflexion nationale sur le contenu et l'intégration effective des programmes verticaux dans les PCA des HD (par exemple en matière de chirurgie de district, de transfusion sanguine, la kinésithérapie et soins de réadaptation, autres....).

2.3.3 Stratégie du volet 3: Appui au département des RH /santé, avec une attention particulière pour les compétences du personnel paramédical

Le projet en cours a comme objectif principal de renforcer la qualité de l'enseignement dans 3 écoles d'Etat pour infirmiers niveau A2. Ce choix était inspiré par le fait que les infirmiers A2 étaient considérés comme le personnel le plus crucial pour contribuer à la santé des plus pauvres. C'est ce type d'agent cadre qui exerce généralement au niveau des CDS. La formation des infirmiers niveau A3 ayant été supprimée comme type d'infirmier.

Mais déjà dans la présente phase, la problématique que l'intervention se proposait d'adresser était beaucoup plus large. Un véritable appui au département des ressources humaines au MSP a été bien entamé bien au delà de celui ciblé sur ces formations d'A2.

Un bilan rapide de cette intervention démontre :

- que le travail n'est évidemment pas fini, la durée totale de l'intervention étant seulement 2 ans dont un peu plus d'une année effectivement écoulée ;
- qu'il y a un retard dans les réhabilitations/nouvelles infrastructures et dans l'achat des équipements didactiques et autres ;
- qu'il y a des progrès significatifs dans la détermination du curriculum;
- que les modules de formation ne sont pas encore disponibles, mais les référentiels de compétence qui constituent la base de ces modules ont été adoptés ;
- qu'il est nécessaire, en collaboration avec l'INSP, de former et constituer un pool d'experts de bon niveau en andragogie. La mise en place de ce pool est un gage de durabilité pour ce volet.

La stratégie du volet ainsi vise à assurer la continuité des acquis obtenus d'une part et à les consolider d'autre part : entre autre à revoir d'une façon plus large la problématique des RH dans la

santé, pour arriver à un appui global au département des RH dans une approche plus systémique et ciblant l'ensemble du personnel de santé.

Sur le niveau de l'enseignement des infirmiers A2, il reste en gros à assumer l'écriture des modules d'enseignement, la formation des enseignants, à renforcer la supervision et le suivi de la qualité de l'enseignement, le développement de la contractualisation et, enfin, l'organisation de véritables terrains de stage surtout dans des CdS en milieu rural. En plus, conformément aux attentes du MSP, l'école des techniciens d'assainissement et de laboratoire ainsi que la nouvelle EPM de Cankuzo, seront appuyées.

Cette problématique élargie à adresser dans le volet RH se justifie par les éléments suivants :

- le Ministère doit disposer d'une **politique globale** en matière de gestion du personnel de santé adressant les questions de « quoi », de « combien » mais aussi de « comment » y compris le monitoring de performance de sa politique (établir des indicateurs -p.e.: le taux d'occupation de postes existants et organiser le monitoring) ;
- les **filières de carrière** pour chaque cadre de santé afin de promouvoir son personnel et d'assurer la motivation du personnel seront édifiées et proposées. Plus particulièrement, le MSP se voit devant le défi de revoir la politique des RH concernant la formation continue et les aspects de décentralisation ;
- il est nécessaire d'identifier les **besoins en formation** sur la base de référentiels de compétence. Cela aura un impact évident et sur la qualité des formations de base et sur l'introduction de la contractualisation pour les enseignants (titulaires, vacataires et encadreurs). En effet l'approche FBP peut constituer un véritable moteur en terme de motivation et de performance pour l'ensemble du personnel, grâce aux outils de monitoring et de contrôle développés dans le cadre de cette approche ;
- le développement d'une **vision à terme sur le quantitatif** dont le MSP devrait disposer pour fournir une 'offre' adéquate.

2.3.4 Synergies à développer

Elles seront développées avec les autres appuis belges mais aussi avec d'autres bailleurs dans les matières suivantes :

- la politique des RH santé devra permettre d'appliquer la politique des DS de façon réaliste et la politique hospitalière sera ainsi soutenue ;
- l'intégration des programmes verticaux sera renforcée parce que les étudiants sortant des écoles de formation seront automatiquement formés en cohérence avec les stratégies et programmes du MSP, contrairement aux pratiques actuelles qui nécessitent dès la sortie de leur formation de base l'organisation de formations 'prescrites' par la mise en œuvre des programmes verticaux ;
- une politique rationnelle avec des prévisions claires permettra une meilleure planification et budgétisation des plans du MSP à tous les niveaux. Ceci lui permettra de progresser graduellement vers une approche SWAp (voir « Compact » dans le cadre de l'IHP+) sur la base d'une rationalisation des finances publiques.

3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

La performance du système de santé au Burundi est améliorée

3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE

Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, à une efficacité accrue des structures périphériques (en premier lieu dans la province de Kirundo) et à une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical.

3.3 RÉSULTATS ATTENDUS PAR VOLET

L'approche globale et stratégique de l'intervention a déjà été explicitée au chapitre précédent :

- (i) le programme n'est en aucun cas une extension des projets existants mais tient compte, d'une part, des leçons extraites de leur exécution et, d'autre part, de la nécessité d'en élargir l'appui ;
- (ii) les 13 résultats sont présentés pour chacun des 3 volets même s'ils sont présentés sans discontinuité ;
- (iii) tous ces résultats concourent à la mise en œuvre des 4 Objectifs du PNDS 2 qui ont été récemment adoptés (voir annexe 7.3) ;
- (iv) le contenu de cette intervention tient compte des contributions actuelles et futures des PTF engagés dans la mise en œuvre du PNDS 2: ainsi les indicateurs de résultats de la présente intervention seront atteints dans ce cadre.

3.3.1 Volet 1 : Appui à la gouvernance au niveau central

Pour rappel :

L'organisation du système de santé est en pleine réforme avec l'introduction il y a à peine 2 - 3 ans du concept de «District Sanitaire» avec l'appui de l'OMS. Cette réforme consiste à la mise en place de systèmes de santé locaux décentralisés (les DS) avec un nouveau niveau d'autorité sanitaire (les BDS) qui sera dorénavant clairement responsabilisé en matière d'organisation des soins en bonne adéquation avec les besoins de la population de leur zone.

La réforme a bouleversé et bouleverse toujours le système de santé. Elle est encore loin d'être achevée. La tâche principale de ce volet sera d'appuyer le MSP pour lui permettre de la mener à terme.

Ainsi ce volet prend en compte les défis suivants :

- Celui de contribuer à la mise en place des nouvelles institutions et de nouveaux modes de fonctionnement
- Celui de contribuer à l'effectivité d'un processus de planification ascendante et participative du PNDS2 ;

- Celui de contribuer à la mise en place d' une autorité sanitaire locale performante, le BDS, animé par une équipe compétente, l'ECD, capable de conduire un dialogue communautaire actif. Ceci demande une décentralisation poussée en matière de gestion des ressources humaines. Or, ces capacités sont actuellement à renforcer équitablement dans le pays d' autant qu' elles disposent d' un système d' information sanitaire performant (voir défi suivant) ;
- Celui de renforcer le niveau de fonctionnalité du SNIS ;
- Celui de poser les jalons d' un processus national cohérent et acceptable de mécanismes de financement de la santé (FBP, Mutualisation, programme de gratuité, tarification acceptable, ...)

Cinq résultats sont proposés dans ce volet.

Résultat 1 : les réformes institutionnelles sont appuyées

Dans l' intervention en cours, le projet d' appui institutionnel a permis au MSP de faire un audit institutionnel poussé. Cet audit s' est basé sur une analyse pointue des faiblesses institutionnelles et à proposer entre autre un nouvel organigramme pour l' ensemble du Ministère, qui doit encore être adopté en gouvernement.

Ce premier résultat assure la continuité entre l' intervention en cours et le nouveau programme et les différentes activités proposées sous ce résultat élargissent l' appui actuel en matière institutionnel.

Quatre activités sont prévues pour atteindre le résultat :

R1A1 : Appuyer la mise en œuvre des recommandations sur la restructuration du niveau central de l' audit du MSP adoptées par le gouvernement

Cette activité se décline en trois sous activités :

- S/Act : Appuyer la fonctionnalité des nouvelles unités du niveau central ;
- S/Act : Appuyer le processus de définition des indicateurs de performance (voir politique de contractualisation au niveau central) des nouvelles unités de production au sein du MSP à travers la création de 'Task Forces'.
- S/Act : Identification avec le MSP des unités à financer par le FBP et finaliser et faire valider l' outil de l' évaluation de la performance des services sélectionnés (voir R5A1)

Montant pour cette activité : **155.000 EUR**

R1A2 : Appuyer la coordination au sein du MSP en interne et avec les PTF et le renforcement des compétences

Cette activité se décline en 4 sous activités :

- S/Act : Appuyer financièrement le secrétariat permanent du CPSD
- S/Act : Etablir un plan de formation des cadres du MSP: recours à une expertise interne par une commission technique nommée par le MSP (gestion de la maintenance, leadership, économie de la santé, gestion de services de santé, santé publique ...)
- S/Act : Appuyer les réunions du CPSD
- S/Act : Appuyer les réunions de coordination interne (entre les directions générales en priorité)

Montant pour cette activité : **45.000 EUR**

R1A3 : Améliorer les infrastructures et les équipements du niveau central ainsi que des 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie

Cette activité se décline en 2 sous activités :

- S/Act : Identifier les besoins en infrastructures et équipements au niveau central y compris un plan directeur du ministère et dans les 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie
- S/Act : Effectuer les réhabilitations prioritaires et installer les équipements en recourant à des PME et à une expertise internationale en infrastructure et en ICT à mi-temps. Ces deux expertises auront également pour mandat de renforcer les compétences des RH au niveau central dans ces deux domaines.

Montant pour cette activité : **1.510.000 EUR**

R1A4 : Développer au sein du MSP une mémoire institutionnelle

Cette activité se décline en 2 sous activités :

- S/Act : Définir un système de documentation et de capitalisation des informations et d'échanges de 'Bonnes Pratiques'
- S/Act : Soutenir la bibliothèque du MSP, la création d'un réseau Internet et éditer un bulletin semestriel sur les meilleures pratiques, introduction et location d'un site web, ...

Montant pour cette activité : **180.000 EUR**

Résultat 2 : le processus de planification est renforcé et soutenu

Le MSP et toutes les provinces ont pour missions, entre autre, de coordonner l'ensemble du processus de planification ascendante et participative dans le respect d'une autonomie relative de décision et de coordination de la planification par les différents acteurs, particulièrement des ECD, gestionnaires des DS.

Cette planification doit permettre au MSP de budgétiser et de coordonner les bailleurs et leurs appuis financiers. En plus, il devra développer des outils de suivi et évaluation (en cours de développement) ainsi qu'une stratégie de suivi continu des performances du système. Cela leur permettra d'ajuster la mise en œuvre de leur politique et de veiller à ce que les DS respectent les normes imposées par le niveau central (éviter les dérapages du système opérationnel). L'opportunité de démarrer le programme au moment de la finalisation du PNDS 2 est saisie et une activité d'appui a été inscrite à la demande du MSP.

La consolidation des plans de DS doit également permettre au MSP de disposer d'un plan de couverture sanitaire. Ce plan contient une carte de couverture sanitaire nationale avec une projection géographique des infrastructures nécessaires qui facilitera une planification et budgétisation des gros investissements en infrastructures et équipements nécessaires pour un système de santé accessible et équitable. Ce plan inclura également une projection des besoins en personnels liés aux structures sanitaires existantes telles que planifiées.

Réaliser un plan de couverture sanitaire pour l'ensemble du pays est un bel exemple de liens à formaliser entre les différents volets du programme. Ces volets, comme décrit plus haut, vont travailler en synergie et coordination avec d'autres partenaires.

Dans ce cadre, le programme prévoit dans ce premier volet d'appuyer concrètement les DS de Muramvya et les DS urbains de Bujumbura. Pour ces derniers, vu le statut particulier, le programme devra attirer une expertise pointue dans cette matière.

Trois activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R2A1 : Définir et contribuer à la mise en place d'un processus de planification ascendante et participative

Cette activité se décline en 2 sous activités :

S/Act : Définir le processus et les outils de cette planification et l'appuyer à tous les niveaux (initiation/formation)

S/Act : Etablir un tableau de bord global au niveau central à valider en CPSD

Montant pour cette activité : **100.000 EUR**

R2A2 : Soutenir la finalisation du PNDS 2 et sa mise en œuvre

Cette activité se décline en 2 sous activités :

S/Act : Contribuer financièrement et techniquement à la finalisation du PNDS 2 (en recourant à des expertises ponctuelles) : établissement des PAP aux différents niveaux opérationnels et au niveau du MSP comme institution propre

S/Act : Etablir un tableau de bord global au niveau central à faire valider en CPSD

Montant pour cette activité : **45.000 EUR**

R2A3 : Elaborer un Guide national d'opérationnalisation des DS et son application dans les 5 DS de Muramvya et Bujumbura Mairie

Cette activité se décline en 5 sous activités :

S/Act : Elaborer et valider en CPSD un document de **stratégie de renforcement du système de santé** visant à créer un cadre référentiel et intégrateur pour toutes les interventions des partenaires du MSP. Ce document va contribuer à la réalisation de la priorité nationale affirmée par le MSP : celle de mettre le DS au cœur de 'l'offre' de services et de soins. Un recours à une expertise en interne à la CTB dans le cadre d'un échange régional est proposée

S/Act : Elaborer un **guide national d'opérationnalisation des DS**, en recourant à une expertise régionale, y inclus l'établissement d'un plan national de couverture sanitaire. Le guide et ce plan seront établis en exploitant les guides et plans actuellement appliqués par d'autres interventions (Santé +, Coopération Suisse, ...)

S/Act : Valider une méthodologie nationale de formation à l'utilisation de ces guides avec les BPS et BDS

S/Act : Appuyer les BPS et BDS de 2 DS de Muramvya et des 3 DS urbains de Bujumbura pour réaliser leur plan de couverture sanitaire

S/Act : Organiser une visite documentaire et d'échanges au Rwanda

Montant pour cette activité : **50.000 EUR**

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'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.
- 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 haut. 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.

Trois 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**

Résultat 4 : La qualité de la gestion et de l' offre de soins est améliorée

Un système de santé se met en place avec comme objectif final d' organiser des services de qualité équitables et accessibles, qu' ils s' agissent de soins curatifs, préventifs ou de réhabilitation.

En dehors de manque de personnel, de matériel ou de la précarité des moyens financiers, les services souffrent aussi d' un manque récurrent de qualité des soins livrés sur le plan technique et clinique. Cette qualité n' est pas assurée automatiquement quand les services sont mieux financés et organisés. La qualité des prestations dépend aussi des capacités médicales techniques et humaines du personnel soignant ainsi que de leur motivation et de la reconnaissance de leur performance.

Au niveau opérationnel, un système de formation continue, de supervisions formatives et de motivation devrait permettre de prendre en compte certains problèmes liés à la qualité des prestations médicales. Mais pour d' autres, il faut un renforcement des capacités 'médicales' au niveau national qui méritent attention et organisation.

Ainsi la décentralisation d' une capacité en chirurgie de district est un problème d' envergure nationale. Non seulement le problème est répandu (il y a moins de 8 médecins chirurgiens actifs dans le pays) mais la réponse à cette problématique ne ressort pas exclusivement de la capacité des DS. Il faut non seulement une formation de plusieurs mois (entre 6 et 12 mois) des médecins généralistes concernés, tout en impliquant les universités mais aussi la formation d' aides-anesthésistes et d' aides-chirurgiens. L'ensemble nécessite une coordination avec les institutions de formation et avec la fonction publique afin d'assurer la carrière des personnes concernées. Finalement un système d' assurance de la qualité devrait se mettre en place en parallèle des autres efforts. Le financement d' une telle initiative dépasse certainement aussi les capacités financières d' un seul partenaire au développement.

La chirurgie de district englobe et se concentre même sur les soins obstétricaux d' urgence. Ceci est un des aspects dans le système de santé le plus important pour promouvoir la qualité de la vie des femmes. En effet, la mortalité maternelle est un indicateur important d' inaccessibilité des (jeunes) femmes aux soins auxquels elles ont droit. Les soins obstétricaux sont essentiels, prioritaires et abordables, même pour des pays à faible revenu si le système de santé s' organise selon certaines priorités.

Particulièrement pour le Burundi, les soins obstétricaux ne devraient pas seulement se concentrer sur l' accessibilité à la césarienne, mais aussi, par exemple, à l' utilisation de la ventouse. Cette technique semble très peu maîtrisée par les médecins de districts, pourtant essentielle pour une maternité de qualité. En conséquence, certains hôpitaux de district font relativement trop de césariennes. Il est reconnu que des soins obstétricaux de qualité réduisent très significativement des problèmes aussi spécifiques que les fistules vésico-vaginales.

De la même façon, le Burundi devra se pencher sur l'organisation des soins pour la santé mentale, la décentralisation de la transfusion sanguine, le développement au niveau district des capacités en ophtalmologie, réhabilitation des fractures et d' autres blessés, la prise en charge des diabètes et d' autres maladies chroniques, etc... Une politique en kinésithérapie et en soins de réhabilitation doit

être conçue en collaboration avec l'Université de Bruxelles déjà active dans cette matière au niveau du Burundi.

Trois activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R4A1 : Appuyer la formation des BDS/ BPS en matière de gestion des services (RH, matériel et maintenance, médicaments, organisation , ...)

Cette activité se décline en 5 sous activités :

- S/Act : Appuyer et dynamiser le Groupe Thématique «District Sanitaire» (GTD) (voir Guide National d'opérationnalisation des DS: R2/A3)
- S/Act : Elaborer des modules nationaux de formation validés en GTD
- S/Act : Organiser les formations de base des ECD et des BPS non couverts par un bailleur y compris et en priorité la province de Muramvya et les DS de Bujumbura Mairie
- S/Act : Planifier et exécuter les supervisions formatives de suivi post-formation par les niveaux centraux et provinciaux
- S/Act : Appuyer techniquement et financièrement les forums des DS encadrés par le programme.

Montant pour cette activité : **275.000 EUR**

R4A2 : Contribuer à la réalisation d' un plan de renforcement du PCA des DS en chirurgie (y compris l' obstétrique)

Cette activité se décline en 4 sous activités :

- S/Act : Elaborer une stratégie et un plan d' introduction dans le PCA de la chirurgie de DS (chirurgie générale et obstétricale de base) dans les zones d' intervention des projets CTB, en ayant recours à une expertise internationale
- S/Act : Contribuer au développement de compétences en chirurgie de DS, d' aides-anesthésistes et d' aides-chirurgiens
- S/Act: Faire l' inventaire des besoins d'appui en amélioration de l' environnement pratique des médecins formés (stérilisation, kits chirurgicaux, ...)
- S/Act : Réaliser le monitoring de l' initiative et de la qualité du travail des médecins et techniciens formés à travers des indicateurs à identifier

Montant pour cette activité : **400.000 EUR**

R4A3 : Contribuer à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à tous les niveaux (dans cadre du PMA et du PCA)

- S/Act : Appuyer techniquement et financièrement la finalisation de l' élaboration des protocoles de prise en charge clinique (DS et CdS), les graver sur un CD partageable avec les autres partenaires oeuvrant dans les autres provinces
- S/Act : Appuyer techniquement et financièrement le monitoring de l' introduction de ces modules dans les provinces d' intervention du programme (indicateurs à identifier et à introduire dans le système de supervision)
- S/Act : Contribuer au développement d' une politique et une stratégie nationale d' introduction de soins mentaux dans les DS et dans les ordinogrammes des SPT (contribuer au renforcement de compétences en cette matière des

médecins de DS et infirmiers de CDS dans les zones de l' intervention et réaliser le monitoring de cette initiative)
S/Act : Etablir une politique sur la problématique de la kinésithérapie et les soins de réhabilitation

Montant pour cette activité : **70.000 EUR**

Résultat 5 : Le système de santé est financé sur base d' un sous-système de financement unique, maximisant l' équité, la solidarité et l' accessibilité des soins
--

Actuellement, le système de santé est financé à travers une multitude d' initiatives plus ou moins coordonnées. Il s' agit (i) du recouvrement des coûts à travers les contributions des malades, (ii) des subventions liées à la gratuité des soins pour certains groupes cibles, (iii) du financement lié à la performance, (iv) des micro-assurances santé et des mutuelles communautaires, professionnelles, etc...

Tous ces mécanismes de financement ont leurs propres coûts d' organisation et d' opportunité et sont soit en faveur soit contraire à d' autres aspects de la politique sanitaire. Le système de santé deviendrait beaucoup plus efficace avec plus d' uniformité dans son système de financement. Le but final est de disposer d' un financement de la santé qui s' appuie sur des modes accessibles et équitables, et , ainsi, stimuler une plus grande solidarité entre riches et pauvres et une redistribution des biens. Seul un programme et un système d' assurance maladie à envergure nationale répond à ces critères.

