

FWC Services for the implementation of external aid (SIEA) 2018

Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi

Lettre de contrat SIEA-2018-1578

RAPPORT FINAL

Rédigé par Véronique POMATTO,
Yorba SOURA, Maurice COENEGRACHTS,

Le 12 juillet 2021



Ce projet est financé par
l'Union européenne



Ce projet est mis en œuvre par
IBF International Consulting

“Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité du contractant et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l’avis de l’Union européenne.”

TABLE DES MATIÈRES

_Toc76995934

Acronymes et abréviations	iv
1. Introduction.....	5
A. Les programmes PASS 1 et PASS 2	5
B. Méthodologie de l'évaluation	6
2. Réponses aux questions d'évaluations.....	8
A. Pertinence.....	8
B. Cohérence	12
C. Efficience	16
D. Efficacité	23
E. Couverture	29
F. Impact.....	31
G. Durabilité.....	32
3. Conclusions et recommandations	42
A. Enseignements tirés	42
B. Conclusions	42
C. Recommandations.....	46
D. Recommandations de l'atelier FFOM.....	50
ANNEXES.....	51
Annexe 1. Termes de référence de l'évaluation finale de PASS 1 et à mi parcours de PASS2.....	52
Annexe 2. Champ de l'évaluation	83
Annexe 3. Logique d'intervention des PASS.....	84
Annexe 4. Critères de sélection des provinces à visiter	85
Annexe 5. Liste des documents consultés	86
Annexe 6. Liste des personnes rencontrées	91
Annexe 7. Tableaux d'indicateurs de qualité de soins non rémunérés	101
Annexe 8. Carte du Burundi.....	108
Annexe 9. Améliorer l'efficience et durabilité du FBP.....	109

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMU	Assurance médicale Universelle
ASC	Agents de Santé Communautaire
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CDS	Centres de Santé
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CE	Commission européenne
COGES	Comité de gestion
COPEDE	Conseil pour l'Education et le Développement
CORDAID	Catholic organisation for Relief and development Aid
COSA	Comité de santé
COVID19	Coronavirus disease
CPSD	Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CRIB	Comité de Réflexion Inter Bailleurs
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT-FBP	Comité technique FBP
DGS	Direction Générale de la santé
DPSHA	Direction de la Promotion de la Santé de l'Hygiène et l'Assainissement
DUE	Délégation de l'Union Européenne
EDS	Enquête Démographique de Santé
ENABEL	Coopération belge, anciennement CTB, Coopération technique Belge
FOSA	Formations sanitaires
FBP	Financement basé sur la performance
FFOM	Forces Faiblesses Opportunité Menace
GMAO	Gestion de la maintenance assistée par ordinateur
INSP	Institut National de Santé Publique
MCS	Mutuelles communautaires de Santé
MDPHASG	Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAA	Plan d'Action Annuels
PASBU	Projet d'appui au système de santé du Burundi
PASS	Programme d'Appui au Système de Santé
PF	Planification familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIDS	Plan National de Développement de l'Informatique Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PROGISSA	Programme de Gestion Informatique du Secteur de Santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
SPT	Stratégies Plaintes Traitement
UE	Union européenne

1. INTRODUCTION

La population du Burundi est estimée à 11.495. 438 habitants en 2017 et pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027) avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9 enfants par femme (RGPH 2008, EDS III 2016-2017). La démographie sans cesse croissante est un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (EDS III 2016-2017).

La densité moyenne de cette population, l'une des plus forte d'Afrique, est estimée à environ 413 hab /km² en 2017. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 90% de la population qui vit en zone rurale.

En 2017, plus de 70% de la population burundaise vivait en dessous du seuil de pauvreté (avec moins de 1 dollars par jour)¹.

Environ un quart de la population bénéficie directement de la gratuité des soins, soient les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de cinq ans. La Gratuité ciblée, déclarée en 2006 par le Gouvernement, et le Financement Basé sur la Performance (FBP), instauré en 2010, tendent vers l'Objectif de Développement Durable (ODD) de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), de même que les efforts des partenaires au développement et du gouvernement, en conformité avec la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

A. Les programmes PASS 1 et PASS 2

Dans ce contexte, le programme PASS 1 et 2 vise à améliorer l'état de santé de la population dans les 18 provinces du Burundi. Ses deux objectifs spécifiques déterminent les deux composantes qui constituent ce programme :

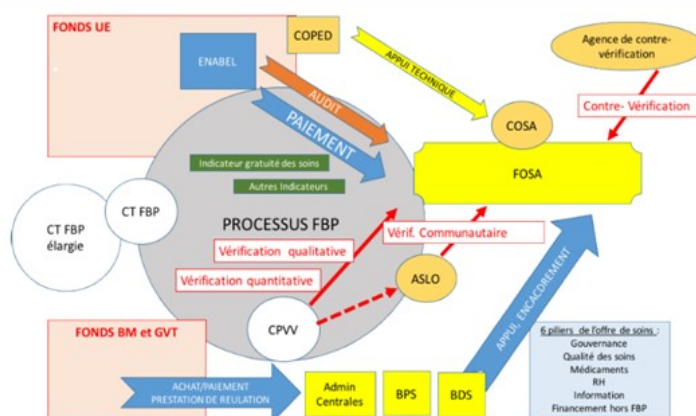
1. L'accès **équitable** aux soins de santé de **qualité** pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est renforcé. Cette composante 1 était initialement basée sur la contribution au paiement du FBP pour les CdS et HD, à côté des autres PTF actifs en la matière. En 2019, les contributions des partenaires au FBP dans son ensemble, au Burundi se répartissaient comme suit : Banque Mondiale 40%, le Gouvernement 37,2%, UE 18,7%, KfW, GAVI 3,4%. A la suite d'audits techniques mis en œuvre dans cette composante, celle-ci a été progressivement complétée d'appui visant la qualité des services par le rajout d'une « activité 4 » dans PASS 1 puis par l'inclusion de produits axés sur la qualité, tels que le respect des protocoles (SPT), le cadre régulateur et le renforcement de la communication dans le PASS 2. Cette composante est mise en œuvre par ENABEL, à travers une convention de délégation.
2. La participation de la **société civile** à la **cogestion** du système de santé est améliorée. Cette composante 2 vise à former les **Comités de Santé** et les **Comités de Gestion**, à rétablir les liens avec la population et les centres de santé, en conformité avec la stratégie de santé communautaire et à en améliorer leur gestion et fonctionnement. Cette composante est mise en

¹ http://burundi-eco.com/parcem-burundi-connaît-pauvrete-extreme-alarmante/#.YOFSTUw6_b0, consulté en juin 2021

œuvre par COPED, Conseil pour l'Education et le Développement, ONG burundaise à travers une convention de subsides.

L'UE a engagé initialement 45 111 000 € pour le PASS 1 (réf. CRIS: FED/2016/2016/038 –774) avec une durée de 48 mois et ensuite en 2019, 29 500 000 € pour la deuxième phase du programme (réf. CRIS FED/2019/041-751) sur une durée de 48 mois. Cette nouvelle action met l'accent sur l'augmentation de la qualité des soins, le focus sur la santé sexuelle et reproductive surtout pour les plus vulnérables, et le focus sur le niveau déconcentré et décentralisé.

Figure 1: Les acteurs du financement de la santé



Source: Evaluation à mi-parcours du PASS 1, 2018

B. Méthodologie de l'évaluation

Cette évaluation fait suite à une évaluation à mi-parcours de PASS 1.

Elle est principalement vouée à fournir aux services compétents de l'Union Européenne et aux parties prenantes intéressées (voir TdR annexe 1):

- Une analyse globale et indépendante de la performance du Programme d'Appui au Secteur de la Santé au Burundi (PASS), en prêtant une attention particulière à ses résultats finaux (PASS-I) et intermédiaires (PASS-II), en comparaison avec les objectifs attendus, et les raisons soutenant ces résultats;
- Les enseignements tirés, les conclusions et les recommandations associées, de manière à améliorer, le cas échéant, les interventions présentes et futures;
- Des pistes concrètes pour la continuation des appuis de l'UE au Burundi dans le domaine de la santé visant la qualité des soins et, autant que possible, la couverture universelle. Une attention particulière sera donnée à la durabilité du système de santé publique et des mesures nécessaires à prendre par le pays pour y arriver.

L'évaluation s'est déroulée en trois phases. La première phase, de démarrage et documentaire (voir liste des documents consultés en annexe 5), a permis d'analyser les documents relatifs aux programmes et au contexte, de définir le champ de l'évaluation (voir annexe 2) et de retracer la logique d'intervention selon la théorie du changement (voir annexe 3) des deux programmes consécutifs. Elle a aussi permis d'élaborer la matrice d'évaluation à partir des questions proposées par les termes de référence (TdR) en précisant les critères de jugement et les indicateurs à mesurer. Il en est découlé une liste de personnes à visiter (voir annexe 6) et des questionnaires semi directifs,

grilles d'entretien et d'observation, qui ont été appliquées durant la phase de terrain afin de récolter les données majoritairement qualitatives nécessaires à répondre à ces questions évaluatives. Ces approches méthodologiques ont été consignées dans une note de démarrage, livrée le 22 avril 2021.

La phase de terrain a visité quatre provinces et Bujumbura (voir carte en annexe 8). Les critères de sélection des provinces à visiter (voir annexe 5) ont été définis sur analyse documentaire et discussion avec le groupe de référence de cette évaluation. La liste des personnes à rencontrer et à inviter à l'atelier a été réalisée en accord avec la cellule technique du financement basé sur la performance (CT-FBP) et la DUE. La liste des personnes rencontrées est en annexe 6.

Un atelier sur les Forces Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) du système de financement, a été réalisé à Bujumbura, ses recommandations sont reportées au chapitre 3D. Cette phase s'est achevée par la restitution du 20 mai 2021 à la délégation de l'UE, faisant état des premiers constats et recommandations puis d'une note intermédiaire, soumise le 27 mai 2021 et intégrant les retours reçus de cette restitution. La dernière phase, de synthèse, a pour objectif de rédiger ce rapport provisoire puis final en fonction des commentaires reçus des parties prenantes. Il répond aux questions d'évaluation développées dans la matrice.

Limites méthodologiques

Parmi les personnes qui n'ont pas pu être rencontrées malgré nos demandes, notons des représentants du Fonds Mondial et la responsable Genre au Ministère de la Solidarité Nationale. La Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) a délégué le chef de projet de Catholic Organisation for Relief and Development Aid (CORDAID) qui nous a accompagné sur le terrain, durant notre passage à Muramvya.

La lettre de la délégation de l'UE au Ministre de la Santé datant du 20 avril et annonçant notre mission d'évaluation a reçu réponse le 23 avril, désignant les personnes en charge de cette évaluation à la CT FBP. Ces personnes ainsi que la Directrice Générale de la Santé ont pu être rencontrées le 28 avril, soit deux jours avant la fin de la phase d'entretien au niveau central.

Dans le but d'amoinrir l'effet de ces conflits d'agenda, la mission a privilégié dès le début les rencontres avec les personnes extérieures au Ministère de la Santé en laissant les deux derniers jours de la semaine libres. Dès que ces visites clés avec les personnes désignées par le Ministère ont été réalisées, les entretiens ont été immédiatement facilités sur les deux jours restant et la mission au niveau central.

Comme énoncé dans la note de démarrage, la pandémie à COVID 19 a ralenti beaucoup d'activités depuis la phase de démarrage et alourdi la partie logistique de mise en place de la mission avec une quarantaine de quatre jours à l'arrivée au Burundi. Depuis le début de la mission, des personnes testées positives se sont trouvées en quarantaine. Elles ont alors désigné des représentants ou ont assisté à nos réunions virtuelles réalisées depuis l'Europe comme au Burundi à l'aide de l'outil Zoom.

2. RÉPONSES AUX QUESTIONS D'ÉVALUATIONS

A. Pertinence

1. Les composantes du PASS (FBP et COSA) correspondaient-elles (en 2016) et correspondent-elles encore (en 2021) aux besoins réels de toute la population ?

1.1 Les objectifs de FBP et de renforcement des COSA sont-ils alignés avec les politiques et stratégies en cours, et avec les objectifs définis par les groupes de concertation ?

Dans le domaine de la santé, au Burundi, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030. Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016 alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030 (EDS 2016-17). L'accès universel à la santé de la reproduction progresse, avec le taux de prévalence contraceptive passé de 22% en 2010 (EDS II 2010) à 29% (EDS III 2016-2017). L'utilisation des services de soins prénatals est passée de 21% en 2010 à 47% (EDS III 2016-2017) pour la consultation prénatale précoce et la proportion des femmes qui ont effectué au moins quatre visites est passée de 33% à 49% (EDS III 2016-2017)..

Dans la continuité du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, la vision du PNDS III, couvrant la période de 2019-2023, est qu'à l'horizon de l'an 2023, le Burundi aura maintenu une paix et une stabilité sociopolitique durable avec une croissance économique assurant la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et le niveau de santé le plus élevé possible à sa population. Aussi, la CSU sera possible grâce à l'établissement d'un système de santé et de soins performant, fort et résilient ainsi que d'un système social d'assurance maladie basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables, capables de satisfaire le droit à la santé de tous et en particulier des groupes les plus vulnérables à travers le développement d'un partenariat solide et interagissant au niveau national, régional et international.

Le PNDS III a ainsi pour but de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité à toute la population qui en a besoin. Pour ce faire, le premier Objectif Général est de « Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux **groupes vulnérables** » ; le second Objectif général est d'« Améliorer **les performances** du système national de santé et du système **communautaire** » et le troisième est de « Renforcer la collaboration **intersectorielle** pour une meilleure santé ».

Un des objectifs spécifiques de la politique nationale Genre 2012 – 2025 est le « Renforcement de **l'accès équitable des femmes**, des hommes et des adolescent(e)s aux services sociaux ».

Il prévoit de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ; à la maîtrise de la fécondité au sein du couple et à la réduction de la mortalité maternelle ; à réduire les violences basées sur le genre (VBG).

Depuis avril 2011, le Burundi dispose d'une Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) et une Stratégie Nationale de sa mise en œuvre validée en 2015. Un Secrétariat Exécutif Permanent de la Protection Nationale Sociale (SEP/CNPS) a été mis en place mais peine à exécuter ses missions par manque de financement à la hauteur de ses ambitions.

Le Projet d'appui au système de santé du Burundi (PASBU), financé par l'UE et mis en œuvre par une unité de projet au Ministère de la santé, sur huit provinces représentant 40% de la population (25 Millions d'euros) a contribué à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire 2011-2015 en renforçant la structuration du système de santé en un système basé sur le district sanitaire, le financement du système de santé basé sur la performance combiné à la gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Le partenariat entre l'UE et le Gouvernement du Burundi date de 40 ans. Depuis le 14 mars 2016, l'Union européenne a considéré que les éléments essentiels sur lesquels se base ce partenariat n'ont pas été respectés, et une Décision du Conseil du 14 mars 2016, au titre de l'article 96 de l'accord de Cotonou a défini des mesures appropriées. Mais l'Union européenne reste engagée auprès du Burundi et de sa population à travers des appuis significatifs dans les domaines de la santé et du développement rural ainsi qu'à travers un dialogue avec le gouvernement du Burundi qui s'améliore, notamment depuis l'élection d'un nouveau président en mai 2020.

Ceci explique les modalités de mise en œuvre choisies d'utiliser des agences externes pour l'exécution du projet (ENABEL, coopération belge, état membre et COPED, organisation non gouvernementale (ONG) burundaise) et la décision de concentrer l'action du PASS sur le **niveau périphérique et les prestataires de soins**.

L'autre partenaire de l'État dans le domaine du FBP, la Banque Mondiale, n'étant pas sous le coup de ce type de restrictions, les paiements destinés aux administrations sanitaires restent assurés par cette voie (FBP-Structure pour les administrations centrales intermédiaires et périphériques).

En 2019 (PASS 2), la continuité du financement du volet FBP-G s'avérait indispensable pour continuer à assurer l'accès gratuit au paquet de soins de santé essentiels pour les plus vulnérables. Ce volet est cohérent et complémentaire avec la stratégie d'appui aux COSA afin de promouvoir la participation de la population dans la gouvernance du système de santé et assurer la redevabilité des fonds octroyés. Les PASS agissent surtout sur deux des six piliers du système de la santé, à savoir le **financement** et la **gouvernance**. En ce sens, le PASS 2 est complété par le **volet santé** de la mesure d'appui à la Résilience des populations (2018, FED/2017/040-082 avec une contribution UE d'environ 45.000.000 EUR sur 36 mois, appelée « Twiteho amagara »). Ce programme, mis en œuvre par cinq *consortia* sur l'ensemble du pays vise le renforcement du système de santé au niveau des districts y compris la santé mentale, la santé sexuelle et reproductive, la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG), ainsi que la préparation et la réponse aux urgences de santé publique. Le *consortium* mené par ENABEL met en œuvre ces activités à Kirundo, Muramvya, Bujumbura Mairie et rural.

Les objectifs généraux du PASBU puis des PASS sont ceux de la politique FBP-G du Gouvernement : l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, et des groupes les plus vulnérables, plus particulièrement.

Les objectifs spécifiques du PASS répondent parfaitement aux objectifs du MSPLS (orientations PNDS 2019- 2023). En effet, la politique FBP-G appuyée par l'UE intervient de façon directe ou indirecte sur la majorité des axes stratégiques du PNDS et la redynamisation de la santé communautaire par la réactivation des COSA et COGES contribue à l'objectif spécifique 2 du PNDS-III. Ses objectifs sont également bien alignés sur les objectifs stratégiques de l'UE ou de ses états membres (lutte contre la pauvreté ; accès équitable aux soins de base).

Cette intervention dans un contexte de grande pauvreté est parfaitement pertinente et en accord avec le Programme Indicatif National (PIN) du 11^{ème} Fonds Européen de Développement au Burundi (FED) à côté du développement rural durable pour la nutrition; de la consolidation de l'état de droit ; sortie de la fragilité; et de l'énergie.

1.2 Comment le FBP (FBP gratuité et FBP dans le sens plus large) s'articule-t-il avec les stratégies et mécanismes visant la couverture médicale universelle (notamment la CAM) au Burundi ? comment cette articulation pourrait-elle être améliorée si besoin ?

En plus de la gratuité ciblée, de multiples stratégies et mesures gouvernementales d'exemptions de paiement et de régimes assurantiels publics au profit de certaines couches socioprofessionnelles cohabitent avec le FBP. Ce sont principalement la CAM, la MFP, la prise en charge gratuite des forces de défense et de sécurité (FDNB et PNB), les mutuelles communautaires de santé, la prise en charge des indigents par le ministère en charge de la solidarité, la gratuité des soins liée aux pathologies érigées en programmes nationaux (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, etc.) et la gratuité de la vaccination des enfants et des femmes enceintes. Selon les autorités sanitaires, ces multiples stratégies et mesures sont censées contribuer à la CSU.

La réalisation de la couverture sanitaire universelle est une volonté politique affirmée du Gouvernement. Des efforts importants ont été déployés par le gouvernement avec l'appui des partenaires notamment l'OMS, la Banque Mondiale et l'Union Européenne.

Toutefois, cette volonté politique doit être soutenue par des orientations stratégiques claires, synergiques et pertinentes avec l'élaboration et l'adoption des documents clés de base (stratégie nationale de financement de la santé visant la CSU et un plan stratégique d'opérationnalisation de la CSU). Ce processus, mérite d'être accéléré dans une vision holistique et dans un ordre technique chronologique bien établi des interventions nécessaires à sa réalisation. Le retard actuel risque de rendre caduc les acquis précédents sur cette thématique tels que le draft de stratégie de financement de la santé élaboré depuis 2014, l'étude sur le financement de la santé de 2014.

Le couplage du FBP avec la gratuité ciblée semble très satisfaisant mais, il manque de preuve sur **l'effectivité de la gratuité** déclarée par les bénéficiaires bien que les données soient collectées au cours de la vérification communautaire. Ces dernières ne sont pas compilées et analysées aux différents niveaux (district, provincial, régional et national) en vue de prendre les mesures idoines pour améliorer son effectivité réelle sur le terrain.

Le couplage du FBP avec la gratuité ciblée assure un transfert direct et assez régulier des fonds aux structures contractantes en fonction de leur performance, notamment les FOSA. Ces fonds sont cogérés de façon autonome et de plus en plus efficiente par les représentants des FOSA et ceux de la communauté bénéficiaire (COSA/COGES) pour offrir des soins de qualité satisfaisante aux populations. Par contre, l'articulation FBP-G avec les autres stratégies et mécanismes visant la couverture médicale universelle au Burundi notamment la CAM sur le terrain, est peu favorable à la Couverture Sanitaire Universelle du fait (i) des retards de remboursements des arriérées des frais de prestations aux FOSA par l'état (ii) des risques de double paiement et (iii) des interactions contreproductives entre ces multiples stratégies et mécanismes sans coordination ni régulation.

1.3 Comment le programme prévoit-il cette articulation dans le but de « ne laisser personne derrière » ?

Les programmes PASS visent particulièrement l'accès aux soins gratuits des mères et des enfants de moins de cinq ans, une population considérée comme vulnérable, en contribuant à des soins de qualité gratuits. En ce qui concerne les autres actions ayant un effet direct sur les autres personnes vulnérables, le renforcement des capacités des membres des COSA opéré par COPED les amène à participer tous les six mois à l'identification des personnes vulnérables dans les aires de responsabilités des CdS en conformité avec leur cahier des charges. Ces activités ont été mises en

œuvre tout au long des programmes PASS. Les critères de sélection étant, selon les personnes rencontrées 1) être de nationalité Burundaise, 2) ne pas posséder de terres et 3) ne pas bénéficier d'appuis.

Cependant, la prise en charge (PEC) des personnes vulnérables ne dépend pas seulement de leur identification par les COSA et les populations. Un nombre maximal de bénéficiaires de soins gratuits est déterminé par le représentant au niveau communal du Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, du Droit de la Personne Humaine et du Genre (MSNAFDPHG), qui prend en charge ces frais, à travers une carte d'indigence délivrée par la commune et/ou l'octroi de la CAM et de l'attestation d'hospitalisation ou de l'ordonnance médicale. Dans les districts visités, ce nombre est limité (de trois à cinq personnes vulnérables par collines) et ne permet pas de prendre en charge toutes les personnes identifiées. Notons aussi que les frais engendrés par les soins de ces personnes vulnérables ne sont pas toujours recouverts par le CdS car les frais de transport pour aller chercher ces remboursements (à Bujumbura) sont en général supérieurs aux montants devant être remboursés.

De l'avis des COSA et des GASC rencontrés durant la visite de terrain, les personnes les plus vulnérables qui ne bénéficient pas de l'accès aux soins malgré leur identification par les COSA et la population, sont surtout les **personnes âgées** ne bénéficiant pas de retraite de la fonction publique et/ou d'enfants pouvant les appuyer et les personnes porteuses de **handicaps** (sensoriel, touchant la mobilité, ou relevant de santé mentale).

Le nombre de membres des COSA varie entre dix et douze par CdS et aire de responsabilité, à parité de genre égale. Grâce aux interventions de la composante 2, ces membres du COSA dont certains de la population twa sont maintenant tous co-optés par les collines, en conformité avec le manuel de santé communautaire. World Vision met en œuvre une étude pilote en constituant des COSA de 15 personnes, qui seraient des enseignants, des femmes, des jeunes et des membres de population vulnérables co-optés.

1.4 Comment ce programme s'est-il montré pertinent dans sa réponse à la pandémie à COVID 19.

Les programmes PASS ont contribué au projet de préparation et de riposte stratégique du Burundi face au COVID19² en agissant sur la communication et l'information des populations.

ENABEL a pu réaliser à travers l'outil de Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO) développé au sein du Programme d'Appui à l'Informatisation du Système de Santé (PAISS), un inventaire des disponibilités en concentrateur à oxygène dans le pays. Il a ensuite été choisi en collaboration avec la DUE de porter l'accent sur la communication et le renforcement des capacités en provinces.

Des réaménagements budgétaires consistant en un transfert à l'intérieur d'une même rubrique d'un montant inférieur à 25%, ont permis de réaliser les formations de Techniciens en Promotion de la Santé (TPS) et des Agents de Santé Communautaire (ASC), en accord avec le plan de réponse national³, sur la prévention du risque infectieux. Un marché a été signé en avril 2021, avec Population

² MSPLS, *Plan de mobilisation des parties prenantes*, mars 2020.

³ *Projet de préparation et de riposte stratégique du Burundi face au COVID-19. Plan de Mobilisation de Parties Prenantes (PMPP)*, mars 2020.

Media Center (PMC), pour faire des campagnes de sensibilisation aux mesures barrières à travers les médias sur l'ensemble du pays.

La composante 2 a quant à elle réalloué les fonds destinés à un voyage d'échange d'expérience au Mali devenu impossible à réaliser, sur 11 ateliers d'information et de sensibilisation dans les trois provinces où se déroulaient le PASS 2. Ont participé dans ces ateliers, les COSA, les représentants de l'administration locale, les leaders religieux et les chefs de colline. Des messages spécifiques d'information ont été véhiculés avec une sensibilisation sur les mesures de protection et les gestes barrières tel que le lavage des mains, la distanciation... etc. Une démonstration de montage d'un dispositif de lavage des mains (honyora ukarabe), la technique de lavage des mains et des dépliants avec images illustrées des gestes à adopter, des affiches encore visibles dans les CdS pour sensibiliser et informer les patients qui viennent se faire soigner ont été fournis.

Le programme a adapté ses activités pour répondre aux défis soulevés par la pandémie à COVID19, elle a ainsi répondu par la cartographie du matériel essentiel et par la mobilisation de campagnes de communication et de sensibilisation. La pandémie du COVID19 aura cependant provoqué un retard dans la mise en œuvre des activités évalué à un an.

B. Cohérence

2. Comment le PASS 1et 2 s'inscrit-il dans les efforts de tous les partenaires ?

2.1 Comment les autres partenaires participent-ils aux mêmes objectifs que le PASS (appui au FBP gratuit, appui au FBP, appui à la santé communautaire) ?

En ce qui concerne la coordination, le Cadre de Partenariat Santé et Développement (CPSD) existe au niveau national et provincial. Il est présidé par le Ministre de la Santé et est resté en suspens depuis la crise de 2015. Ce cadre a repris ses activités en 2020, avec deux réunions, il est donc attendu que ce cadre de concertation redevienne actif. Le Comité de Partenaires Techniques et Financiers (CPTF) est co-présidé en tant que chef de file des PTF par l'Union européenne et devrait permettre d'harmoniser les points de vue des partenaires qui seront alors discutés au CPSD. Ce groupe sectoriel santé fait partie du dispositif de coordination des secteurs de développement (créé 9 mars 2007). Le CPSD est un cadre essentiel pour l'élaboration et suivi et évaluation de la mise en œuvre des Politiques, Stratégies et Plans Nationaux de Santé pour la CSU (ROI, mars 2019) ; et afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD).

Selon l'aide-mémoire de 'Providing 4 Health' (P4H) en décembre 2020, certains PTF évoquent les difficultés pour parler d'une voix unique en l'absence de mécanismes vraiment fonctionnels d'harmonisation des appuis et d'alignement sur la stratégie gouvernementale. Il est cependant noté par cette mission une bonne coordination entre le PASS et la Banque Mondiale, notamment sur le paiement régulier du FBP-G, avec prise de relai du PASS pour assurer les contributions temporairement ralenties de la BM sur les subsides des FOSA.

Au niveau décentralisé, la coordination entre le PASS et partenaires a été renforcé par l'activité 4 du PASS1, afin d'améliorer la qualité des soins en intensifiant les contacts entre les responsables des CdS et en augmentant l'intérêt et supervisions par les BDS, qui étaient devenus fort désengagés. Ainsi, la tenue trimestrielle des CPSD provinciaux a été relancée. De même, les revues mensuelles

multi programmes au niveau du BDS ont été développées, initialement à titre pilote pour éviter les revues *ad hoc*, spécifiques à des problèmes de santé particuliers.

2.2 Comment le FBP dans son ensemble complète-t-il les mesures mises en œuvre au Burundi visant la CSU (CAM, autres assurances) ?

Le FBP-G assure un transfert direct de fonds au profit des structures contractantes notamment les FOSA. La répartition de ces subsides FBP-G payés aux structures contractantes est très satisfaisante. En effet, la majorité des subsides est destinée aux FOSA (en moyenne plus de 80%) au regard de l'importance de leur fonction première d'offrir des soins de qualité couvrant au moins 80% des besoins de soins de santé primaires aux populations. En 2019, cette répartition se présentait comme suit : 87,7% pour les FOSA (Hôpitaux de district et CdS), 2,8% aux GASC et écoles paramédicales, 2,9% aux entités de régulation (BDS, BPS et certaines structures du niveau central du MSPLS) et enfin 6,6% pour les coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP/Gratuité⁴. Cette proportion (relative aux coûts opérationnels) est très basse comparée à celles d'autres pays qui atteignent parfois 20 à 30%. De l'analyse des comptes d'exploitation des FOSA (outils indices) au cours de la mission, il ressort que les subsides FBP couvrent en moyenne 75 à 90% des besoins de fonctionnement des FOSA. Ces subsides sont assez bien utilisés par les FOSA pour faire face à leurs besoins prioritaires notamment l'achat des médicaments, la masse salariale des contractuels recrutés localement dans le respect du code de travail, les autres frais de fonctionnement, les investissements et enfin la motivation du personnel sous forme de prime de la performance individuelle de chaque agent. En effet, le processus de planification, budgétisation annuel, trimestriel et mensuel avec les différents acteurs y compris les COSA/COGES et les chefs de collines et sous-collines, est effectif. L'outil indices (compte d'exploitation) est régulièrement utilisé et ses résultats sont validés par la hiérarchie (BPS et BDS) avant son application.

D'une manière générale, le FBP-G est bien fonctionnel et les effets de sa mise en œuvre sont bien perceptibles à travers surtout l'augmentation de la productivité des soins pour la plus part des indicateurs quantité achetés, de la qualité des données sanitaires (fiabilité, promptitude et complétude), de la qualité des soins et services de santé (disponibilité accrue des produits pharmaceutiques et consommables médicaux et non médicaux, du matériel/équipements techniques, réhabilitation/construction de bâtiments, meilleur rangement des documents et du matériel de travail, respect de plus en plus des protocoles, hygiène/assainissement accru des locaux et des postes de travail, etc.) et enfin une disponibilité accrue du personnel motivé à leur poste (recrutements locaux et primes de motivation).

En matière de complémentarité du financement avec les mesures mises en œuvre au Burundi visant la CSU, des efforts sont développés pour assurer une détermination des paniers de soins des régimes assurantiels prenant en compte des prestations gratuites assurées par le FBP-G et les autres mesures de gratuité prises par le Gouvernement (prestations des programmes nationaux : paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, maladies tropicales négligées, Planification familiale, vaccination et bientôt les soins aux personnes âgées). Toutefois, des risques de doublon persistent au regard de la multiplicité des régimes sans une régulation.

⁴ *Rapports annuels de mise en œuvre du FBP-G pour les années 2017, 2018 et 2019, CT-FBP/MSPLS, Bujumbura*

La **digitalisation** facilite l'identification des clients, le traçage des nombres d'épisodes de maladies contractés dans une période donnée, l'échantillonnage des anciens clients pour la vérification communautaire, le recouvrement des recettes en limitant la perception parallèle de paiements, etc.