Deux activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R5A1 : Appuyer le démarrage du FBP au niveau central sous l' encadrement de l' Expert International recruté sur fond de l' expertise belge

Une activité est proposée en régie (voir commentaires sur les FBP dans les modalités) : financer les services sélectionnés après validation.

Cette activité ne peut se réaliser qu' après une rationalisation du personnel à ce niveau (voir R1A1) et le montant ne constitue qu' un fonds financier additionné à celui de la Banque Mondiale. Rappelons ici que le recrutement de l' expert international à la CTN n' est pas budgétisé dans le présent programme, d' une part et d' autre part la problématique et les risques en terme de la durabilité de ce type de financement, soulignée plus haut sur l' ensemble des FBP.

Montant pour cette activité : **900.000 EUR**

R5A2 : Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé pour le secteur informel

Cette activité se décline en 2 sous activités :

S/Act : Contribuer à la capitalisation des expériences en cours au niveau national et d' une bonne analyse des acquis en ce domaine

S/Act : Développer avec le STEP/BIT une proposition de création et d' opérationnalisation d' une organisation mutuelliste nationale intégrant les autres systèmes de financement de soins déjà adoptés au Burundi (expertise internationale)

Montant pour cette activité : **170.000 EUR**

3.3.2 Volet 2 : Appui à la gouvernance sanitaire périphérique

Un appui au système de santé à son niveau opérationnel est stratégique et complémentaire à l'appui institutionnel au niveau du Ministère. Les 2 niveaux ont chacun besoin d'un support spécifique, mais aussi l'interrelation entre les deux niveaux mérite une attention particulière.

La province de Kirundo, comprenant 4 DS, est déjà appuyée dans une intervention dans le cadre de la coopération belgo-burundaise. Cette province a été choisie par le partenaire national du fait qu'elle n'était pas appuyée par un autre partenaire international et qu'elle est une des provinces les plus pauvres du pays.

Dans un pays sortant de la guerre, instaurant les principes du DS il y a quelques années à peine, rendre les DS fonctionnels est un travail de longue haleine.

Plusieurs gros investissements ont déjà été réalisés, permettant de se concentrer davantage sur les problèmes de gestion et de qualité des soins.

Ceci permettra à ce deuxième volet de jouer réellement un rôle complémentaire aux deux autres volets du programme :

- Appliquer les stratégies nationales de qualité de soins, telles que la décentralisation de la chirurgie, un programme de santé mentale, l'utilisation de protocoles cliniques dans les hôpitaux, introduction des stratégies plainte-traitement dans les CDS, etc..
- Donner un feedback au niveau central sur le système de paiement basé sur la performance, la gratuité des soins, les mutuelles de santé, etc....
- Assurer les formations des cadres de santé par rapport aux ambitions nationales (SNIS, gestion des services, ...)
- Introduire effectivement la chirurgie décentralisée (assurer les formations des différents cadres et créer les conditions physiques, etc...)
- Créer des places de stage pour l'école paramédicale de Ngozi.

Pour des questions d'équité et tenant compte des gros investissements déjà réalisés dans la province de Kirundo, cela donne une certaine marge de manœuvre financière pour appuyer d'autres DS sans appui d'un partenaire au développement. Comme déjà mentionné au premier volet, et à la demande du Ministère, les DS de Muramvya et de la ville de Bujumbura sont spécifiquement visés.

Les résultats sont organisés autour des principes de l'organisation d'un DS, telle que définie par l'OMS et adoptée dans la politique nationale de santé du Burundi (Figure 6). En plus, le terrain sera préparé pour introduire des initiatives vers la création d'une mutuelle de santé à l'échelle des districts sanitaires, voire des provinces.

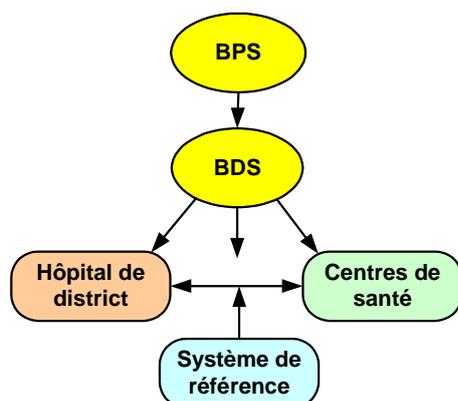


Figure 6 : Organisation schématique de la pyramide sanitaire opérationnelle du système de santé

Une équipe de gestion du district sanitaire (du BDS) encadre les structures sanitaires, c'est-à-dire l'hôpital de district et un réseau de centres de santé. La complémentarité entre ces structures sanitaires est assurée à travers un système de référence et contre-référence. Les BDS sont supervisés par une équipe provinciale de santé (BPS).

La plupart des montants de chacune des activités ont été extraits du plan d'action de la province de Kirundo

Six résultats sont définis pour ce volet et sont libellés de 6 à 11..

Résultat 6 : Les capacités d'encadrement du BPS de Kirundo, de Muramvya et Bujumbura Mairie sont renforcées conformément aux normes

Deux activités sont prévues pour atteindre ce résultat

R6A1 : Renforcer le BPS de Kirundo, Muramvya, et Bujumbura Mairie en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS provincial

Cette activité est déclinée en 6 sous activités :

S/Act : Sur la base d'un manuel national harmonisé, organiser des sessions de formation continue de tous les membres qualifiés des BPS sur les procédures de contrôle et d'audit de FOSA par les BPS

S/Act : Soutenir les missions de contrôle et d'audit de FOSA des BPS

S/Act : Organiser des formations pratiques régulières financées et exécutées dans le cadre du SNIS par des formateurs du niveau central

S/Act : Soutenir les supervisions formatives des BPS par le niveau central

S/Act : Renforcer les capacités SNIS (processus de collecte et surtout d'exploitation des données, dont la surveillance épidémiologique en collaboration avec les TPS, réunions trimestrielles d'échange sur l'évolution des indicateurs

S/Act : Organiser les visites de supervision à travers le système de FBP provincial

Montant pour cette activité : **240.000 EUR**

R6A2 : Maintenir un système de FBP pour le BPS de Kirundo et l'exécuter

Une activité est proposée en régie (voir commentaires sur les FBP dans les modalités) : financer le FBP au niveau du BPS de Kirundo.

Montant pour cette activité : **250.000 EUR**

Résultat 7 : Les 4 BDS de la province de Kirundo sont opérationnels
--

Trois activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R7A1 : Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du DS

Cette activité est déclinée en 3 sous activités :

- S/Act : Former conformément à la stratégie nationale (et au module) les BDS et les cadres de l' HD, y inclus la supervision de suivi et la formation continue
- S/Act : Appuyer les organes de gestion et de pilotages statutaires (le Conseil de Gestion de l'Hôpital de District (CGHD), Conseil de Gestion du DS(CGDS), le Comité de pilotage du DS (CPDS)²⁰.
- S/Act : Organiser les visites de supervision du DS à travers le système de FBP (voir R7A2)

Montant pour cette activité : **160.000 EUR**

R7A2 : Introduire un système de FBP pour les BDS supervisées et l'exécuter

Une activité est proposée en régie (voir commentaires sur les FBP dans les modalités) : financer le FBP dans les 4 BDS

Montant pour cette activité : **390.000 EUR**

R7A3 : Développer une stratégie d' amélioration de qualité des services et des soins et soutenir l' application SNIS dans les HD de Kirundo, Muramvya et Bujumbura Mairie

Cette activité est déclinée en 5 sous activités :

- S/Act : Développer une stratégie d' amélioration de la qualité des services et des soins (mettre à niveau les plateaux techniques de tous les BDS, réhabiliter les infrastructures des BDS de Vumbi et Busoni et leurs dépôts en ME) et suivre l' intégration des Programmes Verticaux
- S/Act : Développer l' utilisation d' un carnet de santé individuel
- S/Act : Appuyer les supervisions mensuelles des 41 CdS
- S/Act : Soutenir les BDS pour l' organisation de formations continues trimestrielles de leur personnel (CdS/HD)
- S/Act : Renforcer les capacités en analyse des indicateurs de performance du SNIS (formations pratiques régulières financées et exécutées dans le cadre du SNIS par des formateurs du niveau central et provincial, initier des supervisions formatives par le niveau provincial)

Montant pour cette activité : **270.000 EUR**

²⁰ Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2006-2010, version Juin 2007, page 11. Le CGHD se réunit une fois par semaine ou deux fois par mois, le CGDS se réunit une fois par mois et le CPDS se réunit une ou deux fois par an.

Résultat 8 : les 2 HD sont fonctionnels et fournissent le paquet complémentaire de soins révisé
--

Six activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R8A1 : Introduire le FBP et appuyer l' application SNIS dans les 2 HD de Kirundo

Cette activité est déclinée en 3 sous activités :

S/Act : Organiser une session d' informations sur le système de FBP à l'HD

S/Act : Définir les indicateurs de performance des unités de soins à l' HD

S/Act : Appuyer l' application SNIS dans les HD (définir une stratégie et établir un plan de formation des personnels de l' HD, organiser ces sessions et les suivre par les supervisions)

Montant pour cette activité : **10.000 EUR**

R8A2 : Financer la FBP au niveau des HD

Une activité est proposée en régie (voir commentaires sur les FBP dans les modalités) : financer le FBP dans les deux HD.

Montant pour cette activité : **390.000 EUR**

R8A3 : Appuyer l' introduction de protocoles cliniques

Cette activité est déclinée en 4 sous activités :

S/Act : Etablir un plan de formation sur les protocoles nationaux et les tester 'in loco'

S/Act : Organiser les sessions de formation in situ dans chaque HD

S/Act : Organiser des supervisions de suivi post formation et intégrer la pratique de ces protocoles dans les grilles de supervision

S/Act : Appuyer l' introduction d' une politique de prise en charge des maladies chroniques suivantes : le diabète, l' hypertension, l' insuffisance cardiaque, l' épilepsie, la schizophrénie (établir un profil épidémiologique de ces affections prioritaires, définir des stratégies de prévention et de prise en charge par affection et les appliquer dans les HD)

Montant pour cette activité : **140.000 EUR**

R8A4 : Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base

Cette activité est déclinée en 2 sous activités en concertation avec le volet 1:

S/Act : Adapter le plateau technique aux soins chirurgicaux et obstétricaux de base

S/Act : Mener des activités régulières de suivi

Montant pour cette activité : **210.000 EUR**

R8A5 : Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers

Cette activité est déclinée en 4 sous activités

S/Act : Etablir une convention avec les Ecoles de Formation sur l'encadrement des stages

S/Act : Former les personnels cadre en andragogie

S/Act : Fournir du matériel de stage

S/Act : Construire une résidence de stagiaires (une dizaine de stagiaires) par HD

Montant pour cette activité : **400.000 EUR**

R8A6 : Réhabilitation des 2 HD

Cette activité est déclinée en 2 sous activités

S/Act : Identifier les besoins en réhabilitation, effectuer les travaux et résoudre le problème de l' alimentation en eau et électricité de l' HD de MUKENKE

S/Act : Identifier les besoins et réhabiliter l' HD de Kirundo

Montant pour cette activité : **480.000 EUR**

Résultat 9 : les CdS des 4 DS de Kirundo fournissent un PMA de qualité

Quatre activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R9A1 : Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l' application SNIS dans les CdS supervisés

Cette activité est déclinée en 2 sous activités :

S/Act : Appuyer l' application SNIS (définir une stratégie et un plan de formation des personnels de CdS au BDS, organiser ces sessions et les suivre par la supervision)

S/Act : Appuyer l' introduction des indicateurs de suivi SNIS et les intégrer dans le FBP (définir une stratégie, établir un plan de formation des personnels de CdS au BDS, organiser les sessions et les suivre par le système de supervision)

Montant pour cette activité : **15.000 EUR**

R9A2 : Financer le FBP pour les CdS

Une activité est proposée en régie (voir commentaires sur les FBP dans les modalités) : financer le FBP dans les CdS des 4 DS.

Montant pour cette activité : **785.000 EUR**

R9A3 : Appuyer l' introduction d' une politique de prise en charge de maladies chroniques prioritaires et l' organisation d' une session annuelle de formation de recyclage en PF

Cette activité est déclinée en 4 sous activités :

S/Act : Appuyer l' introduction d' une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes : le diabète, l' hypertension, l' insuffisance cardiaque, l' épilepsie et la schizophrénie (voir R8A3 à adapter au niveau du CDS, acquérir les supports ad hoc)

S/Act : Sessions régulières de formation sur les SPT validées au niveau national et intégrer ces normes dans les grilles de supervision

S/Act : Organiser annuellement une session de feedback sur leur utilisation

S/Act : Appuyer l' organisation d' une session annuelle de formation de recyclage en PF

Montant pour cette activité : **85.000 EUR**

R9A4 : Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers

Cette activité est déclinée en 3 sous activités :

S/Act : Etablir une convention avec les Ecoles de formation sur l'encadrement et guides de stage

S/Act : Former les personnels cadres en andragogie

S/Act : Construire une résidence pour 2 ou 3 stagiaires pour 5 CdS

Le contenu des stages ruraux sera défini par le volet 3 du programme.

Montant pour cette activité : **90.000 EUR**

Résultat 10 : le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant

Deux activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R10A1 : Assurer des moyens de communication entre les CdS et l'HD pour organiser les évacuations en priorité sur la SMI

Cette activité est déclinée en 2 sous activités :

S/Act : Identifier les besoins de communication pour les 4 DS, les fournir et les installer (radios à énergie solaire)

S/Act : Fournir des véhicules en fonction des besoins pour les 4 BDS, selon les normes burundaises en la matière ainsi qu'un budget de maintenance

Montant pour cette activité : **360.000 EUR**

R10A2 : Instaurer un système de financement, organiser le monitoring d'un système de référence/contre-référence et appuyer l'introduction des indicateurs sur ce thème dans le SNIS et le FBP

Cette activité est déclinée en 3 sous activités :

S/Act : Soutenir le processus de création des fonds de solidarité de DS pour la référence/contre-référence

S/Act : Organiser le monitoring d'un système de référence (établir un système de notation à la référence sur la pertinence des références, installer un système de bulletin de référence/contre-référence, registres, box ad hoc)

S/Act : Appuyer l'introduction des indicateurs sur le système de référence dans le SNIS et le FBP

Montant pour cette activité : **30.000 EUR**

Résultat 11 : l'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé

Deux activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R11A1 : Appuyer les CS dans la gestion et la participation communautaire ainsi que dans toute autre activité de sensibilisation des populations

Cette activité est déclinée en 2 sous activités :

S/Act : Renforcer les COSA dans une gestion participative des CDS (identifier les besoins en information et formation pour les COSA selon les directives nationales harmonisées, organiser les formations dans les 2 HD, développer au niveau des DS des activités d' échanges entre les COSA et les autres structures communautaires informelles sur la productivité et la performance des services de santé)

S/Act : Appuyer les CS et les COSA dans leur gestion communautaire participative et dans toute autre activité de sensibilisation des populations sur: la PF, le système d' évacuations, la mutualisation, etc... à travers une stratégie nationale (de sensibilisation) harmonisée.

Montant pour cette activité : **51.000 EUR**

R11A2 : Appuyer les mécanismes de financement alternatifs pour une demande solvable (mutualisation, Financement de la gratuité des indigents, ...)

Cette activité est déclinée en 4 sous activités :

S/Act : Capitaliser les expériences de mutuelles communautaires

S/Act : Susciter la création de réseau de ces mutuelles existantes et contribuer au lancement de quelques mutuelles communautaires

S/Act : Evaluer ces mécanismes en concertation avec le volet 'gouvernance centrale'

S/Act : Financement de la prise en charge gratuite des indigents dans une perspective à long terme

Montant pour cette activité : **200.000 EUR**

3.3.3 Volet 3 : Appui au département des Ressources Humaines/Santé avec attention particulière pour les compétences personnel paramédical

A titre de rappel :

La stratégie pour ce volet vise à assurer la continuité des acquis obtenus mais surtout à les consolider, entre autre à revoir d' une façon plus large la problématique des RH dans la santé pour arriver à un appui global au département des RH. Cela signifie que l' envergure de l' intervention sera étendue vers une approche plus systémique et ciblant l' ensemble du personnel de santé.

Sur le niveau 'micro', et concernant l' enseignement des infirmiers A2, il reste en gros à assumer l' écriture des modules d' enseignement, à organiser la formation des enseignants, à renforcer la supervision et le suivi de la qualité de l' enseignement, à mettre en place de véritables terrains de stages surtout dans des CdS en milieu rural. En plus, conformément aux attentes du MSP, l' école des techniciens d' assainissement et de laboratoire (ETAL) ainsi que la nouvelle EPM de Cankuzo, seront appuyées.

Deux résultats sont définis dans le volet :

- (i) un premier qui cible une définition de politique en RH/Santé sera mise en œuvre ;
- (ii) un second sur la fourniture de formation de qualité dans les EPM et l'ETAL.

Résultat 12 : une politique globale en matière de RH de la santé est mise en œuvre

Ce résultat vise à mettre en œuvre au niveau central du MSP et au niveau des provinces, voire des régions, une politique globale rationalisée concernant les ressources humaines de santé.

Une politique rationnelle et de qualité à ce niveau englobe plusieurs aspects :

- Un mécanisme de prévision en terme des besoins de personnel pour toutes les catégories avec des descriptions de compétences et de tâches par cadre ou type de poste. Ce système doit permettre d'identifier le nombre et la capacité des écoles ou centres de formation ainsi que les coûts y afférents. Ce mécanisme devra faire le lien avec le plan de couverture sanitaire progressive et nationale et avec un plan de recrutement et d'affectation du nouveau personnel.
- Une politique sur le recrutement, l'affectation et la gestion du personnel doit être mise en place. Cette politique devra déterminer des responsabilités complémentaires entre le niveau du DS, celui de la province et le central. Une articulation avec la fonction publique est inévitable. L'enjeu principal est de définir et de mettre en œuvre une politique décentralisée au plus que possible pour que la gestion générale du personnel se trouve au plus proche du lieu de travail. A la longue, ce seraient les DS et les ECD qui devraient être responsables pour le recrutement, l'affectation, la promotion et les sanctions du personnel. Le rôle des niveaux supérieurs serait de veiller à ce que les normes concernant ces différents aspects soient respectées et d'appuyer les ECD à mieux comprendre et appliquer ces normes.

Un autre aspect important à inclure dans la réflexion est la politique nationale de rémunération du personnel liée à la performance.

- Une politique de formation continue et intégrée devrait être mise en œuvre. Ceci implique que le Ministère définisse les besoins en formation continue pour l'ensemble du personnel de santé, qu'il développe un système de financement des formations continues avec (probablement) des enveloppes par DS et pour les autres postes de prestations (autres hôpitaux, le Ministère, ...). L'articulation avec la formation de base devrait être aussi réglée, ainsi que l'intégration des besoins par rapport aux programmes verticaux. Une formation continue des services démarre avec un système fonctionnel de supervision formative intégrée.
- Finalement le Ministère doit développer une politique «de formation de base» du personnel. Pour certaines catégories il s'agit d'une simple concertation avec les écoles de formation sous la responsabilité du Ministère de l'Education concernant le référentiel de formation et, éventuellement, la création de lieux de stage ainsi que l'adaptation continue du curriculum selon l'évolution des besoins sur le terrain.

Pour d'autres catégories, le ministère de la santé est directement responsable pour la formation de base. Il s'agit des écoles paramédicales publiques (infirmiers A2, laborantins, techniciens d'assainissement) et l'INSP (différents cadres supérieurs). Dans ce cas, le Ministère doit non seulement concevoir mais aussi organiser les formations.

Trois activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R12A1 : Appuyer la DRH pour le développement d' une base dynamique de données sur le personnel de santé existant en articulation avec le PNDS2

Cette activité est déclinée en 3 sous activités :

- S/Act : Etablir la base de données et définir un processus de mise à jour annuelle (introduction et maintien d'un logiciel, formation des utilisateurs,)
- S/Act : Etablir les normes ainsi qu' un plan prévisionnel en personnels en tenant compte du PNDS2 (expertise nationale)
- S/Act : Etablir une plate-forme de concertation avec toutes les institutions publiques et privées pour déterminer le contingent selon les qualifications nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS2

Montant pour cette activité : **100.000 EUR**

R12A2 : Appuyer la DRH pour définir et mettre en œuvre une stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel de santé

Cette activité est déclinée en 7 sous activités :

- S/Act : Etablir une plate-forme de concertation avec la fonction publique et le Ministère des finances
- S/Act : Formuler la stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel (la description des postes, les directives de recrutement et d' affectation, la gestion des carrières, les sanctions et les procédures à respecter, les stratégies de formations de responsables,...)
- S/Act : Elaboration d' un manuel de procédure de gestion décentralisée des RH (expertise nationale)
- S/Act : Déterminer les responsables à former à tous les niveaux dans l' application de cette stratégie
- S/Act : Contribuer à l' équipement et à la logistique de la DRH sur la base d' une identification des besoins
- S/Act : Elaborer et faire le suivi d' un plan de formation initiale et continue (spécialisée) de personnel sur la base de normes révisées
- S/Act : Expertise nationale continue à mi-temps en ICT

Montant pour cette activité : **401.000 EUR**

R12A3 : Appuyer le MSP dans l' élaboration et la mise en œuvre d' une politique de formation continue du personnel opérationnel

Cette activité est déclinée en 4 sous activités :

- S/Act : Réviser et compléter la politique et stratégie nationale en matière de formation continue
- S/Act : Mettre en œuvre une stratégie nationale d' identification des besoins par échelon
- S/Act : Etablir une plate-forme de concertation, élaborer des plans de formations annuelles avec tous les partenaires intéressés et mobilisés par le MSP
- S/Act : Mettre en place un système de monitoring et de suivi de ces formations

Montant pour cette activité : **200.000 EUR**

Résultat 13 : Les Ecoles de Formation des Paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livrent une formation de qualité aux futurs professionnels de santé

La formation du personnel paramédical tombe entièrement sous la responsabilité du MSP. Parmi ce personnel les infirmiers A2, les laborantins et les techniciens d' assainissement sont les plus cruciaux parce que ce sont eux qui livrent la partie la plus importante des soins de santé primaires décentralisés pour les plus démunis dans la société. Comme déjà mentionné, la coopération belgo-burundaise intervient actuellement dans ces écoles : le résultat sur la contractualisation est donc dans la suite logique à l' intervention en cours. Les ambitions principales de cet axe d' intervention seront accomplies vers la fin 2013. A ce moment, bien que le programme continuera à appuyer le secteur santé, plus particulièrement la politique des RH/santé, une attention spécifique sur cette problématique ne sera plus nécessaire.

L' atteinte et le succès de ce résultat dépendra largement de la réduction du nombre d' élèves par classe et par école. La pression sociale sur les écoles pour admettre toujours plus d' étudiants est compréhensible dans le contexte du Burundi mais met sérieusement en danger toute action qui vise la qualité de l' enseignement. Une menace semblable est à craindre avec la prolifération de nouvelles écoles (publiques et privées).

Quatre activités sont prévues pour atteindre ce résultat.

R13A1 : Appuyer le MSP à rendre fonctionnelles les écoles de formation paramédicale publiques (4 EPM et l'ETAL)

Cette activité est déclinée en 4 sous activités :

- S/Act : Renforcer en équipements pédagogiques et de gestion et en réhabilitations (bibliothèques, salles de classe, dortoirs, sanitaires, laboratoires, informatiques, logistique, -minibus-, ...)
- S/Act : Mettre en œuvre graduellement les référentiels de compétences et les curriculums A2 (voir R13/A3 pour l'ETAL)
- S/Act : Introduire la contractualisation pour les personnels enseignants
- S/Act : Contribution à la restauration alimentaire des 1200 élèves pour garantir des conditions optimales pour leur formation

Montant pour cette activité : **2.275.000 EUR**

R13A2 : Financer la contractualisation pour le personnel des écoles paramédicales

Une activité est proposée en régie (voir commentaires sur les FBP dans les modalités) : financer le FBP dans les 5 établissements du pays couverts par le programme.

Montant pour cette activité : **535.000 EUR**

R13A3 : Renforcer les capacités des enseignants

Cette activité est déclinée en 3 sous activités :

- S/Act : Organiser la formation des enseignants dans le domaine de l' andragogie

S/Act : Créer des activités de formation continue pour les enseignants (permanents, vacataires, encadreurs de stage) par des journées pédagogiques, des visites entre établissements, des inspections formatives, une participation à des forums régionaux et des stages à l' étranger –bourses-, ...

S/Act : Evaluer et suivre ces formations

Montant pour cette activité : **130.000 EUR**

R13A4 : Mettre à disposition des curriculum et des modules de formation sur la base de référentiels élaborés pour l'ETAL

Cette activité est déclinée en 4 sous activités :

S/Act : Recourir à des expertises perlees pour les référentiels de compétences, les curriculums et les modules

S/Act : Editer les manuels pour les élèves et les enseignants. Ces manuels doivent être adaptables dans les cas ou les normes scientifiques seront revues

S/Act : Etablir et exécuter un plan de formation des enseignants

S/Act : Evaluer et suivre ces formations

Montant pour cette activité : **120.000 EUR**

R13/A5 : Créer une interface entre la DRH et l' INSP

Cette activité est déclinée en 2 sous activités :

S/Act : Mettre en place une filière avec l' INSP pour le développement d' une filière de formation d' un pool des formateurs (5 à 6 personnes). Leurs termes de références seront définis en concertation avec la DRH du MSP

S/Act : Identifier les besoins en formation de paramédicaux en matière de spécialisation en post-formation de base (les filières prioritaires, etc...).

Montant pour cette activité : **130.000 EUR**

3.4 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

3.4.1 Les indicateurs du programme

Les indicateurs du présent programme seront ceux du plan national de santé. Il est logique qu' un programme qui s' inscrit totalement dans un programme national s' approprie totalement les indicateurs identifiés au niveau national et avec tous les PTF. L' ensemble de ces indicateurs sont mentionnés en annexe et à titre indicatif, dans le cadre logique.

3.4.2 « Data baseline » et indicateurs des volets

Les composantes du programme nécessitent des indicateurs particuliers dans la mesure où les indicateurs nationaux ne suffiraient pas. Les indicateurs devront être confirmés également au niveau provincial et du district en cohérence avec les résultats attendus à ces niveaux.

A part exception, la plupart des indicateurs ont été définis et suivis par les projets en cours. Dans ce sens, le programme n' a besoin d' entreprendre qu' une réactualisation des « data baseline » établis

récemment (en 2009) afin d' être en conformité avec les résultats du présent programme. Ainsi, il appartient à chaque composante, dès le démarrage du programme, d' identifier les indicateurs manquants et d' établir des valeurs initiales pour ces indicateurs. Pour les DS nouvellement appuyés dans le cadre du programme (Muravya, Bujumbura), le SNIS pourra livrer l' essentiel des indicateurs de base. Aucun budget spécifique et particulier à cet égard n' est prévu.

A propos de la prise en compte du 'genre' dans ce programme, le choix d' indicateurs (voir 1.1.3.4) sera fait en démarrage du programme. Lors de la révision des 'data baseline' on tiendra compte de cette prise en compte.

3.5 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les principaux acteurs concernés dans la mise en œuvre du présent programme sont les cadres burundais de la santé à tous les niveaux. Mais vu l' attention que le programme aura pour la demande des soins et les mutuelles de santé, les populations, surtout rurales, sont des partenaires directs et incontournables.

Les personnes responsables, que ce soit du côté burundais ou belge, du bon déroulement du programme et son personnel d' appui financé par le programme, sont présentées dans le chapitre 4 et 5 et leurs TDR se trouvent en 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 2.2.6.

4. RESSOURCES

4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES

4.1.1 Synthèse budgétaire de l' intervention

Pour rappel : l' intervention a agrégé les deux enveloppes inscrites dans le PIC 2010-2013, soit 12 + 5 = 17 millions d'EUR.

Le budget affecté aux 13 résultats est décrit ci-dessous et constitue 77 % du budget total. Le budget des moyens généraux est présenté en page 69 et constitue 21% et celui de la réserve financières 2%.

Budget affecté aux résultats :

	RUBRIQUES		MONTANTS	
VOLET 1	R1	Les réformes institutionnelles sont appuyées.	1.890.000,00	
	R2	Le processus de planification est renforcé et soutenu.	195.000,00	
	R3	Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère.	772.000,00	
	R4	La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée.	745.000,00	
	R5	Le système de santé est financé sur base d'un système de financement unique, maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins	1.070.000,00	
	TOTAL Volet 1		4.672.000,00	
VOLET 2	R6	Les capacités d'encadrement du BPS de Kirundo sont renforcées conformément aux normes	490.000,00	
	R7	Les 4 BDS sont opérationnels	820.000,00	
	R8	Les 2 HD sont fonctionnels et fournissent le paquet complémentaire de soins	1.630.000,00	
	R9	Les CSD des 4 districts fournissent le paquet minimal d'activités en qualité	975.000,00	
	R10	Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant	390.000,00	
	R11	L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé	251.000,00	
	TOTAL Volet 2		4.556.000,00	
VOLET 3	R12	Une politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre	701.000,00	
	R13	Les Ecoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livre une formation de qualité aux futurs professionnels de santé	3.190.000,00	
	TOTAL Volet 3		3.891.000,00	
	TOTAL Activités		13.119.000,00	77,00%

Budget affecté aux moyens généraux et à la réserve financière :

MOYENS GENERAUX				
FRAIS DE PERSONNEL	Conseillers techniques	3 CTI programme (1/volet), 1 CTI socio-anthropologique	1.800.000,00	
		CTI international construction 1/3	240.000,00	
	DI	3 DI (1/volet)	56.000,00	
	Expert	1 Expert sous-régional (budgétisé sous R3)	/	
	ATN	ATN ICT SNIS (budgétisé sous R3)	/	
	Equipe Finance & Adm.	RAF international + gestionnaire MP	376.000,00	
	Staff local	Staff local d'appui	255.000,00	
		1 Comptable local par volet		
		2 Secrétaires (niveau central et RH et au niveau périphérique)		
		5 Chauffeurs (2 pour le 1er volet, 1 pour le 3ième volet et 2 pour le 2ième volet)		
TOTAL Frais de personnel			2.727.000,00	
INVESTISSEMENTS		Véhicules	80.000,00	
		Équipements bureau et IT	75.000,00	
TOTAL Investissements			155.000,00	
FRAIS DE FONCTIONNEMENT		SMCL et sessions de coordination du programme	18.000,00	
		Frais de fonctionnement des Unités de gestion	40.000,00	
		Frais de fonctionnement des véhicules	77.000,00	
		Télécommunications	48.000,00	
		Fournitures de bureau	25.000,00	
		Missions (internationales et nationales)	200.000,00	
		Communication pour le développement	30.000,00	
		Frais financiers	15.000,00	
TOTAL frais de fonctionnement			453.000,00	
AUDIT ET SUIVI D'EVALUATION		Frais de suivi et évaluation	90.000,00	
		Consultations scientifiques perlees globales sur le programme	90.000,00	
		Audit	60.000,00	
		Backstopping	25.000,00	
TOTAL Frais d'audit et suivi d'évaluation			265.000,00	
TOTAL Moyens généraux			3.600.000,00	21,00%
RESERVE FINANCIERE			281.000,00	2,00%
TOTAL INTERVENTION			17.000.000,00	

4.1.2 Contribution du partenaire

Le montant de **550.000 EUR** présenté dans la fiche analytique d'intervention de la page 11 a été calculé sur les bases suivantes :

- En moyenne annuelle, 137.500 EUR soit :
 - o 100.000 EUR par an pour les 2 premières années
 - o 175.000 EUR par an pour les 2 dernières années = 350.000 EUR
- Items inclus dans ce calcul :
 - o les locaux fournis par le MSP pour les 3 composantes, y inclus les locaux de réunion, la bibliothèque et les charges d'accommodations (électricité, connections internet, entretien, gardiennage, etc...)
 - o 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)
 - o 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 des 3 composantes du programme.

4.2 RESSOURCES HUMAINES

4.2.1 Sur un plan général

Le programme est complexe et se déroule à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire. Plus encore que les 3 projets actuellement en cours, le programme sera davantage 'dispersé' géographiquement (attention à d'autres DS en dehors de la province de Kirundo, appui à des initiatives de formation de l'ensemble des équipes de district, élargissement de l'appui aux écoles paramédicales à d'autres provinces).

En même temps, le Burundi en général et le secteur santé en particulier manque toujours de certaines expertises, surtout sur le plan qualitatif. Le programme belgo-burundais peut l'appuyer en fonction des besoins.

La figure ci-dessous présente la structure du programme avec les différentes RH du programme.

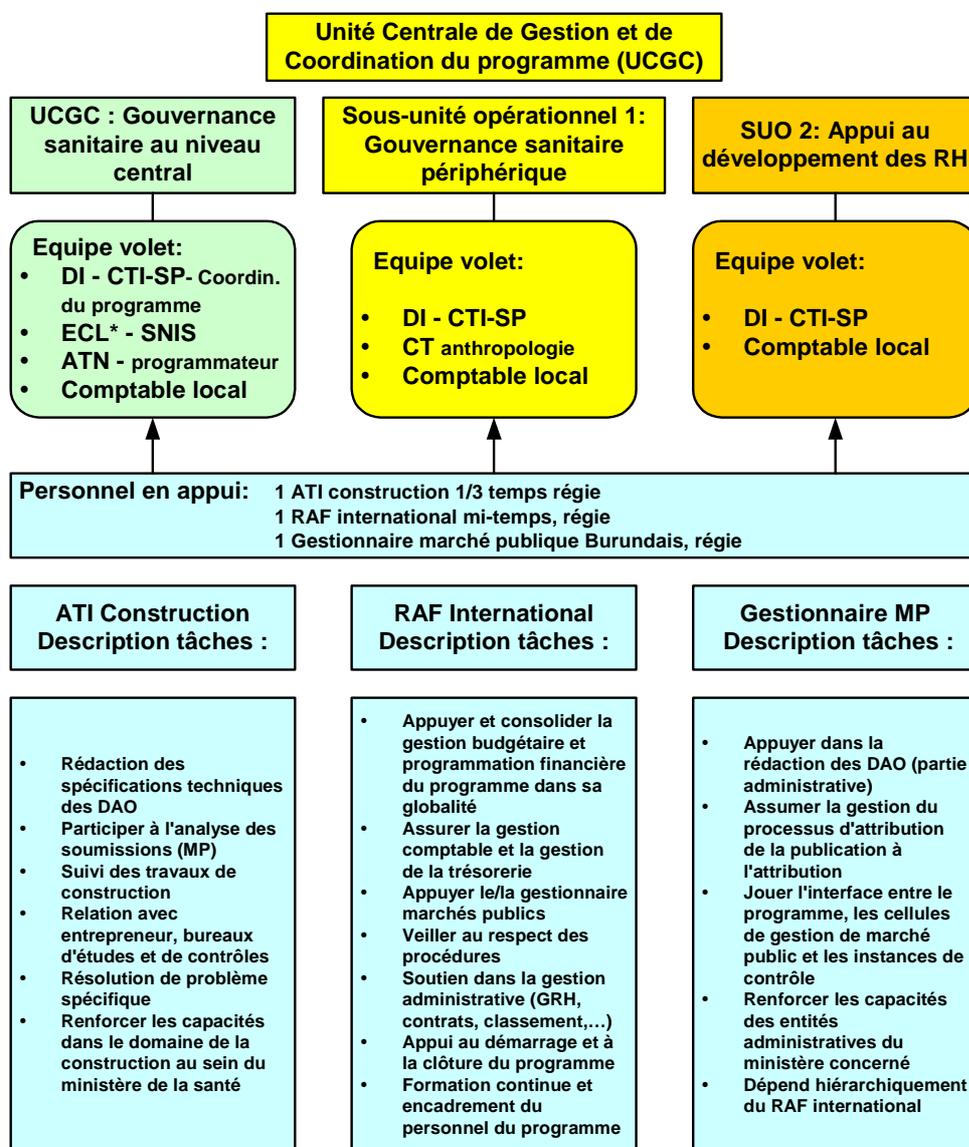


Figure 7 : Personnel national et international prévu dans le cadre du programme. *ECL = Expert sous Contrat Local, voir texte pour explication.

Chaque volet du programme disposera d' une Sous Unité Organisationnelle, composée d' un binôme Sous Directeur d' Intervention (SDI, cadre national) et d' un Sous Délégué à la Cogestion (SDelco = CTI de la partie belge). Leurs responsabilités sont décrites dans le chapitre 5.

Au niveau du personnel de soutien :

- chaque binôme sera appuyé par un cadre recruté localement, **soit 3 comptables** (dont la description des tâches est détaillée en annexe)
- les binômes du niveau central (premier et troisième volet) sont soutenus par un secrétariat et le deuxième par un autre, **soit 2 secrétariats**
- en ce qui concerne les chauffeurs : 2 chauffeurs sont prévus pour le premier volet (dont 1 pour le résultat 3 sur le SNIS), 2 chauffeurs pour le deuxième et 1 chauffeur pour le troisième, **soit 5 chauffeurs**. Ces personnels de soutien ne seront pris en charge financièrement par le programme que lors de la clôture des projets actuels.

Vu sa complexité et les expériences des projets en cours, le programme propose le recrutement d' un personnel d' appui dont les descriptions sommaires des tâches sont détaillées ci- dessous et la description des tâches en annexe)

Il s' agit en résumé de :

- 1 CTI ingénieur-architecte pour un tiers du temps (dans le cadre d' un pool) pour organiser et superviser toutes les activités de construction ou de réhabilitation. Ceci devrait raccourcir le temps consacré à ces aspects du programme qui dans les projets en cours prennent énormément de temps utile des CT et DI qui ne sont pas experts en cette matière.
- 1 RAF international mi-temps de haut niveau coordonnera les comptables locaux des différents volets et aidera le programme pour les procédures des dépenses et leur suivi. Il sera responsable final pour le lancement et le déroulement des marchés publics et pour la consolidation des budgets, de la comptabilité, de la programmation financière et de la trésorerie ainsi que pour le rapportage financier du programme à la SMCL.
- 1 gestionnaire national en marchés publics, 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.

Des cadres manquent dans le système national actuel et parallèlement à leur recrutement, il est préconisé d' investir spécifiquement dans la formation de cadres nationaux (avec le programme bourses en appui). Le Ministère s' engage à terme à recruter sur ses moyens propres ces compétences. Il s' agit de :

- Un expert sous-régional sous contrat local, expert en santé publique avec de l' expérience en système d' information sanitaire qui pourra s' occuper du résultat 3, sous la coordination du volet 1. Une description des tâches détaillées se trouve en annexe. Le programme a besoin d' un tel cadre parce que l' expertise requise et indispensable n' est actuellement pas disponible au MSP. L' intervention coordonnera entre le MSP et le programme « bourses» de la coopération belge afin de former en qualité et quantité suffisante les cadres nationaux. Il sera recruté localement. La personne travaillera sous l' autorité du responsable national du SNIS. Il n' aura pas de responsabilité financière dans le cadre du programme.
- Un assistant technique national recruté localement avec une compétence pointue en programmation informatique. Il devra appuyer d' une façon régulière le MSP à ajuster le

logiciel existant pour rendre le SNIS plus efficace et performant. La description des tâches détaillée se trouve en annexe. Cette personne travaillera sous la guidance du responsable national du SNIS et l'expert sous-régional décrit au-dessus.

- Un conseiller international en socio-anthropologie est prévu pour le résultat 11 du deuxième volet du programme. Il s'agit d'un poste en périphérie pour un aspect technique très particulier qui est la participation communautaire dans l'organisation et une meilleure couverture des services de soins. Le succès de cet aspect est très important vu qu'il s'agit de la préparation du terrain pour introduire des initiatives de mutualisation des services à grande échelle. La personne travaillera sous l'autorité du CTI du volet de programme concerné.

4.2.2 Sur le plan spécifique des ressources humaines locales

Afin d'éviter tout problème induit par la clôture des projets existants et le programme en ce qui concerne les RH locales, un nouveau processus de recrutement en interne ou externe en fonction des cas, sera mené à l'instar de l'assistance technique.

4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Un synthèse de ces ressources est présentée ci dessous

Volet 1 : Gouvernance sanitaire au niveau central					1.580.000
A	01		<i>Réformes institutionnelles appuyées</i>		1.500.000
A	01	03	Améliorer les infrastructures et équipements du MSP au niveau central et dans les 5 DS de Muramvya et Bujumbura Mairie	Totalité du budget	1.500.000
A	03		<i>Renforcement du SNIS</i>		80.000
A	03	02	Soutenir la fonctionnalité du SNIS	Moitié du budget	80.000
Volet 2 : Gouvernance sanitaire périphérique					1.345.000
A	08		<i>Les 2 HD de Kirundo sont fonctionnels</i>		985.000
A	08	03	Introduire dans le PCA des 2 HD en soins chirurgicaux	Moitié du budget	105.000
A	08	04	Créer des lieux de stages pour étudiants infirmiers	Totalité du budget	400.000
A	08	05	Réhabiliter les 2 HD	Totalité du budget	480.000
A	10		<i>Le système de Référence/Contre-référence est renforcé</i>		360.000
A	10	01	Assurer les moyens de communication	Totalité du budget	360.000
Volet 3: Appui au développement des RH/Santé					1.405.000
A	13		<i>Les 4 EPM et l'ETAL livrent une formation de qualité</i>		1.405.000
A	13	01	Appuyer la fonctionnalité des 4 EPM et ETAL	Moitié du budget	1.405.000
Z			Moyens généraux		180.000
Z	02		<i>Investissements</i>		155.000
Z	02	01	Véhicules	Totalité du budget	80.000
Z	02	02	Equipement bureau et IT	Totalité du budget	75.000
Z	03		<i>Frais de fonctionnement</i>		25.000
Z	03	05	Fournitures de bureau	Totalité du budget	25.000
TOTAL					4.510.000

A propos des véhicules à acquérir, nous rappelons la nécessité de les acquérir et les gérer selon les règles et normes du MSP.