L'objectif de tout régime assurantiel réside dans la disponibilité des soins et services de santé de qualité répondant aux besoins des assurés. Le FBP constitue actuellement au Burundi, la principale source de financement des FOSA. Partant de ce postulat et ce constat, le FBP complète les mesures mises en œuvre au Burundi visant la CSU (CAM, autres assurances) essentiellement par : (i) sa forte contribution au financement des FOSA pour produire des soins et services de santé de plus en plus de qualité satisfaisante aux populations, (ii) l'assurance de la gratuité des soins et services de santé aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans (constituant ainsi un régime assurantiel particulier pour la majorité des clients des FOSA), (iii) le renforcement du contrôle et de la redevabilité à travers les différents contrôles/audits/évaluations du FBP avec l'implication des communautés (vérification communautaire, voix de la population lors des restitutions des résultats, mais aussi implication dans la gestion des CdS) et enfin (iv) renforcement des compétences des prestataires à travers du principe de « learning by doing » en offrant un cadre d'apprentissage de la gestion axée sur les résultats et l'efficacité dans la gestion des ressources.

2.3 Le PASS a-t-il créé des synergies avec les initiatives appuyées par l'UE ou les EM dans le secteur de la santé ?

CORDAID administre la contribution à l'FBP-G pour la Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) de l'Allemagne.

ENABEL a plusieurs interfaces avec les programmes PASS. Déjà sur la Stratégie Plaintes Traitement (SPT) renforcée sous l'Activité 4 du PASS I suite à un engagement de service, signé avec le volet 4, PAISS d'ENABEL, il y a une première synergie avec la Coopération Belge.

D'autre part dans les hôpitaux, le PASS II contribue par les audits cliniques externes à la qualité des soins spécialisés (chirurgie, examens de laboratoire). Suite aux faiblesses relevées lors des audits, des plans d'améliorations des hôpitaux ont été développés sous le PASS II. Ils mettent l'accent sur la nécessité de formation d'équipes multidisciplinaires en chirurgie de district. Cet appui s'inscrit dans le cadre du renforcement des actions déjà mises en œuvre par les acteurs santé à différents niveaux au Burundi dans le cadre du projet UE Résilience (avec ENABEL, INSP, Médecins sans Vacances (MsV) ONG Belge), et PAORC (ENABEL).

En convention avec l'INSP, des formations en chirurgie/anesthésie de six mois et d'infirmiers de bloc sont prévues dans le programme Résilience (Twiteho Amagara) dans les provinces où le *consortium* ENABEL le met en œuvre, mais aussi celles où Médecins sans Vacances (MsV) est actif, ce qui est leur principal mandat. On peut compter sur la synergie avec le Projet de la coopération Belge d'Appui aux Organisations burundaises par le renforcement des Compétences des ressources humaines (PAORC) qui, en son volet santé, lui aussi met l'accent sur la formation en chirurgie de district avec un focus sur les équipes multidisciplinaires à compétences chirurgicales dans les hôpitaux de district.

L'INSP qui est une direction générale à gestion personnalisée de l'État aurait une convention de subsides avec ENABEL- Résilience/Twiteho Amagara, pour payer les chirurgiens formateurs, qui pour le moment manquent de motivation, les honoraires disponibles n'étant pas motivants pour des chirurgiens pratiquants qui doivent assurer l'encadrement. L'INSP avec la faculté de médecine et les partenaires Résilience (pour la chirurgie) est à la recherche de consultants spécialisés pour compléter

l'équipe des formateurs dans plusieurs domaines, pour la Maitrise en Santé Publique (20 places en cours) et d'autres modules par exemple de trois ou six mois (Santé Mentale, Santé Communautaire, Épidémiologie, Gestion hospitalière etc).

Il est prévu dans le PASS II de développer l'Équipe d'Intervention Rapide (EIR) dans des hôpitaux de provinces pilotes, ce qui donnera lieu à l'amélioration du système de référence - contre référence (SRCR), et par définition la qualité des premiers soins d'urgence. Ceci est en parfaite synergie avec la livraison d'ambulances par ENABEL dans le cadre du projet Résilience.

Par contre, il est préoccupant de constater la contribution inéquitable des différents *consortia* de Résilience. Premièrement les différents intérêts et expériences dans ce type de programme ont contribué au retard des négociations *inter-consortia* sur le programme chirurgie et services qui l'entourent. Ce manque d'intérêt et investissement a été constaté à Cankuzo, où pour les dernières années, il y a peu d'investissements dans les hôpitaux. Les investissements récents sous le projet Résilience se font plutôt dans les activités du propre mandat des intervenants (par exemple, points d'eau par World Vision). Et dans les provinces Résilience hors ENABEL et MsV les *consortia* ne contribuent donc pas ou très peu à cet effet de synergie au PASS II sur la qualité des soins dans les hôpitaux.

2.4 L'intégration des deux volets du PASS est-elle effective ?

Alors que les deux composantes des PASS contribuent à l'objectif général d'améliorer l'état de santé de la population dans les 18 provinces du Burundi, elles ont été menées en parallèle sans autre plateforme d'échanges que le comité de pilotage depuis le PASS 2 (2019), où se réunissent les deux partenaires de mise en œuvre de même que le chargé de programme ENABEL, le coordonnateur de la CT-FBP au MSPLS, le chef de coopération de la délégation de l'UE (ou son représentant), un représentant de l'Ordonnateur National, et présidé par l'OMS.

L'intégration des deux volets a particulièrement manqué dans ces programmes PASS, engendrant peut être des manques d'efficacité comme par exemple, sur la réponse à la pandémie du COVID19, qui aurait certainement pu bénéficier du réseau des membres de COSA avec lequel travaillait COPED dans les communautés ; ou encore sur les échanges entre CdS performants et non performants prévu à l'identique dans chacune des deux composantes ; ou encore sur des visites conjointes des équipes nationales dans les provinces, telles que prévues dans la convention de délégation⁵. En effet, les COSA sont cosignataires des contrats FBP puisqu'ils participent à la cogestion des centres de santé. Les interventions des deux composantes bénéficieraient de plus d'échanges et actions conjointes axées sur la capitalisation des PASS. Il sera important de veiller à mieux intégrer les deux composantes dans le prochain PASS dans le but d'augmenter l'efficacité et la portée des actions.

⁵ 2016, CTR2879119 CG et Description Action, CTB-UE.

C. Efficience

4. Le PASS est-il en train d'être mis en œuvre de manière efficiente ?

4.1 La qualité des soins est-elle obtenue ?

Lors de l'évaluation à mi-parcours du PASS I, il a été constaté que malgré les paiements sur procès-verbaux (PV) des validations de la CT-FBP et des CPVV, la progression de la qualité de soins et les indicateurs (par exemple Consultation Pré-Natale, CPN) s'attardent après des améliorations initiales. Pour cette raison, la phase pilote « qualité des soins/activité 4 » a été appliquée dans trois provinces en fin de PASS I.

Le PASS II a amélioré le référentiel qualité et la formation de formateurs avec les CPVV, BPS et BDS, en le rendant plus convivial par l'introduction de fiches opérationnelles, et plus accessibles pour les prestataires des CdS. Le plan opérationnel d'ENABEL dans le cadre du PASS II prévoit la formation des prestataires au niveau de l'hôpital, à partir du 2 Juin.

Il est observé un manque d'efficience certain en temps perdu de la part des CdS et en temps d'attente des patients. Les vérifications CPVV prennent une demie journée par mois et l'équipe cadre de supervision prend deux fois un jour par trimestre. De plus, les missions d'audits techniques se déroulent sur un jour par an et un autre jour est occupé pour l'audit financier.

Les normes de qualité de la santé ne sont toujours pas atteintes, malgré une Grille d'évaluation trimestrielle de la qualité technique du CdS, sous le PASS-FBP 2, auxquelles se sont ajoutées les évaluations improvisées de la qualité au niveau des centres de santé, intégrées dans la planification de la Direction de l'Offre et de la Demande des Soins (DODS). Au cours des évaluations à l'improviste (innovateur), dix CdS sont tirés au sort et visités par une équipe mixte. L'équipe est composée de membres de la CT- élargie. Les audits ont un suivi correctif selon un plan d'amélioration après deux mois. Il est prévu de coupler les audits à l'introduction d'un système qualité, approuvé par l'ISQua dans le domaine de l'accréditation des soins et des services. Cette étape a été retardée par le COVID19 et est également en discussion préliminaire avec des potentielles parties prenantes.

La raison pour laquelle maintes interventions sur la qualité des soins n'ont toujours pas abouti, est qu'il ne suffit pas d'augmenter les supervisions, qui ont été intensifiées depuis le l'Évaluation à Mi-parcours du PASS I. Elles contrôlent beaucoup d'aspects de processus pour atteindre la qualité, mais ces critères ne couvrent pas tous les aspects, l'observation pure et simple étant laissée pour compte. Il faut des observateurs expérimentés plutôt que des comptables qui comptent s'il y a des déchets par terre, pour donner un exemple. Il faudra prendre en compte la dimension minimale d'une pièce de petite chirurgie, avoir des connaissances où et comment sont stérilisés les instruments, et autres. Le problème est que peu de professionnels de santé au Burundi sont exposés au standard idéal, et donc ne peuvent pas juger d'un milieu salubre parce qu'ils/elles le connaissent à peine. Cela devrait changer et évoluer grâce aux études sur l'état actuel et aux formations en chirurgie de toute une génération de médecins et paramédicaux.

D'autre part, au niveau des hôpitaux de district, un nouveau dispositif d'audit clinique a été mis en place en collaboration avec la DODS. Les grilles d'audits cliniques ont été établies par des experts nationaux en collaboration sur six protocoles validés (malaria, PECMA, VIH, IST, TB, HPPI (hémorragie PP)). La Grille d'audit clinique d'un hôpital de district est développée par ENABEL et

validée par le Ministère de la Santé. A l'audit, participe d'ailleurs un représentant du CPVV. Jusqu'à ce jour (Mai 2021), sept hôpitaux ont reçu cet audit, exécuté par des médecins de référence et formalisés par un appel d'offre restreint.

En plus de ce support opérationnel, l'appui aux CPVV en matériel bureautique et en communication : ordinateurs, téléphones, et mobilier, a prouvé son utilité et a conduit à un plus grand engagement des BDS qui avant avaient peu de moyens et donc un manque d'intérêt dans le suivi et formations des CdS. La participation des superviseurs des BDS aux évaluations à l'improviste a également contribué à une proximité augmentée des autorités de districts avec les CdS.

Dans la plupart des CdS, on note une meilleure gestion indépendante et décentralisée et une bonne utilisation des investissements réalisées sur base des PAA. Les PAA sont développés entre parties prenantes, CdS, y incluent les COSA donc et les BDS. Une rare fois nous a été mentionné une micro-gestion centrale inacceptable. Il est normal que les BDS ou BPS guident et conseillent les CdS pour qu'ils fassent des investissements utiles et répondant aux priorités, mais une fois l'objet d'investissement sélectionné (bureau, tables, ordinateur, table d'accouchement, salles ou autres), ce n'est pas au BDS ou BPS de lancer le marché. Dans le cadre de la décentralisation il est important que le CdS fasse ses propres achats (et donc aussi la maintenance et le suivi) chez la firme de son choix. Il y aurait des BDS/BPS qui essaient de favoriser leurs propres fournisseurs.

La qualité des soins se trouve renforcée et stimulée quand la demande d'une qualité de soins vient du niveau communautaire. Il est bien noté une faible performance des vérifications CPVV, en temps investi et en effet direct sur la qualité des soins, alors qu'une accréditation bien appliquée ainsi que les visites à l'improviste assurent beaucoup plus la qualité des soins.

4.2 Les solutions économiquement les plus avantageuses ont-elles été choisies dans la mise en œuvre du programme?

Une comparaison des budgets et dépenses montre combien les postes de RH et moyens généraux diffèrent considérablement entre les deux composantes. En ce qui concerne la composante 1, mise en œuvre par ENABEL, ces lignes sont passées de 5,5 à 5,8% entre PASS 1 et PASS 2 pendant que la composante 2, mise en œuvre par COPED depuis le niveau central a consommé 37% puis 25% de ses dépenses totales en salaires et *per diem* pour missions ou voyages, auxquels il faut rajouter la location du bureau à Bujumbura. Il serait certainement plus économique pour COPED de positionner ses AT au niveau régional, car cela réduirait les lignes de *per diem*.

En ce qui concerne la composante 1, l'activité 4 a pu bénéficier d'un reliquat de fonds et s'est concentré sur la qualité des services y compris les services administratifs dans trois provinces pilotes. La **présence d'un AT national de proximité** a été très avantageuse tant en terme technique qu'économique grâce à un suivi rapproché des cibles et des résultats attendus. Ce coaching provincial a permis de faire le point sur les défis rencontrés dans les CdS et de redéfinir leurs thèmes de supervision de manière plus spécifique pour adresser ces défis. Il a aussi permis le cadrage dans la tenue des réunions trimestrielles de coordination technique du District sanitaire, étendu jusqu'au niveau des ateliers CPSD. La démarche de mise en place des Conseils de gestion du District sanitaire (ConGesDi), les Comités de pilotage du District sanitaire (COPIDI) et le Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) a été accompagnée pour rendre plus solide le fonctionnement du District sanitaire, conformément à la politique nationale de santé. Ainsi, l'élaboration et le suivi des PAA a particulièrement bénéficié de la présence continue de cette assistance technique comme en témoigne

la qualité de PAA obtenue, comparée à ceux des années précédentes. Les besoins de renforcement des capacités des Equipes Cadres de Districts (ECD) ont été identifiés et ont conduit à des formations et recyclages (gestion des médicaments, gestion financière, des ressources humaines et gestion financière). Enfin, l'approche Stratégie Plainte Traitement (SPT) a été mise en œuvre et a pu être soigneusement suivie.

La plupart des activités mises en œuvre dans le but de dépasser les problèmes de qualité des soins ont été approuvées et reconduites soit dans PASS 2 soit dans Twiteho Amagara à une plus grande échelle.

Cette modalité de mise en œuvre consistant à la présence continue d'un assistant technique par province a permis de réaliser un véritable coaching rapproché dans la mise en place du référentiel qualité et a été très efficace. Elle a été certainement une action pilote économiquement avantageuse si l'on observe les bons résultats obtenus et leur reproduction dans l'ensemble des provinces par différents programmes de ENABEL.

4.3. Comment le temps et le budget ont-ils influencé les résultats obtenus ?

La seconde composante étant faite de très nombreuses formations des membres des COSA et COGES, elle se réalise donc en majorité dans les provinces. Il serait certainement plus efficace de travailler depuis des bureaux en régions afin de pouvoir suivre les activités et coacher de manière plus continue les activités des COSA, des COGES et des BDS tout en coordonnant les activités avec celles de la composante 1.

En ce qui concerne la composante 1, le PASS 1 n'a pas subi de retards significatifs dans sa mise en œuvre. Il a même commencé les transferts financiers dans la semaine qui suivait le démarrage les activités. En ce qui concerne le PASS 2, cette composante a été ralentie depuis le début de l'année 2020 par les conséquences de la pandémie à COVID19 et les activités concernant les produits 3 (cadre régulateur dans le domaine de l'assurance qualité) et 4 (communication) ont tout juste commencé. A ce jour, les TdR concernant un assistant sur la communication sont rédigés.

Un délai de plus d'un an entre la déclaration de la pandémie et la signature du marché communication serait la conséquence de la durée de procédures internes à ENABEL mais aussi du manque d'importance donnée au Burundi à cette pandémie au début de sa propagation, ayant engendré des tensions avec l'OMS jusqu'à l'expulsion d'un de ses représentants, le pays étant peu touché.

En ce qui concerne la composante 2, les deux premiers contrats n'ont pas subi de retards significatifs.

4.4 Comment le FBP soutient-il l'approvisionnement en médicaments, les investissements et la motivation des ressources humaines des FOSA ?

Les subsides du FBP-G, constituent la principale source de financement des approvisionnements en médicaments des FOSA au regard de l'application de la gratuité des soins pour la majorité des clients constituée des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans (du fait de leur vulnérabilité). Cette exemption de paiement des médicaments par la plus importante clientèle des FOSA, les prive des bénéfices substantiels à réaliser sur la vente des médicaments en vue d'un autofinancement du sous compte médicaments à partir d'un capital de départ.

Ce constat est effectif sur le terrain car la première priorité de dépenses sur les subsides du FBP citées par les prestataires interviewés dans les FOSA visitées est l'approvisionnement en

médicament, suivi respectivement du paiement des salaires des contractuels de la FOSA, des autres dépenses de fonctionnement de la FOSA, des investissements et enfin des primes de motivation en cas d'excédent budgétaire. Cela est effectivement traduit de façon chiffrée dans l'analyse des résultats des différents comptes d'exploitation (outil d'indices) des FOSA visitées. Les résultats des différents rapports financiers aux différents niveaux le confirment également.

En effet, à titre illustratif, dans le CdS de Cankuzo et au mois de mars 2021, sur un total des recettes de 5 837 881 Fbu, les subsides FBP étaient de 4 425 202 Fbu (soit 75,80% des recettes totales). Sur le même mois, 3 667 004 Fbu ont été consacrés à l'achat des médicaments (soit 62,81% des recettes totales et 82,87% des subsides FBP). **Cela montre clairement que les subsides FBP contribuent à au moins 62,81% aux approvisionnements en médicaments dans ce CDS.**

Avant le FBP, les CdS ne possédaient pas de comptes en banque et ils géraient les centres à l'aide de caisses. La présence du compte en banque amène de la transparence à la gestion et permet de recevoir les fonds du FBP-G. Les membres des COSA reçoivent normalement la prime qualité au même titre que les personnels des centres de santé, lorsqu'elle est attribuée. Il s'agit de la seule compensation financière que les membres des COSA reçoivent pour leur présence au CdS et dans leur communauté, elle n'est pas régulière et ne dépend pas uniquement de leur travail. Compte tenu de l'avènement du financement basé sur la performance, il apparaît que l'implication des membres des COSA basée sur la fierté d'être élu et désigné par sa communauté, conformément à la politique de santé communautaire actuelle, est menacée d'autant plus que les ASC sont sous contrat et reçoivent des subsides en fonction de leurs performances tout en bénéficiant aussi d'activités génératrices de revenus.

Les membres des COSA sont donc les seuls à rester totalement bénévoles alors que leur présence au CdS est fréquente et leurs déplacements auto-financés.

4.5 La DUE et les partenaires de mise en œuvre disposent-ils des capacités et ressources nécessaires pour assurer un niveau de qualité suffisant ?

4.6 La DUE peut-elle effectuer le suivi et la coordination de l'action ?

La délégation de l'UE a effectué deux missions de suivi au cours de ces programmes, l'une à Ruyigi, en février 2018 et l'autre à Kirundo en fin janvier 2019. Depuis janvier 2021, les chargés de programmes ne peuvent pas se déplacer en dehors de Bujumbura, ce qui limite donc leur capacité de suivi de l'action. Il faut aussi noter que la crise de 2015-2016 a conduit l'équipe de la délégation à gérer ses programmes depuis Bruxelles pendant environ une année. Par ailleurs, le poste de chargé des programmes santé est resté vacant un an jusqu'en Août 2020. Il faut aussi rajouter la pandémie à COVID 19 qui a vu les frontières se fermer dans de nombreux pays dont le Burundi. Aussi, les capacités de la DUE à réaliser un suivi efficace de ce programme ont été handicapées ces deux dernières années, au même titre que celles de toutes les parties prenantes.

4.7 A quel point le partenariat entre les différentes parties prenantes est-il équilibré, transparent et constructif ?

En plus de ces insuffisances conceptuelles, les retards de remboursement des frais de prestations aux FOSA relatifs aux diverses mesures d'exemption et de régimes assurantiels publics par l'Etat, menacent actuellement la viabilité financière des FOSA. Il s'agit notamment par ordre d'importance, des arriérées de la CAM, de la contrepartie de l'Etat dans la gratuité ciblée, de la Mutuelle de la Fonction Publique, de la prise en charge gratuite des militaires et des agents de police et de la prise en charge (gratuite) des indigents par le ministère en charge de la solidarité. L'accumulation

progressive de ces arriérées a atteint des montants très élevés et menace actuellement la viabilité financière des FOSA (dont la principale source de financement est le FBP-G). Le tableau ci-dessous illustre très bien le poids de ces arriérées sur les FOSA (à travers l'exemple du HD de Kirundo).

Tableau 1: Évolution des créances cumulées des créanciers de l'hôpital de DS de Kirundo jusqu'en fin mars 2021 (sans celles du FBP-G).

Créanciers	CAM	MFP	FDNB	PNB	Indigents	Mutuelles com.	Total
Cumul au 30/06/20	94 014 287	19 375 926	7 076 366	6 186 136	4 924 262	6 542 253	138 119 230
juil-20	158 274 606	23 281 717	7 340 603	6 615 709	5 032 072	7 861 090	208 405 797
août-20	174 623 406	23 282 475	7 540 286	6 951 957	5 203 172	9 067 534	226 668 830
sept-20	190 607 806	22 339 011	7 885 690	7 266 643	5 438 906	9 271 598	242 809 654
oct-20	154 346 526	24 323 022	8 328 068	7 601 234	5 592 745	8 951 469	209 143 064
nov-20	169 902 126	28 551 870	8 679 278	8 205 697	5 832 824	9 190 070	230 361 865
déc-20	181 424 126	24 268 243	8 965 442	8 453 897	5 977 151	9 522 695	238 611 554
janv-21	192 946 126	28 294 764	9 447 560	8 829 499	6 062 988	9 836 454	255 417 391
févr-21	204 479 966	19 598 930	9 880 291	9 468 179	6 140 507	10 542 527	260 110 400
mars-21	162 256 526	16 795 097	10 802 199	9 858 190	6 358 409	12 188 593	218 259 014
Pourcentage (%)	74,34%	7,70%	4,95%	4,52%	2,91%	5,58%	100,00%

En plus de ces arriérées dans le tableau, il faut ajouter celles relatives à la contrepartie de l'Etat dans le financement du FBP-G, qui sont les plus importantes. En effet, pendant cette même période, le cumul des créances liées aux retards de remboursement de la contrepartie de l'Etat dans le cadre du FBP-G à l'hôpital de Kirundo, est resté presque stationnaire passant de 131 361 828 Fbu au 30/06/2020 à 133 084 344 Fbu au 31/03/2021.

La multiplicité des mesures d'exemption fonctionnant en silo comme des régimes assurantiels comporte inévitablement des risques de double paiement pour les sources de financement des FOSA. Par exemple, les frais de prise en charge d'une femme enceinte ou d'un enfant de moins de 5 ans atteint d'une des pathologies érigées en programme national, sont doublement payés par le trésor public (premièrement au titre de la gratuité ciblée et secondairement au titre du financement des programmes nationaux et voire troisièmement au titre de la MFP si c'est un fonctionnaire). Ce double paiement est réel mais peu perceptible du fait que les programmes nationaux sont financés par dotation budgétaire sans tenir compte des frais de prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans qui sont les principales victimes du paludisme par exemple.

Par ailleurs, en termes de couverture des populations par le risque maladie, ces multiples régimes et mesures d'exemption ont des interactions contreproductives. En effet, la CAM est en concurrence avec les mutuelles de santé et les assurances privés au regard de son faible coût d'acquisition (3 000 Fbu par ménage et par an contre 22 500 à 35 000 Fbu pour les mutuelles communautaires) alors que ses retards de remboursements des frais de prestations aux FOSA menacent leur viabilité financière et donc la disponibilité des soins de qualité (indispensable à la promotion de tout régime assurantiel). Selon les personnes interviewées, l'engouement de la population autour de la CAM est de plus en plus important à tel point que certains fonctionnaires y ont recours du fait de son faible coût d'acquisition et des facilités d'accès aux soins dans les CdS et les HD qu'elle offre aux détenteurs. En plus, ses critères d'éligibilité manquent de précisions laissant la possibilité à toutes les couches socioéconomiques d'en posséder. La CAM menace ainsi la Mutuelle de la Fonction Publique.

Les primes de la MFP sont prélevées à la source (Trésor public) pour tous les agents de la fonction publique, un ticket modérateur de 20% des frais de prestation est payé directement par les

bénéficiaires aux FOSA. Les 80% restant, sont remboursés par le Trésor public à travers un mécanisme de facturation et de circuit de transmission aux structures habilitées depuis la base au niveau central. Ce dispositif de remboursement est peu connu et peu maîtrisé par les gestionnaires des FOSA. Ces insuffisances de maîtrise des procédures de gestion et de la faible disponibilité de la trésorerie au niveau central sont à l'origine des retards de remboursement.

Dans un tel contexte sanitaire où les principaux clients des FOSA sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (70 à 80% des utilisateurs) et le reste des clients (20 à 30%), plus orientés vers la CAM au regard de son faible coût d'acquisition, l'avenir des autres régimes se trouve compromis si rien n'est fait pour sortir le système de cet engrenage. Les différents régimes assurantiels se trouvent ainsi dans un cercle vicieux avec des interactions contreproductives compromettant la réalisation de la CSU.

En matière de promotion des mutuelles communautaires, il existe cinq acteurs accompagnateurs membres de la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé du Burundi (PAMUSAB), ce sont :

- ADISCO qui accompagne les Mutuelles de santé des Caféculteurs du Burundi (MUSCABU), présente dans les cinq bassins caféicoles du pays soit 14 sur 18 provinces et regroupées dans une Fédération (FEMUSCABU). Il est appuyé par Solidarité Socialiste ;
- MUNASA (la Mutuelle Nationale de Santé) présente dans neuf provinces, elle est appuyée par Solidarité Mondiale et Christelijke Mutualiteit (CMMV/ANMC) ;
- FVS/AMADE qui appuie les Mutuelles Tuzokira Twese, présente dans les provinces de Bururi, Makamba, Gitega et Bujumbura, la FVS est appuyée par la Principauté de Monaco.
- MEMISA Belgique qui accompagne les mutuelles Twiteho Amagara Yacu dans les provinces de Muramvya et Muyinga ;
- UCODE/AMR qui appuie les mutuelles de santé Tugarukiramagara Yimiryango et elle est présente dans les provinces de Kayanza, Ngozi et Kirundo avec l'appui technique et financier de Louvain Coopération.

C'est une grande opportunité à saisir pour **renforcer le mouvement mutualiste** avec la création de faîtières provinciales et nationales avec des bases de données et des cartes d'adhésion interopérables afin de permettre aux adhérents d'accéder aux soins et services de santé des FOSA sur toute l'étendue du territoire. Le taux de fidélisation des adhérents aux mutuelles communautaires est en moyenne de 70% au niveau national tandis que leur taux de pénétration dans la population est de 2,3%.

Cependant, l'interopérabilité entre les cartes des mutuelles communautaires est partielle et ne permet un accès des adhérents aux FOSA sur toute l'étendue du territoire. Cette insuffisance rend moins attrayant les mutuelles communautaires pour les populations qui se déplacent beaucoup pour des raisons professionnelles, scolaires, sociales ou culturelles. En effet, la mission constate également une insuffisance de digitalisation des données des prestations des régimes assurantiels communautaires, publics et privé et d'interopérabilité entre les bases de données des différents régimes assurantiels surtout ceux initiés par l'Etat (CAM, MFP, Gratuité ciblée, etc.). Cela est peu favorable à la CSU.

Selon les personnes interviewées, les handicapés physiques, sensoriels et mentaux ainsi que les personnes âgées sont les moins couverts par les différents régimes assurantiels existants au Burundi. Une mesure gouvernementale en cours de mise en œuvre couvrira bientôt les retraités de la fonction publique.

Au cours de l'année 2019 et selon le rapport de mise en œuvre du FBP (CT-FBP, 2020), le financement total du FBP-G pour l'année 2019, s'élevait à 121 483 433 031 Fbu (soit 64 493 319 USD⁶). Il a été assuré par la Banque Mondiale (40,7%) à travers deux projets (Kira/GAVI et AEPHLN), le Trésor public du Burundi (37,2%), l'Union Européenne (18,7%) à travers le PASS/ENABEL et KFW (3,4%) à travers CORDAID.

L'implication de l'Etat dans le financement du FBP-G est effective, avec un budget évolutif d'une année à une autre (environ 1% d'augmentation en valeur nominale entre 2018 et 2019). La part contributive de l'Etat au financement du FBP est passée de 37% en 2016 à 15,68% en 2017, à 23,54% en 2018 puis est remontée à 37,2% en 2019⁷. Ces fluctuations sont expliquées en partie par le paiement des arriérées FBP-G sur budget de l'Etat et l'augmentation des parts contributives des PTF.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP-G, et selon le manuel de procédures du FBP, la CT-FBP adresse les différentes factures aux différentes sources de financement en fonction de leur engagement à financer. Au cours de la mise en œuvre du PASS et avec les difficultés sociopolitiques ayant entraîné l'application de l'article 96 des accords de Cotonou, le financement de l'UE a été orienté uniquement sur les FOSA en vue de maintenir la fonctionnalité de ces dernières au profit des populations.

Face à ce manque à gagner et pour assurer la fonctionnalité du FBP notamment la réalisation des évaluations périodiques, le partenariat entre les parties prenantes a assuré la mise en place d'un panier commun virtuel pour le paiement des factures FBP-G entre les différents bailleurs concernés (Etat et PTF). Une concertation permanente entre les bailleurs du FBP-G et la CT-FBP assure la fonctionnalité de ce panier commun virtuel et informel. Cette combinaison de sources de financement (constituée essentiellement de l'Etat, BM, UE/Enabel et KFW/Cordaid) a assuré un niveau de financement très satisfaisant du FBP au-delà du niveau minimal optimal de 3 USD/per capita/an recommandé dans la théorie du FBP. Ce niveau de financement en dollars USD/per capita/an a évolué progressivement de 3 USD en 2017 à 3,57 en 2018 pour atteindre 6,1 selon les rapports annuels FBP-G 2017, 2018 et 2019 du Burundi⁸.

Selon les personnes interviewées, en dépit des effets de l'application de l'article 96 des accords de Cotonou, ce partenariat a su préserver l'essentiel notamment le financement des FOSA (CdS et HD) afin de leur permettre d'assurer la disponibilité des soins et services de santé aux populations. Cela s'est fait grâce à une concertation permanente, des financements croisés pour suppléer certaines sources (par exemple prise en charge des coûts de vérification par la Banque Mondiale) et un partage d'information financière afin de renforcer la transparence.