Les CT affectés aux constructions, aux marchés publics et en ICT faciliteront la gestion des processus d'acquisition autant que celle de la maintenance de ces ressources matérielles avec pour objectif secondaire un transfert de compétences dont les collègues nationaux du MSP bénéficieront.

5. MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative à l'intervention à signer entre la République du Burundi et le Royaume de Belgique. Ce dossier technique et financier sera annexé à la Convention Spécifique.

La partie burundaise désigne le Ministère des Finances en qualité d'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses du projet. Elle peut désigner un ordonnateur délégué.

Pour la partie burundaise, le **Ministère de la Santé Publique** est habilité à mettre en œuvre l'intervention. A cet effet, il désigne, en concertation avec la CTB, un Directeur d'Intervention (DI) pour l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination du programme qui assure la direction, 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) et des Sous Directeurs d'Intervention (SDI) pour chacune des deux autres composantes étant donné qu'il s'agit d'un programme à multiple ancrage.

Pour la partie belge, la **Direction générale de la Coopération au Développement (DGD)** est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge. Elle confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du programme à la CTB. A ce titre, la CTB, à travers son Représentant Résident à Bujumbura, assume le rôle de co-ordonnateur chargé d'approuver les dépenses. Elle désigne le Délégué à la Cogestion (Delco) de l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination, qui assure le conseil, la supervision et le contrôle régulier de l'exécution des prestations pour le compte de la partie belge. Il aura ainsi une double fonction: (i) celle de la cogestion de la composante 'Gouvernance Sanitaire au niveau Central' (en tant que Sous Délégué à la Cogestion) et (ii) la coordination de la mise en œuvre des activités et l'obtention des résultats de l'ensemble du programme (en tant que Delco de l'Unité Centrale). Il sera assisté dans cette tâche sur le plan administratif par un RAF international mi-temps et sur le plan technique par les CTI ou AT du programme.

La CTB, à travers son Représentant Résident, désignera également les Sous Délégués à la Cogestion (SDelco) de chacune des 2 autres composantes. L'Unité Centrale et les deux Sous Unités Opérationnelles seront agréées par la partie burundaise (Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération).

Les profils des responsables du présent programme sont décrits dans les TDR figurant en annexe. Les frais de prise en charge des personnels responsables seront payées sur le budget en régie.

5.2 LA COORDINATION TECHNIQUE DU PROGRAMME

5.2.1 La coordination technique générale

La coordination de toute intervention dans le domaine de la santé revient au Ministère pour des raisons évidentes. C'est aussi au MSP d'organiser la coordination entre tous les appuis des différents partenaires au développement. Le programme s'inscrit dans cette logique et participera aux mécanismes de coordination et dans des groupes techniques au niveau national.

Ce programme belgo-burundais est assez complexe en soi et il mérite une attention particulière pour une coordination propre. Ceci sera autant plus opportun au moment où les autres ressources financières seront engagées dans d'autres initiatives dans le même secteur.

Le programme actuel propose 3 volets d'intervention bien différenciés mais complémentaires. Ceci offre une belle opportunité si elle est bien utilisée. Une approche 'programme' a l'avantage que malgré différentes portes d'entrée dans le système de santé, il aura une cohérence interne (entre les volets) et externe (avec la politique et les plans nationaux). Ce dernier est 'automatique' puisque toutes les activités s'inscrivent dans le plan sanitaire national et les plans opérationnels du partenaire national qui en sortent. La cohérence interne n'est pas assurée automatiquement. Sans coordination, les volets risquent de se dérouler l'un à côté de l'autre et au lieu de fonctionner à l'intérieur d'un programme cohérent, les volets deviendraient des initiatives autonomes. Le potentiel de travailler en programme serait ainsi perdu. En plus, les différents volets du programme pourraient, sans le vouloir ou se rendre compte, prendre des voies stratégiques qui pourraient devenir contradictoires entre elles. C'est pourquoi une coordination entre les 3 volets s'impose. A ce propos, il faut souligner que les 3 interventions des projets en cours sont mises en œuvre sur la base de synergies constantes et structurées.

En concertation avec le Ministère de la Santé Publique, il a été décidé que la coordination s'organisera à partir du volet d'appui institutionnel au niveau central.

5.2.2 Renforcer la complémentarité et la cohérence entre volets

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 du secteur en question.

En termes pratiques, il y a nécessité de renforcer la complémentarité des différents volets du programme en organisant une coordination efficace entre eux. Un flux d'information est nécessaire 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. De la même façon, une bonne communication de haut en bas est nécessaire pour que la périphérie comprenne correctement les priorités du niveau central et puisse instaurer la politique sanitaire de façon efficace. Ainsi, une bonne coordination est nécessaire pour que le programme puisse obtenir:

1. Du point de vue de l'intérêt du programme global

- 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 dans le dialogue technique sectoriel avec le MSP
- 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
- fournir des informations plus crédibles pour le dialogue technique sectoriel

2. Du point de vue de l'intérêt de chaque volet

- que chaque volet, grâce à ce travail en équipe et à l'interdépendance ainsi créée, puisse profiter des 'savoirs' et des avis des autres membres de l'équipe
- que soit stimulé dans les responsabilités propres à chacun des volets, en se rendant compte que de son travail dépend la réussite du travail commun

- un renforcement continu de ses capacités par l'apport des autres
- avoir une vision globale sur l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé

3. Du point de vue de l'intérêt de la coopération belge

- une meilleure réputation grâce à la qualité technique des prestations
- une assistance technique de meilleure qualité
- un feedback pour une meilleure formulation des futures interventions et d'éventuels réajustements pour les initiatives en cours.

5.2.3 Une coordination préalable

La coordination entre les volets du programme ne doit pas être conçue comme un contrôle de la planification d'un volet sur les autres. Cela ferait perdre l'autonomie relative entre les volets et du niveau périphérique par rapport au niveau central, tandis que cette autonomie relative est justement une occasion de confrontation de deux logiques.

C'est pourquoi, les volets doivent se concerter d'avance et échanger sur les grands axes stratégiques *avant* que chaque volet s'engage dans sa programmation annuelle ou trimestrielle. Ainsi chaque volet tiendra compte des axes stratégiques communément définis et discutés lors de sa planification. La concertation se réalise avant la programmation « locale ».

Ainsi, bien que chaque volet ait son budget propre (flexible et interchangeable si besoin en est) et planifié, il exécute ses activités de façon 'autonome' ; ceci n'est pas contraire à un programme bien coordonné.

5.2.4 L'organisation pratique de la coordination technique

La coordination d'un programme implique tout d'abord que les différents responsables travaillent en équipe. Un travail en équipe signifie que les membres de l'équipe ont des objectifs partagés et qu'ils partagent une vision commune et les stratégies qui devraient être mises en œuvre. Sont membres de l'équipe toutes les Sous Unités Organisationnelles des volets du programme ainsi que l'ATI construction, le RAF international et le gestionnaire national en marché public.

Ceci signifie à son tour que l'équipe se rencontre, échange des informations et discute. L'équipe est libre d'identifier d'autres participants aux réunions comme personnes-ressources. Quand le programme s'élargira dans le futur, l'équipe sera évidemment élargie aussi.

Deux grandes occasions annuelles de coordination peuvent être identifiées au cours d'un programme et complétées par d'autres occasions diverses :

- La planification annuelle que chaque volet doit réaliser oblige l'équipe de se concerter avec le RAF International sur les grands axes du programme, la vision derrière et les implications pour leurs volets respectifs. Cette information devrait servir ensuite pour la planification 'singulière' de chacun des volets.
- Le programme doit être suivi continuellement à travers des rapports annuels et des indicateurs du programme (voir aussi 'data baseline'). Un suivi formel du progrès du programme à des moments réguliers par l'équipe est indispensable. 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 du programme sont des thèmes de concertation obligatoires.

- Toute autre occasion telle que par exemple un résultat de recherche important, la participation à un atelier ou à un groupe de travail, un voyage d'étude commun, peut constituer une opportunité supplémentaire de se voir et de se concerter en équipe.

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

Géographiquement et d'un point de vue stratégique, il semble évident que le volet « Appui institutionnel au niveau central » prend la responsabilité de l'organisation pratique de cette coordination. Cela ne signifie nullement que ce volet sera hiérarchiquement au-dessus des autres composants du programme. La coordination doit éviter de tomber dans le piège de devenir le contrôleur des plans et de la qualité des autres composants. Elle doit créer par contre un environnement propice et des occasions concrètes pour une concertation constructive.

5.3 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI DU PROGRAMME

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

5.3.1 La gestion et coordination du programme

Pour rappel (voir chapitre 5.1) en matière de gestion et coordination sont responsables :

- Pour la partie burundaise, le **Ministère de la Santé Publique** désigne :
 - un Directeur d'Intervention (DI) pour l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination du programme,
 - des Sous Directeurs d'Intervention (SDI) pour chacune des 2 autres composantes
- Pour la partie belge **la CTB**, le Représentant Résident à Bujumbura assume le rôle de coordonnateur chargé d'approuver les dépenses et désigne :
 - le Délégué à la Cogestion (Delco) de l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination du programme
 - les Sous Délégués à la Cogestion (SDelco) pour chacune des 2 autres composantes.

5.3.1.1 Les unités de gestion du programme

L'Unité Centrale de Gestion et Coordination du programme est constituée d'un Directeur de l'Intervention (DI) désigné par le MSP et d'un Délégué à la Cogestion (Delco-CTI) désigné par la CTB. 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).

Le Delco aura une double fonction: (i) la coordination de la mise en oeuvre des activités et l'obtention des résultats de l'ensemble du programme (en tant que Delco de l'Unité Centrale). Il sera assisté dans cette tâche sur le plan administratif par un RAF international mi-temps et sur le plan technique par les CTI ou AT du programme et (ii) celle de la cogestion de la composante 'Gouvernance Sanitaire au niveau Central'.

Des Sous Directeurs d'Intervention (SDI) pour les Sous-Unités Opérationnelles désignés par le MSP et pour les Sous Délégués à la Cogestion (SDelco) désignés par la CTB pour chacune des deux

autres composantes assureront la gestion technique, administrative, budgétaire, financière et comptable du volet, sauf les dépenses en régie.

Les Sous Unités Opérationnelles sont responsables de la production des résultats intermédiaires de leur volet en vue de l'atteinte de l'objectif spécifique du programme pour lequel l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination est spécifiquement responsable.

La coordination entre les Unités et Sous-Unités a été décrite en 5.1. L'option de coordonner des Sous Unités de Gestion avec un degré bien convenu d'autonomie de gestion administrative et budgétaire a l'avantage de respecter les décisions par niveau et l'autonomie relative des structures nationales en termes de planification et de gestion financière.

Un RAF international fera en sorte que la gestion budgétaire, la programmation financière, la comptabilité et la gestion de la trésorerie soient centralisées et que les grandes dépenses soient bien orchestrées au niveau 'central'.

En plus, un ATI 'constructions', le gestionnaire national en Marchés Publics et une expertise internationale en ICT, faciliteront très significativement sur l'ensemble du programme la gestion en ces domaines dans une optique de transfert de compétences au sein du MSP.

5.3.1.2 Le personnel administratif et financier

Un RAF international et un expert national en Marchés publics ont déjà été mentionnés (5.3.1.2)

Un Comptable local sera affecté à chaque composante et viendra en appui des SUO durant les 4 années. Le RAF International les formera et les contrôlera techniquement et rapportera de déficiences aux CTI. Ces comptables seront recrutés conjointement avec le MSP et la CTB et payés en régie. Le profil se trouve en annexe du présent DTF (7.5) et peut éventuellement être ajusté selon les besoins à l'occasion du lancement de l'appel aux candidatures. Ils bénéficieront d'une formation à la gestion comptable de la CTB au siège de la représentation CTB à Bujumbura et le RAF International assurera aussi des tâches de secrétariat dans le cadre du programme.

5.3.2 La Structure Mixte de Concertation Locale

Une seule Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) est mise en place pour l'ensemble du programme et est composée de :

- Du représentant du Ministère des Relations extérieures et de la Coopération, président et Ordonnateur ;
 - Du représentant du Ministère de la Santé Publique;
 - Du représentant du Ministère de la Planification, du Développement et de la Reconstruction
 - Du représentant du Ministère de la Fonction Publique
 - Du représentant du Ministère des Finances
 - 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'Unité Centrale de Gestion et de Coordination du programme assure le secrétariat et apporte les informations nécessaires pour les réunions. Le volet d'appui institutionnel au niveau central jouera aussi à ce niveau son rôle de coordination. Les Sous Unités opérationnelles assistent à cette SMCL à titre d'expertise.

Les compétences et attributions de la SMCL sont les suivantes :

- Mettre en place les structures d' exécution du programme
- 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 programme
- S' approprier les plans d' activités du programme
- 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 modifications budgétaires importantes, c'est-à-dire des dépassements budgétaires de > 15% du montant provisoire au niveau des résultats.
- Approuver des transferts budgétaires entre les composants du programme et l' allocation des budgets en réserve.
- Approuver des réallocations des moyens entre modes de financement (régie vers cogestion ou l'inverse)
- 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 programme et prendre toutes les mesures d' encouragement ou de correction nécessaire
- Résoudre, pour le bon déroulement du programme, 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 programme

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 programme.

5.4 RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES

5.4.1 Les contributions de la Belgique

5.4.1.1 Contribution en cogestion

En application de la CS, 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.

La partie burundaise désigne le Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération en qualité d'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses du projet. Il peut désigner un ordonnateur délégué.

La partie belge désigne, en qualité de coordonnateur le Représentant Résident de la CTB au Burundi. Le coordonnateur est chargé d'approuver les dépenses du projet. La CTB peut désigner un coordonnateur délégué.

Les directions des volets du programme assureront conjointement la gestion technique, administrative, budgétaire, financière et comptable du programme.

5.4.1.2 Contribution en régie

La contribution en régie est gérée et justifiée par la CTB. Il s'agit surtout du personnel, des FBP, du suivi et évaluation et des audits.

A propos de la mobilisation des FBP, un alignement du programme sur le manuel de procédure national 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. Par exemple dans le cas du projet « Gouvernance Sanitaire Périphérique-Kirundo » en cours, le DI occupe un certain nombre de fonctions incompatibles car il est lui même juge et partie. 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.

5.4.1.3 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 burundaise²¹ 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 programme.

5.5 GESTION FINANCIÈRE

5.5.1 Comptes et pouvoirs 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.

²¹ Voir Chapitre 4.1.2

Sur initiative des ordonnateurs, le programme ouvrira 3 comptes opérationnels en francs burundais auprès d'une banque commerciale et éventuellement une caisse pour couvrir les dépenses locales pour chaque volet du programme. Les comptes opérationnels sont activés par la double signature du Directeur d'Intervention et du Délégué à la Cogestion de l'Unité Centrale et des Sous Unités Opérationnelles. Le pouvoir de signature des DI-Delco et SousDI et SousDelco s'élève à maximum 25.000 EUR.

Les transferts sur les comptes opérationnels 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 les comptes opérationnels est déterminé et peut être révisé par les ordonnateurs.

Les intérêts générés par les comptes bancaires s'ajoutent au budget total du programme et sont régis comme celui-ci.

Schéma : pouvoir de signature (toujours double signature)

Signature 1	Signature 2	Limite
Directeur d'intervention / Sous DI	Délégué à la cogestion / Sous Delco	Jusqu'à 25.000 EUR
Directeur d'intervention	Co-ordonnateur	Jusqu'à 200.000 EUR (première option)
Ordonnateur	Délégué à la cogestion UCGL	Jusqu'à 200.000 EUR (deuxième option)
Ordonnateur	Co-ordonnateur	La limite dépend des procédures internes auprès des institutions respectives.

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.

Afin de recevoir des fonds suivants, le programme 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'UCGC ou la SUO et aussi par l'ordonnateur pour la partie cogérée. La CTB versera les fonds sur les comptes des volets du programme.

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 paiements 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.

Le système financier reposera sur un Financial Information Tools (FIT) multisite. Chaque Sous Unités Opérationnelles et l' Unité Centrale disposeront d' un sous-FIT pour enregistrer les dépenses des comptes opérationnels et de ses caisses. Le RAF International mi-temps assurera la gestion du FIT Central à savoir les dépenses sur le compte principal et l' intégration des sous-FIT. Cela a deux conséquences : d' une part, il devra travailler étroitement avec les Comptables et d' autre part le DI-Delco de l' Unité Centrale assurera la validation du tout. De même pour la programmation financière et pour les Cash Call.

En cas d' urgence le programme 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 est nécessaire une demande motivée d' augmentation doit être introduite par la partie burundaise auprès de l' Etat belge après avoir reçu l' accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande on procède à un échange de lettres signées par les deux parties.

Le budget du programme donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le programme doit être exécuté. Les changements importants (définis plus haut au niveau de la description des attributions de la SMCL comme > 15% des budgets prévus au niveau des résultats) de budget doivent être approuvés par la SMCL sur base d' une proposition présentée par le coordinateur du programme.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités du programme et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d' un changement du budget.

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 co-ordonnateur (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-Delcos et SousDI-SousDelco 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 17 millions EUR qui augmentera davantage quand d' autres interventions seront définies comme prévues dans le PIC actuel, le

programme engagera un responsable administratif et financier international mi-temps avec un contrat en régie et en appui au programme. Ses termes de référence sont en annexe. Le recrutement se fera à travers un appel d'offre international.

Cette personne s'occupera 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.

Cette approche soulagera ainsi l'Unité Centrale et les Sous Unités Opérationnelles du programme afin qu'elles se concentrent prioritairement sur les questions techniques et stratégiques.

5.6 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 540/753/2009 du 08/06/2009 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 programme (Ministère, hôpital, etc...).

Avant 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 sur la 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 par ceux-ci, 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 cadres du programme transmettent ensuite à l'ordonnateur et au co-ordonnateur du programme 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'équipe DI-Delco 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 par le programme. Pour les marchés publics en matière de construction, les TDR techniques seront rédigés par l'ATI ingénieur civil sur indication des DI-Delco et SDI-SousDelcos concernés. 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 l'heure ces seuils sont les suivants :

- ⇒ à hauteur de 25 000 EUR hors taxe, la direction et les sous directions du programme sont habilitées à dresser les dossiers d' appels d'offres, à lancer les marchés et à les adjudger, dans le respect de la législation en vigueur, avec la participation de la CGMP de l' entité administrative concernée. Aucun avis de non-objection n' est requis de la part du coordonnateur.
- ⇒ De 25 000 EUR hors taxes à 200 000 EUR hors taxes, le RAF international est tenu d' obtenir une attestation de non-objection du Représentant résident de la CTB sur le dossier d' appel d' offres avant son lancement et sur la proposition d' attribution. A cet effet, il transmet au Représentant résident, suivant l' étape concernée, soit le dossier complet d' appel d'offres, soit les procès-verbaux détaillés établis par la CGMP sur le dépouillement des offres et la proposition d' attribution.
- ⇒ Au-delà de 200 000 EUR hors taxes, le Représentant résident de la CTB est lui-même tenu d' obtenir un mandat du Conseil d' Administration de la CTB pour émettre une attestation de non-objection. En dehors de cette démarche, la procédure est identique en tous points à la procédure décrite ci-dessus pour les marchés d' une valeur comprise entre 25 000 EUR hors taxes et 200 000 EUR hors taxes.
- ⇒ Complémentairement aux procédures décrites ci-dessus, pour chaque marché supérieur à 67.000 EUR hors taxes, le RAF international est tenu d' obtenir, aux stades du lancement de la procédure et de l' attribution, un avis juridique indépendant établi par un juriste local spécialisé dans la passation des marchés publics, attestant sans réserve et de manière inconditionnelle, après analyse complète du dossier, que les procédures de passation et les règles en vigueur au Burundi ont été respectées. Pour ce faire, il utilisera prioritairement les services du cabinet désigné contractuellement à cet effet par la Représentation permanente.

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

5.6.1 Gestionnaire en Marché Public National et d'un ingénieur civil international

Vu l' envergure de la gestion financière d' un budget total de 17 millions EUR comme prévu dans le PIC actuel, le programme engagera un Gestionnaire en Marchés Publics plein temps avec un contrat en régie et en appui du programme. Ses termes de référence sont en annexe. Le recrutement se fera à travers un appel d' offre sur le marché d' emploi burundais et la sélection se fera conjointement entre la représentation et le Ministère de la Santé Publique.