Le partenariat entre les différentes parties prenantes en matière de financement du FBP-G est équilibré, transparent et constructif dans le cadre de la mise en œuvre du PASS. Toutefois, avec l'élargissement des parties prenantes dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU impliquant d'autres secteurs (ministères en charge de la protection sociale, de la solidarité, de l'état civil, du travail, de l'artisanat, de l'agriculture, de la pêche) et d'autres PTF tel que le Bureau International du

⁶ au taux acheteur de la BRB au 31/03/2020 de 1 USD= 1 883,6592 Fbu

⁷ Rapports annuels de mise en œuvre du FBP-G pour les années 2017, 2018 et 2019, CT-FBP/MSPLS, Bujumbura

⁸ Rapports annuels de mise en œuvre du FBP-G pour les années 2017, 2018 et 2019, CT-FBP/MSPLS, Bujumbura

Travail (BIT), des efforts restent à faire pour mettre en place des cadres de concertation encore plus fonctionnels, équilibrés, transparents et constructifs. Le respect de la **complémentarité** et du principe **d'avantage comparatif** dans la répartition des rôles et responsabilités entre les parties prenantes doit être renforcé. Par exemple, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida devrait se focaliser davantage sur la production des soins et services de santé de qualité et laisser l'organisation et la gestion des régimes assurantiels à d'autres secteurs en vue d'accélérer l'atteinte de la CSU.

D. Efficacité

3. Quels changements le PASS 1 et 2 a-t-il amenés aux bénéficiaires ciblés?

3.1. Quel a été le degré d'atteinte des résultats du PASS 1 et quel est le degré d'atteinte de résultats du PASS 2 ?

PASS 1 a réalisé à 100% ou plus, la plupart de ses produits que ce soit dans la composante 1 ou 2 et atteint la plupart des cibles qu'il s'était fixées en ce qui concerne les résultats, comme en témoigne le tableau ci-dessous. Le PASS 1 s'est terminé en avril 2020 et le PASS 2 a commencé en décembre 2019. Aussi, dans le souci de ne pas reporter de doubles comptages, le tableau ci-dessous affecte les mesures finales de résultats du PASS 1 jusqu'en décembre 2019 et celles à mi-parcours du PASS 2 de janvier 2020 à octobre 2020, pour les indicateurs communs, tous extraits des mesures de ENABEL.

Tableau 2: Contribution des deux composantes du PASS 1 et PASS 2 aux résultats visés

	Valeur de Base Jun 2015 à Juillet 2016	Valeur cible finale	2 019	2 020
	PASS 1			PASS 2
Taux d'utilisation de la consultation curative des moins de 5 ans (%)	247,50	200	255,61	211,00
Taux d'accouchements assistés, au niveau national (%)	75,27	78,00	89,45	81,00
Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes (%)	39,33	42,00	54,10	50,00
Taux de césarienne (%)	5,26	5,5	7,91	8,00
Proportion d'Enfants Complètement Vaccinés (%)	91,78	95,00	75,83	81,00

Source: ENABEL Rapport final PASS 1 et intermédiaire PASS 2

La mission a été informée de valeurs changeantes d'une année sur l'autre sur la base de données du FBP, en raison de corrections effectuées et quelques fois, de changements de définition des indicateurs et la révision à la hausse du coût des indicateurs entraînant peut être des effets pervers de surconsommation. Notons aussi l'augmentation du nombre des FOSA à contrat principal, la mise en œuvre du FBP communautaire, l'implication des GASC dans les références des malades vers les structures sanitaires.

La cible annuelle de deux nouveaux contacts par an pour les enfants de moins de 5 ans (avec des taux de réalisation de plus de 250%) est une insuffisance à corriger en recherchant les causes réelles. Le nombre de contacts par an pour les enfants de moins de 5 ans a varié d'une manière générale à la

hausse d'année en année et d'une province à une autre (par exemples 1,5 en 2018 dans Bujumbura mairie et 8,8 en 2018 à Ruyigi). Le nombre moyen national de contacts (pour les moins de 5 ans) est passé de 4,1 en 2018 à 5,1 en 2019. Plusieurs pistes restent à explorer : (i) sous-estimation du nombre de contacts réels pour cette tranche d'âge au regard de sa vulnérabilité et du contexte épidémiologique du pays, (ii) surmédicalisation des prestataires en transformant par exemple tous les anciens cas (contrôle et suivi des traitements) en nouveaux cas⁹, (iii) surconsommation des soins et services de santé par la population du fait de la gratuité des soins. Cette analyse est d'autant plus urgente à réaliser que la consultation curative des enfants de moins de 5 ans est la première consommatrice du budget FBP-G alloué aux CdS (34,65%) suivie des accouchements eutociques 21,57%, de la PF 10,74% et de la consultation curative des femmes enceintes 10,29% en en 2019. Au regard de l'importance de ce volet dans l'offre de soins, l'absence de couverture nationale du FBP communautaire est un manque à gagner en terme d'efficacité de mise en œuvre du FBP-G.

Les données suivantes, destinées à mesurer les indicateurs d'efficacité de la décision Numéro CRIS: BI/FED/041-751 proviennent du Système National d'Information Sanitaire.

Tableau 3 Autres indicateurs d'efficacité

	Valeur de Base 2015	Valeur cible finale	2 019
Taux d'utilisation de la CPN précoce	30,60	64% PNDSIII	54,3
CPON	55,7	72% PNDSIII	77,2
Décès liés au paludisme dans les FOSA pour 100 000 habitants	66 (2016)	Non définie	33,8 (2019) 27,7 en 2020

Source: Extraction à la demande par le DNSIS et annuaires statistiques 2015 et 2019.

La contribution du PASS à ces indicateurs est la **résultante des deux composantes** du programme agissant concomitamment sur l'offre et la demande de soins. Les cibles des indicateurs ont été définies au cours de la phase de démarrage de chaque projet. Elles sont réalistes.

Cependant, il faut noter que les cadres logiques de la composante 2 ne contiennent que des indicateurs de réalisations, il n'a pas été défini d'indicateurs de résultats spécifiques.

3.6 Quels changements, la cogestion des FOSA par les COSA a-t-elle amenés aux équipes de santé, à la population ?

La formation, le recyclage et l'apport en matériel des COSA et des COGES a permis d'amener la **confiance** à la population en montrant combien ces comités représentent un potentiel important pour contribuer **au bon fonctionnement d'un centre de santé**. La gestion du centre de santé n'est plus l'apanage du seul titulaire et le manuel de procédures administratives, financières et comptables est maintenant divulgué à tous les centres de santé et aux BDS.

⁹ Une vérification rapide et sommaire des registres de consultation curative révèle une rareté surprenante des anciens cas sans qu'aucune explication cohérente et plausible soit donnée par les prestataires dans les FOSA visitées par la mission.

Des dossiers de malversations sont suivis par les COSA jusqu'en justice. La population via les chefs de colline commence à réclamer que les bilans financiers des CdS soient affichés sur les bureaux des chefs collinaires. Elle demande également que les titulaires de CdS participent dans certaines assemblées générales de la population pour répondre à des questions techniques posées par celle-ci. Enfin, la population participe à l'amélioration de ses centres de santé par l'intermédiaire des plans d'action auxquels participent les COSA.

Le PASS 2 a introduit la notion de **certificat de mérite**, d'échanges d'expériences entre COSA et de contrôle de gestion par les COGES, autant de **bonnes pratiques** qui se sont révélées à reproduire et le seront dans un troisième contrat hors du champ de cette évaluation (Ivuriro N'amagara, CRIS BI/FED/041-751, sur 24 mois). Il sera mis en œuvre sur les 18 provinces en ce qui concerne le **monitoring et l'amélioration des performances** des centres de santé et du système de santé au niveau périphérique. L'autre résultat attendu, concerne la rétro-information à la communauté et sera mis en œuvre dans six provinces.

3.3. Quel est le niveau de complétude et de qualité du paquet de prestations (PMA et PCA) lié au FBP-G ?

Pour avoir une idée de la complétude et de la qualité du paquet de prestations (PMA et PCA) lié au FBP-G, les experts ont suivi dans les provinces/districts visités les mesures d'indicateurs qui ne sont pas achetés, mais sont mentionnés comme indicateurs à suivre dans le PNDS III. Donc on pourrait s'attendre à ce que tous les CdS et districts appliquent ces indicateurs.

- Le pourcentage des CDS amis des jeunes ayant des réseaux sociocommunautaires fonctionnels
- Le pourcentage des FOSA ayant au moins un prestataire formé sur la prise en médicale des VBG
- La proportion de nouveau-nés ayant reçu un paquet intégré des soins
- Le taux de couverture en Vitamine A (enfants et femmes enceintes)
- Le pourcentage des enfants de plus de 5 ans et des adolescents avec une malnutrition aiguë sévère (MAS) ayant bénéficié la prise en charge nutritionnelle (âge et sexe)

Cela pourrait indiquer comment la qualité des soins s'améliore indépendamment des données requises (achetées) par les suivis FBP.

Le pourcentage des CdS amis des jeunes ayant des réseaux sociocommunautaires fonctionnels se situe entre 15 et 36 pour cent, sauf Vumbi qui restitue 100% de couverture.

Le pourcentage des FOSA ayant au moins **un** prestataire formé sur les VBG dans les cinq districts visités est en moyenne 64% (93/145 FOSAS), et se situe entre 38 et 100 % de FOSAS.

L'annuaire statistique donne le Taux de couverture CPoN1 dans les quinze jours après l'accouchement, tandis que le PNDS III préconise la CPoN dans les 48h après l'accouchement.

La proportion de nouveau-nés ayant reçu un paquet intégré des soins. La proportion des enfants ayant bénéficiés de la CPON dans 48h : la plupart des districts restituent entre 3 et 10% de CPON sans avoir des données antérieures à 2020. Si Cankuzo mentionne 100% depuis 2016, il faudrait conclure que toutes les CPON se font à l'hôpital. La proportion des enfants ayant reçu le BCG est élevée dans les cinq districts et plus au moins stable depuis 2016-2017. Il en est de même pour le nombre de femmes allaitant à la première heure (entre 87 et 99%).

La couverture en Vitamine A (enfants et femmes enceintes) est difficile à suivre dans le temps et à comparer. Pour les femmes enceintes les données ne sont pas mentionnées/ou connues pour la plupart des districts n'ont pas ces données. Pour les enfants les tranches d'âge appliquées sont différentes pour l'annuaire statistique (de 12-59 mois, de 12 à 23 mois et de 24 à 59 mois) et des campagnes dédiées à la Semaine santé mère enfant (SSME), organisées par le PEV une fois le semestre donc deux fois/an. Ce ne sont pas des données de routine. Pour cette raison les données ne sont pas comparables. Un autre taux de couverture en Vitamine A est calculé de 6 à 59 mois. S'arrêter sur des indicateurs conformes et donc entièrement comparables, comme l'a fait le FBP représente donc un avantage pour le suivi du FBP-G et la bonne gestion de données en général.

La même différence de données se trouve dans différentes sources pour les nouveaux cas MAS, des enfants de 5 à 9 ans, et des adolescents de 10 à 14 et de 15 à 19 ans (voir annexe 7). Pour l'année 2020, on trouve dans les données GASC les cas de MAS dépistés, référés par GASC et ensuite confirmés par le CdS. Le PNDS III a comme cible que la prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans passe de 5.1 à 3 % d'ici 2023. Les districts donnent les nombres absolus de nouveaux cas de MAS, mais pour la prise en charge les données des GASC montrent la PEC des MAM et les MAS référés aux CdS. Les données sont bien disponibles par groupe d'âge et pas sexe mais on ne retrouve pas explicitement les MAS ayant bénéficié de la prise en charge nutritionnelle.

Les nouveaux cas identifiés baissent parmi les adolescents mais ont tendance à augmenter ou sont inchangés dans trois des quatre districts.

3.3 bis. Quelle est le niveau de disponibilité des financements dans les délais prévus et quel est le niveau de couverture des besoins de financement des structures visées ?

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP-G, le manuel de procédures prévoit le circuit et le délai ci-après pour assurer le paiement des subsides aux centres de santé et aux hôpitaux de district.

Tableau 4: Récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives (CdS et HD)

Activité à mener	Responsable	Délai requis (en jours calendrier)	Cumul (en jours calendrier)
Saisie du rapport mensuel SIS dans DHIS2	FOSA	10	10
Vérification et établissement de la facture mensuelles de chaque FOSA	CPVV (équipe vérification)	25	35
Validation des données de chaque FOSA	CPVV	1	36
Compilation, Synthèse et transmission à la DGR (Direction générale des Ressources)	CT-FBP	5	42
Analyse à la DGR par le contrôleur des engagements des dépenses publiques, signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN/PTF	DGR	3	45
Engagement, liquidation, ordonnancement et virement par la Banque de la République du Burundi / virement du PTF sur les comptes des bénéficiaires	MINFIN/PTFs	21	66
TOTAL			66 jours calendrier

Source : Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance seconde génération et la gratuité des soins

L'administration du PASS respecte très bien le délai imparti pour le traitement des factures et le virement (21 jours). Toutefois, le délai total de 66 jours est parfois retardé d'un à deux mois à cause des retards liés à l'exécution des tâches en amont notamment la vérification et la validation par les CPVV. Il en est de même pour tous les PTF impliqués dans le financement du FBP-G au Burundi.

Cependant, la contrepartie de l'Etat (en moyenne 30%) accuse souvent des retards de plus d'un an au cours de la mise en œuvre du PASS. Ces arriérées de paiement cumulatifs et ceux liés à d'autres engagements de l'Etat (mesures d'exemptions et régimes assurantiels publics) atteignent des sommes très importantes menaçant la viabilité financière des FOSA. En dépit, des efforts de paiement ces dernières années, le cumul des arriérées de paiement de la contrepartie de l'Etat dans le cadre du FBP-G à l'hôpital de Kirundo à titre illustratif, est resté presque stationnaire passant de 131 361 828 Fbu au 30/06/2020 à 133 084 344 Fbu au 31/03/2021.

Les principales structures bénéficiaires du financement du FBP sont les Centres de santé et les hôpitaux de district. **Les besoins de fonctionnement de ces formations sanitaires sont couverts à 75 à 90% en moyenne par les recettes du FBP.** A titre illustratif, dans le CDS de Cankuzo, les recettes FBP représentaient 76% des dépenses de fonctionnement du mois de mars 2021. Au même mois, les recettes FBP représentaient 90,21% des dépenses de fonctionnement de l'hôpital de District de Kirundo.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP-G, les PTF notamment ENABEL assurent régulièrement le paiement des subsides aux FOSA dans les délais requis. Par contre l'Etat accuse des retards importants (de plus d'un an) dans le paiement de sa contrepartie. Ces retards de paiements cumulatifs sont de plus importants et menacent la viabilité financière des FOSA.

3.4 Quel est le niveau de disponibilité des investissements et des médicaments ?

Depuis janvier 2021, la Centrale d'achat en Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) livre les pharmacies de district trimestriellement. Le pourcentage de satisfaction des commandes, représentant le nombre de produits livrés sur le nombre de produits commandés s'étalent de 11, 47 à 100% lors de la dernière livraison, dans les provinces visitées.

Les gestionnaires de pharmacie ont été formés lors de l'activité 4 du PASS 1 dans trois provinces ou lors de leurs formations initiales ou encore en 2017 par Chemonics/USAID et I+ Solution. Le manuel de procédures opératoires standardisées trouvé sur place dans les pharmacies de district date de 2011 (USAID – Strengthening Pharmaceutical System/SPS). Dans leurs formules de commande des médicaments, le stock de sécurité est plus adapté au volume de stockage de la pharmacie qu'à la période à couvrir jusqu'à la prochaine livraison.

Les livraisons incomplètes de la CAMEBU amènent les pharmacies de districts et les pharmacies d'hôpitaux à aller se réapprovisionner mensuellement à Bujumbura, soit à la CAMEBU si celle-ci a reçu des stocks, soit à des grossistes répartiteurs agréés par la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des laboratoires (DPML, devenue Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments (ABREMA) très récemment). Le réapprovisionnement dans le secteur privé nécessite un accord obtenu sur place, à l'ABREMA, et les médicaments sont alors achetés à Bujumbura et ramenés au district. Ce processus prend entre un et deux jours selon la province, est mené en double par l'hôpital et la pharmacie de district, immobilise donc deux véhicules et deux ressources humaines. Les frais de transports sont soutenus par le district sanitaire.

Enfin, il faut noter que ces commandes mensuelles sont aussi limitées par le seuil de 12,5 millions de FBU à ne pas dépasser pour les commandes dans le privé (code des marchés publics) bien que ce plafond soit revu à la hausse récemment (de 5 à 12,5 millions), il reste souvent insuffisant pour couvrir

les besoins des dépôts de district et des hôpitaux d'autant plus que le coût des médicaments a augmenté à cause de la dévaluation du franc burundais. Selon les expériences des dépôts de district et des hôpitaux, les commandes de médicaments en suivant les procédures de passation des marchés publics auprès des grossistes privés durent en moyenne 4 à 6 mois rendant parfois caduques les acquisitions face aux besoins initialement exprimés.

La CAMEBU est actuellement en train de se réorganiser et une nouvelle directrice a été affectée en début d'année 2021. Le plan opérationnel 2020-2021 prévoit de créer des antennes CAMEBU dans chaque région et d'accroître par là même le volume de stockage de la centrale d'achat. Il prévoit aussi la pré-qualification des couples produits fournisseurs y compris pour les « **groupeurs locaux** » auxquels les districts s'approvisionnent quand la CAMEBU est en rupture de stock. Cette pré-qualification simplifiera à court terme la procédure de réapprovisionnement dans le privé.

Les investissements dans les FOSA se font de façon sporadique en fonction des économies sur au moins deux ou trois mois réalisées et inclusion dans les PAA, décidé avec les communautés par l'intermédiaire des COSA/COGES. A titre illustratif, sur une période de trois mois allant de février à avril 2020, le CdS de Musaga a réalisé des recettes totales de 27 344 464 Fbu dont 17 902 275 Fbu (soit 65,47%) proviennent du FBP. Sur la même période, **13 116 140 Fbu ont été consacrés aux investissements (petit équipement médical) soit 13,23% des recettes totales de la période.** Au cours de cette période, les **investissements représentaient 20,20%** des recettes FBP.

Les petits investissements de fonctionnement ont été dans les FOSA visités du matériel d'hygiène, ou de grands investissements : gestion des déchets biomédicaux avec construction d'incinérateurs et fosses et construction de services maternité. Par contre on note que l'électrification des CdS est parfois faite sur des investissements sur subsides, ce qui revient à déresponsabiliser l'état de son premier devoir à assurer des services de santé fonctionnels et de qualité. Nous constatons qu'aucun CdS n'est motivé à investir dans une clôture d'enceinte de sécurité (hygiène, principe de précaution et protection de son patrimoine).

Depuis 2012, ENABEL s'est engagé dans l'amélioration et application des Stratégies Plaintes Traitement avec le MSPLS (DODS), sur la sensibilisation de l'application sur papier et ensuite de la digitalisation. Lancé par l'Activité 4 du PASS I, des équipements digitalisés SPT (tablettes pour la Stratégie Plaintes Traitement et batteries solaires) sont utilisés par les CdS de trois provinces au cours des consultations curatives enfants et adultes (innovateur). Deux cent trente tablettes (230), deux par CdS et cinq au niveau des superviseurs de BPS et BDS ont été installées. Le suivi de l'installation et du fonctionnement des équipements digitalisés pour la SPT est fait suite à un engagement de service, signé avec le volet 4-PAISS (SLA ou Service Level Agreement).

Il est prévu par le programme de suivre la qualité des protocoles cliniques et l'application de la liste des médicaments essentiels, ainsi que l'efficacité du système digital : gérer la lenteur dans l'utilisation des tablettes, gérer la baisse d'attention du prestataire vis à vis du patient, duplication avec les livrets SPT, voir déviations du protocole officiel, et la sensibilisation des patients. L'efficacité de projet SPT dépendra de l'adaptation aux androïdes surtout dans le CdS où le réseau est déficient.

La plateforme DHIS2 est surtout utilisée dans les hôpitaux, soutenue par PAISS et suivie par Résilience. Quelques CdS se sont équipés d'ordinateurs, souvent sur propres subsides, pour saisir sur DHIS2. Dans les hôpitaux, OpenClinic est fort apprécié pour sa transparence financière et les avantages économiques qui en suit, jusqu'à diminution de 50% des pertes financières, mais le système a également des avantages du numéro unique du patient (malgré certains problèmes de

confidentialité, comme manque de formation dans les procédures contractuelles, et espaces limités), et la rapidité de transmettre les informations adéquates dans le réseau et accessibles aux prestataires concernés. Le PNDS III met l'accent sur l'intégration des données des logiciels de gestion de l'information sanitaire et interconnexions entre le DHIS2 et OpenClinic, en rendant disponible en ligne ces données.

Pour le projet de la GMAO (Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur) l'appui technique est prévu pour l'extension dans six provinces avec PASS 2. Un cofinancement du volet 5 du PAISS/ENABEL donnera l'appui pour le renforcement de la stratégie qui est en cours dans 36 Hôpitaux de district. Le suivi technique sera réalisé par le volet 5 et à terme l'objectif recherché est la digitalisation de la gestion de la maintenance en temps réel.

La formation et la simplification de la SPT a amélioré la qualité des services, la SPT digitalisée est innovante mais encore à l'état de chantier. Un gros travail reste à faire sur les tablettes SPT : gérer la lenteur, la baisse d'attention du prestataire vis à vis du client, duplication avec les registres, incomplétude des médicaments essentiels, déviations du protocole officiel, sensibilisation des patients etc.

E. Couverture

3.5 Le PASS 1 et 2 est-il en train d'atteindre seulement les plus accessibles ou atteint-il aussi les plus vulnérables ?

Selon le MSNASDPHG, il y aurait environ 400 000 ménages qui ne possèdent pas d'habitation décente, de terre cultivable, et auraient des enfants handicapés et /ou des personnes âgées à leur charge, ou qui seraient des personnes ou des enfants sans assistance. Une étude dans la commune de Gashoho, en province Muyinga a dégagé six classes de population selon les revenus¹⁰. Devant le manque crucial d'identification à l'échelle du pays et de catégorisation plus précise à jour des groupes vulnérables, le Ministère de la Solidarité a développé des TdR pour une étude sur l'identification de tous les groupes vulnérables actuellement en cours de recherche de financement. Il a aussi sollicité l'appui technique du réseau Providing for Health (P4H), spécialisé dans le financement de la santé et la protection sociale en santé, pour mettre à la disposition du Burundi une personne focale en vue d'accompagner le Burundi dans la mise en œuvre de la CSU.

La population Batwa constitue un groupe social minoritaire. Ils sont estimés à 1% de la population du Burundi. En 2017, 6000 Batwa¹¹ avaient obtenus une carte d'assistance médicale (projet PADSS), leur représentation parmi les relais communautaires au niveau de la gestion et de la mise en œuvre avait augmenté, en conformité avec la stratégie communautaire. On comptait 585 Batwas membres des comités de santé et dix membres des comités de gestion, 721 agents de santé communautaires (5% des ASC) et 527 membres des associations locales¹². Il a également été confirmé par cette mission que les relais communautaires Batwa s'impliquent dans le suivi et l'orientation des patients

¹⁰ Présentation du SEP de la CNPS à l'atelier FFOM réalisé par cette évaluation

¹¹ 2017, BM_Kira Project Appraisal Document PAD KIRA

¹² Février 2019, Cadre de planification des peuples autochtones (Batwa), MSPLS

Batwa pour qu'ils sollicitent les soins ou les services de santé offerts dans les formations sanitaires et particulièrement leurs droits à des soins couverts par les politiques en faveur des soins pour tous¹³.

Enfin, il faut noter qu'au Burundi, une forte population est faite de personnes déplacées, réfugiées ou retournées. Selon les chiffres du Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR), entre 2017 et 2018, le HCR a accompagné le retour de plus de 55 500 réfugiés burundais (54 877 en provenance de Tanzanie, les autres du Kenya, République Démocratique du Congo et Ouganda). A Kirundo, province la plus peuplée et dont la densité de population atteint 500 personnes par km², il y a selon le Gouverneur de cette province, 13000 rapatriés à ce jour qui ont reçu la promesse des Nations Unies d'accès aux soins gratuits à leur arrivée durant trois à six mois. A ce jour, cet accès ne leur est pas accordé. Une autre source d'iniquité réside dans la non prise en charge des femmes burundaises, survivantes de VBG, provenant du Rwanda par exemple, avec des enfants nés au Rwanda.

Le PASS 2 a consacré le produit 4 à la définition et mise en œuvre d'un plan de communication pour le développement au sujet du FBP-G visant les populations dont les personnes vulnérables. Le marché a été mis en œuvre par PMC (FED/2019/406-260). L'objectif global de ce plan de communication était d'informer les bénéficiaires, les communautés, les prestataires et les organes de régulation sur les enjeux du FBP et de la Gratuité et renforcer par conséquent le système de santé du Burundi.

Parmi les réalisations, citons :

Un feuillet radiophonique, *Agashi*, a été produit selon la méthodologie de communication pour un changement de comportements par le divertissement, qui s'est révélé être un des formats les plus écoutés par les auditeurs des radios. Les messages ont traité les questions relatives au FBP et gratuité ciblée des soins ainsi que la visibilité des bailleurs en l'occurrence l'Union Européenne. Les neuf stations de radio les plus écoutées y ont participé et selon les résultats de l'étude d'évaluation d'impact de la phase 1 d'*Agashi*, il a été suivi à plus de 91%.

Une autre action mérite d'être mentionnée ici. Elle concerne l'organisation d'un atelier d'induction et de coaching des journalistes sur la réforme FBP et gratuité, en septembre 2019, en collaboration avec la CTN. Cet atelier a permis aux journalistes présents d'être imprégnés du FBP et gratuité dans le but de susciter une forte implication des journalistes pour produire et communiquer davantage sur la réforme du FBP et gratuité ciblée des soins.

La majorité d'entre eux avaient déjà entendu parler du FBP mais n'avaient pas des connaissances précises sur les objectifs visés, tandis que d'autres avouaient être étrangers à cette matière. Par conséquent, ce sujet était et reste peu traité dans leurs media respectifs. A l'issue de cet atelier, les journalistes formés se sont organisés en groupe Whats'app et se sont également engagés à faire de leur mieux pour produire et mieux communiquer quantitativement et qualitativement plus que jamais afin de vulgariser le contenu, les enjeux, les avantages et les défis du FBP et gratuité.

Si le Document d'action concernant le Programme d'Appui au Secteur de la Santé II tire l'enseignement de la mise en œuvre du PASS 1 que « la question des groupes vulnérables (réfugiés, grands indigents, handicapés, femmes non mariées, jeunes filles, etc.) et de leur accès aux soins devra être adressée de façon spécifique et énergique », le renforcement des COSA à travers tout le pays participe à ce thème dans la composante 2 des PASS à côté de la gratuite ciblée qui concerne les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. La campagne d'information a été une

¹³ 2014, *Etude qualitative sur l'équité en sante pour des groupes vulnérables au burundi : batwa, déplacés intérieurs et les rapatriés*, Dr Jacques NDIKUBAGENZI.

réussite, notamment le feuilletton a été citée lors de nos rencontres avec les populations. Le PASS 2 n'a pas pu mettre en œuvre d'actions « spécifiques et énergiques » sur cette thématique, d'autant plus que les populations vulnérables sont mal identifiées et les critères de catégorisation encore mal définis. Le PASS 3 devra s'y atteler, en collaboration avec les Ministères concernés, en cartographiant et catégorisant de manière concertée entre les ministères les personnes vulnérables au Burundi afin de calculer le montant de leur prise en charge, dans le but de franchir les étapes préliminaires indispensables à l'atteinte de la CSU.

F. Impact

5. Quels sont les impacts quantitatifs et qualitatifs de l'action à moyen terme

5.1 Quels effets à moyen terme le PASS a-t-il sur le plan social ?

Avant le FBP – Gratuité pour les mères et les enfants, des difficultés énormes d'accès aux soins étaient ressenties à cause de manque de moyens. Les accouchements se faisaient à domicile dans des conditions difficiles par des accoucheuses traditionnelles qui réclamaient parfois de l'argent. Avec la réforme de la gratuité des soins, les femmes enceintes se rendent dans les formations sanitaires à n'importe quelle heure du jour et de la nuit et sont bien accueillies par les infirmiers qui font leur travail correctement.

Le FBP a contribué à la mise en place d'une culture de redevabilité qui n'existait pas avant sa mise en œuvre en 2006. La traçabilité financière est maintenant une réalité et est devenue une exigence dans tous les établissements sanitaires du Burundi. Aujourd'hui le personnel est au courant des recettes et de l'affectation de ces dernières. La rigueur en matière de gestion des fonds est une réalité dans la majorité des formations sanitaires grâce à la présence des COSA et des COGES au centre de santé. Au sein des FOSA, les réunions de service et de planification sont organisées et les procès-verbaux classés. Le FBP a permis de renforcer les supervisions en termes de fréquence et de qualité.

Aujourd'hui, le centre de santé parvient à payer ses factures des médicaments, les salaires du personnel, l'entretien du centre de santé, d'honorer des engagements en matière d'investissement. Les services offerts dans le centre attirent l'affluence des patients dont la satisfaction croit, de même que l'appropriation de leurs centres de santé si l'on en juge par leur participation à son entretien dans certains cas.

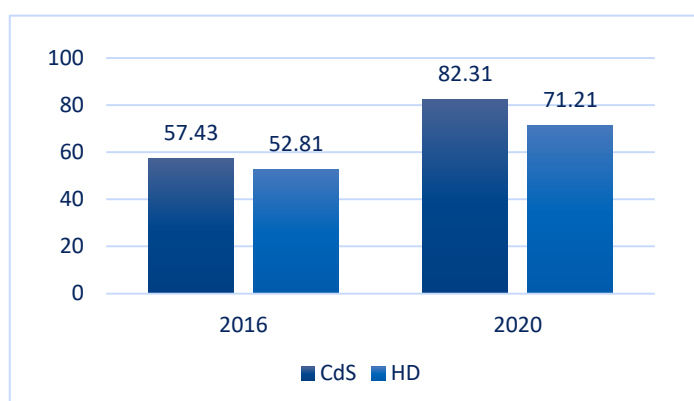


Figure 2: Score Qualité perçue au niveau des CdS et des HD (source base de données FBP)

La mortalité maternelle et infantile diminue depuis 2010 si l'on en juge les EDS, il faudra attendre la prochaine enquête EDS pour comparer les indicateurs de mortalité et définir la contribution du PASS sur ces valeurs et donc son impact. Selon les données de l'annuaire statistique (DHIS2), le taux de mortalité intra hospitalière est passé de

1,4 en 2016 à 1,2 % en 2019.

5.2 Quels effets à moyen terme le PASS a-t-il sur le plan de la santé des populations et sur le système de santé ?

Les grilles d'audits cliniques sur six protocoles validés ont été établies par des experts nationaux en collaboration avec la DODS. Cette activité s'est vue appliquée dans sept hôpitaux de district et d'autres vont suivre sous le PASS 2 en cours.

Les impacts plus saillants du PASS avec le FBP-G ont été mentionnés, dont entre autres une gestion de données. Notons que la communication s'est beaucoup améliorée dans un nombre de districts entre le BPS, les BDS et les CdS et par le Cadre de Partenariat Santé et le Développement (CPSD). Dans cette communication, la part prise par la DODS et la CT-FBP est intensifiée. La proximité est très bénéfique pour le suivi de la qualité des soins. Les indicateurs de santé ne progressent pas toujours vers une nette amélioration, mais la collaboration des niveaux et des différents départements et visites intégrées devront permettre de remédier aux faiblesses dans la qualité des soins. Par exemple l'amélioration des connaissances des standards de qualité en chirurgie et les départements qui en dépendent, ainsi que les études cliniques, et par une formation bien ciblée en fonction des besoins et principaux défauts qui entourent les soins de petite et grande chirurgie et leur réseau.

Au niveau central la mise en œuvre du PASS a facilité et renforcé le dialogue entre les partenaires techniques et le Gouvernement autour des priorités sanitaires nationales. L'une des priorités actuelles du gouvernement est la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Toutefois, le niveau de financement de la santé par l'Etat reste très faible constituant ainsi un handicap majeur à cette ambition. La couverture des coûts opérationnels de mise en place de la CSU (obligatoire) par l'Etat, fait défaut. Les financements des PTF restent insuffisants à cause surtout des sanctions liées à l'application de l'article 96.

Les conséquences de ces sanctions ont amené de façon informelle les PTF et l'Etat sous le leadership de la CT-FBP, à mettre un place un panier commun virtuel assurant la complémentarité dans le financement des coûts opérationnels du FBP et la complétude régulière des subsides des FOSA des districts. C'est un des effets inattendus du PASS qui mérite d'être formalisé et renforcé en vue d'une meilleure coordination des financements de la santé en général au Burundi.

G. Durabilité

6. Quelles chances les changements positifs auxquels ont contribué le PASS ont-ils de perdurer après l'action.

6.1 Comment assurer complémentarité et synergie avec l'ensemble des mécanismes de financement de la santé afin d'assurer la pérennité de soins de santé de qualité pour la population ?

Selon l'OMS, le financement de la santé est un processus de gestion des fonds du secteur sanitaire en vue de maximiser l'équité, la durabilité et la reddition de compte. Le financement de la santé comporte trois fonctions de base : (i) la collecte des fonds, (ii) la mise en commun des ressources et (iii) les achats des interventions de santé. Dans le contexte actuel du Burundi, plusieurs mécanismes de financement de la santé existent et sont peu coordonnés et peu complémentaires/synergiques.

Au plan conceptuel, la stratégie nationale de financement de la santé est un des meilleurs outils permettant de veiller à la complémentarité et à la synergie avec l'ensemble des mécanismes de financement de la santé afin d'assurer la pérennité de soins de santé de qualité pour la population.

L'absence de cette stratégie explique en partie la faiblesse de la régulation des mécanismes de financement à l'origine de certaines insuffisances tels que : (i) la persistance de la fragmentation des régimes assurantiels avec des interactions négatives¹⁴, (ii) le sous financement grandissant des formations sanitaires (FOSA) par rapport à leur coût de production, (iii) l'absence de séparation des fonctions entre payeurs et prestataires pour certains régimes assurantiels tels que la CAM, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

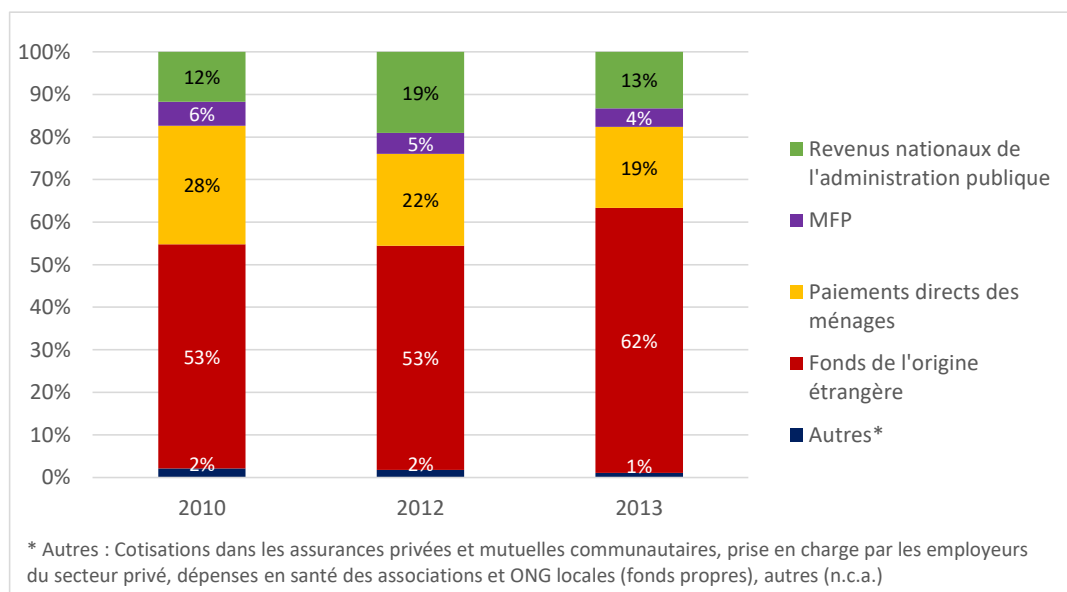
Son absence ne permet pas de juger non plus de la pertinence des stratégies de collectes des fonds prévues. Toutefois, dans la pratique, la mission constate une volonté manifeste du Gouvernement d'assurer la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Des acquis importants ont été obtenus par le gouvernement avec l'appui des partenaires notamment l'OMS, la Banque Mondiale et l'Union Européenne pour aboutir à certains résultats tels que : (i) la réalisation d'une étude sur le financement de la santé en 2014, (ii) l'élaboration d'un draft d'une stratégie nationale de financement de la santé, (iii) la mise en place de la Commission Nationale de Protection Sociale (CNPS) au Burundi et de son Secrétariat Exécutif Permanent (SEP/CNPS), (iv) la tenue régulière des sessions statutaires de la commission sous la présidence de son Excellence Le Président de la République et (v) la réalisation du registre social unique en cours de validation.

Sur le plan de la collecte des fonds pour financer la santé, au regard des multiples mesures d'exemption et de la faiblesse de couverture du risque maladie, la mobilisation du financement des ménages reste relativement faible. La mission constate que le dernier exercice d'élaboration des comptes nationaux de santé (CNS) date de 2013, limitant ainsi les informations nécessaires à des prises de décisions éclairées pour mieux réguler les mécanismes de financement en vue de réaliser progressivement la CSU (complémentarité et synergie d'intervention). Il est souhaitable de réaliser périodiquement les CNS avec une méthodologie standard (recommandée par l'OMS) afin de permettre la comparaison des résultats d'une période à une autre mais aussi de comparer les résultats du pays avec ceux des autres pays.

Selon les CNS de 2013, la dépense totale de santé par tête était de 29,93USD, contre un niveau standard recommandé par l'OMS de 44USD pour assurer les soins de base. La part du PIB consacrée aux dépenses de santé était de 10,18% en 2013. Celle du budget de l'Etat consacrée à la santé était de 10,85% en 2013, loin des 15% de l'engagement d'Abuja. La répartition du financement montre l'importance du financement extérieur en 2013 (62%), devançant la contribution des ménages (23%) et celle de l'Etat (13%). L'évolution des parts de contribution par source de financement de la santé entre 2010 et 2013 se présente comme suit :

14 par exemple la CAM est peu favorable à l'évolution des mutuelles communautaires, les populations préfèrent la carte CAM qui offre plus d'avantages d'accès aux soins avec une prime d'adhésion sept fois moins cher que la prime moyenne des mutuelles communautaires existantes

Figure 3: Evolution de la répartition des dépenses par sources de financement entre 2010 et 2013 au Burundi



Source : Comptes Nationaux de la Santé (CNS) du Burundi, 2012-2013, MSPLS, Bujumbura

En matière de mise en commun des ressources et d'achats des interventions de santé, un des outils de rationalisation des allocations budgétaires est le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) assortis de budgets programmes au niveau opérationnel. Il ressort de nos constats que le ministère de la santé n'en dispose pas. L'élaboration et l'utilisation des CDMT permettraient de mettre en synergie les allocations budgétaires faites surtout aux hôpitaux avec les ressources du FBP-G et les autres financements tels que les paiements directs des soins et les remboursements des différents régimes assurantiels.

La principale approche d'achat des soins auprès des FOSA est constituée par le FBP-G qui comporte des insuffisances nécessitant des ajustements et un meilleur couplage avec les multiples régimes assurantiels et les mesures d'exemption gouvernementales sans une régulation efficace. Bien que la mise en œuvre du FBP-G soit très satisfaisante, et contribue efficacement à la fonctionnalité des FOSA, sa pérennisation reste faible car la part contributive de l'état est moins de 50% et les PTF (UE, BM, KfW) ont des engagements de moins de 5 ans.

La complémentarité et la synergie avec l'ensemble des mécanismes de financement de la santé afin d'assurer la pérennité de soins de santé de qualité pour la population est très faible. Les effets de l'application de l'article 96 ont eu une incidence négative sur la mobilisation des fonds extérieurs notamment ceux de l'UE. Le renforcement de la complémentarité et de la synergie des mécanismes de financement nécessite (i) la finalisation, l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé et (ii) l'efficacité dans l'exécution des trois fonctions de financement de la santé que sont : la collecte des fonds, la mise en commun des ressources et les achats des interventions de santé notamment le développement de l'achat stratégique couplé aux approches d'amélioration continue de la qualité des soins et services de santé.

6.2. Quel impact attendu du prochain PASS et dans quelles mesures produirait-il le plus d'impact ?

La poursuite du FBP-G en vue de renforcer les niveaux de production et de qualité des soins de santé primaires aux populations surtout les plus démunies sont des besoins exprimés par la plupart des responsables interviewés aux différents niveaux. Cette attente est d'autant plus pressante au regard

des insuffisances de plus en plus grandissantes de l'Etat à faire face à ses engagements financiers à cause surtout des sanctions liées à l'application de l'article 96 des accords de Cotonou. La prise en compte du niveau central dans le financement de l'UE a été exprimée lors de l'atelier FFOM par les responsables du ministère de la santé. En effet, les activités de régulation, de contrôle de supervision et d'encadrement des bureaux provinciaux et des districts sont actuellement ralenties en dépit des efforts d'autres PTF telle que la Banque Mondiale pour les accompagner.

Dans le cadre de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, le Gouvernement et les PTF notamment l'OMS et la BM sont engagés dans un processus à faire de **la protection sociale un des piliers** de la stratégie de croissance et de développement qui répondent aux défis majeurs constatés tant au niveau central que communautaire.

Au regard de ces constats et priorités d'intervention exprimés par les acteurs nationaux, l'impact du prochain PASS est plus attendu dans la réduction de la morbidité et de la mortalité **chez les personnes vulnérables**, les plus marginalisées et les plus démunies/indigents à travers des interventions synergiques et coordonnées visant : (i) la disponibilité des soins et services de santé de qualité dans les FOSA (CdS et HD) en vue de servir de socle préalable à la promotion des régimes assurantiels, (ii) l'accès des populations les plus vulnérables et les plus démunies aux soins et services de santé de qualité surtout en milieu rural et en zone périurbaine précaire (iii) la disponibilité des produits pharmaceutiques de qualité au bon endroit, au bon moment, au bon prix et dans les meilleures conditions stockage et (iv) la fonctionnalité d'un mécanisme assurantiel général à l'échelle nationale à travers l'instauration d'une assurance maladie obligatoire fédératrice et coordonnatrice des différents régimes assurantiels pour plus de complémentarité et de synergie en matière de couverture du risque maladie (sans aucune exclusion).

Dans ce contexte où la contribution au financement du FBP-G des FOSAs est partie intégrante des programmes de santé au Burundi depuis son instauration et que ces programmes ont été efficaces et assez bien coordonnés avec la BM, le premier impact attendu du PASS 3 est la continuation de ces interventions en coordination avec les autres partenaires au développement. Le FBP communautaire est aujourd'hui mis en place dans huit provinces par COPED et CORDAID sur fonds KfW, et dans six provinces récemment sur financements Gouvernement BM. Cependant, aucune étude d'évaluation du FBP communautaire n'a été réalisée. Il serait intéressant de réaliser cette étude et de l'étendre à l'ensemble du pays (quatre provinces supplémentaires) en tenant compte des leçons tirées de cette mise en œuvre.

6.3 Quelles sont les perspectives de pérennité financière pour les COSA ? pour le FBP ?

Dans un contexte national et international marqué par la promotion de la couverture sanitaire universelle avec le développement d'approches d'achat stratégique par les régimes assurantiels, les perspectives de pérennité financière pour le FBP résident surtout dans la correction de ses insuffisances et sa mutation vers un mécanisme d'achat (focalisé sur la qualité) complémentaire à ceux des régimes assurantiels (quantité).

Au plan conceptuel du FBP-G, les différents documents de base et les outils de mise en œuvre existent et sont disponibles aux différents niveaux du système de santé, les indicateurs quantitatifs sont sélectionnés et révisés en fonction des besoins prioritaires. Les indicateurs qualité se focalisent plus sur les résultats de processus qu'aux processus eux-mêmes. Les principaux services des hôpitaux

sont pris en compte dans la grille qualité à l'exception de certains services spécialisés (kinésithérapie, stomatologie, psychologie clinique, etc.) de plus en plus fréquents dans les hôpitaux de districts.

L'établissement des liens, d'interdépendance (sélection des indicateurs à acheter) entre les performances des FOSA et celles des BDS et des BPS est une bonne pratique stimulant l'efficacité générale du système de santé à produire des soins de qualité aux populations. Elle est à encourager et à améliorer davantage dans la sélection des indicateurs interdépendants en fonction de l'évolution des performances surtout des FOSA.

Toutefois, le FBP-G comporte des insuffisances conceptuelles qui limitent son efficacité, sa pérennité financière et son évolution stratégique vers l'achat de la qualité en vue d'une complémentarité synergique avec les régimes assurantiels.

Le couplage du FBP avec la gratuité est jusque-là perçu au Burundi comme une bonne pratique mais dans certains pays, les fonds alloués à la gratuité ciblée sont perçus comme une contribution de l'Etat pour mettre en place un régime assurantiel spécifique à ces populations vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans). Par conséquent, la gestion d'un tel régime spécifique reviendrait au ministère chargé de la Couverture Maladie Universelle. Au Burundi, avec la mise en place de la SEP/CNPS, le débat risque d'être mis à l'ordre du jour.

L'achat des quantités et de la qualité par le FBP entraîne un double achat des quantités avec les régimes assurantiels en cours de développement au Burundi. Cette insuffisance stratégique et conceptuelle (et originelle) du FBP devrait être corrigée avec l'évolution pour le rendre plus synergique et complémentaire avec les régimes assurantiels en vue de réaliser la CSU. A terme, une évolution stratégique et efficace du FBP-G devra être en phase avec les autres mécanismes de couverture du risque maladie :

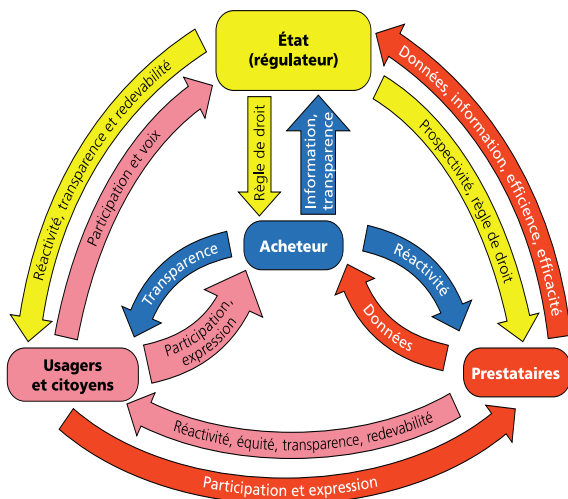
- Assurer une régression progressive de l'achat des quantités par le FBP croisée avec une évolution progressive de l'achat des quantités des FOSA par les régimes assurantiels pour à terme focaliser les achats du FBP sur la qualité des soins et services de santé dans les FOSA;
- Évaluer la phase pilote du FBP communautaire en vue de tirer les enseignements nécessaires et d'ajuster les insuffisances constatées en vue de son extension progressive à l'échelle nationale.

En attendant cette mutation stratégique du FBP-G vers l'achat de la qualité dans les FOSA, des ajustements nécessaires à l'efficacité dans la sélection des indicateurs quantité et qualité sont proposées en annexe 9.

L'insuffisance d'autonomie des CPVV vis-à-vis des BPS au double plan juridique et financier, constitue une entrave au respect de la séparation des fonctions et à l'efficacité des CPVV dans la réalisation de leurs missions au regard des constats ci-après :

- Le CPVV est placé sous la tutelle du BPS ;
- La régularité et le respect des délais des vérifications FBP et CAM sont menacés par les retards de location des véhicules par le Ministère des finances ainsi que par l'état défectueux de certains véhicules loués ;
- Les ruptures fréquentes des fournitures de bureau pour assurer le fonctionnement optimum des CPVV ;
- L'insuffisance de carburant pour couvrir les circuits des sorties de vérification.

Figure 4: Fonctions des acteurs de la santé



le comité de pilotage local du FBP et les instances de coordination nationale du FBP (figure ci-contre).

L'insuffisance d'autonomie du CPVV (non reconnaissance comme une entité juridique et bénéficiaire d'une dotation budgétaire annuelle) et de sa mise sous tutelle de la BPS est une insuffisance de séparation des fonctions pour le FBP et la CSU.

Vu sous l'angle de la CSU et au sommet de l'Etat, l'achat des quantités de prestations par les structures du MSPLS est un non-respect de la séparation des fonctions. En effet, dans le cas d'un FBP, la pleine séparation des fonctions entre les principaux acteurs de la santé constitue une pratique optimale : le détenteur des fonds, l'acheteur, le prestataire, la communauté, le COSA,

Source: Boîte à outils FBP, BM : adaptation, avec l'autorisation de Remme et al.2012

Les Prestataires c'est à dire le MSPLS et ses démembrements y compris les structures sanitaires privées ne doivent pas être acheteur à la fois de soins et services. La fonction d'achat doit être assurée par un autre ministère tel que celui en charge de la protection sociale dans le cadre la CSU.

Au cours de la mise en œuvre du FBP-G, le dispositif de vérification des prestations quantité et qualité (technique et perçue) du FBP-G assuré par les CPVV, a l'avantage de prendre en compte les vérifications liées à l'utilisation de la CAM dans toutes les provinces. Il comporte également un volet communautaire assuré par les Associations de Société Civile Locale (ASLO) contractées. Ce dispositif est bien fonctionnel et assure régulièrement les différentes vérifications y compris la vérification communautaire dans des délais raisonnables.

Il est assez efficace avec la mise en place des CPVV dont les coûts de fonctionnement sont supportés en grande partie par le budget de l'Etat (salaire des fonctionnaire, loyer- mise à disposition de locaux, location de véhicules, carburant, fournitures de bureaux, etc.) et aussi l'intégration de la vérification FBP-G avec celle de la CAM et bientôt avec celle relative aux soins gratuits aux personnes âgées. Toutefois, les coûts sont répartis entre diverses sources de financement (Etat, PTF) et nécessitent la réalisation d'une étude spécifique pour dégager le coût réel de la vérification. Néanmoins, pour rappel, selon les rapports de la CT-FBP, la proportion relative aux coûts opérationnels du FBP-G consacrés à la vérification (6,6%) est très basse comparée à celles d'autres pays qui atteignent parfois 20 à 30%.

La digitalisation de l'enregistrement (registres) des prestations de soins et services de santé dans les hôpitaux grâce à la mise en place de OpenClinic est une bonne pratique qui reste à s'étendre dans les centres de santé (CdS) afin de faciliter les processus de vérification et de recouvrement des recettes ainsi que la gestion des régimes assurantiels.

L'existence d'un plan stratégique de digitalisation dans le secteur de la santé prenant en compte la couverture des CdS et les prestations des GASC/ASC et l'interopérabilité des différentes bases de données (registres de consultation, Portail FBP, DHS2, etc.) en cours de mise en œuvre est un excellent acquis. La mise en œuvre de ce plan facilitera la collecte, l'analyse, la centralisation et la diffusion des informations sanitaires pour la surveillance épidémiologique et la gestion des ressources

aux différents niveaux y compris les PTF. Elle améliorera la qualité des données sanitaires ainsi que la promptitude et la complétude du rapportage.

En matière d'utilisation des résultats de la vérification, le changement de la cible de pénalité en cas de faible niveau de la qualité technique (<50%) est une bonne pratique à maintenir et renforcer. Par exemples, si le score de qualité globale est entre 30% et 50% : sanctionner le personnel de la FOSA en lui interdisant de percevoir la prime de performance pour 1 mois (la prochaine prime qu'ils pourraient obtenir). Si le score de qualité globale est inférieur à 30% : sanctionner le personnel de la FOSA en lui interdisant de percevoir la prime de performance pour deux mois (les deux prochaines primes qu'ils pourraient obtenir).

Les enquêtes de la vérification communautaire sont semestrielles alors que les échantillonnages sont mensuels au cours de la vérification des quantités. Cette pratique est peu efficace et source d'importants biais de mémoire ainsi qu'une augmentation du risque de changement de domicile des anciens clients pour diverses raisons (activités professionnelles saisonnières, raisons sociales, etc.). Outre les insuffisances de conception du dispositif de vérification décrites plus haut, les insuffisances d'exécution majeures ci-après ont été relevées par la mission.

Les données de la vérification communautaire sur l'effectivité de la gratuité (déclarée par les bénéficiaires) ne sont pas agrégées, analysées à l'échelle provinciale en vue de leur saisie sur le Portail FBP. Le taux d'effectivité au niveau provincial n'a pas été disponible dans les quatre provinces visitées laissant sous-entendre que l'analyse n'est pas faite. Les résultats des enquêtes communautaires sont sous format papier. Nos constats corroborent avec la non-exécution en 2019 de la recommandation (N°5)¹⁵ du rapport annuel FBP de 2018 par manque de ressources. Cette insuffisance est un grand manque à gagner pour le plaidoyer auprès des différents bailleurs (Etat et PTF) ainsi que pour la régulation de cette approche (identification des insuffisances, discordances éventuelles entre les faits déclarés par les prestataires et ceux déclarés par les populations bénéficiaires, prises de décisions éclairées pour améliorer la performance et la qualité de mise en œuvre de la gratuité aux différents niveaux, etc.).

Les formations sanitaires privées ne sont pas intégrées dans le FBP-G bien qu'elles soient de plus en plus importantes en milieu urbain. Leur régulation est relativement faible (insuffisance de supervision et de contrôle par les structures du MSPLS). Leur implication serait une opportunité de les réguler davantage et un renforcement de l'équité d'accès des populations en leur offrant cette possibilité avec une garantie de la qualité des soins et services de santé dans les FOSA privées.

En matière d'organisation, de gestion efficace des ressources, la mission constate que des efforts importants ont été déployés pour assurer une répartition très satisfaisante des subsides FBP-G payés aux structures contractantes. En effet, la majorité des subsides est destinée aux FOSA (en moyenne plus de 80%) au regard de l'importance de leur fonction première d'offrir des soins de qualité couvrant au moins 80% des besoins de soins de santé primaires aux populations.

Un dispositif d'audit comptable et financier est fonctionnel et réalise des audits semestriels dont les résultats sont effectivement utilisés pour la prise de décisions par la hiérarchie. Des responsables de FOSA ont été sanctionnés pour des malversations avérées.

¹⁵ La recommandation N°5 = Renforcer les capacités relatives à l'analyse des résultats des enquêtes communautaires au niveau des BPS, BDS et CPVV

Les subsides FBP sont assez bien utilisés par les FOSA pour faire face à leurs besoins prioritaires notamment l'achat des médicaments, la masse salariale des contractuels recrutés localement dans le respect du code de travail, les autres frais de fonctionnement, les investissements et enfin la motivation du personnel sous forme de prime de la performance individuelle de chaque agent. L'utilisation des différents documents normatifs du FBP-G est effective sur le terrain par les différents acteurs y compris les COSA/COGES. En effet, un des derniers outils de la chaîne qu'est le manuel de procédures administrative, comptable et financière pour la gestion des ressources des FOSA a été retrouvé dans les FOSA visitées.

Toutefois, la mission a relevé des insuffisances en matière de gestion des ressources du FBP-G qui entravent son efficacité et son efficience dans la mise en œuvre. Elles sont surtout liées aux aspects ci-après.

L'insuffisance de traçabilité des fonds par source de financement au niveau des FOSA par manque de diffusion systématique du plan de paiement des CPVV aux FOSA et la non complétude des intitulés des ordres de virement par la Banque. Ces intitulés devraient comporter au moins le nom du bailleur (source de financement) et le mois de la facture concernée, etc.

L'insuffisance d'actions peu coûteuses mais à haut impact de visibilité des changements qualitatifs par la populations notamment : (i) la mise en place des panneaux de signalisation externes et internes sur la FOSA et ses services tout en privilégiant les pictogrammes pour les personnes illettrées, (ii) l'amélioration des conditions de mise en observation et d'hospitalisation (literie, grillage au fenêtres, alimentation de certaines catégorie de malade par exemple les tuberculeux, (iii) l'octroi de cadeaux au meilleur utilisateur des soins et services de santé les moins sollicités, etc.

L'insuffisance de clôture en haie vive pour les CDS dépourvus de clôture en matériaux définitifs alors que les conditions pluviométriques sont favorables à la réalisation de ce type de clôtures écologiques, respectueuses de l'environnement.

Les manuels de procédures administrative, financière et comptable des CdS et des HD sont peu lisibles et holistiques (sur l'essentiel des faits de gestion courante des FOSA), ils font souvent référence à plusieurs instructions du niveau central et au code des marchés publics. Certaines instructions sont comprises diversement par les gestionnaires par exemple le seuil des 12,5 millions pour les commandes de médicaments. Le manuel de procédures des CDS comporte une procédure trop synthétique en deux étapes de « sortie de fonds de la caisse pour les achats ». Cette procédure renvoie à une planification mensuelle des achats laissant croire qu'il n'est pas possible de faire de petites dépenses imprévues non planifiées mensuellement. Le plafond de la caisse et la procédure d'alimentation de la caisse sont peu explicites. Le manuel ne comporte pas des procédures spécifiques par seuil de dépenses contenu dans le code des marchés publics : inférieur à 100 000, compris entre 100 000 et 199 999, supérieur ou égal à 200 000, etc.

Enfin, la mission a constaté que les activités de recherche et de capitalisation des bonnes pratiques du FBP-G prévues dans le PASS ont été ralenties à cause de la Covid-19. Sur le terrain, les acteurs des districts rencontrés n'ont pas spontanément documenté les bonnes pratiques du FBP-G. Les acteurs interviewés ne maîtrisaient pas la démarche de documentation des bonnes pratiques. Ces constats justifient le recrutement par ENABEL d'un Assistant Technique international en poste en fin d'année 2020 pour développer la recherche et la capitalisation des acquis du FBP-G et de la CSU en général. Ce processus devrait mettre l'accent sur les thèmes dont les résultats seront directement bénéfiques aux populations (effectivité de la gratuité selon les déclarations des populations, Déterminants de la qualité perçue dans le contexte du Burundi et corrélation entre niveau de qualité technique et celui de la qualité perçue, nombre de contacts réels (issus d'une enquête de population)

pour soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans dans le contexte du Burundi, viabilité et population cible de la carte CAM et critères d'éligibilité.

Toutefois, la mission a constaté dans certaines FOSA des bonnes pratiques qui méritent d'être documentées en vue de leur partage et répliation telles que la contribution du FBP à la mise en place d'une banque de sang à l'hôpital de Kirundo et la réalisation d'une haie vive et d'une pelouse bien taillée au CdS de Gikomere.

La pérennité du financement du FBP-G est moyenne car la part contributive de l'état est moins de 50% et les PTF (UE, BM, KFW) ont des engagements de moins de 5 ans. Les perspectives de pérennité financière pour le FBP résident dans la finalisation, l'adoption et l'exécution efficace d'une stratégie nationale de financement de la santé au Burundi mettant l'accent sur la réalisation effective de ses trois fonctions de base tout en assurant : (i) l'accroissement de la part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé pour atteindre les 15% conformément à l'engagement d'Abuja afin de relever la part contributive de l'Etat dans le Financement du FBP-G, (ii) la mutation du FBP vers un achat de la qualité dans les FOSA tout en laissant l'achat des quantités aux régimes assurantiels et (iii) le renforcement de l'efficacité, l'efficience, la transparence et la redevabilité dans la gestion des fonds alloués aux FOSA. En plus de ces interventions d'ordre général à court et moyen termes, il est urgent d'assurer des ajustements dans la conception et dans la mise en œuvre du FBP pour corriger les insuffisances relevées ainsi qu'avec l'appui de la recherche et la capitalisation des acquis du FBP-G.

6.4 Quelles mesures nécessaires le PASS pourrait-il prendre pour renforcer la durabilité du système de santé publique ?

La mise en œuvre du PASS contribue fortement à la disponibilité des financements dans les FOSA et à leur bonne gestion à travers les transferts de subsides FBP-G, les différentes vérifications/contrôles et audits techniques, comptables et financiers réalisés régulièrement. En effet, les assistants techniques de ENABEL et des auditeurs privés contractés, réalisent des missions terrains régulières dans ce cadre de renforcement de la bonne gestion.

La stratégie nationale de financement de la santé en cours d'élaboration depuis 2014 n'est pas encore finalisée et adaptée afin de donner des options stratégiques très claires de collecte des fonds, de leur mise en commun et d'achat des interventions de santé. Elle devrait donner également des orientations stratégiques pour la réalisation de la CSU dans les meilleurs délais. Sa disponibilité faciliterait l'adhésion des PTF à accompagner le Gouvernement dans ses efforts de financement de la santé. Par ailleurs, l'absence de régulation des différents assurantiels constitue une insuffisance majeure dans la qualité de couverture des populations et la gestion efficiente de financements des ménages.

Il faut cependant noter que le programme PASS 1 a approvisionné ordinateurs et kits informatiques à certaines instances en provinces (BDS, BPS, CPVV). Il a été mentionné à l'équipe d'évaluation, lors des visites de terrain en provinces, des difficultés à s'approvisionner en pièces détachées depuis le Burundi (clavier d'ordinateur, par exemple). Le programme Résilience met en œuvre la gestion de la maintenance assistée par ordinateurs, il est important de gérer en amont les marques d'équipement et de matériel médical qui arrivent au Burundi, afin qu'elles puissent être entretenues et réparées. En effet, les marques des kits informatiques fournis par ENABEL sont très communes et normalement internationalement connues et maintenues.

Ainsi, la pérennité du système est aussi compromise par des capacités de maintenance des équipements reçus faibles. En dépit de l'existence de ces différents outils, des contraintes persistent. Il s'agit entre autres de (i) l'absence d'une politique nationale d'acquisition, gestion, maintenance des infrastructures et équipements sanitaires, (ii) la faible capacité technique en maintenance des équipements biomédicaux, (iii) l'absence de contrôle de qualité pour les équipements biomédicaux, (v) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées en génie biomédical et génie sanitaire, (iv) la non mise à l'échelle nationale de l'outil GMAO, (x) l'insuffisance en alimentation électrique et en eau pour les structures sanitaires, (xi) le non-respect de la mise en oeuvre du Plan d'Extension de la Couverture (PEC).¹⁶ Compte tenu de l'article 96, un appui au niveau central n'était pas encore envisageable sur le PASS2. Il sera important de réfléchir à ce type d'appui à la direction en charge des équipements et matériels afin de renforcer leurs capacités à s'approvisionner en pièces détachées mais aussi à former les techniciens maintenanciers aux nouvelles technologies importées. Dans une des provinces visitées, il a été mentionné que les équipements ont été installés en l'absence de personnel technique maintenancier, et le circuit de réapprovisionnement de pièces détachées est encore à ce jour mal connu.