Cette personne s' occupera de l' ensemble de l' intervention belge dans le secteur de la santé même si d' autres initiatives s' ajouteront dans le futur.

Vu la complexité technique et financière des marchés publics concernant des constructions ou réhabilitations des bâtiments et la charge de travail que cela implique, le programme engage également pour un tiers du temps, un ingénieur civil international. Il sera responsable pour définir les cahiers de charge des travaux à lancer et pour donner son avis professionnel par rapport au dépouillement des offres et la proposition d' attribution. Ses termes de référence se trouvent en annexe.

Cette approche soulagera ainsi les directions du programme afin qu' elles se concentrent prioritairement sur les questions techniques et stratégiques.

5.7 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.

5.7.1 Rapportage technique et administratif

En début de chaque année civile, l'équipe du programme, 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.

A la moitié de l'année, l'équipe du programme 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'équipe du programme 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.

5.7.2 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.

5.8 MÉCANISMES D'APPROBATION DES 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 doit 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:

- les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie burundaise,
- les résultats, y compris leurs budgets respectifs au delà d' un montant > que 15% du montant prévu initialement (voir aussi gestion financière et attribution de la SMCL),
- les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la SMCL,
- le mécanisme d' approbation des adaptations du DTF,
- les indicateurs de résultat et d' objectif spécifique,
- 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.

5.9 SUIVI, EVALUATION ET AUDIT

5.9.1 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 d' appui/suivi technique 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.

5.9.2 Audit

5.9.2.1 Audit programme

Il est prévu un audit financier périodique des comptes du programme par un cabinet d' experts comptables national qui sera mandaté par la SMCL pour toute la durée du Projet. Ces audits seront organisés selon des modalités/ standards acceptés internationalement.

Le programme doit être audité après un an d' activité et pendant la troisième année d' activité. 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.

La SMCL charge le Représentant résident 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, 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.

5.9.2.2 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 programme. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un programme soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.10 CLÔTURE DE LA PRESTATION

Ce programme est défini dans un cadre plus large, avec dans un futur relativement proche la définition de 2 autres interventions comme décrit en chapitre 1 de ce document. Ce programme s'inscrit aussi dans une vision à long-terme avec un horizon de 10 à 12 ans.

Le programme 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.

Bilan Financier :

Six mois avant la fin du programme un bilan financier doit être élaboré par la direction du programme selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté à la SMCL de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB.

Soldes :

Les montants gérés en régie et non utilisés à la fin du programme, ainsi que le reliquat de la contribution financière non versé sur les comptes cogérés et le solde éventuellement encore disponible sur les comptes bancaires cogérés seront insérés dans le budget du programme qui succède.

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. THEMES 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.

En outre, nous pouvons mentionner néanmoins que le programme aura une attention pour l'environnement sain autour des structures sanitaires responsables des soins. Pour la communication radio entre les CDS et les HD, des panneaux solaires alimenteront les radios de communication.

6.2 GENRE

Dans l'analyse de situation, des efforts importants ont été déployés pour rétablir l'égalité des sexes. Néanmoins, les résultats des enquêtes récentes tendent à confirmer la persistance d'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 ne disposent pas de pouvoir de décision quant à l'affectation des revenus familiaux. Des actions spécifiques ciblées ont été appuyées par différentes parties prenantes en vue de renforcer la politique de promotion du genre : elles ont porté essentiellement sur l'information et la sensibilisation, la consolidation du pouvoir économique de la femme, l'adoption de textes réprimant les violences sexuelles et la prise en charge des victimes de ces violences.

Le présent programme intègre l'approche genre, même si aucune étude complémentaire n'a été menée dans le cadre de sa formulation :

* au niveau du volet d'appui à la DRH, une attention particulière sera faite pour que les politiques sur les RH ne contiennent pas de biais par rapport au genre.

* au niveau du volet institutionnel central, tenant compte du fait que le gouvernement s'est engagé à aller de l'avant à travers une intensification des activités de lutte contre les violences sexuelles, une recherche de plus grande autonomisation des femmes et une opérationnalisation de la politique nationale 'genre' seront appuyées. Il est prévu 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, 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.

* au niveau du volet de la gouvernance sanitaire périphérique : 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. Une attention particulière à l'introduction dans le PCA de soins chirurgicaux et obstétricaux de base est une importante opportunité de lutte contre la mortalité (et morbidité) maternelle. Un appui à la lutte contre les fistules vésico-vaginales rentre dans la même stratégie.

* le programme aura également une attention particulière pour les services de planification familiale. Ceci protège non seulement les femmes contre le risque réel de la mortalité maternelle mais les protège aussi contre la pauvreté chronique à cause de grandes familles et la perte de travail à cause des grossesses rapprochées. La PF peut aussi aider à régler des déséquilibres de pouvoir dans les relations familiales. A plus long terme, la PF aidera le pays à stabiliser sa croissance démographique ce qui permettra à la population de pleinement profiter de la faible croissance économique du pays.

* le programme va appuyer le MSP dans sa mise au point d'une politique au sujet d'une mutuelle à couverture nationale et veut même préparer le terrain dans la province de Kirundo et Muramvya. Cela aura pour effet un meilleur accès aux soins pour la population entière, mais spécifiquement pour les femmes contre la pauvreté induite par la maladie.

Chaque volet du programme contribuera à son niveau l'intégration de cette approche.

6.3 ECONOMIE SOCIALE

Le programme visera à améliorer le système de maintenance des structures sanitaires et des équipements. Dans des domaines certes telles que la maintenance du parc automobile ou la maintenance des bâtiments, il existe une opportunité de collaboration à Kirundo avec une ONG locale qui instruit les enfants de la rue pour certains métiers utiles pour la maintenance (mécaniciens, plombiers). De même, pour les travaux de réhabilitation tant au niveau central que périphérique, le recours à des petites PME est envisageable pour autant qu'elles satisfassent en terme de compétition au marché. Le recours au programme des bourses de la coopération peut être une opportunité pour des formations 'techniques et pratiques' bien ciblées à ces entreprises.

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

6.4 HIV/ SIDA

En dehors du fait que le programme renforcera spécifiquement les services de planification familiale y compris la distribution des préservatifs, il n'y aura pas d'activités spécifiques de lutte contre le VIH/ SIDA. Le Fonds Global étant déjà présent au Burundi signifie qu'il existe une source de financement consistante.

Par contre, le programme contribuera de plusieurs façons, bien que plutôt indirectement, à la lutte contre le VIH/ SIDA :

- L'organisation de l'interface communautaire avec les soins de santé à Kirundo au niveau des centres de santé sera une occasion de parler et échanger avec cette population sur plusieurs thèmes de santé, y compris le SIDA et la PF.
- L'appui institutionnel au niveau central aidera le ministère à mieux s'organiser et ainsi à formuler de meilleures propositions pour le Fonds Global afin de financer la lutte contre le VIH/ SIDA.
- Mieux organiser les services de santé avec des soins intégrés et une rationalisation de la prise en charge des malades à travers des protocoles cliniques (niveau HD) ou d'autres instructions cliniques pour le niveau des centres de santé aidera l'organisation de la prise en charge des malades atteints du SIDA également.

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
<p>Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, à une efficience accrue des structures périphériques (en premier lieu dans la province de Kirundo) et à une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Le processus de planification ascendante et participative et ses outils de mise en oeuvre et son suivi sont renforcés et permettent une atteinte significativement améliorée des objectifs des plans -Taux d' utilisation et de fréquentation des services de santé dans les zones cibles -La couverture nationale en DS opérationnels conformément aux normes et standards en gestion et en fourniture de service est significativement augmentée -Le Système de Santé est éligible à une approche d' aide budgétaire sectorielle -L' accessibilité financière aux soins est significativement améliorée -La politique en RH du MSP est appliquée sur l' ensemble du territoire et la production en paramédicaux est adéquate aux besoins des services publics et privés de santé -La performance institutionnelle et pédagogique des 4 EPM et de l'ETAL est améliorée sur le plan qualitatif 	<ul style="list-style-type: none"> -Revue annuelle conjointes -Comptes rendus du CPSD -Rapports annuels de l' ensemble du programme (chacune des 3 volets) -Rapports SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> -Les nouvelles structures et modes d' organisation du MSP sont adoptées et mises en place -Un dialogue sectoriel continu et pro-actif aboutissant à une approche budgétaire sectorielle est mené -La direction du CPSD et ses Groupes Thématiques par le MSP est affirmée -Un alignement partiel pour les appuis au PBF tant que certaines conditions ne sont pas remplies comme l' effectivité de la contre-vérification.

VOLET 1 : Appui à la gouvernance au niveau Central

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèse
Résultat 1. Les réformes institutionnelles sont appuyées (1 890 000 EUR)	-Le CPSD et les GT fonctionnent à 75% selon leur mode de fonctionnement -Les aspects logistiques et infrastructures du MSP au niveau central sont renforcés conformément aux cahiers des charges -La bibliothèque du MSP, son processus de documentation (au minimum «2 meilleures pratiques» par an) et de diffusion permettant une capitalisation et durabilité optimale		
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R1/A1 : Appuyer la mise en œuvre des recommandations adoptées de l'audit sur la restructuration du niveau central (NC) du MSP	-Appuyer la fonctionnalité des nouvelles unités du NC du MSP	155.000	
R1/A2 : Appuyer la coordination des départements et des partenaires du MSP et le renforcement des compétences des cadres du niveau central.	-Appuyer financièrement le secrétariat permanent du CPSD -Etablir un plan de formation des cadres du MSP et financer une partie des formations sélectionnées (bourses projets) -Appuyer les réunions de coordination en interne entre les directions générales et leurs départements	45.000	
R1/A3 : Améliorer les infrastructures et les équipements du niveau central et des 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie	-Effectuer les réhabilitations et installer les équipements -Expertise internationale en infrastructure et en ICT à mi-temps (en régie)	1.510.000	
R1/A4 : Développer au sein du MSP une mémoire institutionnelle	-Définir une stratégie et un système de maintenance des informations et d'échanges de bonnes pratiques -Soutenir la bibliothèque du MSP, créer un réseau Internet et éditer un bulletin semestriel sur les meilleures pratiques	180 000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 2. Le processus de planification est renforcé et soutenu (195 000 EUR)	-Les PAP (PNDS2) établis d'une façon participative avec tous les secteurs de la société et ascendante sont disponibles avant la fin du premier trimestre de chaque année et suivis -Les deux documents (SRSS et guide national d'opérationnalisation des DS) sont disponibles et constituent le référentiel national et pour toutes les interventions		Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention

Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèses
R2/A1 Définir et contribuer à la mise en place d'un processus de planification ascendante et participative	Contribuer à l'appui technique et financier du processus de planification ascendante et participative (Initiation/Formation)	100 000	
R2/A2 Soutenir la finalisation du PNDS2 et sa mise en œuvre	-Contribuer financièrement et techniquement à la finalisation du PNDS2 (expertises internationales périodiques) -Appuyer l'établissement des Plan Action Triennal (PAT) glissant des différents niveaux du MSP comme institution propre pour la mise en œuvre du PNDS2	45.000	
R2/A3 Elaborer un document de stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) et un guide national d'opérationnalisation du DS (GNODS) et son application dans les 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie	-Elaboration d'un document de stratégie de renforcement du système de santé (expertise mobilisée dans le cadre d'un échange régional) et d'un guide national d'opérationnalisation du district sanitaire (expertise internationale) et les valider -Appuyer les BPS et les BDS de Muramvya et de 3 BDS urbains de Bujumbura pour réaliser leur plan de couverture sanitaire en infrastructures et en ressources humaines. -Organiser une visite documentaire et d'échanges au Rwanda	50.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 3. Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère (772 000 EUR)	-Un SNIS performant qui contribue effectivement à suivre et à évaluer tous les objectifs du PNDS et aider dans un processus participatif à la prise de décisions aux niveaux décentralisés (CSD et BDS) -Les outils de collecte de données fiables utilisés augmentent de 25% chaque année et la complétude et le respect des délais s'améliorent de 25% par an (dans un premier temps au niveau CSD, des HD et DS et dans un second temps au niveau des provinces et Hôpitaux de deuxième référence		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -L'ancrage institutionnel du SNIS doit lui permettre de coordonner toutes ses actions à tous les niveaux et pour tous les PV
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R3/A1 Etablir un plan stratégique de continuation de la transformation de l'EPISTAT en SNIS	-Mener un audit institutionnel d'EPISTAT et du CTSIS (expertise internationale et nationale) -Etablir ce plan en concertation avec les PTF concernés et disponibles pour appuyer le SNIS	25.000	

R3/A2+A3 Soutenir la fonctionnalité du SNIS	<ul style="list-style-type: none"> -Poursuivre le renforcement de la CTSIS du SNIS (recours à 1 expert régional et 1 ATN + expertises internationales perlées) -Renforcer le SNIS en ce qui concerne les recommandations issues de l'audit institutionnel commandité -Poursuivre la re-programmation (outil de collecte de données, dans un premier temps au niveau CSD, des HD et DS et dans un second temps au niveau des provinces et Hôpitaux de 2ème référence -Poursuivre l'équipement des CDS, des HD, des H de 2^{ème} référence, des DS et des BPS en outil automatisé de gestion des données (GESIS) -Renforcer les compétences des acteurs du SNIS (y inclus ceux des BDS de Muramvya et des 3 DS de Bujumbura Mairie) -Superviser à tous les niveaux par les responsables nationaux du SNIS 	722.000	
R3/A4 Co-organiser la revue annuelle du système de santé	-Evaluer les performances du système de santé (PAA, Tableaux de bord, ..) dans le cadre de la revue annuelle	25.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 4. La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée (745 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation conformément à ce qui a été planifié -Tous les HD des zones cible bénéficie d'un PCA complet et suivi -Les soins mentaux sont introduits et suivi dans 100% des FOSA dans la zone cible 		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R4/A1 Appuyer la formation des BDS et BPS en matière de gestion des services (RH, matériel et maintenance, médicaments, organisation des services)	<ul style="list-style-type: none"> -Appuyer et dynamiser le Groupe Thématique «District Sanitaire» (GTD) -Elaborer des modules nationaux de formation validés sur la base de GNODS (voir R2A3) -Planifier et exécuter les supervisions formatives de suivi post-formation par les niveaux centraux et provinciaux -Appuyer techniquement et financièrement les forums des districts sanitaires encadrés par le programme 	275.000	

R4/A2 Contribuer à la réalisation d'un plan de renforcement du PCA des DS en chirurgie de base et obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborer une stratégie et un plan d'introduction dans le PCA de la chirurgie de DS dans les zones d'intervention des projets CTB (recours à une expertise internationale) -Contribuer au développement de compétences de chirurgie de DS et d'aide anesthésistes et d'aide chirurgiens -Faire l'inventaire des besoins en matière d'amélioration de l'environnement logistique et matériel des médecins formés (stérilisation, kits chirurgicaux, ...) -Réaliser le monitoring de la qualité du travail des médecins formés 	400.000	
R4/A3 Contribuer à une amélioration de qualité de la prise en charge des malades à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> -Appuyer techniquement et financièrement la finalisation de l'élaboration des protocoles de prise en charge clinique (DS et CDS), en concertation avec les autres partenaires -Appuyer techniquement et financièrement le monitoring de l'introduction de ces modules dans les provinces d'intervention des projets CTB -Contribuer au développement d'une politique et stratégie nationale d'introduction des soins mentaux dans les DS 	70.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 5. Le système de santé est financé sur base d'un système de financement unique, maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins (1.070 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> -Un cadre opérationnel de mise en place et de suivi de mutuelles pour le secteur informel est disponible et dans la perspective d'une couverture universelle -Le système de financement basé sur la performance est introduit et appliqué au niveau central conformément à la charte -Le personnel du niveau central en retire une amélioration observable de leur performance 		<ul style="list-style-type: none"> -Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -Un mécanisme de concertation avec la direction de la Promotion Sociale du MFPPS sur le développement d'une couverture universelle en assurance santé
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R5/A1 Appuyer le démarrage du FBP au niveau central sous l'encadrement de l'Expert International recruté sur fond de l'expertise belge	<ul style="list-style-type: none"> -Identification avec le MSP les services ou unités à financer au niveau central -Faire valider l'outil de l'évaluation de la performance des services sélectionnés et financer les services sélectionnés 	900.000	
R5/A2 : Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé pour le secteur informel.	<ul style="list-style-type: none"> -Développer avec le STEP/BIT une proposition de création et d'opérationnalisation de mutuelle nationale intégrant les autres systèmes de financement de soins (expertise internationale) 	170.000	

Volet 2 : Appui à la gouvernance sanitaire périphérique (province de Kirundo)

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 6 : Les capacités d'encadrement du BPS cible sont renforcées conformément aux normes (490 000 EUR)	-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation sur celles qui ont été planifiées -Une amélioration observable des performances en gestion et encadrement est observable pour les BPS de Kirundo et Muramvya		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R6/A1 Renforcer le BPS de Kirundo, Muramvya, et Bujumbura urbain en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS provincial	-Organiser des formations continues de tous les membres qualifiés des BPS sur les procédures de contrôle et d'audit de FOSA et soutenir ces missions -Formations pratiques régulières financées et exécutées dans le cadre du SNIS par des formateurs du niveau central -Soutenir les supervisions formatives des BPS -Renforcer les capacités SNIS des acteurs à tous les niveaux des provinces et DS cible -Organiser les visites de supervision à travers le système de FBP provincial (voir R6/A1)	240.000	
R6/A2 Maintenir un système de FBP pour le BPS de Kirundo et l'exécuter	-Financer le FBP au niveau du BPS de Kirundo	250.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 7 . Les BDS sont opérationnels (820 000 EUR)	-Nombre de formations et de formés ayant bénéficié de formation sur celles qui ont été planifiées -Une amélioration observable des performances en gestion et encadrement est observable pour les 4 BPS de Kirundo et celui de Muramvya et les DS de Bujumbura -Le carnet de santé individuel est utilisé pour 100% des patients dans les zones cibles -Des plans de formation continue et de supervisions sont établis et appliqués pour les DS cibles		-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R7/A1 Former les BDS selon le plan et les modules du guide national de la mise en œuvre du district.	-Former conformément à la stratégie nationale (et module) les BDS/Cadres de l'HD, y inclus la supervision et la	160.000	

	formation continue		
R7/A2 Introduire un système de FBP pour les BDS supervisées et l'exécuter	-Financer le FBP au niveau des BDS et superviser	390.000	
R7/A3 Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et des soins et soutenir l'application SNIS dans les HD de Kirundo, Muramvya et Bujumbura urbain.	-Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services -Développer l'utilisation d'un carnet de santé individuel -Appuyer les supervisions mensuelles des 41 CSD -Soutenir les BDS pour l'organisation de formation continue trimestrielles de leur personnel (CDS/HD) -Renforcer les capacités en analyse des indicateurs de performance du SNIS	270.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 8. Les 2 HD de la province de Kirundo sont fonctionnels et fournissent le PCA défini (1 630 000 EUR)	-Les plateaux techniques des 2 HD sont réhabilités conformément aux PCA -Des stages peuvent être effectués et leurs suivis dans les deux DS avec HD -Les STP sont introduits et évalués sur la base d'un PCA renforcé (maladies chroniques, mentales, ..)	Supervision	-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -Accepter le principe de flexibilité dans l'organisation de la première référence en cas d'une proximité gérable pour les patients à référer à l'HD de Kirundo (cas des DS de Vumbi et Busoni)
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R8/A1/A2 Introduire, exécuter le FBP et appuyer l'application SNIS dans les 2 HD de Kirundo	-Organiser une session d'information sur le système de BPF à l'HD, définir les indicateurs de performance des unités de soins et financer le FBP au niveau des 2 HD -Appuyer l'application SNIS dans les 2 HD	400.000	
R8/A3 Appuyer l'introduction de protocoles cliniques	-Etablir un plan de formation sur les protocoles nationaux et les tester in loco et organiser les formations in situ -Organiser des supervisions de suivi post formation -Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge des maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie, la schizophrénie ans les HD	140.000	
R8/A4 Introduire dans le PCA les soins chirurgicaux et obstétricaux de base	-Adapter le plateau technique -Mener des activités régulières de suivi	210.000	
R8/A5 Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	-Etablir une convention avec les Ecoles de Formation sur l'encadrement des stages et former les personnels cadre en	400.000	

	andragogie -Fournir du matériel de stage -Construire une résidence de stagiaires (une dizaine de stagiaires) par HD		
R8/A6 Réhabilitation des 2 HD	-Identifier les besoins en réhabilitation, effectuer les travaux et résoudre le problème de l'alimentation en eau et électricité de l'HD de MUKENKE -Identifier les besoins et réhabiliter l'HD de Kirundo	480.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 9 Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité (975.000 EUR)	-Les plateaux techniques des CDS sont réhabilités conformément au PMA -Des stages peuvent être effectués et suivis dans les 5 CDS sélectionnées -Les STP sont introduits et évalués sur la base d'un PMA renforcé (maladies chroniques, mentales, PF..)	Supervision	-Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R9/A1/A2 Maintenir et introduire les contrats de performance et appuyer l'application du SNIS dans les CDS supervisés	-Financer le FBP au niveau des CDS -Appuyer l'application du SNIS -Appuyer l'introduction des indicateurs de suivi du système	800.000	
R9/A3 Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et la schizophrénie, l'introduction des stratégies plainte-traitement et l'organisation d'une session annuelle de formation de recyclage en PF	-Appuyer l'introduction d'une politique de prise en charge de maladies chroniques suivantes le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et la schizophrénie -Sessions de formation sur les SPT validées et les intégrer dans les grilles de supervision -Organiser annuellement une session de feed back sur leur utilisation - Appuyer l'organisation d'une session annuelle de formation de recyclage en PF	85.000	
R9/A4 Créer des lieux de stages pour des étudiants en soins infirmiers	-Etablir une convention avec les Ecoles de formation sur l'encadrement et guides de stage et former les personnels-cadre en andragogie -Construire une résidence pour 2 ou 3 stagiaires pour 5 CSD	90.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 10 Le système de référence et contre-référence est fonctionnel et performant (390 000 EUR)	-Les taux de références et de contre-références dans les 4 DS son significativement amélioré (voir baseline) et suivi (monitorage) -Le taux de mortalité maternelle dans la Province Sanitaire de Kirundo est significativement réduit (voir base de données établies en 2009)		-Voir Hypothèses générales de l' objectif spécifique de l'intervention -Accepter le principe une flexibilité dans l' organisation de la première référence en cas d' une proximité gérable pour les patients à référer à l'PHD de Kirundo (cas des DS de Vumbi et Busoni)
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R10/A1 Assurer des moyens de communication entre les CDS et l' HD pour organiser les évacuations en priorité en matière de SMI	-Identifier les besoins de communication pour les 4 DS, les fournir et les installer (radios à énergie solaire) -Fournir de véhicules en fonction des besoins pour les 4 BDS ainsi qu'un budget de maintenance	360.000	
R10/A2 Instaurer un système de financement, organiser le monitoring du système de référence/contre-référence dans la province de Kirundo et appuyer l' introduction des indicateurs sur ce thème dans le SNIS et le FBP	-Soutenir le processus de création des fonds de solidarité de DS pour la référence/contre-référence -Organiser le monitoring d' un système de référence/contre-référence	30.000	