¹⁶ PNDSIII

3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A. Enseignements tirés

Dans la pratique et au plan du financement du FBP-G, un panier commun virtuel informel fonctionne entre les différents bailleurs impliqués dans le FBP-G (Etat et PTF). Il a assuré un niveau de financement très satisfaisant du FBP au-delà du niveau minimal optimal de 3 USD/per capita/an, recommandé dans la théorie du FBP. Cette initiative spontanée suite aux effets de l'article 96 devrait se poursuivre et s'étendre progressivement à tout le financement du système de santé.

Les créances des FOSA en lien avec les retards de remboursements du trésor public au titre des multiples exemptions et de régimes assurantiels publics (CAM, MFP, FND, Police, Prise en charge des indigents, contre- partie Etat du FBP-G, etc.) constituent une menace sérieuse sur la viabilité des FOSA compromettant sérieusement la disponibilité des soins de qualité (qui est en retour indispensable à la promotion de tout régime assurantiel). Le Gouvernement devrait prendre des décisions urgentes pour freiner voire arrêter ce dysfonctionnement.

L'autonomie de CPVV vis-à-vis des BPS voire du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS), constitue un enjeu majeur pour l'efficacité du FBP-G ainsi que son intégration dans une approche générale complémentaire et synergique avec les régimes assurantiels. L'autonomie des CPVV devrait permettre au pays d'évoluer vers la création d'un corps d'auditeurs médicaux ayant la même tutelle administrative que l'AMO (ministère en charge de la protection sociale) ou rattaché au ministère en charge des finances. Ces auditeurs médicaux assureront tant les vérifications pour le FBP et pour les différents régimes assurantiels publics pour plus d'efficacité. Cette décision incombe au gouvernement dans une vision holistique d'évolution vers la CSU.

Le niveau d'effectivité de la gratuité des soins selon les déclarations des bénéficiaires, constitue également une préoccupation qui devrait être levée rapidement afin de rassurer les différents acteurs qui financent le FBP-G tant ceux du ministère en charge des finances que des PTF. Cette action incombe à la CT-FBP étant donné que les données sont déjà collectées au cours des enquêtes communautaires semestrielles.

L'approvisionnement en matériel technique est indispensable au renforcement des capacités des équipes médicales et administratives. L'importation de matériel pose cependant régulièrement des problèmes de maintenance et de réapprovisionnement en pièces détachées et donc de la pérennité des actions qui découlent de l'utilisation de tels matériels. En ce qui concerne les programmes de l'UE au Burundi, Twiteho Amagara est en train de mettre en place la GMAO. Il est important que ces interventions se poursuivent ainsi que les formations en maintenance d'équipements.

B. Conclusions

Pertinence

En finançant la gratuité des soins à travers le FBP-G d'une part et en renforçant la gestion communautaire des FOSA d'autre part, le PASS permet de maintenir les équipes en place, apporte un niveau de satisfaction correct aux populations et une gestion orientée sur les résultats des CdS. Il amène donc des bases structurantes au système de santé sans lesquelles les autres programmes de santé ne pourraient se développer. Dès 2016, la mise en place des programmes PASS, après le PASBU, a permis au système de santé de ne pas s'effondrer sous les conséquences de la crise

politique. Le financement du FBP est respecté par l'ensemble des partenaires, les COSA sont formés et actifs, ce qui conduit à une amélioration de la fréquentation aux FOSA. Il conviendra de continuer l'amélioration de la qualité et d'avancer sur la couverture des mutuelles pour accroître l'accessibilité des plus vulnérables.

Les programmes PASS sont très pertinents depuis leurs dates de création et jusqu'à aujourd'hui encore. Ils contribuent à la gratuité des soins des mères et des enfants de moins de cinq ans en parfaite cohérence avec les politiques nationales, celles de l'UE et les politiques internationales. A côté des autres interventions des partenaires au développement, notamment la Banque Mondiale, la KfW, GAVI et le Gouvernement, ils contribuent à préparer la mise en place de la couverture sanitaire universelle, une des recommandations issues de la 5^{ème} Assemblée Générale de la CNPS présidée par SE le Président de la République tenue à Gatumba le 28 juin 2019 ainsi que la Conférence Nationale sur la Santé au Burundi tenue en septembre 2019.

La CSU est fondée sur le principe selon lequel tous les individus et toutes les communautés devraient avoir accès à des services de santé essentiels de qualité, sans connaître de difficultés financières. La CSU concerne toutes les cibles de santé et contribue à la sécurité sanitaire et l'équité.

La mission d'évaluation constate que la PEC des personnes vulnérables, autre que les mères et les enfants de moins de cinq ans souffre actuellement de manques de financement et d'une catégorisation consensuelle de cette population dont la responsabilité incombe au Ministère de la Solidarité nationale.

La digitalisation, avec la mise en place de la stratégie des plaintes et traitements est une innovation d'ENABEL au Burundi. PASS1 a mis en place les outils de diagnostic (SPT) dans 115 CdS. Twitheo amagara en a rajouté une cinquantaine. Le pays comporte 1051 CdS, la digitalisation ne couvre aujourd'hui que 10%. Sachant que le gouvernement met en place le Programme de Gestion Informatique du Secteur de Santé (PROGISSA), la digitalisation entreprise par ENABEL mérite d'être continuée en relevant les défis qu'elle pose (temps d'écoute du patient, quelques bugs informatique, harmonisation de la liste de médicaments essentiels, ...etc.).

Efficiences

L'efficacité des PASS est correcte. On assiste à un retard dans la mise en œuvre des interventions de la composante 1 depuis le début de la pandémie à COVID19. Il est estimé à un an.

Les modalités de mise en œuvre des deux composantes PASS étaient basées sur des bureaux situés à Bujumbura avec déplacements sur le terrain. La seconde composante étant faite de très nombreuses formations des membres des COSA et COGES, elle se réalise donc en majorité dans les provinces. Il serait certainement plus efficace de travailler depuis des bureaux en régions afin de pouvoir suivre les activités et coacher de manière plus continue les activités des COSA, des COGES et des BDS tout en coordonnant les activités avec celles de la composante 1.

La multiplicité des mesures d'exemption fonctionnant en silo comme des régimes assurantiels comporte inévitablement des risques de double paiement pour les sources de financement des FOSA. Ce double paiement est réel mais peu perceptible du fait que les programmes nationaux sont financés par dotation budgétaire sans tenir compte des frais de prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans qui sont les principales victimes du paludisme par exemple. Par ailleurs, en termes de couverture des populations par le risque maladie, ces multiples régimes et mesures d'exemption ont des interactions contreproductives. En effet, la CAM est en concurrence avec les mutuelles de santé et les assurances privées au regard de son faible coût d'acquisition alors que ses

retards de remboursements des frais de prestations aux FOSA menacent leur viabilité financière et donc la disponibilité des soins de qualité (indispensable à la promotion de tout régime assurantiel).

Il existe cinq acteurs accompagnateurs membres de la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé du Burundi (PAMUSAB). C'est une grande opportunité à saisir pour **renforcer le mouvement mutualiste** avec la création de faïtières provinciales et nationales avec des bases de données et des cartes d'adhésion interopérables afin de permettre aux adhérents d'accéder aux soins et services de santé des FOSA sur toute l'étendue du territoire. Le taux de fidélisation des adhérents aux mutuelles communautaires est en moyenne de 70% au niveau national tandis que leur taux de pénétration dans la population est de 2,3%.

L'interopérabilité entre les cartes des mutuelles communautaires est partielle et ne permet un accès des adhérents aux FOSA sur toute l'étendue du territoire. Cette insuffisance rend moins attrayant les mutuelles communautaires pour les populations qui se déplacent beaucoup pour des raisons professionnelles, scolaires, sociales ou culturelles.

Des efforts restent à faire pour mettre en place des cadres de concertation encore plus fonctionnels, équilibrés, transparents et constructifs si l'on veut attendre la CSU au Burundi. Le respect de la complémentarité et du principe d'avantage comparatif dans la répartition des rôles et responsabilités entre les parties prenantes doit être renforcé. Par exemple, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida devrait se focaliser davantage sur la production des soins et services de santé de qualité et laisser l'organisation et la gestion des régimes assurantiels à d'autres secteurs en vue d'accélérer l'atteinte de la CSU.

L'élargissement des parties prenantes dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU implique d'autres secteurs (ministères en charge de la protection sociale, de la solidarité, de l'état civil, du travail, de l'artisanat, de l'agriculture, de la pêche) et d'autres PTF tel que le Bureau International du Travail (BIT).

Efficacité

L'efficacité est bonne. Plusieurs adaptations ont été faites aux contrôles et visites des CdS après le passage de l'Évaluation à mi-parcours du PASS I. Dans les indicateurs existants des éléments de qualité ont été ajoutées. Néanmoins, la qualité des soins ne répond pas ou de loin aux normes de qualité en santé. Après avoir visité une dizaine de CdS et hôpitaux la raison semble être double.

Les vérifications ne sont pas faites par des professionnels de santé mais à base de listes standards. Par définition cela concerne des données plutôt quantitatives que qualitatives, or la qualité des soins ne se mesure que par les résultats des mesures des indicateurs de santé. Or plusieurs rapports (dont le rapport annuel d'ENABEL) mentionnent des fluctuations dans la qualité des soins plus qu'une amélioration, donc une stagnation.

Les visites à l'improviste améliorent la précision des observations parce qu'elle ôte le biais de préparation en vue d'une visite déjà annoncée. Même ici on peut observer que la qualité des soins n'est pas toujours bien comprise. Parfois la propreté de l'incinérateur (même à l'intérieur) dépasse la propreté de la petite chirurgie ou de la salle de pansements quand une visite est attendue, et ceci n'est pas le but.

Il manque une vue d'ensemble de la totalité de la qualité des soins dans une clinique. Les visites à l'improviste ont amené un grand changement mais ces visites viennent également avec des listes à cocher, aussi, il y a peu d'espace lors de ces grandes visites pour l'observation simple par une personne expérimentée. Une vision qui va au-delà de formats à remplir, la vision d'ensemble. Est-ce qu'une chambre de pansements et petite chirurgie permet une vision éclairée du problème du patient, y-a-t-il assez de place pour faire les actes d'une façon stérile ou plus propre, est-ce que tous les

instruments sont en place, ou faut-il en cas d'urgence aller chercher des seaux et des pinces, pansements, désinfectants dans un autre lieu ? Tous ces paramètres sont essentiels et le problème est qu'au Burundi jusqu'à présent peu de médecins et paramédicaux sont exposés à un contexte idéal, ou disons standards de qualité des soins. De là donc la nécessité de créer un pool de professionnels expérimentés pour mettre la qualité à niveau. Ceci par formations, visites, études etc.

Au plan conceptuel, les documents de base du FBP-G et les outils sont de qualité bien satisfaisante. Le dispositif de vérification est bien efficient et de pérennité moyenne bien qu'il ne respecte pas la séparation des fonctions. Les paiements des subsides sont réguliers et sont assez bien utilisés par les FOSA pour offrir des soins de qualité de plus en plus satisfaisante. Des efforts d'encadrement de cette utilisation sont déployés à travers des audits réguliers. Toutefois, la conception du FBP-G et sa mise en œuvre nécessite des ajustements (synergie, complémentarité, principe d'avantage comparatif, etc.) indispensables à son évolution vers des interventions holistiques et intégrées de couverture sanitaire universelle.

Les ruptures de stocks en médicaments restent un point crucial pour l'efficacité des services de soins. La CAMEBU est en pleine restructuration et la formation des gestionnaires reste à parfaire et à étendre sur le territoire.

Pérennité

En ce qui concerne la santé communautaire, les objectifs spécifiques de la stratégie sont de i) renforcer la coordination et le mécanisme de suivi-évaluation des interventions en santé communautaire et ii) d'augmenter les performances des relais communautaires. Les programmes PASS ont contribué au second objectif en formant les COSA/COGES et en les équipant de petits intrants (parapluie, boîtes à images...etc). Cependant la stratégie reconnaît la faiblesse de l'absence de motivation pour les COSA.

Cette mission anticipe aussi un problème de pérennité du travail des COSA et COGES formés à cause de l'évidente iniquité qui apparaît actuellement en comparaison du statut des ASC qui eux, sont contractualisés dans le FBP communautaire. Si le cadre logique de la stratégie de santé communautaire 2019-2023 prévoit qu'un mécanisme de motivation des COSA soit mis en place avec une cible de 40% des COSA en bénéficiant en 2023, il n'en n'existe encore aucun officiel aujourd'hui. Si l'on rajoute à ce constat l'idée de faire passer le nombre de membres des COSA de dix à 15, la question de la pérennité de leurs actions pourtant essentielle au système de santé burundais devient cruciale.

La mise en œuvre du FBP dans le cadre du PASS 1 et 2 par ENABEL est jugée très satisfaisante. Le FBP est en phase avec les priorités nationales définies (la politique et ses plans stratégiques et opérationnels). Le principe du FBP est parfait dans une situation de fragilité, dans une première phase. Il n'est pas une finalité en soi. La migration d'un FBP vers une assurance universelle est l'objectif. Un FBP évolue vers un financement des efforts d'amélioration de la qualité avec un couplage des dispositifs d'assurance de la qualité.

La pérennité du financement du FBP-G est moyenne car la part contributive de l'état est moins de 50% et les PTF (UE, BM, KFW) ont des engagements de moins de 5 ans.

C. Recommandations

A la DUE – PASS 2

Faire intervenir les services du ROM (Result Oriented Monitoring - INTPA) pour doter le cadre logique du troisième contrat COPED d'indicateurs de résultats.

A COPED: se former en suivi de projets.

A la DUE - Pour le prochain PASS 3

Conserver cette approche financement du FBP gratuit et co-gestion communautaire en gardant les deux composantes. Continuer le paiement du FBP-G, les interventions sur la qualité des soins visant à atteindre la CSU

Renforcer l'appui aux communautés et aux plus vulnérables en collaborant avec le Ministère de la Solidarité sur l'étude d'identification et de catégorisations des populations vulnérables au Burundi et en continuant à co-opter les représentants de batwas dans les COSA et les COGES.

Au niveau communautaire, il conviendra de continuer le recyclage selon besoins des membres des COSA et COGES et d'y amener un suivi régulier.

Modalités de mise en oeuvre

Figure 5: Modalités de mise en oeuvre du PASS 3



Créer des bureaux régionaux pour héberger les équipes d'AT de proximité des deux composantes qui assureront un coaching de la mise en oeuvre des activités des FOSAs et des communautés.

La première composante sera mise en oeuvre par ENABEL. La composante 2 sera mise en oeuvre par un consortium d'ONG spécialisées dans les mutuelles communautaires, les formations de COSA/COGES et le FBP communautaire.

Aux partenaires de mise en oeuvre - Donner un nom en Kirundi afin d'éviter la confusion avec les programmes ENABEL et augmenter la visibilité du programme.

DUE – ENABEL

Composante 1 - **Digitalisation, coordination, formations, études et accompagnement des partenaires vers la CSU, FBP communautaire.**

1. Continuer le paiement des subsides du FBP - G envers les femmes enceintes et les enfants (*continue jusqu'à la fin du projet*).
2. Continuer à travailler sur la SPT et qualité des soins (gestion du temps, attention aux patients, des protocoles cliniques qui ne sont pas encore en phase avec les protocoles nationaux, les médicaments qui ne sont pas listés de manière exhaustive ou identique à la LNME). Et adaptation de l'algorithme pour l'Android.
3. Appuyer la mise à l'échelle de la digitalisation et continuer la formation pratique sur la SPT : saisie sur tablettes (par les BPS et BDS formées) tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel

4. Digitaliser l'enquête communautaire pour assurer la remontée des données, vu l'importance d'intervention rapide dans les communautés en cas de suspicions épidémiques.
5. Digitaliser les échéanciers cliniques, pour le suivi des patients et des clients (VIH, Santé Mentale), et même les problèmes sociaux qui impactent sur la santé.
6. Réaliser une évaluation de la phase pilote du FBP communautaire en vue de tirer les enseignements nécessaires pour son extension progressive sur l'ensemble du pays.
7. Recycler sur les fonctions régaliennes des BPS et des BDS et en fonction des résultats des audits cliniques (comme dans activités 4 du PASS 1)
8. Appuyer les réunions de restitution trimestrielles au BDS, les réunions de coordination techniques au niveau des districts (déplacements...etc)
9. Continuer l'appui aux CPVV: matériel de communication: ordinateurs, tél, mobilier et les audits cliniques à l'improviste (innovateur) aux CdS. *(continue jusqu'à la fin du projet)*
10. Continuer le système de médecins référence et continuer ce même exercice pour les prestataires infirmiers des hôpitaux (prévu dans PASS 2). Appliquer cette approche pour d'autres protocoles à valider.
11. Placer dans l'équipe ENABEL un économiste de la santé temps plein avec expérience en FBP et CSU *(d'ici fin 2021)*.
12. Devant les constats d'inefficience de la chaîne d'approvisionnement ci-dessus mentionnés, et compte tenu de la réorganisation de la chaîne d'approvisionnement, une étude sur cette chaîne réalisée dans les six mois à un an après la mise en place des dépôts de la CAMEBU régionaux, permettrait certainement dans ce nouveau contexte, de faire des recommandations pratiques pour une gestion plus efficiente de l'approvisionnement et d'étendre la formation des gestionnaires de pharmacie à l'ensemble des provinces.
Réaliser une étude sur la chaîne d'approvisionnement qui prendrait en compte les changements survenus en janvier 2021, et après mise en place des pharmacies de régions, de manière à recommander comment optimiser l'efficience et l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement puis refaire/recycler les formations en gestion pharmaceutique des gestionnaires de pharmacies des CdS et du District (hôpitaux et pharmacies)
13. Appuyer l'étude d'identification et de catégorisation des indigents/personnes vulnérables en collaboration avec le MSNAFDPHG et le point focal de Providing 4 Health (P4H - Banque Mondiale) puis participer activement à la révision des indicateurs du SIS de routine concernant les personnes vulnérables et à l'inclusion d'un indicateur sur la prise en charge des VBG au CdS.
14. Accompagner le processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé tout en veillant à la prise en compte des financements innovants (par un processus de dialogue avec un assistant technique) *(d'ici fin janvier 2022)*
15. Poursuivre le dialogue avec le gouvernement pour renforcer les interventions de promotion de coordination et de régulation des régimes assurantiels par la SEP/CNPS notamment processus de mise en place de l'AMU y compris la mise en place de ses organes de gestion et de son fonctionnement *(continue jusqu'à la fin du projet)*
16. Appuyer techniquement et financièrement :
 - l'évolution stratégique et efficiente du FBP-G en phase avec les autres mécanismes de couverture du risque maladie en réalisant une régression progressive de l'achat des quantités par le FBP croisée avec une évolution progressive de l'achat des quantités par les régimes assurantiels pour à terme focaliser les achats du FBP sur la qualité des soins et services de santé *(d'ici à la fin du projet)*
 - la révision des documents et outils de base du FBP-G (y compris le dispositif de vérification et de facturation) pour tenir compte des orientations stratégiques souhaitées et des insuffisances

constatées dans un contexte d'évolution vers la CSU (respect des principes de séparation des fonctions et de la synergie d'interventions) (*d'ici juillet 2022*)

- la formation des acteurs sur les nouveaux documents et outils de base révisés du FBP y compris le suivi post formation (*d'ici fin 2022*)
- 17. Poursuivre les activités de recherche et de capitalisation des acquis du FBP-G et de la CSU en général (étude actuarielle pour définir les coûts des cotisations des systèmes assurantiels, étude sur les coûts de production prenant en vue de définir une tarification appropriée des paquets de soins de base des systèmes assurantiels prenant en compte les différentes sources de financement des FOSA, étude sur le nombre de contacts réels (issus d'une enquête de population) pour soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans dans le contexte du Burundi, étude sur la viabilité et la population cible de la carte CAM et critères d'éligibilité) (*continue jusqu'à la fin du projet*)

En collaboration avec une Université de son choix

- 18. Numérisation de l'enseignement (créer un site/plateforme web et encadrement par une Assistance technique court terme en Informatique-Education et Communication) pour mettre en place des formations par exemple en santé publique (santé mentale) en e-learning, en visant l'accréditation par l'East African network of Public Health Institutes
- 19. Développer le Master en santé publique en présentiel à l'INSP et des cours spécifiques (diplômes) de trois ou six mois en différentes matières (épidémiologie, gestion hospitalière, santé environnementale, accréditation des CdS publics et privés, formation de généralistes, et infirmiers en compétence de bloc opératoire et chirurgie, *programme d'ailleurs déjà lancé...etc*)

Composante 2 - **Renforcer la demande de soins par la continuation et l'extension de l'appui aux COSA/COGES, renforcer le mouvement mutualiste et continuer à appuyer le développement des AGR.**

A la DUE et au CONSORTIUM D'ONG

1. Continuer la formation, le recyclage, l'octroi de certificats de mérite aux COSA/COGES et leur apporter les moyens de déplacement (vélos) pour accroître leur mobilité et donc accroître leur recherche des plus vulnérables
2. et leur capacité de communication avec les populations ainsi qu'un signe distinctif, téléphone, unités pour le téléphone, souliers, parapluie, T shirts.
3. Tester la mise en place d'un système d'identification des plus vulnérables dans les collines, fait de trois entités qui catégorisent les vulnérables et croiser leurs résultats sur les mêmes critères, pour avoir une bonne identification des vrais indigents. Ces trois entités pourraient être le COSA avec les GASC, et l'administration territoriale et sanitaire ; les critères pourraient provenir de l'étude d'identification et de catégorisation recommandée à mener ci-dessus avec le ministère concerné
4. Choisir avec les populations vulnérables (Association de Batwa), des AGR adaptées à l'environnement et aux souhaits des ménages, constituer des associations/groupement communautaires¹⁷ et financer le capital nécessaire à l'AGR avec la condition de ne pas vendre l'investissement
5. Poursuivre le renforcement des capacités et l'efficacité de gestion des FOSA en matière de gestion des médicaments, des ressources financières et matérielles (révision des manuels de

¹⁷ promus par la politique nationale de protection sociale

gestion financières, élaboration d'un manuel de gestion matière, formation des acteurs, diffusion des plans de paiement, complétude des objets de virements bancaires, etc.)

Au MSPLS / CT-FBP

1. Accélérer le processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé tout en veillant à la prise en compte des financements innovants (*d'ici fin janvier 2022*).
2. Alléger à court terme le poids des créances qui pèsent sur les FOSA et menaçant leur viabilité financière (épuration des arriérées, octroi des CAM seulement aux indigents, etc.) (*d'ici fin mars 2022*).
3. Réaliser une évaluation de base des structures privées en vue d'intégrer celles qui remplissent les critères d'inclusion du FBP-G (avec des contrats principaux) (*d'ici fin juillet 2022*).
4. Réviser les documents et outils de base du FBP-G (notamment la sélection des indicateurs, le dispositif de vérification et de gestion) pour tenir compte des orientations stratégiques souhaitées et des insuffisances constatées dans un contexte d'évolution vers la CSU (*d'ici juillet 2022*).
5. Former les acteurs sur les nouveaux documents et outils de base révisés du FBP y compris le suivi post formation (*d'ici fin 2022*).
6. Renforcer les capacités et l'efficacité de gestion des FOSA en matière de gestion des médicaments, des ressources financières et matérielles (révision des manuels de procédures administratives, comptables et financières y celles relatives à la gestion des dépôts, des ressources humaines et matérielles, formation des acteurs sur les nouveaux manuels) (*d'ici fin 2022*).
7. Renforcer les plateaux techniques et la fonctionnalité du CNTS en analysant la faisabilité de la déconcentration de ses services dans les régions et provinces. Dans la complémentarité avec le programme Résilience, améliorer la qualité des soins spécialement si ce programme aura une suite. Organiser la transfusion Sanguine, et veiller à la sécurité des produits sanguins et leurs dérivés dans les hôpitaux provinciaux, qui n'en disposent pas, à commencer par une banque par région pour rendre les produits plus efficaces et améliorer la couverture (*d'ici la fin du projet*).
8. Ajouter un indicateur sur la prise en charge médicale des survivantes de VBG au niveau du CdS, pour relayer les efforts des GASC et des CDFC et intégrer le service de psychologie clinique dans le plateau technique des FOSA en conformité avec les normes et les recommandations OMS sur la santé mentale (*d'ici juillet 2022*).

D. Recommandations de l'atelier FFOM.

N°	Recommandations	Institution responsable de l'exécution	Echéance
1.	Finaliser et adopter la stratégie de financement de la santé	MSPLS	T2 2022
2.	Mener une étude actuarielle pour définir les coûts des cotisations des systèmes assurantiels	SEP / CNPS	T2 2023
3.	Définir le paquet de soins de base des systèmes assurantiels	MSPLS / Mini Solidarité	T2 2022
4.	Promouvoir une assurance maladie obligatoire	MSPLS / Mini Solidarité	T3 2022
5.	Renforcer / améliorer la vérification communautaire	MSPLS (CT – FBP)	T2 2022
6.	Assurer une couverture sanitaire de tous les nécessiteux par l'AMO	Ministère de la solidarité	T1 2025
7.	Assurer la catégorisation de toute la population	Ministère de la solidarité	T2 2023
8.	Digitaliser le système de santé (y compris le système de vérification et le système assurantiel)	MSPLS / Mini Solidarité	T2 2023
9.	Intégrer l'octroi de bonus d'équité aux FOSA à l'intérieur d'une même province	MSPLS	
10.	Assurer l'autonomie des vérificateurs acheteurs par la séparation des pouvoirs	MSPLS & Ministère des affaires sociales	Décembre 2021
11.	Doter des moyens logistiques suffisants aux CPVV	MSPLS appuyé par les PTF	Le plus tôt

ANNEXES

ANNEXE 1. TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉVALUATION FINALE DE PASS 1 ET À MI PARCOURS DE PASS2

TERMES DE RÉFÉRENCE SPÉCIFIQUES – PARTIE A
 EVALUATION DU PROGRAMME D'APPUI AU SYSTEME DE SANTE (PASS) AU BURUNDI
 Finale pour PASS I – Mi-parcours pour PASS II
 Contrat Cadre SIEA 2018 - LOT 4: Human development and safety net
 EuropeAid/138778/DH/SER/multi
 SIEA-2018-1578
 POUVOIR ADJUDICATEUR : Délégation de l'Union européenne au Burundi

1	CONTEXTE	2	
1.1	CONTEXTE DU PAYS / DE LA REGION / DU SECTEUR CONCERNE(E)		2
1.2	LES INTERVENTIONS A EVALUER	4	
1.3	PARTIES PRENANTES DE L'INTERVENTION	5	
1.4	AUTRES INFORMATIONS DISPONIBLES	5	
2	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE	6	
2.1	OBJECTIF DE L'EVALUATION	6	
2.2	SERVICES REQUIS	8	
2.3	PHASES DE L'EVALUATION ET LIVRABLES REQUIS	11	
2.4	ORGANISATION DU CONTRAT SPECIFIQUE ET METHODOLOGIE (OFFRE TECHNIQUE)		14
2.5	GESTION ET PILOTAGE DE L'EVALUATION	15	
3	LIEU ET DUREE	15	
3.1	PLANIFICATION, Y COMPRIS LA PERIODE DE NOTIFICATION POUR LE PLACEMENT DE PERSONNEL		16
4	EXPERTISE REQUISE	16	
5	RAPPORTS	16	
5.1	UTILISATION DU MODULE EVAL PAR LES EVALUATEURS	16	
5.2	NOMBRE D'EXEMPLAIRES DU RAPPORT	16	
5.3	FORMAT DES RAPPORTS	16	
6	SUIVI ET EVALUATION	16	
6.1	CONTENU, CALENDRIER ET SOUMISSION DES RAPPORTS	16	
6.2	COMMENTAIRES SUR LES LIVRABLES	16	
6.3	EVALUATION DE LA QUALITE DU RAPPORT FINAL ET DU RESUME EXECUTIF		16
7	INFORMATIONS PRATIQUES	17	
	ANNEXE I : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES	18	
	ANNEXE II : INFORMATIONS À FOURNIR À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION	19	
	ANNEXE III: STRUCTURE DU RAPPORT FINAL ET DU RÉSUMÉ EXÉCUTIF	20	
	ANNEXE IV: PLAN DE TRAVAIL	22	
	ANNEXE V : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITE	23	
	ANNEXE VI : MATRICE CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE L'(LES) INTERVENTION(S) ÉVALUÉE(S)	28	
	ANNEXE VII : LES CRITERES D'EVALUATION	37	

1 CONTEXTE

1.1 Contexte du pays / de la région / du secteur concerné(e)

La Constitution de la République du Burundi établit le droit d'accès aux services de la santé dans son article 55. De même le pays dans sa Vision 2025 établit la santé comme l'une des priorités au niveau du Pilier 2, le Capital Humain. Le capital humain figure parmi les axes prioritaires de la Vision 2025 avec l'objectif de fournir une meilleure qualité de vie à la population d'une part et compter sur une population éduquée et jouissant d'une bonne santé d'autre part.

Le pays dispose également d'une Politique nationale de Santé (PNS) et Programme d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2023 aligné sur le Programme National de Développement 2018-2027 ainsi que des programmes sectoriels tels que le Nationale de Santé de la Reproduction (PNSR).

Outre la Vision 2025, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida dispose aussi du Compact Burundi, un engagement moral qui a pour but de renforcer le leadership national dans la définition, le pilotage, le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé en déterminant un objectif sectoriel (accessibilité aux soins et services de santé de qualité) et neuf axes stratégiques répartis en trois groupes (assurer l'offre, créer et renforcer la demande des soins; améliorer les capacités d'offre des soins et assurer le pilotage du secteur). L'actualisation de ce compact cohérent avec le PNDS III n'a pas été approuvé par le PTF compte tenu de la situation politique du moment mais leur engagement à soutenir le secteur de la santé reste maintenu. Le MSPLS a élaboré un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT 2011 – 2013) et un Cadre de suivi évaluation pour toute la durée. Le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) a été mis en place également comme organe central de suivi et évaluation de la mise en œuvre du Compact, en charge du suivi régulier lors des missions conjointes et des revues annuelles. Aujourd'hui le secteur se réunit régulièrement et cette concertation entre le gouvernement et les PTF (Partenaires Techniques et Financiers) est actuellement actif et des réunions se font sur une base mensuelle mais aussi autant de besoin, quand la situation du moment (ex. crises Ebola et COVID19) le dicte.