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 11 L'engagement communautaire au niveau BPS/BDS est renforcé (251 000 EUR)	-Les COSA de tous les DS sont impliqués dans la gestion de l'Aire de santé et constituent effectivement un moteur de dialogue continu entre l' offre et la demande -Un réseau de mutuelles communautaires existantes et des nouvelles est en place et ses impacts sur l'accessibilité aux services de santé sont observables		-Voir Hypothèses générales de l' objectif spécifique de l' intervention -Volonté politique de développer un système de financement de la santé qui intègre tous les mécanismes de financement actuels
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R11/A1 Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire et dans toute autre activité de sensibilisation des populations	-Appuyer les CDS dans la gestion et la participation communautaire -Renforcer les COSA des CDS dans le domaine de la gestion -Appuyer les CDS pour toute activité de sensibilisation des populations y compris celui sur le thème de la mutualisation	51.000	
R11/A2 Appuyer les mécanismes de financement	-Capitaliser les expériences de mutuelles communautaires	200.000	

alternatifs pour une demande solvable	<ul style="list-style-type: none"> -Susciter la création de réseau de ces mutuelles existantes et contribuer au lancement de quelques mutuelles communautaires -Evaluer ces mécanismes en concertation avec le volet 'gouvernance au niveau central' (R5A2) -Financement de la prise en charge gratuite des indigents 		
---------------------------------------	--	--	--

Volet 3 : Appui au développement des Ressources Humaines/Santé

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 12 : Une politique globale sur les RH en santé est mise en œuvre (701 000 EUR)	<ul style="list-style-type: none"> -La politique des RH du MSP est appliquée sur l'ensemble du territoire et les normes sont respectées -La base de données est disponible et actualisée annuellement -Toutes les formations complémentaires et continues organisées sur l'ensemble du territoire sont coordonnées et celles menées dans le cadre des PV y sont intégrées 		<ul style="list-style-type: none"> -Voir Hypothèses générales de l'objectif spécifique de l'intervention -Le principe d'une déconcentration à terme de la gestion des RH est adopté et mis en place
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R12/A1 Appuyer la DRH pour le développement de base de données dynamique sur le personnel de santé existant en articulation avec le PNDS2	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir la base de données et définir un processus de mise à jour annuelle -Etablir les normes et un plan prévisionnel en personnel en tenant compte du PNDS2 (recours à une expertise nationale) -Etablir une plate-forme de concertation avec toutes les institutions publiques et privées pour la mise en œuvre du PNDS2 	100.000	
R12/A2 Appuyer la DRH pour définir et mettre en œuvre une stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir une plate-forme de concertation avec le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère des Finances -Formuler la stratégie opérationnelle décentralisée de gestion du personnel -Elaboration d'un manuel de procédure de gestion décentralisée des RH (recours à une expertise nationale) -Contribuer à l'équipement et à la logistique de la DRH sur la base d'une identification des besoins -Faire le suivi d'un plan de formation initiale et continue (spécialisée) de personnel sur la base de normes révisées -Recours à une expertise nationale continue à mi-temps en ICT 	401.000	
R12/A3 Appuyer le MSP dans l'élaboration et la mise en œuvre une politique de formation continue	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en œuvre une stratégie nationale d'identification des besoins par échelon 	200.000	

du personnel opérationnel	-Etablir une plate-forme de concertation, élaborer des plans de formation annuelle avec tous les partenaires intéressés et mobilisés par le MSP -Mettre en place un système de monitoring et de suivi de ces formations.		
---------------------------	---	--	--

Résultats	Indicateurs de Résultat	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 13 Les Ecoles de formation des paramédicaux (EPM/ETAL et autres filières de formation) livre une formation de qualité aux futurs professionnels de santé (3 190 000 EUR)	-L' application des nouveaux modules est effective dans les 4 EPM soutenues par l' intervention -Tous les enseignants (statutaires, vacataires et encadreurs) sont évalués sur la base de leur performance attendue -L' ETAL est renforcée sur le plan de des équipements et en infrastructures, ses enseignants sont formés et les modules révisés -La Cellule pédagogique contribue effectivement à la formation continue des tous les enseignants dans les établissements publics et privés sur l' ensemble du pays		-Voir Hypothèses générales de l' objectif spécifique de l'intervention -En terme de la durabilité, les aspects de restauration des élèves doivent être repris pleinement par le MSP avant la fin de l'intervention -Le respect par les autorités du quota plafonné en nombre d' élèves par classe est effectif
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en EUR Contribution belge	Hypothèse
R13/A1/A2 Appuyer le MSP à rendre fonctionnelles les écoles de formation paramédicale publiques (5 EPM : Ngozi, Gitega, Bururi, Cankuzo et l'ETAL)	-Renforcer en équipements pédagogiques et de gestion, en réhabilitations -Mettre en œuvre graduellement les référentiels de compétences et les curriculums A2 -Introduire et financer la contractualisation pour le personnel des écoles paramédicales -Restauration alimentaire des 1200 élèves	2.810.000	
R13/A3 Renforcer les capacités des enseignants (permanents, vacataires, encadreurs de stage)	-Organiser des sessions de formations pédagogiques pour tous les enseignants -Etablir un plan de formation continue de ces enseignants	130.000	
R13/A4 Mettre à disposition des curriculum et des modules de formation sur la base de référentiels élaborés pour l' ETAL.	-Recourir à des expertises internationales perlées sur l' élaboration des référentiels de formation de l' ETAL et les éditer -Etablir un plan de formation des enseignants de l' ETAL et le suivre	120.000	
R13/A5 Créer une interface avec l' INSP pour créer une Cellule Nationale Pédagogique	-Créer une Cellule Nationale Pédagogique (5 à 6 personnes) mobilisables par la DRH pour la formation continue des enseignants -Identifier les besoins en formation de paramédicaux en matière de spécialisation en post-formation de base	130.00	

7.2 BUDGET

Titre de l'intervention: Programme d'appui institutionnel au secteur de la santé au Burundi
Code Navision: BDI 09 058 01

				CHRONOGRAMME						
BUDGET TOTAL				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
Objectif spécifique: "Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, un renforcement et une efficience accrue des structures périphériques, et une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical"					13.119.000	77%				
Volet 1: Gouvernance sanitaire au niveau central					4.672.000					
A 01 Réformes institutionnelles appuyées					1.890.000	11%	225.000	605.000	585.000	475.000
A	01	01	Mise en oeuvre des recommandations de l'audit institutionnel et organisationnel	Cogestion	155.000		55.000	50.000	30.000	20.000
A	01	02	Coordination des départements et partenaires du MSP	Cogestion	45.000		15.000	10.000	10.000	10.000
A	01	03	Améliorer les infrastructures et équipements du MSP au niveau central et dans les 5 DS de Muramvya et Bujumbura Mairie	Cogestion	1.510.000		110.000	500.000	500.000	400.000
A	01	04	Développer une mémoire institutionnelle	Cogestion	180.000		45.000	45.000	45.000	45.000
A 02 Processus de planification renforcé					195.000	1%	73.000	72.000	25.000	25.000
A	02	01	Mise en place d'un processus de planification ascendante et participative	Cogestion	100.000		30.000	30.000	20.000	20.000
A	02	02	Contribuer à finaliser le PNDS2	Cogestion	45.000		23.000	22.000	0	0
A	02	03	Élaborer un document de SRSS et GNODS	Cogestion	50.000		20.000	20.000	5.000	5.000
A 03 Renforcement du SNIS					772.000	5%	201.750	196.750	186.750	186.750
A	03	01	Établir un plan stratégique de transformation d'EPISTAT en SNIS	Cogestion	25.000		15.000	10.000	0	0
A	03	02	Soutenir la fonctionnalité du SNIS	Cogestion	190.000		47.500	47.500	47.500	47.500
A	03	03	Soutenir la fonctionnalité du SNIS (Consultance)	régie	532.000		133.000	133.000	133.000	133.000
A	03	04	Co-organiser la Revue Annuelle Conjointe	Cogestion	25.000		6.250	6.250	6.250	6.250
A 04 La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée					745.000	4%	167.500	267.500	167.500	142.500
A	04	01	Former les BDS et BPS cible	Cogestion	275.000		100.000	100.000	50.000	25.000
A	04	02	Renforcement du PCA des DS (en chirurgie de base)	Cogestion	400.000		50.000	150.000	100.000	100.000
A	04	03	Améliorer la qualité de la prise en charge	Cogestion	70.000		17.500	17.500	17.500	17.500
A 05 Contribuer à un système de financement maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins					1.070.000	6%	120.000	230.000	360.000	360.000
A	05	01	Démarrage du FBP au niveau Central	Régie	900.000		100.000	200.000	300.000	300.000
A	05	02	Définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé	Cogestion	170.000		20.000	30.000	60.000	60.000

Volet 2 : Gouvernance sanitaire périphérique					4.556.000					
A	06	<i>Les capacités d'encadrement des BPS cible sont renforcées</i>			490.000	3%	132.500	132.500	112.500	112.500
A	06	01	Renforcer les BPS en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS Provincial	Cogestion	240.000		70.000	70.000	50.000	50.000
A	06	02	Renforcer le FBP au niveau du BPS de Kirundo	Cogestion	250.000		62.500	62.500	62.500	62.500
A	07	<i>les BDS cibles sont opérationnels</i>			820.000	5%	225.000	215.000	205.000	175.000
A	07	01	Former les BDS cibles	Cogestion	160.000		60.000	50.000	40.000	10.000
A	07	02	Introduire le PBF dans ces BDS	Régie	390.000		97.500	97.500	97.500	97.500
A	07	03	Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et soutenir l'application SNIS	Cogestion	270.000		67.500	67.500	67.500	67.500
A	08	<i>Les 2 HD de Kirundo sont fonctionnels (en conformité avec le PCA)</i>			1.630.000	10%	352.500	717.500	312.500	247.500
A	08	01	Introduire le FBP ciblé sur les 2 HD	Cogestion	10.000		10.000			
A	08	02	Financer le FBP dans les 2 HD	Régie	390.000		97.500	97.500	97.500	97.500
A	08	03	Appuyer l'application de protocoles cliniques	Cogestion	140.000		15.000	40.000	40.000	45.000
A	08	04	Introduire dans le PCA des 2 HD en soins chirurgicaux et obstétricaux de base	Cogestion	210.000		80.000	80.000	25.000	25.000
A	08	05	Créer des lieux de stages pour étudiants infirmiers	Cogestion	400.000		100.000	200.000	50.000	50.000
A	08	06	Réhabiliter les 2 HD	Cogestion	480.000		50.000	300.000	100.000	30.000
A	09	<i>Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité</i>			975.000	6%	231.250	271.250	241.250	231.250
A	09	01	Introduire et maintenir les FBP et l'application du SNIS dans les CDS supervisés	Cogestion	15.000		10.000	5.000		
A	09	02	Financer le FBP dans les Cds des 4 DS	Régie	785.000		196.250	196.250	196.250	196.250
A	09	03	Introduire une politique de prise en charge de maladies chroniques et mentales y compris appui médicaments	Cogestion	85.000		15.000	20.000	25.000	25.000
A	09	04	Créer des lieux de stage pour les infirmiers	Cogestion	90.000		10.000	50.000	20.000	10.000
A	10	<i>Le système de Référence/Contre-référence est renforcé dans la Province de Kirundo</i>			390.000	2%	27.500	307.500	47.500	7.500
A	10	01	Assurer les moyens de communication	Cogestion	360.000		20.000	300.000	40.000	0
A	10	02	Instaurer un Fonds de Solidarité	Cogestion	30.000		7.500	7.500	7.500	7.500
A	11	<i>L'engagement communautaire est renforcé</i>			251.000	1%	32.750	62.750	77.750	77.750
A	11	01	Appuyer la gestion de la participation communautaire	Cogestion	51.000		12.750	12.750	12.750	12.750
A	11	02	Appuyer les mécanismes de financements par les mutuelles et les programmes de gratuité	Cogestion	200.000		20.000	50.000	65.000	65.000
Volet 3: Appui au développement des RH/Santé					3.891.000					
A	12	<i>Une politique globale en RH/Santé est mise en oeuvre</i>			701.000	4%	150.250	175.250	195.250	180.250
A	12	01	Appuyer la DRH dans l'établissement d'une base de données dynamique (dans le cadre de la mise oeuvre du PNDS 2)	Cogestion	100.000		25.000	25.000	25.000	25.000
A	12	02	Appui à la mise en oeuvre d'une gestion décentralisée	Cogestion	401.000		100.250	100.250	100.250	100.250
A	12	03	Établir une politique de formation continue et appuyer son application	Cogestion	200.000		25.000	50.000	70.000	55.000
A	13	<i>Les 4 EPM et l'ETAL livrent une formation de qualité aux futurs paramédicaux</i>			3.190.000	19%	802.500	812.500	802.500	772.500
A	13	01	Appuyer la fonctionnalité des 4 EPM et ETAL	Cogestion	2.275.000		568.750	568.750	568.750	568.750
A	13	02	Financer la contractualisation pour les personnels des écoles	Régie	535.000		133.750	133.750	133.750	133.750
A1	13	03	Renforcer les capacités et compétences des enseignants	Cogestion	130.000		30.000	40.000	40.000	20.000
A	13	04	Mettre à disposition des curriculums et modules	Cogestion	120.000		60.000	30.000	20.000	10.000
A	13	05	Créer une cellule pédagogique avec l'INSP	Cogestion	130.000		10.000	40.000	40.000	40.000

X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)				281.000	2%				
X 01	Réserve budgétaire				281.000	2%	0	140.000	0	141.000
X 01 01	Réserve budgétaire	Cogestion		281.000		0	140.000	0	141.000	
Z	Moyens généraux				3.600.000	21%				
Z 01	Frais de personnel				2.727.000	16%	186.000	386.000	586.000	586.000
Z 01 01	Conseiller technique international X3 + ATJ	Régie		1.800.000		200.000	400.000	600.000	600.000	
Z 01 02	ATI international construction 1/3	Régie		240.000		80.000	80.000	40.000	40.000	
Z 01 03	Directeur d'intervention (Central et Opérationnel)	Régie		56.000		14.000	14.000	14.000	14.000	
Z 01 04	Equipe finance et administration RAF I + gestionnaire MP	Régie		376.000		94.000	94.000	94.000	94.000	
Z 01 05	Staff local d'appui	Régie		255.000		63.750	63.750	63.750	63.750	
Z 02	Investissements				155.000	1%	155.000	0	0	0
Z 02 01	Véhicules	Régie		80.000		80.000	0	0	0	
Z 02 02	Equipement bureau et IT	Régie		75.000		75.000	0	0	0	
	Frais de fonctionnement									
Z 03					453.000	3%	115.250	102.250	100.250	105.250
Z 03 01	SMCL et sessions de coordination du programme	Régie		18.000		4.500	4.500	4.500	4.500	
Z 03 02	Frais de fonctionnement des unités de gestion	Régie		40.000		10.000	10.000	10.000	10.000	
Z 03 03	Frais de fonctionnement des véhicules	Régie		77.000		15.000	17.000	20.000	25.000	
Z 03 04	Télécommunications	Régie		48.000		12.000	12.000	12.000	12.000	
Z 03 05	Fournitures de bureau	Régie		25.000		20.000	5.000	0	0	
Z 03 06	Missions (internationales et nationales)	Régie		200.000		50.000	50.000	50.000	50.000	
Z 03 07	Communication pour le développement	Régie		30.000		10.000	7.000	7.000	6.000	
Z 03 08	Frais financiers	Régie		15.000		3.750	3.750	3.750	3.750	
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation				265.000	2%	53.750	78.750	53.750	78.750
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation	Régie		90.000		10.000	35.000	10.000	35.000	
Z 04 02	Consultations scientifiques perlées globales sur le programme	Cogestion		90.000		22.500	22.500	22.500	22.500	
Z 04 03	Audit	Régie		60.000		15.000	15.000	15.000	15.000	
Z 04 04	Backstopping	Régie		25.000		6.250	6.250	6.250	6.250	
TOTAL					17.000.000		3.251.500	4.772.500	4.058.500	3.904.500

RÉGIE	4.012.000
COGESTION	11.248.000

7.3 ETATS DES LIEUX SUCCINCTS VALIDÉS LORS DE LA MISSION DE FORMULATION

Cet état des lieux a été mené afin d'assurer une continuation logique dans le nouveau programme avec les 5 interventions suivantes.

Les points forts et faibles ainsi que les initiatives prometteuses en cours sont présentées ci-dessous.

Projet d' appui institutionnel au MSP-DGSP

Les points forts :

- Réalisation d' un audit institutionnel du MSP, y compris une proposition de nouvel organigramme ;
- Changement d' orientation générale du MSP: régulateur en appui et au service de la décentralisation ;
- Démarrage d' une mémoire institutionnelle ;
- Participation à 2 groupes de travail au sein de la CPSD;
- Participation à la rédaction d' un manuel de procédures FBP/FPB ;
- Participation à la conception de la formation des ECD ;
- Participation au développement de la planification ascendante ;
- Facilitation des contacts entre MSP et ONG ;
- Appui au bureau permanent CPSD et à la revue annuelle conjointe 2009.

Les points faibles

- Un sous-financement relatif empêche certains appuis pourtant nécessaires ;
- Une certaine pléthore de personnel au sein du MSP (voir audit institutionnel et organisationnel);
- Une concertation régulière et structurée entre les directions générales est peu performante ;
- Peu d' initiatives 'possibles' en matière d' amélioration de la qualité des soins (SPT, chirurgie de district, etc.)

Les perspectives

- Élargir les champs d' action par exemple dans le domaine de la qualité des soins (introduction de normes cliniques, etc) ;
- Appui plus structuré au SNIS ;
- Organisation de l' inter-sectorialité et les relations inter-ministérielles ;
- Introduction du nouvel organigramme et des recommandations validées de l' audit institutionnel et organisationnel si elles sont adoptées par le gouvernement ;

- Mieux structurer l' appui aux BPS et BDS ;
- Introduction de la contractualisation au niveau central;
- Renforcer le M/E des FBP/FBP ;
- Développer une approche plus globale sur le financement du système de santé.