D'importants progrès ont été réalisés dans le secteur de la santé depuis la mise en œuvre de la politique nationale de santé 2005-2015 et du PNS 2017-2023, à travers les Plans Nationaux de Développement Sanitaire et grâce à des réformes clés, à savoir: la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans; la décentralisation afin d'aboutir à des districts sanitaires autonomes, financièrement viables et pouvant répondre aux besoins de santé régionaux; et les modes de financement avec l'introduction du Financement Basé sur les Performances (FBP), généralisé à l'échelle nationale depuis avril 2010, et couplé à la gratuité ciblée des soins. Toutefois, à l'instar des autres pays en développement de la région, le système de santé du Burundi fait face à des multiples défis liés aux contraintes macro-économiques, la mise en place des ODD, la double charge de morbidité (maladies transmissibles et non-transmissibles), contraintes de financement de la santé, la démographie galopante, l'accessibilité difficile parmi d'autres.

L'annuaire statistique du Burundi 2017 montre que les principales causes de morbidité dans les centres de santé chez les enfants moins de 5 ans sont le paludisme, suivi des infections des voies respiratoires inférieures et pneumonies, des conjonctivites, helminthiase, malnutrition et maladies diarrhéiques. En ce qui concerne les personnes de 5 ans et plus la charge de morbidité en plus de maladies citées antérieurement (compte tenu qu'il y a encore beaucoup des enfants dans ce groupe) on peut voir après les IST (autres que le VIH/SIDA), les plaies-traumatismes-brûlures, la HTA (suspectée ou confirmée), le VIH (suspecté ou confirmé), le diabète (suspecté ou confirmé), la TBC et l'épilepsie parmi d'autres.

Les indicateurs de santé se sont globalement améliorés par rapport à la période du premier CSLP bien que la progression semble plutôt limitée et quelques reculs sont parfois constatés. L'espérance

de vie est actuellement de 58,0 (59,2 pour les femmes et 57,1 pour les hommes). A rappeler que l'espérance de vie était déjà à 51 ans dans les années 90 et est descendue jusqu'à 42 en 2005 . Le document Vision 2025 établit comme objectif l'augmentation de l'espérance de vie moyenne à 60 ans. De même pour le ratio de mortalité maternelle, qui, s'il a chuté de 1.100 pour 100.000 naissances vivantes au début des années 2000, reste encore haut à 712 (source PNUD 2016), à 500 pour 100.000 naissances vivantes pour la période des derniers 7 années 2004-2011 (EDSB 2010) et 334 pour 1000 naissance vivantes (Résultats EDS 2016-2017). Le taux de mortalité infantile qui était de 81,7 pour 1.000 naissances vivantes (nombre d'années avant l'enquête 10-14) (comparé à 114 en 2008) a chuté pour s'établir 47 pour 1000 naissances vivantes (Résultats EDS 2016-2017).

Bien que la prévalence contraceptive a augmenté (23% chez les femmes en union libre et 42% taux d'utilisation générale selon données de routine 2016 du PNSR), le taux de fécondité dans le pays est encore extrêmement élevé (en moyenne 5,5 enfants par femme alors qu'il était de 6.4 en 2010 et 6.9 enfants en 1987) et les besoins non-satisfaits en planification familiale sont estimés à 30%. De même, le taux d'abandon de l'utilisation des méthodes de planification familiale est très élevé (à la hauteur de 40% dans les 12 mois précédant l'enquête démographique de santé EDS 2016-2017). Les données de l'EDS montrent également que 8% des adolescentes de 15 à 19 ans avaient commencé leur vie procréative au moment de l'enquête et le pourcentage de femmes de 20-24 ans ayant donné naissance avant 20 ans est de 32,2%. Tout cela s'ajoute à des taux toujours inférieurs de scolarisation des filles par rapport à la scolarisation des garçons au-delà du primaire.

Le Burundi a des couvertures vaccinales élevées supérieures à 90% depuis 2015. Cependant, cette performance semble descendre ces dernières années (2016-2017) se trouvant récemment à 84%.

La malnutrition chronique reste préoccupante avec six enfants sur dix malnutris en 2010 (0.97 million d'enfants), l'un des taux plus élevés dans l'Afrique Subsaharienne, une situation qui persiste depuis des décennies et qui pourrait arriver à 1,49 millions d'enfants en 2025 si la tendance actuelle se maintient.

La lutte contre les maladies transmissibles reste prioritaire avec le paludisme comme la principale maladie endémique et mortelle. L'annuaire de l'ISTEEBU 2016 montre que le paludisme est la première cause de mortalité dans les hôpitaux. Le paludisme constitue un important problème de santé publique au Burundi et connaît une évolution ascendante depuis 2013. En 2017 le cumul annuel a atteint 7.879.957 cas et 4.415 décès, soit une incidence de 815,2 pour 1.000 personnes et une prévalence de 27% selon EDSIII. En effet, il représente 45,4% de l'ensemble des consultations externes enregistrées dans les formations sanitaires en 2017 et 50,5% dans la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans (DSNIS). Au cours de la même année, 29261 personnes ont été hospitalisées pour cause de paludisme (taux d'hospitalisation 29,3 pour 10.0000 personnes). Le pays a fait face aux menaces de Santé Publique ces dernières années. Les épidémies de choléra et surtout de paludisme en 2017 et 2018 et ont pu être contenues grâce à la mobilisation des partenaires du secteur santé.

Les autres problèmes de santé restent importants, notamment l'infection bactérienne du nouveau-né, les pneumopathies bactériennes ou sans précision, des autres maladies infectieuses et détresse respiratoire du nouveau-né parmi sont notifiés dans les formations sanitaires.

Enfin les Maladies non Transmissibles bien que l'ampleur est mal connue, demeurent latentes et constituent une sérieuse menace. Ces maladies qui sont entre autres l'hypertension artérielle, le diabète, les accidents de circulation sont de plus en plus fréquents (registres des formations sanitaires) et chez des populations de plus en plus jeunes. Par ailleurs, les jeunes garçons et filles sont exposés à la consommation du tabac, de l'alcool et une alimentation déséquilibrée qui prédisposent à développer ces maladies à l'âge plus jeune. Enfin, les femmes subissent de multiples formes de discrimination croisées en tant que jeunes femmes et filles, femmes âgées, cheffes de

ménage, autochtones, vivant avec le VIH/sida, handicapées, migrantes, réfugiées et sont particulièrement exposées à la violence et à l'exclusion des services dont la santé.

Une rationalisation des infrastructures sanitaires est nécessaire (insuffisance du réseau de santé ainsi qu'une faible distribution géographique) accompagnée d'une redistribution et soutien aux ressources humaines en santé. L'insuffisance en personnel de santé, sa mauvaise répartition, sa motivation et sa rétention est l'un des grands défis du système de santé du pays afin de garantir des soins de qualité à la population. Le ratio médecins/10.000 habitants est de 0,3 au pays. A titre de comparaison, en RDC le ratio s'élève à 1,1, en Ouganda à 1,2 et 0,6 en Rwanda . En outre, à Bujumbura, qui représente 8% de la population, sont basés plus de 53% des médecins existants dans le pays et plus de 50% des infirmiers . La correction des disparités provinciales et les disparités urbain/rural doivent être encouragées . L'accès aux médicaments à des prix abordables demeure un obstacle important également compte tenu du niveau de pauvreté de la population. Les femmes restent particulièrement vulnérables dans le domaine de la santé avec par exemple des taux élevés d'anémie et une féminisation de l'épidémie de VIH/SIDA.

Les priorités identifiées au pays par rapport aux défis santé définies dans le PNDSIII sont notamment l'amélioration de la santé de la mère et l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non-transmissibles, le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition, l'accroissement de la demande et de l'utilisation des soins de santé, le renforcement du système de santé, le renforcement et la pérennisation du Financement basé sur les performances (FBP) associé à la gratuité des soins et la maîtrise de la croissance démographique parmi d'autres.

Le système de soins est organisé de façon hiérarchique à travers un système à cinq niveaux : le niveau communautaire, le centre de santé, l'hôpital de district, l'hôpital régional et l'hôpital national. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique. Le programme objet de cette évaluation est concerné principalement par le niveau périphérique (communautaire, centres de santé et hôpital de district).

1.2 Les interventions à évaluer

Titre des interventions à évaluer Programme d'appui au système de santé (PASS I et II), mis en œuvre à travers une convention de Délégation avec ENABEL et un contrat de subvention avec COPED

Budget des interventions à évaluer 74.611.000 Euros dont

45,111 Meuro pour le PASS I

29,5 Meuro pour le PASS II

Numéro CRIS des interventions à évaluer FED/2016 /038-774 (PASS I)
FED/2019/041-751 (PASS II)

Date des interventions à évaluer PASS I : 19/05/2016 – 19/05/2020

PASS II : 07/12/2019 – 07/12/2023

Il s'agit de l'évaluation finale du Programme d'appui au système de santé I (PASS I) couplée à l'évaluation à mi-parcours d'une seconde phase du même programme, le PASS II. Cette deuxième phase prend déjà en compte les recommandations de l'évaluation à mi-parcours du PASS I réalisée en 2018.

L'UE a engagée d'abord 45 111 000 € pour le Programme d'Appui au système santé (réf. CRIS: FED/2016/2016/038 – 774) avec une durée de 48 mois et ensuite en 2019, 29 500 000 € pour une deuxième phase du programme (réf. CRIS FED/2019/041-751) pour une durée de 48 mois. Les deux programmes répondent aux mêmes objectifs :

i) améliorer l'état de santé de la population par la disponibilité et l'utilisation des services de santé dans les 18 provinces à travers un appui au système de financement basé sur la performance (FBP) couplé à la gratuité des soins pour des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans (FBP-gratuité) et

ii) appuyer la une société civile pour qu'elle ait la possibilité de se faire entendre et d'orienter les choix en matière de santé par le renforcement de l'ensemble des Comités de Santé (COSA).

Pour la mise en place de l'intervention, l'UE a établi un système de mise en œuvre double :

i) pour le premier objectif (FBP) une gestion indirecte via une agence d'un Etat membre, la Coopération technique belge (ENABEL) avec qui deux conventions de délégation ont été signées. La première en 2016 (FED/2016/375-690) d'un montant de 42 572 730 € et d'une durée de 45,5 mois, une deuxième en 2019 (FED/2019/413-660) d'un montant de 27 100 000 € et d'une durée de 30 mois

ii) pour le deuxième objectif une modalité de gestion directe à travers de subventions avec l'ONG COPED avec qui deux contrats ont été signés en 2016 (FED/2016/375-920) et 2019 (FED/2019/405-748) dans le cadre du PASS I pour un montant total de 1 499 000 € et une durée de 34 et 12,5 mois respectivement. Dans le cadre du PASS II il est prévu la signature d'un troisième contrat de 950.000 € pour une durée d'environ 24 mois.

La logique d'intervention est basée sur des documents existants, et elle devrait être examinée et reconstituée par les évaluateurs pendant la phase de démarrage. L'évaluation devra prendre en considération l'ensemble de l'intervention (FBP+COSA) tout en considérant que l'intervention répond à une politique nationale de santé coordonnée, mise en œuvre et partiellement financée par le Ministère de la Santé. L'évaluation devra aussi considérer les autres intervenants sur ce sujet, tels que la Banque Mondiale, GAVI, KfW (via CORDAID), et d'autres bailleurs et partenaires.

1.3 Parties prenantes de l'intervention

- Ministère de la Santé : Cellule Technique du Financement Basé sur la Performance et principales Directions Générales du Ministère de la Santé : organisme régulateur, coordonnateur, exécuteur et bailleur de fonds.

- Ministère des Finances, du Budget et de la Coopération Economique ; Ordonnateur National du FED

- UE : Bailleur de fonds

- ENABEL : Agence de mise en œuvre du PASS (composante FBP)

- COPED : ONG de mise en œuvre du PASS (composante COSA)

- OMS: Présidence du COPI (Comité de Pilotage) de l'intervention FBP et leader secteur de la santé

- Banque Mondiale : Bailleur de fonds FBP

- GAVI : Bailleur de fonds FBP

- Coopération Allemagne/KfW : Bailleur de fonds FBP

- CORDAID : Agence de mise en œuvre du FBP pour compte de KfW

- Operateurs de mise en œuvre des appuis de la mesure résilience en matière de santé

- Autres bailleurs et partenaires techniques et financiers impliqués directement et indirectement dans le soutien au système de santé publique au Burundi

Les bénéficiaires finaux de l'action sont représentés par la population du pays, en particulier les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer.

1.4 Autres informations disponibles

L'UE a financé le secteur de la santé à travers différents projets depuis le 7ème FED jusqu'à aujourd'hui. Le projet PAPSBU 10ème FED (Projet d'appui à la politique sectorielle de santé au Burundi : Amagara Meza) a fortement contribué à la mise en œuvre de la politique nationale de santé en visant particulièrement le développement durable du secteur de la santé dans huit provinces du pays par : un meilleur accès par la population aux soins de santé primaires ; l'amélioration de la

qualité des services de santé et le renforcement des capacités institutionnelles au niveau central et périphérique. Le projet comportait également la préparation à un appui budgétaire sectoriel éventuel pour le 11ème FED dans son volet appui institutionnel.

Le Programme Indicatif National 2014-2020 établit que les fonds du 11ème FED destinés à la santé seront principalement destinés à la maîtrise de la question démographique via la réduction de la fécondité, au renforcement des capacités et des performances du système sanitaire basé sur les six piliers préconisés par l'OMS parmi lesquels quatre ont été retenus (prestations de services, ressources humaines, financement et leadership/gouvernance, appui institutionnel) ainsi qu'à la promotion de l'accès à l'eau potable et l'assainissement comme actions transversales.

Le Programme Indicatif National du 11ème FED envisageait un appui budgétaire sectoriel pour le secteur de la santé dont les bases ont été établies dans le 10ème FED avec une enveloppe augmentée pour le secteur. Toutefois, les élections de 2015 au Burundi ont généré une crise politico-sécuritaire. Suite à la crise, le Conseil de l'UE a décidé l'application de l'article 96 de l'Accord de Cotonou et a suspendu les appuis directs au gouvernement et aux institutions étatiques (dont l'appui budgétaire). L'application de l'article 96 reste actuelle jusqu'à ce jour.

Malgré cette situation, l'UE est restée avec la Banque Mondiale un des deux principaux contributeurs du secteur de la santé à travers le PASS, programme objet de ces termes de référence, mais aussi à travers du volet « santé » de la mesure d'appui à la résilience. Cette dernière décision, dont la Convention de financement a été signée en octobre 2018 avec le Gouvernement de Burundi, mobilise un montant total de 95m€ (passé ensuite à 121 M€. Cette convention contient un volet spécifique pour la santé à hauteur de 45 M € visant à soutenir le système public de santé avec une attention particulière à la santé sexuelle et reproductive et aux urgences sanitaires. Six projets portés par plusieurs consortiums d'ONG, OI et ENABEL, sont en train de mettre en œuvre ces actions dans tout territoire national.

Finalement, il est recommandé que l'équipe d'évaluation prenne connaissance de l'évaluation mi-parcours pour le PASS I.

2 DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE

Type d'évaluation Finale pour le PASS I et mi-parcours pour le PASS II

Couverture L'intégralité de l'action PASS (FBP et COSA) avec une priorité pour le composant FBP

Portée géographique Burundi, les deux composants ayant une portée nationale

Période à évaluer Période entière de l'action dès le début de chaque phase/composante jusqu'à la date de l'évaluation.

Dates : PASS I : 19/05/2016 – 19/05/2020 - PASS II : 07/12/2019 – présent

2.1 Objectif de l'évaluation

L'évaluation systématique et opportune de ses programmes et activités est une priorité établie de la Commission Européenne. L'évaluation se concentre sur l'analyse des réalisations, l'atteinte et la qualité des résultats des interventions, dans le contexte d'une politique de coopération en constante évolution, et avec un accent de plus en plus marqué sur les approches orientées sur les résultats et la contribution à la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD).

De ce point de vue, les évaluateurs devront trouver les éléments de preuves expliquant les raisons, les conditions et la manière dont ces résultats sont liés à l'intervention de l'UE et essayer d'identifier les facteurs générant ou entravant le progrès.

Les évaluateurs doivent fournir une explication des liens de cause à effet existant entre les inputs et les activités, et les outputs, les résultats et les impacts. Le travail des évaluateurs doit encourager la responsabilisation, la prise de décisions, l'apprentissage et la gestion. Toutes les interventions financées par l'UE doivent promouvoir les objectifs transversaux de la Commission européenne, tel

que l'environnement, le changement climatique, une approche basée sur les droits, les personnes handicapées, les populations autochtones et l'égalité des sexes.

Cette évaluation est principalement vouée à fournir aux services compétents de l'Union Européenne et aux parties prenantes intéressées :

- une analyse globale et indépendante de la performance du Programme d'Appui au Secteur de la Santé au Burundi (PASS) , en prêtant une attention particulière à ses résultats finaux (PASS-I) et intermédiaires (PASS-II), en comparaison avec les objectifs attendus, et les raisons soutenant ces résultats ;
- les enseignements tirés, les conclusions et les recommandations associées, de manière à améliorer, le cas échéant, les interventions présentes et futures.
- Des pistes concrètes pour la continuation des appuis de l'UE au Burundi dans le domaine de la santé visant la qualité des soins et, autant que possible, la couverture universelle. Une attention particulière sera donnée à la durabilité du système de santé publique et des mesures nécessaires à prendre par le pays pour y arriver.

L'évaluation devra également considérer l'ensemble des mécanismes de financement du système de santé afin de pouvoir faire des recommandations utiles pour contribuer à la couverture universelle et à la pérennité de la gratuité de l'offre des soins pour les plus vulnérables. En ce sens, l'évaluation devra analyser la relation ou les possibles points de coordination et synergies ou de chevauchement entre le PASS, en particulier le FBP-gratuité, et les autres systèmes de couverture médicale au niveau du pays, notamment la CAM (Carte d'Assistance Médicale) et d'autres si pertinent (prise en charge des indigents, mutuelles communautaires).

Cette évaluation va analyser en outre la viabilité du FBP au regard de ses sources de financement et des moyens propres que le gouvernement dispose pour pouvoir combler les gaps de financements importants qui ne cessent d'augmenter dans le temps. Elle devra aussi permettre de donner des indications pour l'éventuelle future intervention en matière de santé de l'UE pour le prochain cadre multi annuel de financement 2021-2027 en particulier en ce qui concerne les mesures nécessaires que l'Etat burundais devrait prendre pour assurer, à terme, la durabilité du système de santé publique. En particulier, cette évaluation servira à

- Analyser les acquis du PASS et leur impact réel sur la santé des populations, notamment les plus vulnérables (en termes de couverture, d'accès, d'équité, d'utilisation et de qualité) ;
- Proposer des mesures concrètes d'adaptation, soutien et amélioration des deux actions en cours dans le PASS (FBP et COSA) afin d'augmenter leur efficacité, efficience et impact ;
- Proposer des orientations et stratégies concernant les prochains appuis de l'UE dans le secteur de la santé au Burundi en visant la couverture universelle et en considérant –si pertinent et sans exclure d'autres stratégies possibles – la continuation aux appuis au FBP/financement du système de santé, l'optimisation de la participation de la société civile et éventuellement l'appui budgétaire sectoriel du système de santé (contrat de réforme sectorielle);
- Fournir des recommandations concrètes sur comment l'UE pourrait mettre en pratique les positionnements et stratégies citées ci-dessus (type d'interventions à soutenir, approche, envergure/portée, potentielles partenaires d'implémentation, analyse de leurs capacités, comment créer des synergies avec les autres bailleurs/partenaires, etc.) ;
- Appuyer la stratégie nationale du FBP et des COSA en fournissant des recommandations concrètes aux cadres techniques du Ministère de la Santé et en particulier à la Cellule Technique du FBP mais aussi aux autres Directions concernées, sur comment améliorer leurs points faibles, comment exploiter leurs forces, profiter des opportunités et minimiser les menaces en tirant des exemples de la région et/ou des bonnes pratiques qui puissent être adaptées au contexte et aux priorités nationales du Burundi. Prioriser l'augmentation de la qualité des soins dans le système de santé en son ensemble ;

- Analyser les points forts et faibles du FBP comme instrument de financement couplé à la politique de gratuité des soins pour des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans en termes d'accès, d'utilisation et de couverture des soins de santé de qualité ;
- Analyser la complémentarité ou les potentialités de complémentarité et synergies du FBP avec des autres mesures visant la couverture universelle, en particulier la CAM.

Les principaux utilisateurs de cette évaluation seront :

- Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA : Cellule Technique du Financement Basé sur la Performance et Directions clés du Ministère (DG de Politiques et Services de Santé, DG Ressources et autres).
- Les services décentralisés du Ministère de la Santé : Bureaux Provincial et Bureaux du District.
- L'UE : Délégation UE au Burundi et ses Etats Membres
- Les partenaires d'implémentation du PASS : ENABEL et COPED
- L'ensemble des partenaires et bailleurs de fonds du secteur de la santé, en particulier ceux agissant sur les domaines d'intervention du programme PASS (Banque Mondiale, KfW-CORDAID, GAVI, Fonds Mondial, etc).

2.2 Services requis

2.2.1 Portée de l'évaluation

L'évaluation analysera l'intervention en suivant les six critères d'évaluation du CAD, à savoir : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact.

De plus, l'évaluation analysera un critère d'évaluation spécifique de l'UE :

- la valeur ajoutée de l'UE (dans quelle mesure l'intervention portée par l'UE apporte des bienfaits supplémentaires à ceux qui auraient découlés de la seule intervention des États membres) ;
- La définition des 6 critères CAD et du critère de la valeur ajoutée UE est contenue dans l'annexe VII.

Une attention particulière est demandée par rapport à la cohérence de l'action elle-même avec la stratégie santé du pays, avec la stratégie de l'UE au Burundi, avec la stratégie générale (mondiale) de l'UE sur la santé et avec d'autres politiques de l'UE et d'autres actions des États membres et d'autres bailleurs de fonds (en particulier du Gouvernement et de la Banque Mondiale qui constituent les deux autres principaux bailleurs sur le FBP, ainsi dans une moindre mesure la KfW/Coopération Allemande).

De même, et surtout en ce qui concerne le FBP-gratuité il faudra aussi cibler les provinces et districts à faible performance (faible consommation du budget et limitation dans l'exécution des plans d'action respectifs, qui permet sous-entendre un niveau de faible consécution des indicateurs FBP) ainsi qu'analyser la complétude et la qualité du paquet de prestations offertes pour le FBP-gratuité. Cibler les provinces et districts à bonne performance s'avère aussi nécessaire pour en tirer des bonnes pratiques. Ce point est aussi d'application pour la performance des COSA.

Bien que concernant le FBP les appuis du PASS se limitent actuellement au FBP-gratuité, il faudrait analyser l'ensemble des stratégies FBP dans le pays ainsi que d'autres systèmes de financement de la santé afin de proposer des pistes de stratégie de sortie et les possibles appuis futurs de l'UE au Burundi.

L'équipe d'évaluation devra en outre vérifier si les questions d'égalité des sexes, environnement et changement climatique ont été incorporées ; si les ODD importants et leurs interactions ont été identifiés ; si le principe « Leave No-One Behind », (« Ne laisser personne pour compte », voir <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/avril-2016/odd-ne-laisser-personne-pour-compte>) et une approche basée sur les droits ont été pris en compte lors de l'identification/la formulation des documents et à quel degré celles-ci se sont retrouvées dans la mise en œuvre, la gouvernance et la supervision de l'intervention.

2.2.2 Questions d'évaluation indicatives

Les questions d'évaluation ci-dessous sont données à titre indicatif. En fonction de l'information la plus récente, des consultations initiales et ultérieures, ainsi que de l'analyse des documents, l'équipe d'évaluation discutera avec le gestionnaire d'évaluation et proposera dans sa note de démarrage/documentaire un éventail complet et final de questions d'évaluation en indiquant les critères et indicateurs spécifiques qui seront utilisés, ainsi que les sources de collecte de données et les principaux outils d'analyse appliqués.

Une fois la note de démarrage/documentaire approuvée, les questions d'évaluation deviendront juridiquement contraignantes.

PERTINENCE

1. Les objectifs du PASS (FBP et COSA) correspondent aux besoins réels de la population au moment de la conception de l'action et au moment actuel ? Des nouvelles orientations sont-elles nécessaires afin de contribuer à l'adéquation de l'action ?
2. Le PASS (FBP et COSA) est aligné avec les stratégies, groupes de concertation et instances nationales et internationales ?
3. Quelle est l'articulation du FBP (FBP gratuité et FBP dans le sens plus large) avec les autres stratégies et mécanismes visant la couverture universelle au pays (notamment la CAM)? Si pertinent, comment cette articulation pourrait-elle être améliorée/soutenue sur le PASS ou sur d'autres programme ?
4. Pertinence et articulation du programme vis-à-vis de la pandémie covid-19

COHÉRENCE

COHERENCE EXTERNE /COMPLÉMENTARITÉ

5. Quelles structures (bailleurs/partenaires) sont attelées à répondre au besoin identifié par le PASS ? Ces structures sont-elles complémentaires ou en situation de concurrence ? Comment le montage pourrait-il être amélioré pour augmenter son efficacité et son efficacité ?
6. Comment le FBP est complémentaire aux autres mesures visant la couverture universelle des populations telles que la CAM ou d'autres ?

COHÉRENCE INTERNE

7. Quelle cohérence existe entre le PASS et les objectifs stratégiques de l'UE dans le pays et en général avec la stratégie de l'UE au niveau du secteur de la santé ?
8. Est-ce que les deux volets du PASS sont suffisamment intégrés ? Aurait-il manières d'augmenter l'intégration?
9. Quelle cohérence et synergie il y a entre le PASS et les autres initiatives appuyées par l'UE et ses EM sur le secteur de la santé au Burundi et au niveau du pays, notamment le programme d'appui à la résilience des populations et ses trois composantes, en particulier celui de la santé ?

EFFICACITE

10. Quel est le niveau de consécution des indicateurs, résultats atteints et objectifs du PASS finale (FBP et COSA) et à mi-parcours (sources d'évidence désagrégées par classe d'âge et genre) ? Les résultats et indicateurs du PASS sont-ils réellement atteignables en tenant compte du contexte, des capacités, des moyens ainsi que des objectifs prévus ?
11. Concernant la stratégie du FBP soutenue par le PASS : quelle est son efficacité globale par rapport à ces objectifs, résultats et indicateurs ? Quel est le niveau de complétude et de qualité du paquet de prestations offertes liées au FBP-gratuité et FBP générale (voir aussi faiblesses sur les médicaments et investissements) ? Quelles prestations/cibles nous couvertes mériteraient l'être?
12. En ce qui concerne les COSA: quelle est la vraie ampleur de la demande et comment sont-elles réellement des interfaces entre les populations locales et le personnel de santé?

13. Quel est l'apport du PASS pour la population ? Quels bénéfices concrets en tirent les bénéficiaires ? Seraient-ils atteints également sans le projet ?

COUVERTURE

14. Autant pour le FBP que pour les COSA : quelle est la proportion de bénéficiaires au moment de l'évaluation par rapport à la population cible de départ ? Est-on en train d'atteindre les plus vulnérables ou seulement les plus accessibles ? Y a-t-il des cas d'exclusion de facto des populations clés et vulnérables ? Si oui fournir des pistes pour leur inclusion.

VISIBILITE'

15. Quel est le niveau de connaissance de la population (bénéficiaires finaux) des objectifs et interventions du PASS ? Comment la visibilité de l'UE à niveau du programme pourrait être améliorée ?

EFFICIENCE

16. Le PASS est-il en train d'être mis en œuvre de manière optimale ? (Point de vue quantitatif : solution économique la plus avantageuse ; Point de vue qualitatif : soins de santé de qualité suffisante et standards internationaux respectés ; Point de vue de gestion du temps et du budget).

17. Comment le FBP soutient un régulier approvisionnement en médicaments, les investissements et la motivation des ressources humaines de FOSA ?

ORGANISATION ET PARTENARIAT

18. Les organisations chargées de la mise en œuvre du PASS disposent-elles des capacités et ressources nécessaires pour la mise en œuvre avec un niveau de qualité suffisante ?

19. L'Administration contractante est-elle bien préparée pour le suivi et coordination de l'action ? Dispose-t-elle des ressources pour le faire avec un niveau de qualité suffisante ?

20. Les mécanismes de coordination de FBP en place sont suffisants pour une bonne exécution synergique ? A quel point le partenariat entre les différentes parties prenantes est-il équilibré, transparent et constructif ? (une attention particulière doit être donnée à l'analyse de la collaboration entre PTF responsable du financement et de la mise en œuvre, notamment UE, BM, KFW, ENABEL, CORDAID, etc.)

IMPACT

21. Quels sont les impacts quantitatifs et qualitatifs de l'action à moyen terme (positifs et négatifs, prévus et imprévus ; sources d'évidence désagrégées par classe d'âge et genre) sur le plan social, sur la santé des populations et ménages et sur le système de santé dans son ensemble ? Les effets positifs du PASS perdureront au-delà de la fin de l'action ?

DURABILITÉ (PÉRENNITÉ, VIABILITÉ)

22. En ce qui concerne le FBP: comment assurer la complémentarité et synergie avec l'ensemble de mécanismes de financement de la santé afin d'assurer la pérennité de soins de santé de qualité pour la population?

23. Quelle est l'opportunité et quel serait l'impact de reproduire ou généraliser le PASS à la même, à une moindre ou à une plus grande échelle ? Fournir des pistes concrètes et justifiées.

24. Quelles sont les perspectives de soutenabilité/pérennité pour les COSA et pour le FBP ? (une attention particulière doit être donnée à la durabilité financière)

25. Quelles sont les mesures nécessaires et/ou urgentes envisagées pour renforcer la durabilité du système de santé publique auxquelles le PASS contribue et pourrait contribuer ?

2.3 Phases de l'évaluation et livrables requis

Le processus d'évaluation sera mené en trois phases:

- Phase de Démarrage et Documentaire
- Phase de Terrain
- Phase de Synthèse et Diffusion

Les livrables de chaque phase doivent être rendus à la fin des étapes correspondantes, comme précisé dans le tableau synoptique du paragraphe 2.3.1.

2.3.1 Tableau synoptique

Le tableau qui suit présente un aperçu des principales activités à mener lors de chaque phase et énumère les livrables que l'équipe devra produire, y-compris les réunions avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence. Le contenu principal de chaque livrable est décrit au chapitre 5.