Mise à disposition d' expertise externe au SNIS

Les points forts

- Réflexion sur les indicateurs ;
- Formation effective du personnel d' EPISTAT en andragogie et logiciels et de membres de certains BDS et BPS en logiciels ;
- Appui aux tâches de routine d' EPISTAT ;
- Dialogue avec les services et programmes autour des indicateurs et du rôle du SIS actuel ;
- Nouveau canevas de collecte de données mis au point ;
- Equipements techniques et de 17 BPS ;
- Paramétrage et installation de GESIS et EPISTAT aux BPS
- Maintenance préventive effectivement assumée

Les points faibles

- Expertise (« nue ») sans moyens financiers dans un environnement de précarité, mal acceptée ;
- Initiative à court terme ;
- Peu de supervision en périphérie ;
- Peu de maîtrise et utilisation du SIS au niveau des districts ;
- Système parallèle et/ou encombrant pour les programmes verticaux ;
- L' ancrage institutionnel de la Cellule ne lui permet pas d' assumer son rôle régalién de contrôle et du suivi du fonctionnement du SNIS à l' échelle du pays

Les perspectives

- Intégration de l' initiative dans l' intervention actuelle dans l' optique de mise en place des recommandations de l' audit institutionnel et organisationnel et d' augmenter significativement ses moyens d' assumer son mandat.

Projet d'appui institutionnel au MSP-DRH et Écoles paramédicales

Les points forts

- Élaboration du référentiel de métier et de compétences infirmiers A2 ;
- Élaboration et adoption d' un manuel de normes ;
- Participation à l' élaboration de la politique de RH et du plan de développement des ressources humaines en concertation avec la coopération suisse;
- Fourniture d' équipement (voiture, matériel didactique, ...) à la DRH et dans les EPM appuyés ;
- Description des tâches du personnel faite;
- Formation des enseignants en pédagogie démarrée;
- Appui à la supervision des écoles faite régulièrement;
- Création de nouveaux terrains de stage (à Ngozy par exemple);
- Prise en charge du transport et restauration des élèves ;
- Fourniture des consommables pour les terrains de stage ;
- Appui à la planification annuelle des écoles ;
- Mise en place d' un accord d' exécution et de caisse dans les écoles.

Les points faibles

- Projet de courte durée avec un relatif sous-financement ;
- Retard dans l' attribution des marchés publics, surtout pour les travaux de réhabilitation (lourdeur des procédures) ;
- Prolifération des écoles privées malgré des efforts louables du MSP pour en fermer d' autres (plus de 11 établissements actuellement) ;
- Effectifs pléthoriques par classe qui persistent (public et privé) ;
- Difficultés de mise en place de la contractualisation dans ces établissements.

Les perspectives et initiatives prometteuses en cours

- Finaliser le référentiel de compétences;
- Mettre en application les normes et standards d' enseignements et de gestion pour les écoles ;
- Assurer la supervision et la formation continue des enseignants ;
- Compléter l' équipement didactique et informatique et prévoir les formations en conformité avec cet équipement ;
- Élaborer les modules de formation et les tester ;
- Assurer les constructions et réhabilitations prévues ;

- Financement des plans annuels.

Projet d' appui à la province de Kirundo

Les points forts

- Mise en place des organes de gestion pour 2 ECD dans un premier temps et de 4 ECD dans un second;
- Achat de matériel roulant, équipements, etc.. pour 2 ECD ;
- Formation des membres de tous les ECD (supervision, management de district, gestion médicaments, ..)
- Organisation des réunions de coordination pour les 4 BDS ;
- Formation du personnel opérationnel (infirmiers de CdS) en gestion de médicaments, urgences obstétricales, SIS, etc... ;
- Rendre fonctionnel le HD de Mukenke (chirurgie, autres..);
- Rationalisation de la gestion des médicaments (province - district - HD - CdS) et approvisionnement régulier ;
- Rendre fonctionnel les COSA avec la contribution de l'ONG MEMISA ;
- Collaboration avec la société civile dans la province.

Les points faibles

- Retard dans la fourniture de certains matériels et surtout dans les constructions/réhabilitations ;
- Réponse partielle à la création de 2 nouveaux districts ;
- Insuffisance en personnel sur le plan quantitatif ;
- Réponse partielle au problème de l' électrification de l' HD Mukenke ;
- ATI trop absorbé par les problèmes administratifs et financiers (marchés publics) ;
- Pas de supervision par les médecins-chef de district dans les CdS ;
- PMA et surtout PCA incomplets: par exemple en chirurgie de base , en obstétrique de base comme l' absence de ventouse, etc ..
- Pas de plan (et carte) de couverture sanitaire actuelle et à étendre;
- Pas de plan directeur pour les HD avec analyse précise des besoins pour les futurs bâtiments et la désignation fonctionnelle des pavillons ;
- Maîtrise insuffisante des indicateurs (utilisation du SNIS) dans la planification.

Les perspectives et initiatives prometteuses en cours

- Contractualisation et introduction du FBP/FPB ;
- Construction/arrivage d' équipement supplémentaire en 2010 ;
- Solutionner le problème de l' eau et de l' électricité à l'HD Mukenke ;
- Établir des plans directeurs plus poussés / une carte de couverture sanitaire complète ;

- Continuer la formation et l'encadrement des ECD.

Analyse de la situation plus générale du système de santé validée lors de la mission de formulation

La synthèse ci dessous est présentée sur la base des 4 axes prioritaires de l'OMS (voir rapport OMS 2008²²), afin d'être en phase sur le canevas du futur PNDS qui va s'établir sur la base de ces axes.

Premier axe : Couverture universelle

Points forts	Points à améliorer
Réseau acceptable en infrastructures sanitaires	Fonctionnalité disparate des structures de soins
Gratuité des soins pour les groupes vulnérables	Solidarité nationale sous forme de mutualité à développer

Axe 1, 1^{re} stratégie : développement d'un plan national en couverture sanitaire

Points forts	Points à améliorer
Plan en préparation	Y attacher une grande priorité avant l'établissement du PNSD 2
Méthodologie disponible (Santé +)	

Axe 1, 2^{ème} stratégie : financement de la santé

Points forts	Points à améliorer
Engagement de Gouvernement et des PTF	Coordination entre intervenants
Mise à échelle nationale imminente de la contractualisation	Vision globale en terme de financement du système de santé

Deuxième axe : amélioration des prestations (de l'offre)

Points forts	Points à améliorer
Volonté politique du MSP	Formation de base et continue du personnel et fourniture des intrants
Multiplés expériences capitalisables sur le terrain	Mauvaise couverture en soins spécialisés en périphérie

Axe 2, 1^{ère} stratégie : rationalisation des offres de soins dans les CDS

Points forts	Points à améliorer
PMA défini (voir normes 2007, à actualiser?)	Ressources techniques, infrastructurelles et humaines nécessaires pour mener ces activités
	Disposer d'un guide national 'Stratégies plainte Traitement'

²² 4 axes: couverture universelle, amélioration des prestations (de l'offre), autorités sanitaires performantes et politiques publiques favorables à la santé des communautés en particulier les plus vulnérables

Axe 2, 2^{ème} stratégie : rationalisation des offres de soins dans les hôpitaux

Points forts	Points à améliorer
PCA défini (voir normes 2007, à actualiser?)	Ressources et plateau technique nécessaires pour mener ces activités Relation entre les hôpitaux à gestion autonome et les BPS/BDS en termes de responsabilité technique et de planification (et de suivi)

Axe 2, 3^{ème} stratégie : disponibilité des RH performantes

Points forts	Points à améliorer
Lauréats de la faculté en médecine générale et des EPM suffisants	Recrutements des lauréats dans les services publics Améliorer la qualité de l'enseignement (théorique, pratique et stage)
Introduction de la contractualisation dans les EPM	Pléthore d'élèves par classe dans les EPM publiques (et privées)

Axe 2, 4^{ème} stratégie : disponibilité de ressources matérielles et médicaments

Points forts	Points à améliorer
Partenaires disposés à appuyer le Gouvernement	Coordination des partenaires insuffisante
Normes et standards disponibles (à actualiser)	Politique de maintenance à adopter et appliquer Rupture des stocks ME et consommables Certaines pharmacies de BDS à recapitaliser

Axe 2, 5^{ème} stratégie : intégration des activités et ressources des PV

Points forts	Points à améliorer
Ressources de PV disponibles « Compact » IHP+ disponible mais non validé par les PTF	Rationaliser les ressources des PV au profit des structures de soins Intégration formelle et fonctionnelle

Troisième axe : autorités sanitaires performantes

Points forts	Points à améliorer
Grand intérêt pour les recommandations de l'Audit Institutionnel Contractualisation en cours à l'échelle nationale et son introduction au niveau central	Rationaliser les RH au niveau central

Axe 3, 1^{ère} stratégie : réforme de l'organisation au NC

Points forts	Points à améliorer
NC joue le rôle de régulateur Importantes réformes en cours de mise en œuvre	Décentraliser/déconcentrer les activités opérationnelles

Axe 3, 2ième stratégie : réforme de l'organisation au niveau intermédiaire

Points forts	Points à améliorer
Certaines responsabilités de ces BPS ont été transférées aux DS (l'approvisionnement des médicaments par exemple) <u>Note</u> : une évolution de ce niveau intermédiaire vers la création de BRS (5 ?) est envisagée	Octroyer suffisamment de ressources au BPS

Axe 3, 3ième stratégie renforcement des BDS

Points forts	Points à améliorer
ECD créés et motivés Normes du DS opérationnel disponibles depuis 2007	Disposer d'un document conceptuel du DS au niveau national (dans le cadre de la décentralisation) Manque de ressources financières et matérielles octroyées aux BDS Formation des ECD sur des outils nationaux harmonisés

Axe 3, 4ième stratégie : suivi et évaluation et SNIS

Points forts	Points à améliorer
Expertise SNIS (à capitaliser) Plusieurs PTF se sont engagés à appuyer le renforcement du SNIS	Mettre en œuvre les plans de renforcement du SNIS Les informations collectées au niveau périphérique sont peu utilisées comme aide aux décisions, là où elles sont collectées et produites (CDS et BDS) Renforcer l'intégration des données collectées par les PV

Quatrième axe : politiques publiques favorables à la santé des communautés

Points forts	Points à améliorer
Prise en charge des vulnérables, gratuité de certains soins préventifs et curatifs (malaria, en SMI, VIH/Sida, ..)	Dialogue communautaire à renforcer

Axe 4, 1ère stratégie : collaboration intersectorielle

Points forts	Points à améliorer
/	Meilleure coordination Intersectorialité à améliorer

Axe 4, 2ème stratégie : mesures environnementales

Points forts	Points à améliorer
Un Ministère de l'Environnement existe Un service d'hygiène et d'assainissement existe au MSP	Renforcer les mécanismes de coordination

7.4 CHRONOGRAMME

Titre de l'intervention: Programme d'appui institutionnel au secteur de la santé au Burundi Code Navision: BDI0905801			CHRONOGRAMME			
			ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
Objectif spécifique: "Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, un renforcement et une efficience accrue des structures périphériques, et une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical"						
Volet 1: Gouvernance sanitaire au niveau central						
<i>A 01 Réformes institutionnelles appuyées</i>						
A	01	01	Mise en oeuvre des recommandations de l'audit institutionnel et organisationnel			
A	01	02	Coordination des départements et partenaires du MSP			
A	01	03	Améliorer les infrastructures et équipements du MSP au niveau central et dans les 5 DS de Muramvya et Bujumbura Mairie			
A	01	04	Développer une mémoire institutionnelle			
<i>A 02 Processus de planification renforcé</i>						
A	02	01	Mise en place d'un processus de planification ascendante et participative			
A	02	02	Contribuer à finaliser le PNDS2			
A	02	03	Élaborer un document de SRSS et GNODS			
<i>A 03 Renforcement du SNIS</i>						
A	03	01	Établir un plan stratégique de transformation d'EPISTAT en SNIS			
A	03	02	Soutenir la fonctionnalité du SNIS			
A	03	03	Soutenir la fonctionnalité du SNIS (Consultance)			
A	03	04	Co-organiser la Revue Annuelle Conjointe			
<i>A 04 La qualité de la gestion et de l'offre de soins est améliorée</i>						
A	04	01	Former les BDS et BPS cible			
A	04	02	Renforcement du PCA des DS (en chirurgie de base)			
A	04	03	Améliorer la qualité de la prise en charge			
<i>A 05 Contribuer à un système de financement maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins</i>						
A	05	01	Démarrage du FBP au niveau Central			
A	05	02	Définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé			
Volet 2 : Gouvernance sanitaire périphérique						
<i>A 06 Les capacités d'encadrement des BPS cible sont renforcées</i>						
A	06	01	Renforcer les BPS en capacité de contrôle et de suivi des FOSA et en SNIS Provincial			
A	06	02	Renforcer le FBP au niveau du BPS de Kirundo			
<i>A 07 les BDS cibles sont opérationnels</i>						
A	07	01	Former les BDS cibles			
A	07	02	Introduire le PBF dans ces BDS supervisés et l'exécuter			
A	07	03	Développer une stratégie d'amélioration de la qualité des services et soutenir l'application SNIS			
<i>A 08 Les 2 HD de Kirundo sont fonctionnels (en conformité avec le PCA)</i>						
A	08	01	Introduire le FBP ciblé sur les 2 HD			
A	08	02	Appuyer l'application de protocoles cliniques			
A	08	03	Introduire dans le PCA des 2 HD en soins chirurgicaux et obstétricaux de base			
A	08	04	Créer des lieux de stages pour étudiants infirmiers			
A	08	05	Réhabiliter les 2 HD			
<i>A 09 Les CDS des 4 DS fournissent un PMA de qualité</i>						
A	09	01	Introduire et maintenir les FBP et l'application du SNIS dans les CDS supervisés			
A	09	02	Introduire une politique de prise en charge de maladies			
A	09	03	Créer des lieux de stage pour les infirmiers			
<i>Le système de Référence/Contre-référence est renforcé dans la Province de Kirundo</i>						
A	10	01	Assurer les moyens de communication			
A	10	02	Instaurer un Fonds de Solidarité			
<i>A 11 L'engagement communautaire est renforcé</i>						
A	11	01	Appuyer la gestion de la participation communautaire			
A	11	02	Appuyer les mécanismes de financements par les mutuelles et les programmes de gratuité			

Volet 3: Appui au développement des RH/Santé					
<i>A 12 Une politique globale en RH/Santé est mise en oeuvre</i>					
A	12	01	Appuyer la DRH dans l'établissement d'une base de données dynamique (dans le cadre de la mise oeuvre du PNDS 2)		
A	12	02	Appui à la mise en oeuvre d'une gestion décentralisée		
A	12	03	Établir une politique de formation continue et appuyer son application		
<i>A 13 Les 4 EPM et l'ETAL livrent une formation de qualité aux futurs paramédicaux</i>					
A	13	01	Appuyer la fonctionnalité des 4 EPM et ETAL		
A1	13	02	Renforcer les capacités et compétences des enseignants		
A	13	03	Mettre à disposition des curriculums et modules		
A	13	04	Créer une cellule pédagogique avec l'INSP		

7.5 TDR PERSONNEL LONG TERME

7.5.1 Conseiller technique international appui institutionnel au niveau central et coordinateur du programme

7.5.1.1 Poste

Un programme d'appui institutionnel au secteur de la santé a fait l'objet d'une CS au sein de la coopération belgo-burundaise. Ce programme a 3 composantes : (i) un appui institutionnel au niveau central, (ii) un autre au niveau périphérique et (iii) au développement des RH/Santé. Il est prévu un poste de conseiller technique senior, médecin en Santé Publique ou expertise équivalente avec une expertise en développement organisationnel et 'change management' dans le cadre d'un appui institutionnel au MSP. La personne sera responsable pour la partie belge (CTB) pour la première composante et également responsable pour la coordination et la cohérence interne de l'ensemble du programme.

L'expertise vise principalement un transfert de compétences et de savoir-faire pour améliorer le fonctionnement interne du MSP au niveau central ainsi qu'à mieux gérer ses interactions et lignes de communication avec son environnement (avec le terrain, avec les partenaires/acteurs opérationnels, avec les partenaires/bailleurs, avec les autres Ministères). Il s'agit aussi d'augmenter les capacités transformationnelles dans le cadre d'une dynamique de 'change management'.

7.5.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat résidera à Bujumbura et travaillera au sein du MSP. Il sera rattaché à la Direction Générale de Santé Publique (DG SP) du MSP, ainsi proposée par le Ministère dans le cadre de sa re-dynamisation. Il effectuera de multiples déplacements dans les provinces afin de veiller au lien entre le niveau central et le terrain. L'ancrage spécifique n'empêche pas au conseiller de travailler avec plusieurs directions du Ministère.

7.5.1.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

7.5.1.4 Responsabilités

Volet technique de l'appui: le conseiller technique est responsable pour un encadrement technique de qualité durant l'exécution de l'intervention.

Volet gestion de l'appui : le conseiller technique est co-responsable, ensemble avec le Responsable de l'intervention, le directeur général de la santé publique au sein du MSP, pour l'exécution du programme.

7.5.1.5 Résultats – tâches

Ses responsabilités techniques :

Donner un appui méthodologique et technique aux différents de dynamique de groupe et former les cadres du MSP, faciliter un processus de 'change management', assurer une meilleure circulation de l'information dans le secteur, développer des stratégies (en premier lieu pour la gestion des 'ressources humaines') et encadrer la recherche-action. Ces tâches se feront à travers un accompagnement de proximité afin d'augmenter l'efficacité du travail au sein du MSP et de renforcer les liens entre tous les acteurs du système (le MSP, le terrain, les partenaires au développement, les acteurs opérationnels, les autres Ministères).

Ses responsabilités de manager et expert, conjointement avec le DG SP ou son délégué

- Piloter, en tant que Coresponsable, la mise en œuvre du programme

- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des cinq résultats intermédiaires de sa composante
- Contribuer à créer un bon climat de concertation et de collaboration au sein du programme
- Appuyer la cellule à 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;

Ses responsabilités de coordination

La coordination du programme est extensivement décrite dans le chapitre 5.1. Le conseiller doit assurer que les différentes composantes se coordonnent en interne, qu'ils arrivent à une planification et budgétisation cohérentes pour l'ensemble du programme et que chaque volet contribue aux objectifs communs du programme. L'estimation du temps réservée à cette responsabilité, partagée avec le Directeur de l'Intervention et avec ses collègues CT, est globalement de 10 % de la totalité de son temps.

Il sera étroitement appuyé par le RAF international.

7.5.1.6 Profil

Niveau de formation :

- Médecin en Santé Publique ou une compétence jugée équivalente à travers la connaissance et les expériences de terrain dans le domaine de la santé

Expérience :

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 5 ans dans un contexte international et dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience (min de 5 ans dans au moins 2 des expériences suivantes) prouvée en :
 1. Planification, organisation, gestion et coordination de projet/programme
 2. Accompagnement d'un processus de transformation ('change management')
 3. Encadrement des équipes et gestion des ressources humaines
 4. Familier avec la Coopération Internationale et la gestion des projets/programmes

Compétences :

- 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 (Word, Excel, Powerpoint, Base de données)

7.5.1.7 Gestion du contrat

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

7.5.2 Conseiller Technique International en santé publique pour l' appui institutionnel en périphérie

7.5.2.1 Poste

Il est prévu un poste de conseiller technique senior, médecin en Santé Publique ou expertise équivalente avec une expertise en développement organisationnel et 'change management' dans le cadre d' un appui institutionnel au niveau périphérique au sein du MSP, qui est une composante d' un programme d' appui institutionnel au secteur de la santé. La personne exercera ses fonctions pour la partie CTB..

7.5.2.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Il est prévu un poste de Conseiller Technique senior en santé publique, qui sera attaché au support au BPS de Kirundo. La position l' amènera également à s' investir fortement dans les quatre BDS et les structures sanitaires de la province. Ceci ne l' empêchera pas de travailler aussi avec d' autres BPS/BDS du pays quand le programme l' exige et comme déjà indiqué dans le DTF pour certaines domaines.

Le candidat résidera à Kirundo. Il effectuera des déplacements fréquents en dehors de la province (réunions de concertation et de coordination à Bujumbura) et au sein de la province (encadrement BDS, visites de structures sanitaires).

7.5.2.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

7.5.2.4 Responsabilités

Responsabilités générales

Le Conseiller Technique senior en santé publique occupe un rôle central dans l' appui au BPS, aux BDS et à l' offre de soins dans les 4 DS de Kirundo et de Muramavya. Ce rôle inclut particulièrement le renforcement des capacités stratégiques du BPS, des capacités opérationnelles des BDS et de la qualité clinique et de service des prestataires de soins (au niveau des HD et des CdS).

Responsabilités techniques

- Appui au développement, à la mise en œuvre et au suivi du plan national de développement sanitaire au niveau opérationnel, c'est-à-dire les districts sanitaires et de l' ensemble de leurs organes et acteurs (BPS, BDS, Hôpitaux, CdS, CoSa...), réalisant la jonction entre les besoins et les moyens effectifs
- Appui méthodologique au BPS dans ses fonctions de planification, de mise en œuvre et d' évaluation du plan de développement et du plan d' action annuel des districts sanitaires
- Accompagnement des BDS dans la mise en œuvre pratique de leurs activités (formation sur le terrain, visites, réunions, communication, activités intersectorielles)
- Soutien actif à l' acquisition de compétences via un encadrement de terrain, le développement d' une politique de formation cohérente, la définition et la formalisation de méthodes de travail (protocoles, manuels méthodologiques, formations formelles, formation sur le terrain, séminaires)
- Appui au renforcement des mécanismes de communication et de coordination entre BPS, BDS et le niveau central et l' ensemble de leurs partenaires.
- Appui à la recherche, la formulation et le développement de stratégies intersectorielles impactant sur les conditions socio-économiques de la population.

- Appui au système de maintenance des infrastructures et équipements
- Appui au système de référence et contre-référence
- Encadrement méthodologique et opérationnel du CT en anthropologie
- En collaboration avec l'ensemble de la Sous Unité Opérationnelle, récolte des données, quantitatives et qualitatives utiles pour la documentation des diverses études/recherches du projet et pour le suivi d'ensemble. Suivi des indicateurs et leur intégration dans les outils de travail
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience, au niveau national et éventuellement au niveau international.
- Participation aux publications et réunions techniques organisées par le MSP
- Contribuer de son côté à la cohérence interne du programme

Responsabilités comme Sous Délégué à la Cogestion, communes avec le Sous DI

Avec l'appui du CT en anthropologie et d'un expert local, il remplira les tâches suivantes :

Gestion administrative et financière du projet selon les procédures en vigueur :

- superviser les rapports comptables et les transmettre à l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination
- veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à la disposition du projet
- gérer le personnel mis à la disposition du volet concerné
- concevoir et rédiger les termes de référence des marchés publics du programme le concernant selon les procédures en vigueur.

Suivi et rapportage :

- organiser, coordonner et superviser l'exécution des activités
- rédiger les rapports semestriels d'avancement et le rapport final d'exécution, ainsi que les rapports de suivi-évaluation selon le canevas de la CTB
- soumettre l'état d'avancement et de l'obtention des résultats intermédiaires à la SMCL à travers l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination du programme
- proposer, le cas échéant et sur le même mode, à la SMCL les ajustements ou modifications des résultats intermédiaires
- élaborer et soumettre sur le même mode à la SMCL les plans de travail du projet et adapter cette planification en fonction de l'évolution de la prestation
- assister le Delco du programme pour le secrétariat de la SMCL en concertation avec les autres composantes.

7.5.2.5 Profil

Niveau de formation

- Médecin en Santé Publique ou une compétence jugée équivalente à travers la connaissance et les expériences de terrain dans le domaine de la santé

Expérience

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 3 ans dans un contexte international et dans le domaine de la Santé Publique. Une expérience poussée sur la mise en œuvre des districts sanitaires et donc une connaissance prouvée de la dynamique des services de santé périphériques.
- Expérience (min. de 5 ans dans au moins 2 des expériences suivantes) prouvée en :
 1. Planification, organisation et gestion de système de santé
 2. Encadrement des équipes et gestion des ressources humaines

3. Familier avec la Coopération Internationale et la gestion des projets/programmes

Compétences

- 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 animations 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 (Word, Excell, Powerpoint, Base de données)

7.5.2.6 Gestion du contrat

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

7.5.3 Conseiller Technique en sciences sociales et anthropologiques

7.5.3.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique avec expertise en sciences sociales et anthropologiques et en 'change management' au sein de la composante « appui institutionnel au niveau périphérique au sein du MSP » du programme « appui institutionnel au secteur de la santé au Burundi ». La personne exercera ses fonctions dans cette composante pour la partie CTB.

7.5.3.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Ce poste est intégré à l'équipe d'intervention à Kirundo (au sein de la BPS). Cette position l'amènera à s'investir dans les quatre BDS et les structures sanitaires de la Province. Il ou elle travaillera sous la responsabilité du conseiller senior et en collaboration étroite avec les quatre BDS, les organes de gestion et de représentation de la population au niveau des structures sanitaires, et tout autre acteur de la société civile potentiellement influent. Ceci ne l'empêchera pas de travailler aussi avec d'autres BPS/BDS du pays si le programme l'exige et comme indiqué dans le DTF dans son domaine de compétence.

Le ou la candidat(e) résidera à Kirundo. Il ou elle effectuera des déplacements fréquents au sein de la province (encadrement BDS, visites des structures sanitaires) et, si nécessaire, en dehors de la province (visites de CoSa en dehors de la Province, encadrement de réunion, animation d'enquêtes, observation de méthodes de travail, réunions coordination à Bujumbura, à la Province de Muramvya, etc, ...). Le ou la candidat(e) aura à coordonner toutes les activités de meilleure compréhension et de renforcement de la demande de soins et à anticiper les besoins relatifs aux développements ultérieurs, notamment dans la perspective de création d'une assurance maladie universelle pour la province.

7.5.3.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans

7.5.3.4 Profil

Le profil de ce poste contient les éléments suivants :

- Maîtrise en sciences sociales (sociologue, anthropologue, économiste)
- Expérience de travail d' au moins deux ans dans le développement de mécanismes de participation communautaire et/ou de financement de la demande de soins, préférablement dans un contexte de districts sanitaires en pays en voie de développement
- Sont des atouts : une expérience plus longue, et/ou assorties de publications et/ou de réalisations concrètes connues ; une expérience préalable à un poste similaire au sein d' une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé publique; une connaissance préalable du contexte burundais et de son système de santé
- Fin diplomate, analyste. Capable de s' intégrer dans une équipe existante et d' y faire accepter des initiatives innovantes. Doit pouvoir combiner à la fois capacités analytiques et logique opérationnelle
- Accepte un volume de déplacements élevé au sein de la province
- Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats)
- Excellent niveau d' écriture et d' expression en français

7.5.3.5 Responsabilités techniques

Ses responsabilités techniques sont décrites ci-dessous :

- Développement en partenariat avec les BDS d' une politique de renforcement de la participation communautaire et de la représentation de la population intégrant l' ensemble des acteurs des districts (CoSa, TPS, ASC, société civile, autres)
- Participation aux réformes des outils de travail et intégration d' activités et indicateurs relatifs à la participation communautaire et la représentation de la population
- Encadrement méthodologique et opérationnel en sa matière des membres de la Sous Unité Opérationnelle et des BDS impliqués dans la mise en œuvre du PNDS et des réformes
- Appui méthodologique et opérationnel au renforcement des capacités des acteurs de terrain (CoSa, ASC, TPS)
- Participation au processus de développement et de mise en œuvre de l' approche contractuelle dans les districts
- Encadrement des CdS dans les réformes de méthode de travail orientées vers les soins de santé centrés sur le patient (plate-forme de revue des cas critiques, développement par les CdS de modalités de fonctionnement alternatives, certains aspects de la contractualisation)
- Veiller au développement d' une politique de communication pertinente, soutenue au cours du temps et exploitant une diversité de médias.
- Suivre et rapporter aux autres membres des BPS sur toutes les activités de recherche de mécanismes alternatifs de financement de la demande de soins (y inclus les expériences de mutuelisation)
- Participation aux ateliers de restitution d' expérience dans le domaine de la demande des soins et son financement, au niveau national et éventuellement au niveau international
- Participation aux publications et réunions techniques organisées par le BPS et le MSP.
- Veiller aux aspects 'genre' dans l' organisation des services de santé et stimuler la compétence et la conscientisation des autres acteurs dans l' ensemble du programme.

7.5.3.6 Gestion du contrat

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

7.5.4 Conseiller Technique international en appui au département des ressources humaines au MSP

7.5.4.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique International avec une expertise en gestion des ressources humaines dans le système de santé en appui institutionnel et technique au Département des RH du MSP. Ce poste est créé dans le cadre d'une des 3 composantes du programme d'appui au secteur de la santé. La personne sera en fonction dans cette composante en tant que partie CTB.

7.5.4.2 Localisation et cadre institutionnel

Le candidat résidera à Bujumbura et travaillera au sein du MSP. Il sera rattaché à la direction des ressources humaines du MSP dans le cadre de sa redynamisation. Il effectuera de multiples déplacements dans les provinces afin de veiller au lien entre le niveau central et le terrain. L'ancrage spécifique n'empêche pas le conseiller de travailler avec d'autres directions du Ministère.

7.5.4.3 Durée

La durée du contrat est de 4 ans.

7.5.4.4 Responsabilités

Le conseiller technique aura des tâches assez variées à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il partagera son attention entre le Ministère (60 % de son temps) les visites de terrain (30 % de son temps) et la cogestion des fonds du programme (10 % de son temps).

Au niveau du Ministère, il devra

- Appuyer la direction des RH pour le développement d'une politique nationale des ressources humaines. Il devra combiner, pour cet aspect, une bonne connaissance de la situation en périphérie, une vision claire sur le modèle du système de santé réaliste pour le Burundi et une connaissance du système de fonction publique dans les pays en développement. Il se familiarisera avec le concept de contractualisation dans le secteur de la santé sous toutes ses formes
- Pour le service chargé des écoles paramédicales, le conseiller doit maîtriser le concept de la supervision formative, doit savoir développer des instructions opérationnelles et avoir de l'expérience en formation continue de cadres médicaux. Il devra développer un système de contractualisation
- Il devra organiser des missions d'expertise dans différents domaines complémentaires au sien.
- Il devra avoir des notions d'économie de santé.

Au niveau périphérique il devra

Combiner une bonne connaissance du terrain dans le secteur de la santé et particulièrement dans les domaines (conceptuels et pratiques) du District Sanitaire. Il devra surtout maîtriser le travail au niveau des Centres de Santé, se familiariser avec les outils de travail et des instructions cliniques existantes utilisés au Burundi et, enfin, comprendre le contenu des programmes verticaux.

Il devra conseiller techniquement et appuyer toute action dans le domaine de l'andragogie comme: l'établissement de référentiels de compétence et de curriculum, l'encadrement pédagogique, l'apprentissage théorique et pratique, le développement d'attitudes (professionnelles), les savoir-faire, savoir être, etc....

En gestion administrative et financière du projet il devra selon les procédures en vigueur

- En tant que Sous Délégué à la Cogestion de la composante : superviser les rapports comptables de la composante et les transmettre à l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination
- Veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à la disposition de la composante
- Gérer le personnel mis à la disposition de la composante
- Concevoir et rédiger les termes de référence techniques des marchés publics du programme le concernant selon les procédures en vigueur
- Fournir les informations nécessaires pour la SMCL et contribuer à la coordination et cohérence interne du programme.

7.5.4.5 Profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

- Expert en gestion des RH et en andragogie au sein d'un système de santé publique. Un profil d'économiste de santé, de médecin en santé publique, de licencié en sciences médico-sociales n'est pas exclu pour autant qu'il possède de bonnes connaissances et bonne maîtrise du système de santé et du fonctionnement au niveau opérationnel
- Expérience d'au moins 10 ans dans le système de santé en général et d'au moins 5 ans au niveau de programmes de formations de RH en santé et autant dans l'opérationnel dans des pays en voie de développement
- Expérience confirmée dans les domaines de la pédagogie de la santé et en formation continue des cadres médicaux, management des ressources humaines et contractualisation
- Expérience confirmée en gestion de projets de santé (planning, administration, budgétisation, etc...)
- Grande aptitude à travailler en équipe
- Bonnes aptitudes rédactionnelles
- Bonnes aptitudes aux communications interculturelles et interpersonnelles
- Expertise dans les marchés publics
- Bonne maîtrise des logiciels de traitement de texte, de feuille de calcul et de base de données
- Parfaite maîtrise de la langue française, maîtrise de la lecture anglophone
- Compétences en négociation et encadrement
- Capacité de systématisation des données et de conceptualisation à partir des observations du terrain.

7.5.4.6 Gestion du contrat

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

7.5.5 Responsable Administratif et Financier International du programme

7.5.5.1 Poste

Le responsable administratif et financier international du programme assume la responsabilité de la gestion financière et administrative du programme, il appuie les équipes financières et administratives des composantes et consolide leurs données. Il s'intègre dans l'équipe du programme en dépendant hiérarchiquement du Représentant Résident 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. .

7.5.5.2 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Il travaillera à mi-temps pour le programme santé.

7.5.5.3 Ses 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 liés au programme dans sa globalité.
- Appuyer au démarrage du 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 demande
- 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' appels d'offres
 - Appuyer la gestion administrative des marchés publics (sélection, analyse, attribution, suivi et clôture) surtout en l' absence du gestionnaire MP
 - Participer aux dépouillements des offres en l' 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.

7.5.5.4 Son profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

- Etre en possession au minimum d' un diplôme d' Etudes supérieures 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 programme 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.

7.5.5.5 Gestion du contrat

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

7.5.6 Gestionnaire Local des Marchés Publics

7.5.6.1 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 loi MP burundaise et belge) depuis la rédaction des DAO jusqu’ à l’ attribution. Il 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 périphériques)

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

Il 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 MSP afin d’ assumer un transfert de compétences au sein des unités ministérielles responsables des MP.

7.5.6.2 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

7.5.6.3 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.

7.5.6.4 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 marchés publics de la Représentation de toute irrégularité constatée, de toute tentative de manœuvre frauduleuse ou de toute existence de risque potentiel avérée d'introduction de recours.

7.5.6.5 Gestion du contrat

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

7.5.7 Un ingénieur civil-architecte international en 1/3 temps

7.5.7.1 Note introductive

L'expertise est demandée dans le domaine de la construction pour les secteurs de la santé, de l'agriculture, de l'éducation et la gouvernance. Elle a pour 2 objets principaux : (i) celui d'appuyer les équipes des programmes sectoriels respectifs dans la préparation et suivi des travaux de constructions et la résolution des problèmes spécifiques dans le domaine de la construction et (ii) celui de renforcer les capacités des responsables techniques Burundais des différents Ministères (techniciens ou ingénieurs) dans le domaine de la construction.

7.5.7.2 Poste et localisation

Cet expert en infrastructures de niveau international et pluridisciplinaire va aider à la planification, à l'aide à la conception (théorique) des infrastructures auprès du Programme et du MSP, au contrôle et vérification des plans proposés (+ budget afférent) par des Bureau d'études, appuyer le ou les techniciens en construction du programme à vérifier et contrôler les travaux effectués (contrôle, réceptions provisoires et définitives), faire des audits qualité technique. Cet expert architecte international pourra suivre les infrastructures et assurer à ces techniciens un appui.

Il fait partie de l'équipe technique internationale du programme. Il contribuera dans son domaine d'expertise à la coordination du programme et fournira les informations nécessaires pour les réunions de la SMCL. Il peut y participer en cas de besoin comme personne ressource.

7.5.7.3 Durée :

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

7.5.7.4 Responsabilités

Dans la mesure du possible il travaillera avec le département des infrastructures du MSP afin de contribuer à un transfert continu de compétences. Il sera responsable pour concevoir le contenu technique des cahiers de charge, il assistera dans le dépouillement des offres des MP et il organisera la supervision des travaux sur le terrain. Plus précisément, dans les domaines suivants et en étroite collaboration avec le département des infrastructures du MSP :

Préparation des constructions

- appuyer le projet à la mise en place de la planification de l'ensemble des travaux à réaliser dans le programme sectoriel
- appuyer les projets dans la rédaction de TdR et dans le processus de sélection des collaborateurs en charge des infrastructures au sein de chaque projet
- appuyer à la rédaction de la partie technique du DAO et à la sélection (de consultants) et des bureaux d'études en charge de la conception des infrastructures/constructions et suivi des travaux
- conseiller le gestionnaire MP dans les aspects techniques des appels d'offre « construction »
- participer aux dépouillements des offres reçues
- encadrer la conception des projets de construction ou de réhabilitation jusqu'à leur plans définitifs
- contrôler techniquement les plans et la budgétisation effectués par les bureaux d'études pour les constructions prévues dans le programme sectoriel
- Concevoir les cahiers de charge des travaux de construction/ réhabilitation identifiés par les volets du programme
- Chiffrer les valeurs des travaux à entamer
- Organiser les visites d'acceptation provisoire et définitive des travaux réalisés, y compris des visites successives pour contrôler les corrections réalisées par l'entrepreneur
- Contribuer aux rapportage du programme et aux informations nécessaires pour les réunions de la SMCL.
- favoriser à ce que les thèmes transversaux de la coopération belge soient bien pris en compte dans la conception des ouvrages, notamment le 'genre' et l'environnement (par l'introduction des concepts liés au développement durable et les énergies renouvelables).

Exécution des constructions et suivi et conseil

- appuyer à la rédaction de la partie technique du DAO et participation à la sélection (de consultants et) des entrepreneurs en charge des travaux de construction
- valider les rapports de contrôle des travaux
- donner des conseils techniques en cas de conflit juridique
- assurer la qualité et appuyer le programme dans le suivi des travaux
- participer à des visites de terrain pendant les travaux de façon à auditer et éventuellement recadrer les prestations du contrôleur des travaux
- appuyer techniquement le programme dans les réceptions provisoires et définitives
- conseiller le programme par rapport aux paiements et des outils de paiement
- mettre en place une méthodologie de suivi de chantier
- appui à la résolution de problèmes spécifiques
- assurer les réceptions définitives si le programme est clôturé.

Renforcement des capacités

- mise en place d'une stratégie de renforcement des capacités et proposer des formations et des candidats au programme 'bourses' de la coopération belge
- renforcer les capacités du personnel technique du programme et du MSP à travers une collaboration/concertation étroite
- contribuer au développement des normes d'infrastructures du MSP, en veillant notamment à la mise en place d'un programme de maintenance
- formation et encadrement du personnel du programme
- élaboration éventuelle d'instruments et de procédures spécifiquement liées au programme
- capitalisation des expériences et tirer les leçons des programmes pour les prestations futures et conseils à communiquer au MSP (sur: stratégie à long terme, planification, normes, code sanitaire, etc. ...)

7.5.7.5 Profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

Expertise :

- Un architecte ou ingénieur-architecte

Expérience

- Au moins 7 ans d'expérience en construction civile dont au moins 4 ans dans les pays en développement
- Expérience en suivi et contrôle des travaux de construction notamment d'hôpitaux et Cds
- Expérience en architecture durable en milieu tropical
- Expérience en marchés publics
- Expérience en gestion de projet
- Capacité en négociation prouvée
- Maîtriser les logiciels informatiques courants
- Excellente maîtrise du français
- Connaissance de l'environnement Burundais est un atout

7.5.7.6 Gestion du contrat

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

7.5.8 Un Expert Régional en Information Sanitaires et Surveillance Epidémiologique

7.5.8.1 Poste et localisation

Un expert sous-régional sous contrat local, expert en santé publique avec de l'expérience en système d'information sanitaire qui aura pour fonction d'appuyer l'atteinte du Résultat 3 de la composante « Appui à la gouvernance au niveau Central », sous la coordination de l'Unité Centrale de Gestion et de Coordination. Il sera logé au sein de l'actuel EPISAT dans l'attente de la mise en place du SNIS (voir adoption d'un nouvel organigramme du MSP). Le programme a besoin d'un tel Expert parce que l'expertise requise et indispensable n'est actuellement pas disponible au MSP.

L' intervention coordonnera entre le MSP et le programme « bourses » de la coopération belge afin de former en qualité et quantité suffisantes les cadres nationaux

7.5.8.2 Durée :

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

7.5.8.3 Responsabilités

Pour pallier les insuffisances de son système d' information sanitaire (SNIS), le MSP a bâti sa stratégie de revitalisation du système d' information sanitaire sur **deux axes complémentaires** :

1. Assurer la « modernisation » de la cellule d' épidémiologie et de statistiques EPISTAT en améliorant son organisation interne et son système informatique et en développant les compétences de son personnel dans les domaines de l' informatique, de l' analyse et de la diffusion des données. Cette « modernisation » devra permettre à EPISTAT d' assurer, au moment venu, le fonctionnement du futur SNIS
2. Relancer au niveau du Ministère la structure temporairement baptisée « Cellule de Transformation du SNIS » (CT SIS) qui sera chargée de mener à bien toutes les opérations nécessaires pour assurer la mutation vers un SNIS informatisé, performant, intégré et décentralisé. Cette cellule devra en plus veiller à ce que EPISTAT soit constamment impliqué avec une appropriation progressive par les agents du futur SNIS.

7.6 TDR PROPOSÉS POUR UNE MISSION AU DÉBUT DU PROGRAMME

Une mission du département de EST-CTB est prévue au démarrage du programme quand les différents experts nationaux et internationaux seront mis en place. Les termes de références de la mission seront rédigées en détail par eux selon leur besoin du moment. D' une façon générale, la mission aura comme objectif (i) de définir les modalités de collaboration entre les différents volets du programme, (ii) de définir ses modalités de coordination, (iii) de contribuer à la planification initiale du programme et, enfin, de participer à la re-programmation des 3 projets actuels pour lequel les termes d' échéance vont tomber en cours de la présente intervention.

La mission d' une durée de 10 jours aura une attention sur le « data baseline » des indicateurs de suivi afin de compléter les éléments qui manqueraient et en particulier sur les 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie.

Deux experts de la CTB seront présents.