Phases de l'évaluation	Principales activités	Livrables et réunions
Phase de démarrage et documentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte initiale de documents/données • Analyse du contexte • Entretiens initiaux avec les parties prenantes clés • Analyse des parties prenantes • Reconstruction de la logique d'intervention et, si pertinent, description de la théorie du changement, y compris les objectifs, les caractéristiques principales et les bénéficiaires visés • Analyse approfondie des documents liés à l'action et aux politiques et stratégies y associés (en particulier des questions d'évaluation). Liste d'orientation, pas exhaustive : Cadres logiques, décisions de financement, de subvention, contrats, rapports de mise en œuvre du PASS et ministériels, PV des réunions du COPI, enquêtes santé nationales, données statistiques SIS/DHIS, etc. • Conception de la méthodologie d'évaluation (questions d'évaluation et critères de jugement, indicateurs et méthodes de collecte de données, analyse) et la matrice d'évaluation. • Conception de la méthodologie pour la phase 	
de terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des informations manquantes et des hypothèses à vérifier dans la phase de terrain • Réunion de démarrage avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence par vidéoconférence • Note de démarrage /documentaire qui devra comprendre (entre autres) l'analyse documentaire, la reconstruction de la logique d'intervention, la méthodologie d'évaluation (matrice) et la méthodologie de travail lors de la phase de terrain • Présentation par vidéoconférence de la note de démarrage/documentaire et la planification des activités lors de la phase de terrain 	
Phase de terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Premières réunions au niveau national avec toutes les parties impliquées : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, Cellule Technique du FBP, principales DG du Ministère de la Santé, Délégation UE Burundi, DEVCO Santé B4, ECHO, EM, Banque Mondiale, ENABEL, COPED, structures sanitaires périphériques, bénéficiaires finaux, KfW, CORDAID, GAVI, Fonds Mondial, OMS, GPFS, société civile nationale et internationale, etc. • Collecte des éléments factuels, au moyen de la technique la plus appropriée (entretiens en profondeur, Groupes de discussion, analyse FFOM, enquêtes, etc.) • Visites de terrain selon échantillonnage proposé (formations sanitaires, autorités et équipes cadres des BDS et BPS) 	

- Collecte et analyse de données complémentaires visant à combler les éventuelles lacunes identifiées durant la phase documentaire
 - Réunion de briefing avec le pouvoir adjudicateur (début de phase de terrain)
 - Rencontres individuelles avec les parties prenantes
 - Soumission d'une note (succincte) intermédiaire présentant les résultats de la phase de terrain, les principaux constats, conclusions et recommandations préliminaires de l'évaluation
 - Présentation des principaux résultats de la phase de terrain avec les principales parties prenantes (DUE, ENABEL et COPED, entre autres)
 - Débriefing avec le avec la DUE
- Phase de synthèse et diffusion

- Analyse finale des résultats (en particulier fournir des réponses concrètes aux questions d'évaluation et aux objectifs et résultats attendus)
- Rédaction du rapport d'évaluation globale, des conclusions et des recommandations (stratégies générales avec des recommandations concrètes et pratiques orientées à la mise en œuvre sur le terrain) net pour la suite de l'appui de l'UE au secteur
- Organisation du séminaire sur la présentation finale
- Projet de rapport final
- Résumé exécutif conforme au modèle standard publié dans le module EVAL
- Rapport final
- Présentation Power Point (max 20 diapositives)
- Réunion avec le groupe de référence, par vidéo-conférence, le cas échéant
- Restitution des résultats de l'évaluation aux parties prenantes dans un atelier à Bujumbura, si possible, ou par vidéo-conférence
- Debriefing à DEVCO, si possible

2.3.2 Phase de démarrage et documentaire

Le but de cette phase est de structurer l'évaluation, préciser les questions principales et examiner les documents de projet et tous les autres documents pertinents (voir annexe II).

La phase débutera par une session d'ouverture entre le groupe de référence / Délégation de l'UE au Burundi et les évaluateurs. Cette session pourra se dérouler par visioconférence avant l'arrivée sur terrain de l'équipe d'évaluation. Le but de la réunion est d'aboutir à une compréhension claire et partagée de la portée de l'évaluation, de ses limites et de sa faisabilité. Elle sert à clarifier les attentes sur les résultats de l'évaluation, la méthodologie à utiliser et, le cas échéant, à transmettre un complément d'information pertinente ou de dernière minute.

Cette phase prévoit une analyse documentaire du cadre politique, institutionnel et du cadre technique et de coopération de l'appui que l'UE a apporté au Burundi au secteur de la santé. L'analyse des documents pertinents doit être systématique, continue, et refléter la méthodologie en cours de développement, ainsi qu'inclure un résumé concis de la littérature existante en lien avec l'intervention du PASS et au niveau du Burundi et/ou de la sous-région afin d'assurer l'utilité et applicabilité de la littérature analysée.

Des échanges par vidéoconférence avec le gestionnaire du programme et le groupe de référence et/ou les partenaires de mise en œuvre, le cas échéant, peuvent être réalisés pendant cette phase afin de soutenir l'analyse des sources secondaires.

Les activités à effectuer pendant cette phase permettront de donner des réponses préliminaires à chaque question d'évaluation, en communiquant les informations déjà rassemblées et leurs limites d'analyse. Ces activités devront aussi mettre en évidence les questions qui restent à traiter et les hypothèses préliminaires à tester.

Pendant cette phase, l'équipe d'évaluation, en collaboration avec le gestionnaire d'évaluation reconstruira la logique d'intervention des interventions à évaluer.

En outre, en se basant sur la logique d'intervention reconstruite, les évaluateurs rédigeront une explication narrative de la logique de l'intervention, en décrivant la manière dont l'intervention est supposée engendrer le changement tout au long de la chaîne des résultats, c.à.d. la Théorie du Changement. Cette explication comprend une analyse des données à la base de cette logique (surtout en comparant les inputs et les outputs, et les résultats et l'impact) et permet de formuler les suppositions qui doivent se révéler valides pour que les activités puissent être menées à bien, ainsi que d'identifier les facteurs qui pourraient potentiellement entraver les changements recherchés.

En se basant sur la logique d'intervention et sur la théorie du changement, les évaluateurs finaliseront i) les questions d'évaluation avec la définition des critères et des indicateurs de jugement, la sélection des outils et des sources pour la collecte des données, ii) l'évaluation de la méthodologie et iii) la planification des étapes suivantes.

Pendant cette phase, l'équipe d'évaluation devrait affiner le choix de la méthodologie, des outils à utiliser pendant la phase de terrain et annoncer les étapes préparatoires déjà réalisées ou à réaliser, incluant compris dresser une liste des personnes à interviewer, définir les dates et les itinéraires des visites, et répartir les tâches entre les membres de l'équipe.

L'approche méthodologique sera représentée dans une matrice de conception de l'évaluation, qui sera incluse dans la note de démarrage/ documentaire. La méthodologie de l'évaluation doit être sensible à la question de genre, envisager l'utilisation de données ventilées par sexe et âge et démontrer comment les actions auront contribué à avancer vers plus d'égalité des sexes.

Les restrictions rencontrées ou qui seront rencontrées lors de l'exercice d'évaluation seront discutées et des mesures de limitation décrites dans la note de démarrage/documentaire. Enfin, dans cette phase, le plan de travail et le procédé d'évaluation seront présentés et approuvés ; ce plan devra être cohérent à celui qui est proposé dans les présents TdR. Toute modification devra être justifiée et approuvée par le gestionnaire d'évaluation.

Sur la base des informations récoltées, l'équipe d'évaluation doit préparer une note de démarrage/ documentaire ; son contenu est décrit au chapitre 5.

A la fin de cette phase, une présentation au pouvoir adjudicateur (et aux partenaires de mise en œuvre, le cas échéant) de ladite note, sera organisée par vidéoconférence.

2.3.3 Phase de terrain

Bien que l'évaluation est prévue à partir de Février 2021, on tient à souligner que la pandémie internationale de COVID-19 pourrait avoir des conséquences par rapport à la possibilité des évaluateurs de voyager et donc par rapport au déroulement de la phase de terrain. Voir aussi le chapitre 2.4

La phase de terrain commence après l'approbation de la note de démarrage/ documentaire par le gestionnaire d'évaluation.

Le but de la phase de terrain est de valider / changer les réponses préliminaires formulées pendant la phase précédente et de compléter l'information grâce à la recherche primaire.

Si un écart important par rapport au plan ou au programme approuvé semble constituer un risque pour la qualité de l'évaluation ou ne respecte pas la fin de la validité du contrat, il faudra en discuter immédiatement avec le gestionnaire d'évaluation et, ce qui concerne la validité du contrat, prendre des mesures correctives.

Pendant les premiers jours de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit organiser une réunion de briefing avec le pouvoir adjudicateur et, le cas échéant, avec les principales partenaires de mise en œuvre (ENABEL et COPED).

Pendant la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit assurer un contact, une consultation et une collaboration adéquats avec les différentes parties prenantes et avec les autorités et les agences gouvernementales concernées. Tout au long de sa mission, l'équipe d'évaluation utilisera les sources d'information les plus fiables et appropriées, ne pas divulguer les informations confidentielles reçues et respecter les croyances et les coutumes de l'environnement social et culturel local.

Au terme de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation devra résumer son travail, analyser la fiabilité et l'étendue des données récoltées, et présenter ses conclusions préliminaires lors d'une réunion avec la délégation de l'UE et les principales parties prenantes.

Au terme de la phase de terrain, une note intermédiaire sera préparée ; son contenu est décrit au chapitre 5.

2.3.4 Phase de synthèse et diffusion

Cette phase est dédiée à la préparation de deux documents distincts : le résumé exécutif et le rapport final, dont la structure est décrite à l'annexe III. Il comprend l'analyse des données récoltées pendant la phase documentaire et la phase de terrain, afin de finaliser les réponses aux questions d'évaluation et de préparer l'évaluation globale, les conclusions et les recommandations.

L'équipe d'évaluation présentera ses résultats, ses conclusions et ses recommandations dans un seul rapport avec les annexes, conformément à la structure convenue à l'annexe III ; un résumé exécutif séparé sera également élaboré, dans le format obligatoire du module EVAL (cf. annexe III).

L'équipe d'évaluation s'assurera que :

- Son évaluation est objective et équilibrée, que les affirmations sont détaillées et fondées sur des preuves et que les recommandations sont réalistes et clairement ciblées.
- Pendant la rédaction du rapport, que toute évolution déjà en cours dans la direction souhaitée soit clairement identifiée.
- Que le vocabulaire et les abréviations utilisés tiennent compte de l'audience identifiée à l'art. 2.1 plus haut.

L'équipe d'évaluation rendra et présentera le projet de rapport final au groupe de référence, afin de discuter de ses résultats, de ses conclusions et de ses recommandations. Une séance de discussion des conclusions de ce rapport sera organisée par vidéoconférence entre les consultants/ équipe d'évaluation et la DUE et permettra éventuellement de proposer une reformulation de certaines parties du rapport. A cette occasion, des suggestions de modification ou de reformulation de quelques questions de qualité ou des erreurs factuelles pourraient être demandées.

Le Gestionnaire d'Évaluation rassemblera les commentaires faits par les membres du groupe de référence et les enverra à l'équipe d'évaluation pour réviser le rapport conjointement avec une première version de la grille d'évaluation de la qualité (QAG) du projet de rapport final. Le contenu de cette grille d'évaluation sera discuté avec l'équipe d'évaluation pour déterminer si des améliorations sont nécessaires et l'équipe d'évaluation sera invitée à faire des commentaires sur les conclusions formulées dans la QAG (remplie et partagée via le module EVAL).

À ce stade, l'équipe d'évaluation finalisera le rapport final et le résumé exécutif, en répondant aux commentaires reçus. Les problèmes éventuels de qualité, les erreurs factuelles et les problèmes méthodologiques seront corrigés ; les commentaires relatifs à des jugements divergents peuvent quant à eux être acceptés ou rejetés. Dans ce dernier cas, l'équipe d'évaluation devra en expliquer les raisons par écrit. Une fois le rapport final approuvé, la QAG sera mise à jour et envoyée aux évaluateurs via le module EVAL.

Un membre de l'équipe d'évaluation (de préférence le chef de mission) devra se rendre à Bujumbura une deuxième fois pour le partage et diffusion des résultats du rapport dans un atelier avec les principales parties prenantes. Si la situation ne le permet pas, les conclusions et les

recommandations finales seront partagées avec les principales parties prenantes au travers d'une présentation organisée par vidéoconférence par les consultants/ équipe d'évaluation.

2.4 Organisation du contrat spécifique et méthodologie (offre technique)

Les contractants-cadre invités soumettront leur organisation du contrat et la méthodologie spécifiques en se servant du modèle standard SIEA B-VII-d-i et ses annexes 1 et 2 (B-VII-d-ii).

La méthodologie d'évaluation proposée pour entreprendre la mission est décrite au chapitre 3 (stratégie et calendrier de travail) du modèle B-VII-d-i. Les prestataires doivent décrire comment la méthodologie qu'ils proposent va aborder les questions transversales mentionnées dans les termes de référence et, notamment, l'égalité des sexes et l'émancipation de la femme. Ceci inclut (selon le cas) les messages de communication de l'action, les matériels et les structures de gestion.

Par dérogation de ce qui est indiqué dans le modèle standard SIEA B-VII-d-i, la longueur maximale de l'organisation du contrat et la méthodologie spécifique est de 7 pages, écrites en Times New Roman 12 ou Arial 11, interligne simple, sans compter les propres annexes du contractant-cadre (longueur maximale de ces annexes : 3 pages), à ajouter aux annexes prévues pour les TdR spécifiques. Le calendrier ne compte pas et peut être présenté sur une page A3]

Comme indiqué dans le chapitre 2.3.3, la présente pandémie de COVID-19 pourrait avoir des conséquences par rapport à la possibilité des évaluateurs de voyager et donc par rapport au déroulement de la phase de terrain. Les soumissionnaires devront donc proposer une approche méthodologique qui puisse garantir le bon déroulement de la mission d'évaluation même si la phase de terrain ne pourra pas se dérouler, en partie ou globalement. Les soumissionnaires sont cordialement invités à suivre l'initiative DEVCO-ESS 'Evaluation in Crisis', qui contient une large base d'informations et ressources d'utilité pour les évaluateurs lors des crises globales comme la présente : <https://europa.eu/capacity4dev/devco-ess>.

2.5 Gestion et pilotage de l'évaluation

2.5.1 Au niveau de l'UE

L'évaluation est gérée par le gestionnaire du projet PASS à la Délégation de l'UE au Burundi; les progrès de l'évaluation seront suivis de près avec l'aide d'un groupe de référence composé de membres des services de l'UE, notamment DEVCO B4 et l'unité géographique Grands Lacs DEVCO D2.

Les fonctions principales des membres du groupe de référence sont :

- définir et de valider les questions d'évaluation.
- faciliter les contacts entre l'équipe d'évaluation, les services de l'UE et les parties prenantes externes.
- s'assurer que l'équipe d'évaluation a accès à toutes les sources d'information et de documentation liées à l'action à évaluer et les consulte.
- discuter et de commenter les rapports produits par l'équipe d'évaluation. Les commentaires de chaque membre du groupe de référence sont rassemblés par le gestionnaire d'évaluation, puis transmis à l'équipe d'évaluation.
- assister le processus de rétroaction (feedback) à partir des résultats, des conclusions, des recommandations et des leçons tirées de l'évaluation.
- soutenir la création d'un bon suivi du plan d'action une fois l'évaluation terminée.

2.5.2 Au niveau du prestataire

Conformément aux exigences établies à l'article 6 des Termes de Référence globaux et dans la section Organisation et la Méthodologie, faisant respectivement référence aux annexes II et III du contrat cadre SIEA 2018 respectivement, le prestataire doit surveiller la qualité du procédé, la conception de l'évaluation, les inputs et les livrables de l'évaluation. Il devra en particulier :

- Soutenir le chef d'équipe dans son rôle, principalement en ce qui concerne la gestion. À cet égard, le prestataire doit s'assurer qu'à chaque phase de l'évaluation, des tâches et des livrables spécifiques soient confiés à chaque membre de l'équipe.
- Fournir du soutien et un contrôle qualité du travail de l'équipe d'évaluation tout au long de sa mission.
- S'assurer que les évaluateurs disposent des ressources nécessaires pour remplir toutes leurs tâches et respecter les délais du contrat.

3 LIEU ET DUREE

Voir partie B des Termes de Référence.

3.1 Planification, y compris la période de notification pour le placement de personnel

Dans le cadre de l'offre technique, le contractant-cadre doit remplir le tableau de l'emploi du temps qui se trouve dans l'annexe IV qui devra être finalisé dans la note de démarrage/ documentaire. Les 'dates indicatives' ne doivent pas être formulées comme des dates fixes, mais comme des jours (ou des semaines, ou des mois) à partir du début de la mission (désigné '0').

Veillez à prévoir suffisamment de temps dans la planification pour permettre la participation active et la consultation des représentants du gouvernement et des parties prenantes nationales/ locales.

4 EXPERTISE REQUISE

Voir partie B des Termes de Référence.

5 RAPPORTS

Pour la liste des rapports et autres produits de l'évaluation, veuillez vous référer à la partie B des Termes de Référence.

5.1 Utilisation du module EVAL par les évaluateurs

Il est fortement recommandé que la soumission de tous les rapports par le prestataire choisi se fasse en les téléchargeant dans le module EVAL, l'outil de la gestion du processus d'évaluation et système d'archive documentaire de la Commission Européenne. Le prestataire choisi recevra un accès aux orientations en ligne et hors ligne pour pouvoir travailler avec le module pendant la validité du contrat spécifique.

5.2 Nombre d'exemplaires du rapport

En plus de sa préférable soumission dans le module EVAL, la version approuvée du rapport final sera rendue en 2 exemplaires imprimés et en version numérique (formats Word et PDF) sans frais supplémentaires.

5.3 Format des rapports

Tous les rapports doivent être rédigés en utilisant la police Arial ou Times New Roman, avec une taille minimale respectivement de 11 et 12, et un interligne simple, double face. Ils seront envoyés en format Word et PDF.

6 SUIVI ET EVALUATION

6.1 Contenu, calendrier et soumission des rapports

Les livrables doivent répondre à des standards de qualité. Le texte des rapports doit être illustré, le cas échéant, par des cartes, des graphiques et des tableaux ; une carte de la zone (ou des zones) de l'intervention est requise (à joindre en annexe).

6.2 Commentaires sur les livrables

Pour chaque rapport/note, le Gestionnaire d'Évaluation enverra au prestataire les commentaires consolidés reçus du groupe de référence, et le notifiera de l'approbation du rapport / note dans les 15 jours calendrier. Les rapports révisés en réponse aux commentaires seront livrés dans les 10 jours calendrier à partir de la date de réception des commentaires. L'équipe d'évaluation devra apporter un document distinct expliquant comment, et où, ces commentaires ont été incorporés, ou les raisons pour lesquelles certains commentaires n'auront pas été incorporés, le cas échéant.

6.3 Evaluation de la qualité du rapport final et du résumé exécutif

La qualité des versions préliminaires du rapport final et du résumé exécutif sera évaluée par le Gestionnaire d'Évaluation à l'aide de la Grille d'Évaluation de la Qualité (Quality Assessment Grid - QAG) dans le module EVAL (grille fournie en annexe V à titre indicatif). Le prestataire aura la possibilité, via le module EVAL, de commenter les remarques formulées par le gestionnaire d'évaluation. La QAG ainsi révisée sera ajoutée à l'évaluation dans EVAL, une fois les versions finales du rapport final et du résumé exécutif soumis et approuvés.

Les grilles d'évaluation de la qualité d'EVAL, une fois compilées, serviront à informer l'analyse globale de la Performance du contrat spécifique du Contrat Cadre SIEA.

7 INFORMATIONS PRATIQUES

Veillez adresser toute demande de clarification et autres communications à l'adresse (ou aux adresses) suivante(s):

delegation-burundi-appels-a-propositions@eeas.europa.eu

laura.BENETTI@eeas.europa.eu

ANNEXES AUX TDR - PARTIE A

ANNEXE I : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES

CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES

Demande de services n. SIEA-2018-1578

Contrat Cadre2018 - LOT 4: Human development and safety net EuropeAid/138778/DH/SER/multi

1. CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE

Le pouvoir adjudicateur sélectionne l'offre qui présente le meilleur rapport qualité-prix en utilisant une relation 80/20 entre la qualité technique et le prix .

La qualité technique est évaluée sur la base de la grille suivante :

CritèresMaximum

Score total pour l'Organisation et la Méthodologie	50
• Compréhension des TdR et des objectifs des services à fournir	10
• Approche méthodologique globale, approche du contrôle qualité, adéquation des outils utilisés et estimation des difficultés et des enjeux rencontrés	25
• Valeur technique ajoutée, soutien et rôle des membres du consortium concernés	5
• Organisation des tâches et du temps	10
Score total pour l'équipe d'évaluateurs	50
SCORE GLOBAL TOTAL	100

2. SEUIL TECHNIQUE

Toute offre en dessous du seuil technique de 75 points sur 100 sera automatiquement rejetée.

3. INTERVIEWS PENDANT L'ÉVALUATION DES OFFRES

Pendant la phase d'évaluation des offres reçues, le pouvoir adjudicateur se réserve le droit de réaliser des entretiens téléphoniques avec un ou plusieurs membres de l'équipe d'évaluation proposée.

Les entretiens téléphoniques seront réalisés pendant la période de l'évaluation des offres, à titre indicatif, entre le 18/1/2021 au 26/1/2021.

ANNEXE II : INFORMATIONS À FOURNIR À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

- Politiques nationales ou sectorielles pertinentes et plans d'autres partenaires nationaux et locaux et d'autres donneurs

- Textes juridiques et engagements politiques se rapportant aux interventions à évaluer (PASS) Documents de stratégie nationale santé au Burundi
- Evaluation nationales du FBP : rapports de mise en œuvre, comptes rendus officiels, documents stratégiques
- Études d'identification de l'intervention
- Études de faisabilité et de formulation
- Accord de financement de l'intervention et addenda
- Rapports intermédiaires et annuels d'avancement de l'action : rapports techniques et audit financiers (FBP), notes de mission des visites de terrain faites par l'UE, etc.
- Rapports du COPI (Comité de Pilotage) et de la CT Elargie
- Manuel des procédures de gestion du FBP
- Etude sur la stratégie de réduction des coûts du FBP
- Rapports de monitoring orienté vers les résultats de la Commission européenne (ROM) et d'autres rapports externes ou internes de suivi de l'action
- Rapport d'évaluation à mi-parcours de l'action et autres évaluations, audits et rapports pertinents
- Documentation pertinente de partenaires nationaux et locaux et d'autres bailleurs de fonds
- Tout autre document pertinent

Note: L'équipe d'évaluation doit identifier et obtenir tout autre document considéré comme utile à analyser, par le biais de recherches indépendantes et d'entretiens avec des parties bien informées et des parties prenantes de l'action.

ANNEXE III: STRUCTURE DU RAPPORT FINAL ET DU RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le prestataire fournira, en les téléchargeant préférablement dans le module EVAL, deux documents distincts : le rapport final et le résumé exécutif. Ils devront être cohérents, concis et clairs et ne contiendront pas d'erreurs linguistiques ni dans leur version originale ni dans leur traduction, si prévue.

Le rapport final ne doit pas dépasser le nombre de pages indiqué dans la Partie B. Des informations supplémentaires sur le contexte global de l'action, la description de la méthodologie et l'analyse des résultats doivent se trouver en annexe au texte principal.

La présentation doit être bien espacée et il est fortement recommandé d'utiliser des graphiques clairs, ainsi que des tableaux, et des paragraphes courts.

La page de garde du rapport final doit contenir le texte qui suit :

'Cette évaluation est soutenue et guidée par la Commission européenne et présentée par [nom de la société de conseil]. Le rapport ne reflète pas nécessairement les visions et les opinions de la Commission Européenne'.

Résumé exécutif Un résumé exécutif bref, rigoureux, indépendant et qui va droit au but. Il doit se concentrer sur les objectifs ou sur les questions principales de l'évaluation, en souligner les principaux points exécutifs et montrer clairement les principales conclusions et leçons qui peuvent en être tirées, ainsi que les recommandations qui peuvent être faites. Il sera rédigé dans le format spécifique prévu au module EVAL.

Les principaux chapitres du rapport d'évaluation devront être les suivants :

1. Introduction Une description de l'action, du contexte du pays/de la région/du secteur concerné(e) et de l'évaluation, donnant au lecteur assez de précisions méthodologiques pour jauger la crédibilité des conclusions et pour prendre conscience de leurs limites et de leurs faiblesses éventuelles.

2. Réponses aux questions et conclusions Un chapitre dédié aux réponses des questions d'évaluation, assorties des preuves et des raisonnements utilisés.

3.Évaluation globale (optionnelle) Un chapitre qui synthétise toutes les réponses aux questions d'évaluation afin d'effectuer une évaluation globale de l'action. La structure détaillée de l'évaluation globale doit être peaufinée pendant le processus d'évaluation. Le chapitre correspondant doit articuler les conclusions et les leçons à tirer d'une manière qui reflète leur importance et qui en facilite la lecture. La structure ne doit pas forcément suivre les questions d'évaluation, le cadre logique ou les critères d'évaluation.

4. Conclusions et recommandations

4.3 Enseignements tirés Les enseignements tirés généralisent les résultats et traduisent l'expérience passée en connaissances pertinentes qui soutiendront la prise de décision, amélioreront les performances et favoriseront l'obtention de meilleurs résultats. Idéalement, ils devraient soutenir le travail des institutions concernées autant européennes que partenaires.

4.1 Conclusions Ce chapitre contient les conclusions de l'évaluation, organisées par critère d'évaluation.

Afin de faciliter la communication des messages d'évaluation adressés à la Commission, un tableau qui classe les conclusions par ordre d'importance peut être présenté, ou un paragraphe ou un sous-paragraphe doit reprendre 3 ou 4 conclusions principales, organisées par ordre d'importance, sans être répétitif.

4.2 Recommandations Leur objectif est d'améliorer ou de réformer l'action dans le cadre du cycle en cours, ou de préparer la conception d'une nouvelle action pour le cycle suivant.

Les recommandations doivent être regroupées et classées selon leur priorité, soigneusement adaptées au public ciblé à tous les niveaux, notamment au niveau de la Commission Européenne.

5. Annexes au rapport Le rapport devrait inclure les annexes suivantes :

- Les termes de référence de l'évaluation.
- Le nom des évaluateurs et de la société pour laquelle ils travaillent (les CV devraient être fournis, mais résumés et limités à une page par personne).
- Une description détaillée de la méthodologie de l'évaluation qui inclut : les décisions prises, les difficultés rencontrées et les limites de la méthodologie. Détails sur les outils utilisés et sur les analyses effectuées.
- Les matrices de la logique d'intervention / du cadre logique (planifiées/réelles et améliorées/mises à jour).
- La(les) carte(s) géographique(s) des lieux où l'action s'est déroulée.
- Une liste de personnes/organisations consultées.
- La littérature et la documentation consultées.
- D'autres annexes techniques (par exemple des analyses statistiques, des tables des matières et des chiffres, la matrice des preuves, des bases de données), si nécessaire.

Des réponses détaillées aux questions d'évaluation, critères de jugement et indicateurs.

ANNEXE IV: PLAN DE TRAVAIL

Cette annexe doit être incluse par les contractants-cadre dans leur organisation et méthodologie spécifiques et en faire partie intégrante. Les contractants-cadre peuvent ajouter autant de lignes et de colonnes que nécessaire.

Les phases de l'évaluation doivent refléter celles indiquées dans les présents termes de référence.

Durée indicative en jours de travail

Activité Lieu Chef d'équipe Évaluateur... Dates indicatives

Phase de démarrage et documentaire : jours totaux

-
-

Phase de terrain : jours totaux

-
-

Phase de synthèse et diffusion : jours totaux

-
-

Jours de travail TOTAUX (maximum)

ANNEXE V : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITE

La qualité du rapport final sera évaluée par le gestionnaire d'évaluation (suite à la soumission du rapport et du résumé exécutif préliminaires) à l'aide de la grille d'évaluation ci-dessous, comprise dans le module EVAL ; la grille sera partagée avec l'équipe d'évaluation, qui aura la possibilité d'y incorporer ses commentaires.

Evaluation de l'action (Projet/Programme)–Rapport final de la grille d'évaluation

Données de l'évaluation

Titre de l'évaluation

Évaluation gérée par

Type d'évaluation

Réf. CRIS du contrat d'évaluation

Réf. EVAL

Budget de l'évaluation

DUE/Unité aux commandes

Gestionnaire d'évaluation

Dates de l'évaluation Début :

Fin :

Date du rapport final préliminaire

Date de réponse des services

7.1.1

Commentaires

Données du projet

Principal projet évalué

CRIS # du(des) projet(s) évalué(s)

Secteur CAD

Détails du prestataire

Chef de l'équipe d'évaluation

Prestataire de l'évaluation

Expert(s) évaluateur(s)

Légende : résultats et signification

Très bien : critères complètement satisfaits, d'une manière claire et originale

Bien : critères satisfaits

Faible : critères partiellement satisfaits

Très faible : critères non satisfaits dans l'ensemble

Le rapport d'évaluation est évalué comme suit

1. Clarté du rapport

Ce critère analyse dans quelle mesure le résumé exécutif et le rapport final:

- Sont facilement lisibles, compréhensibles et accessibles aux lecteurs visés pertinents
- Soulignent les messages fondamentaux
- La longueur des différents chapitres et des annexes du rapport sont bien équilibrés
- Contiennent les graphiques, les tableaux et les diagrammes nécessaires pour faciliter la compréhension
- Contient une liste d'abréviations (le rapport seulement)
- Évitent des répétitions non nécessaires
- Ont subi une révision linguistique pour éliminer les énoncés peu clairs et les fautes d'orthographe ou de grammaire
- Le résumé exécutif est un résumé approprié du rapport complet et un document indépendant

Forces Faiblesses Résultat

Commentaires du prestataire Commentaires du prestataire

2. Fiabilité des données et solidité des preuves

Ce critère analyse dans quelle mesure:

- Les données/preuves ont été rassemblées conformément à la méthodologie
- Le rapport tient compte, s'il y a lieu, des preuves découlant d'études, de rapports de supervision et/ou d'évaluations de l'UE et/ou d'autres partenaires pertinents
- Le rapport contient une description claire des limitations des preuves, des risques de partialité et des mesures atténuantes

Forces Faiblesses Résultat

Commentaires du prestataire Commentaires du prestataire

3. Validité des résultats

Ce critère analyse dans quelle mesure :

- Les résultats découlent des preuves collectées
- Les résultats évaluent tous les critères d'évaluation choisis
- Les résultats découlent d'une adéquate triangulation des différentes sources, clairement identifiées
- Dans l'évaluation de l'intervention de l'UE, les résultats décrivent et expliquent les principales relations cause/effet entre outputs, résultats et impacts
- L'analyse des preuves est exhaustive et tient compte des facteurs contextuels et externes

Forces Faiblesses Résultat

Commentaires du prestataire Commentaires du prestataire

4. Validité des conclusions

Ce critère analyse dans quelle mesure :

- Les conclusions sont logiquement liées aux résultats et les dépassent pour offrir une analyse complète

- Les conclusions abordent correctement les critères d'évaluation choisis et toutes les questions d'évaluation, y compris la dimension transversale
- Les conclusions tiennent compte de tous les groupes de parties prenantes de l'évaluation
- Les conclusions sont cohérentes et équilibrées (c.-à-d. qu'elles présentent une image crédible autant des forces que des faiblesses) et ne contiennent pas de considérations personnelles ou politiques
- (Si nécessaire) si le rapport signale les thèmes où les résultats sont insuffisants pour tirer des conclusions

Forces Faiblesses Résultat

Commentaires du prestataire Commentaires du prestataire

5. Utilité des recommandations

Ce critère analyse dans quelle mesure les recommandations :

- Sont clairement associées et découlent des conclusions
- Sont concrètes, faisables et réalistes
- Visent des destinataires spécifiques
- Sont regroupées (si nécessaire), classées selon leur priorité et assorties de délais si possible
- (Si nécessaire) fournissent des informations pour la sortie de l'action, sa durabilité postérieure ou pour ajuster la conception ou les plans de l'action

Forces Faiblesses Résultat

Commentaires du prestataire Commentaires du prestataire

6. Justesse de l'analyse des enseignements tirés (si demandée par le TdR ou incluse par les évaluateurs)

Ce critère est à évaluer uniquement s'il est requis par le TdR ou s'il est inclus par les évaluateurs et il n'est pas noté. Il analyse dans quelle mesure :

- Les enseignements sont identifiés
- Le cas échéant, s'ils sont généralisés de par leur pertinence transversale pour la(les) institution(s)

Forces Faiblesses

Commentaires du prestataire Commentaires du prestataire

Commentaires finaux sur la qualité globale du rapport Résultat global

ANNEXE VI : MATRICE CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE L'(LES) INTERVENTION(S) ÉVALUÉE(S)

CTR - 038774/375-690 - CTB –Actuellement ENABEL - (Programme d'appui au système de santé à travers l'outil FBP (UE-PASS-FBP)

CTR - 038774/375-690 - CTB –Actuellement ENABEL - (Programme d'appui au système de santé à travers l'outil FBP (UE-PASS-FBP)

Cadre logique initial mis à jour suite à la première mission de backstopping et validé par le COPI

(En bleu les modifications/ajouts)

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Données de base	Sources de vérification	Hypothèses
OG	Objectif Global : L'état de santé de la population est amélioré par la disponibilité et l'utilisation des services de santé dans les 18 provinces	Mortalité Maternelle	2010	rapports EDS	-Situation sécuritaire stable
		Mortalité < 5 ans	2010	rapports EDS	-Situation économique stable sans dévaluations FBI
		Taux de mortalité intra hospitalière		Annuaire statistique	
OS	Objectif spécifique : Les services de santé dans les 18 Provinces sont disponibles et utilisés par l'ensemble de la population, et plus particulièrement par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans	- Nombre d'accouchements eutociques institutionnels dans CDS (vérifiés) / total national validé par le FBP - Nombre d'accouchements eutociques institutionnels dans CDS /total national d'accouchements ciblé par le FBP	2015-2016	rapports CTN/FBP	-Le financement pour la santé reste disponible -Le plan de couverture est respecté -Les vaccins sont disponibles -La contraception moderne est disponible
		- Nombre d'accouchements dystociques dans HD/ total national validé par le FBP - Nombre d'accouchements dystociques dans HD / total national d'accouchements ciblé par le FBP	2015-2015	rapports CTN/FBP	
		Ratio césariennes / total accouchements Taux de césarienne	2015-2016	rapports CTN/FBP	
		Taux de prévalence de la PF		rapports DHIS2 & rapports CTN/FBP	

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Données de base	Sources de vérification	Hypothèses
		Taux d'utilisation de la PF		rappports PNSR	
		% enfants < 5 ans ayant consulté /cible FBP		rappports CTN/FBP	
		% enfants <1 ans 100 % immunisés ?? A voir le calendrier actuel. Enfants complètement vaccinés		rappports DHIS2 & rappports CTN/FBP	
R1	Résultat 1: Les FOSA sont fonctionnelles par un système de FBP maintenu et contrôlé.	Nombre de FOSA avec PMA complet / Nombre total dans le FBP (contrat principal)			-Les médicaments / Equipements sont disponibles à tous les niveaux ;
		Nombre de FOSA avec PCA complet / Nombre total dans le FBP (contrat principal)			-Les autres bailleurs démarrent leurs interventions dans les délais attendus permettant un paiement complet des factures FBP ;
		Nombre de jours de ruptures de stocks de médicaments essentiels dans les CDS			- La situation sécuritaire au Burundi continue de permettre d'organiser des déplacements y afférents dans tout le pays (notamment afin de maintenir le dispositif d'audits techniques et financiers)
		Nombre de factures contrôlées financièrement par la CTB / Nombre de FOSA auditées techniquement par le système du programme			- Le gouvernement du Burundi autorise la CTB à utiliser des comptes en banques commerciaux ;
		Nombre de factures contrôlées techniquement par la CTB Nombre de FOSA auditées financièrement par le système du programme			-Le gouvernement du Burundi donne l'autorisation à la CTB d'effectuer des audits techniques et financiers du système à tous niveaux (suivant les modalités décrites dans la présente Action (cfr notamment § Erreur ! Source du renvoi introuvable.).
		Contribution financière totale payée aux FOSA /			-Le gouvernement du Burundi assure la fonctionnalité de tout le système FBP (CTN, CPVV,

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Données de base	Sources de vérification	Hypothèses
		% Contribution financière totale payée aux FOSA = Contribution financière totale Payée aux FOSA par le projet/ Contribution financière totale payée aux FOSA			BDS et BPS, ASLO) et assurera le financement des coûts opérationnels ; le financement de l'UE à travers le UE-PASS-FBP visera quant à lui uniquement le financement des FOSA avec PMA et PCA ;

CTR-041751/413-660 "Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP)- Phase 2

	Chaîne des résultats:	Indicateurs	Sources des données	Hypothèses
Impact (objectif général)	OG : Améliorer l'état de santé de la population dans les 18 provinces du Burundi	Ratio de mortalité maternelle au niveau national Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au niveau national	EDSB IV Annuaire statistique de la santé	Sans objet
Objectif spécifique	OS1 : Renforcer l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.	Taux d'utilisation de la consultation curative pour les enfants de moins de 5 ans au niveau des Centre de santé et des hôpitaux de District au niveau national. Pourcentage d'accouchements réalisés en milieu surveillé et selon les normes fixées par le MSPLS (personnel qualifié et présence d'un partogramme bien rempli au moment de l'accouchement), au niveau national. Pourcentage de CPN (précoce et CPN4) et de CPON Pourcentage de femmes enceintes ayant accouché par césarienne au niveau national. Taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes uniquement) au niveau national. Pourcentage des enfants de moins d'un an complètement vaccinés. Taux de morbi mortalité du paludisme	DHIS2 – SNIS & DHIS2 - FBP	Poursuite du cofinancement du FBP-G par les partenaires déjà engagés (Banque Mondiale et Gouvernement) au minimum à la hauteur de ce qui s'est fait en 2018). Absence d'insécurité et stabilité politique Les organismes débiteurs des formations sanitaires (CAM, Mutuelle de la Fonction Publique et Ministère de la Justice) opèrent les remboursements de frais qui sont dus aux formations sanitaires dans des temps réduits et raisonnables. Le système d'approvisionnement en MEG est fonctionnel (CAMEBU). L'encadrement des formations

				sanitaires est assuré de manière efficiente par les BDS. Le turn-over des cadres du MSPLS au niveau périphérique est réduit au strict minimum.
Produits	OS1. PRODUIT 1 : Les prestations de santé sont assurées et financièrement accessibles pour les populations ciblées (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans)	% de complétude du PMA et du PCA au niveau des formations sanitaires. Pourcentage des FOSA n'ayant pas connu de rupture de stock pour un seul médicament traceur	DHIS2 – SNIS & DHIS2 - FBP Rapports annuels.	Voir hypothèses au niveau des OS (même nature)
	OS 1. PRODUIT 2 : Les FOSAs (CDS et HD) garantissent une offre de soins de qualité et une gestion administrative et financière performante.	% d'adhérence au suivi des protocoles (SPT) au niveau des FOSAs % des FOSAs recrutant de personnel sanitaire grâce aux subsides du FBP Score globale de la qualité des soins PBF Score qualité perçue au niveau des CDS et des HD Mécanisme de suivi de la trésorerie des FOSAs en place Analyses des trésoreries réalisées et partagées	DHIS2 – SNIS & DHIS2 - FBP Rapports annuels.	
	OS1. PRODUIT 3 : Le cadre régulateur est amélioré dans les domaines de l'assurance de la qualité des soins, de l'encadrement, de la supervision, de la coordination, de la participation au dialogue sectoriel sur les sujets du financement de la santé.	Nombre de conclusions opérationnelles arrêtées lors des réunions de discussion sur le financement du système de santé. Nombre d'études/analyses élaborées en collaboration avec la partie nationale sur le financement du système de santé. Centre de connaissances créé Recommandations émises par le projet adoptées et implémentées au niveau national par rapport au mécanisme et/ou à la qualité des soins	Rapports annuels	
	OS.1. PRODUIT 4 : Une stratégie effective de communication pour le développement est déployée	Nombre de campagnes de communication réalisées Connaissances améliorées sur la gratuité chez les groupes cibles	Rapport annuels Enquêtes	

CTR - 038774/375-920 - COSA « Twijukire Amagara » PROJET DE RENFORCEMENT DU ROLE DE LA SOCITE CIVILE DANS SA PARTICIPATION A L'AMELIORATION DU SYTEME DE SANTE AU BURUNDI

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectifs généraux	Contribuer au renforcement du rôle de la société civile dans sa participation à l'amélioration du système de santé au Burundi.	Tous les CoSa du Burundi (632) sont formés, connaissent et jouent leur rôle.	Les rapports de formation, les données issues des enquêtes auprès des COSA et des FOSA, les indicateurs du SNIS et du FBP	
Objectif spécifique	Soutenir l'ensemble des comités de santé (COSA) du Burundi pour (1) qu'ils jouent pleinement leur rôle d'interface entre la population et les centres de santé et (2) participent efficacement dans la prise de décisions et dans la gestion des centres de santé.	Au moins 70% des COSA organisent régulièrement les Assemblées Générales collinaires avant l'élaboration des plans d'action semestriels. Tous les COSA (632) participent dans la préparation et l'adoption des plans d'action de leur centre de santé. Au moins 90% des COSA du Burundi sont dotés de comités de gestion (COGE) qui participent réellement à la cogestion des CDS	Les rapports de supervision par les BDS, les PV des réunions mensuelles COSA-FOSA, les plans d'actions validés avec la participation des COSA.	Conditions externes: la paix et la sécurité améliorées

Résultats attendus	Résultat attendu 1: L'état des lieux des COSA dans les provinces non couvertes par la première action « Inama n'Amagara » est établi et les outils de renforcement ainsi que le mode d'intervention sont adaptés aux situations et besoins identifiés.	Fiches d'enquête COSA et FOSA (310), BDS (45), société civile (au moins 350) complétées et enquête population réalisée. Les 4 traitements (Résultats du premier Projet) sont revus en fonction des situations spécifiques identifiées.	Base de données collectées et encodées, Rapport d'enquête présenté aux partenaires et validé. Les modules de formation éventuellement revus sont disponibles.	Forte implication de tous les acteurs de la santé au niveau local
	Résultat attendu 2: Les structures provinciales de la santé potentiellement impliquées dans la santé communautaire (i) sont sensibilisées sur le rôle et le potentiel des COSA et (ii) leurs capacités à former et à encadrer les COSA sont renforcées.	Au moins 478 Kits de formations destinés aux CPPS, ECD et TPS sont distribués dans tous les 45 Districts sanitaires lors des formations de capacitation. Tous les 632 cosa de l'ancienne et de la nouvelle zone d'action sont formés et recyclés par les CPPS et les TPPS avec l'appui du Projet.	Les PV et rapport de formation /recyclages organisés dans le cadre du Projet. Nombre de Kit de formation commandés et distribués.	Forte implication de tous les acteurs de la santé au niveau local
	Résultat attendu 3: Tous les COSA de la nouvelle zone d'action sont mis en place conformément au manuel de procédure sur la santé communautaire et ils connaissent leur cahier de charge.	Les membres de tous les 525 Cosa des CDS publics du Burundi sont élus et répondent aux critères définis par le manuel de procédure. 641 kits de formation destinés aux COSA, CDS et BDS de la nouvelle zone d'action sont distribués. 90% des membres des COSA ont participé aux formations. Au moins 75% des membres des COSA réussissent aux tests organisés après les formations.	BDS, CDS, Cosa, Assemblées collinaires tenues pour élections des COSA, rapports des formations et résultats des tests organisés après les formations.	Forte implication de tous les acteurs de la santé au niveau local

<p>Résultat attendu 4: Les COSA du Burundi mettent en œuvre leur cahier de charge et bénéficient du soutien des autorités locales et des leaders communautaires,</p>	<p>Les réunions mensuelles COSA-CDS sont tenues régulièrement dans tous les 525 CDS publics et dans au moins 50% des CDS sous convention. Les COGES des 525 CDS publics participent dans la cogestion des centres de santé. Les COGES existent dans 50% des COSA sous convention. Des assemblées générales collinaires sont régulièrement organisées par au moins 80% des COSA avant la préparation des plans d'actions.</p>	<p>PV des réunions COSA-CDS, Rapports des formations et des recyclages, PV des assemblées générales collinaires, consultation des plans d'action et des outils de gestion disponibles au CDS.</p>	<p>Forte implication des acteurs locaux de la santé, adhésion et implication des autorités locales et des leaders communautaires.</p>
<p>Résultat attendu 5: Un système de suivi évaluation des COSA est mis en place et reste opérationnel après le projet.</p>	<p>Tous les indicateurs relatifs au fonctionnement du CoSa sont intégrés dans le canevas du SIS. Tous les indicateurs sont régulièrement renseignés et exploités par les BDS aux fins du suivi des performances des COSA.</p>	<p>Canevas SIS mis à jour. CDS, BDS et DPSHA</p>	<p>Forte implication du MSPLS via la DPSHA</p>

CADRE LOGIQUE DE L'ACTION				
	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectifs généraux	Contribuer au renforcement du rôle de la société civile dans sa participation à l'amélioration du système de santé au Burundi.	Les 112 comités de gestion (COGES) des provinces Rumonge, Muramvya et Cibitoke sont renforcés et participent à la cogestion de leurs centres de santé	* Rapports d'activités de renforcement. * Rapports de supervision par les districts sanitaires	
Objectif spécifique	Les comités de gestion "COGES" des centres de santé des trois provinces ciblées sont appuyés, renforcés et capables de participer plus efficacement à l'instauration d'une meilleure gouvernance aux centres de santé.	A la fin du Projet, le nombre de CDS qui bénéficient d'un bonus qualité lors des évaluations trimestrielles augmente de 25% comparativement à l'année 2018.	* Audits financiers (PASS-PBF) et Rapports ENABEL. * Evaluations CPVV	Forte implication de tous les acteurs de la santé au niveau local
Résultats attendus	Résultat attendu 1: Les directives du manuel de gestion administrative, financière et comptable d'un centre de santé sont vulgarisées, connues et appliquées.	* Tous les 112 comités de gestion des trois provinces d'action sont formés sur le contenu du manuel de procédures administratives, financières et comptables applicables au CDS, *Au moins 80% des comités de gestion formés accomplissent régulièrement l'exhaustivité des tâches prévues par le manuel de procédure.	* Rapports de formation disponibles au sein de COPED. * Rapports de supervision par les districts sanitaires * Visites au CDS et consultation des outils de gestions.	Forte implication de tous les acteurs de la santé au niveau local

ANNEXE VII : LES CRITERES D'EVALUATION

La définition et le nombre des critères d'évaluation du CAD ont changé à la suite de la publication (10 décembre 2019) du document « Critères d'évaluation : définitions et principes d'utilisation adaptés » (DCD / DAC (2019) 58 / FINAL).

Les évaluateurs veilleront à ce que leur analyse respecte les nouvelles définitions de ces critères et leurs notes explicatives. Des documents de référence et d'orientation sont en cours d'élaboration de la part du CAD et peuvent être consultés ici:

<https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Sauf indication contraire dans le chapitre 2.2.1, l'évaluation évaluera l'action en utilisant les six critères d'évaluation standard du CAD et la valeur ajoutée de l'UE, qui est un critère d'évaluation spécifique de l'UE. Leurs définitions sont présentées ci-dessous :

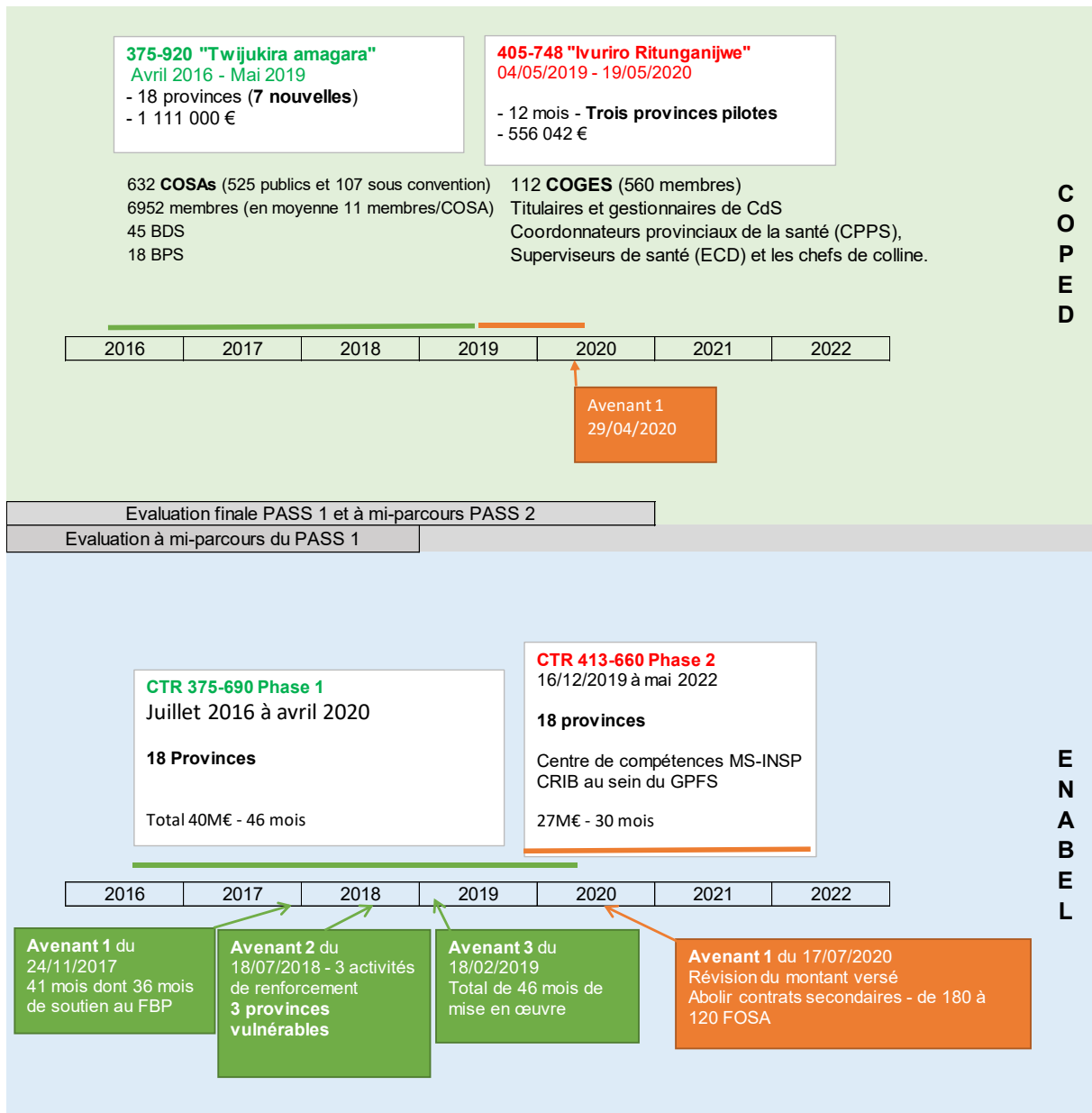
CRITERES CAD

- Pertinence : « Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue. »
- Cohérence : « Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution. »
- Efficacité : « Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations. »
- Efficience : « Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps. »
- Impact : « Mesure dans laquelle l'intervention a produit, ou devrait produire, des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non. »
- Durabilité : « Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer. »

CRITERE SPECIFIQUE UE

- Valeur ajoutée européenne : la mesure dans laquelle l'action apporte des avantages supplémentaires à ce qui aurait résulté des interventions des États membres uniquement dans le pays partenaire. Elle découle directement du principe de subsidiarité défini à l'article 5 du traité sur l'Union européenne (<http://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/7/the-principle-of-subsidiarity>).

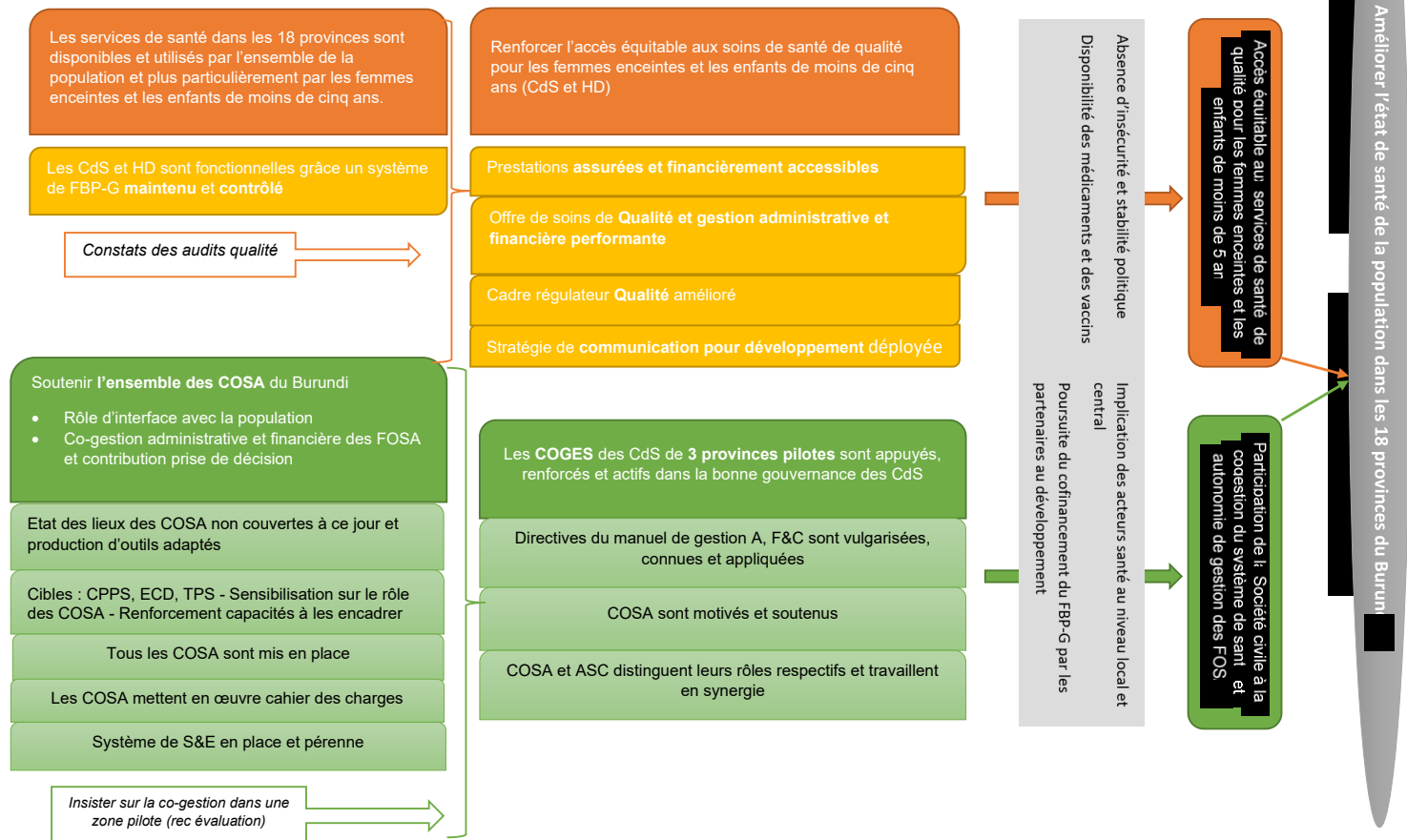
ANNEXE 2. CHAMP DE L'ÉVALUATION



ANNEXE 3. LOGIQUE D'INTERVENTION DES PASS

Contexte du PASS au Burundi

2006 Gratuité ciblée déclarée par le Gouvernement du Burundi
 2010 Instauration du FBP dans l'ensemble du pays
 2011-2027 PNDS II puis PNDS III
 2012 – 2025 Politique Nationale **Genre** du Burundi
 2013-2017 Plan Stratégique sur la Santé Communautaire – **FBP communautaire** – 2013 : Politique Nationale de **Protection sociale**
 2015 *Crise politique – application Article 96 - appui direct aux ministères suspendu – maintien des actions envers la population par **gestion directe et par PAGODA** pour secteurs prioritaires*
 2015-2019 Plan National de Développement de l'Informatique médicale (PNDIS)



ANNEXE 4. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PROVINCES À VISITER

Source de données	Contrat COPE D	Contrat ENABEL	Selon "évolution de quelques indicateurs contractualisés en 2019"				Plan de paiement 07/08 2020	2019 Rapport mise en oeuvre FBP et gratuité des soins pub 2020	Score moyen de contre vérification qualité (audit technique PASS1)		Rapport d'évaluation
Provinces/Critères	Dernier contrat COPE D	Activité 4 du PASS I	Dépistage MAS ou PEC palu par GASC	Utilisation du budget PMA PCA maximal	Utilisation du budget PMA PCA minimal	Proportion ECV (2019)	CORDAI PMA et PCA	FBP communautaire/GASC sous contrat	Composant 1 Moins bons résultats	Composant 1 Meilleurs résultats	Visité lors de l'évaluation à mi-parcours PASS1
Rumonge/Bururi	X	X		X						X	
Muramvya	X	X			X	X	X	X	X		X
Kirundo		X	Nombreux		X	X		X			
Canzuko						X			X		

ANNEXE 5. LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Documents pour évaluateurs, transmis par la DUE.

- 01_Politiques nationales ou sectorielles & Plan d'autres partenaires
 - 2015 La stratégie nationale de financement de la santé du Burundi 2
 - BM_Kira Project Appraisal Document PAD KIRA
 - Etude sur le financement de la santé au Burundi Rapport de synthèse 2014
 - Mémoire d'entente MSPLS et MDPHASG
 - Plan de Financement FBP 2019 à 2021 _ A titre indicatif Revu V 27 01 2021
 - PNDIS informatique santé 2020 2024
 - PND-Plan National Développement _Burundi-2018-2027-Version-Finale
 - PNDIII_ Plan Nat Dev Sanitaire aligné PND 2019 2023
 - PNS Politique Nationale Santé_2016 2025_vf
 - PSN Plan lutte paludisme 2018-2023

2021 BM P4H Financement

- P4H AM_December 2020
- P4H ML_December 2020_ext
- TDR Personne Focale P4H

CAM

- Arrêté CAM VP 2012
- Manuel Procédures CAM 2015
- Mémoire d'entente MSPLS et MDPHASG
- Ordonnance CAM N°630_2012

SANTE COMMUNAUTAIRE

- 2. Plan Stratégique santé Communautaire 2019-2023 signé
- 4. Manuel de procédures pour la gestion d'un CDS - Annexes Manuel CDS
- 6. Canevas Contrôle COGES
- 2011 Burundi Manuel Santé communautaire
- 2011 Manuel Santé communautaire
- 02_Textes juridiques et engagements politiques
 - 2021 03 Note Technique PNSR Indic Hôpitaux

ORDONNANCE GRATUITE 2010

- 03_Evaluation nationales et rapports FBP
 - 2017 Rapport mise en oeuvre FBP associé Gratuité_ publ 2018
 - 2018 06 Recommandations de l'Atelier de Suivi Coordination FBP Gratuité
 - 2018 Rapport mise en oeuvre du FBP et gratuité soins_publié 2019
 - 2019 Rapport Mise en oeuvre du FBP et la gratuite des soins_pub 2020
 - BM KIRA et Capital humain Revue mi parcours
 - BM_Rapport Evaluation interne projet Kira_vf
- 04_Etudes identification, faisabilité et formulation
 - 2019 Note succinte de capitalisation pour amélioration gratuité soins
 - 2019 Plan-Opérationnel-Gratuité
 - BM Rapport Actualisation Coûts Fosa Burundi
 - Evaluation de l'effectivité de la gratuité ciblée des soins au Burundi-Rapport-Final- Octobre-2019-1
 - Rapport Etude _Variation couvertures_2019 Pass 1

- 05_Accord financement intervention et addenda
 - Budget Initial PASS II
 - Convention de subsides Enabel MSPLS_Pass 1
 - Convention de subsides Enabel MSPLS_Pass 2
 - Dec PASS II - VF
 - DTA - CF 041 751 signée

COPED 375 920

- CTR3156193 Contrat et annexes

COPED 405 748

- CTRFED 2019 405748_Description de l'Action et CL
- CTRFED405748_Avenant
- CTRFED405748_Budgetdel'Action

PASS 1 CTB Enabel

- avenant 3 signe ctr 375690
- CTR2879117 Budget Initial
- CTR2879119 CG et Description Action
- CTR3244455 Avenant 1
- Note justificative avenant 2 PASS 1 Enabel
- Pass 1 1 Avenant 1
- Pass 1 Lettre avenant 3
- Pass 1 Lettre Enabel Avenant 2
- Pass 1 lettre UE avenant 2 CF38-774

PASS2 Enabel

- Avenant n°1 UE-PASS II-FBP
- CTR3752653
- DUE Augmentation Seuil Financement 2020 3916_001

- 06_Rapports intermédiaires et annuels et audit

COPED 375 920

- 227 - Rapport Final COSA 375-920 - 20DV0491
- COPED 375 920 - RAPPORT NARRATIF ET FINANCIER INTERMEDIAIRE DE L ACTION COSA - TWIJUKIRE AMAGARA.pdf
- COPED 375 920 RAPPORT NARRATIF ET FINANCIER FINAL - 07 2016 a 05 2019.pdf
- COPED_RAPPORT-NARRATIF-COSA TWIJUKIRE AMAGARA 375-920

COPED 405 748

- 405 748 Rapport financier final.pdf
- 405 748 RAPPORT NARRATIF ET FINANCIER FINAL - Période couverte - Mai 2019 - Mai 2020 .pdf

Echantillon audits fin et techniques FOSA PASS 1 et 2

- 1. Rapport audit technique_Nov_2016
- 2. Rapport audit technique_Oct_2016
- 3. Rapport audit technique_Déc_2016
- 29. Rapport audit technique Février 2019 VF
- 30. Rapport audit technique Mars 2019 VF
- 31. Rapport audit technique Avril 2019_VF
- 32. Rapport audit technique mai 2019 VF

- 33. Rapport audit technique juin 2019 VF
- 34. Rapport audit technique juillet 2019 (003)
- 35. Rapport audit technique Août VF (003)
- 36. Rapport audit technique Septembre 2019 VF2
- 37. Rapport audit technique d'octobre 2019 VF (003)
- 38. Rapport audit technique novembre 2019 VF
- 39. Rapport audit technique décembre 2019 corrigé
- 40. Rapport audit technique janvier 2020 VF
- 41. Rapport audit technique février 2020 FV corrigé
- PASS 2 FBP Rapport Final Mission 1
- Rapport audit technique février 2020 VF
- Rapport audit technique janvier 2020 VF

Enabel Pass 1 375 690

- CTR3356481 Rapport annuel 1
- CTR3443228 Rapport annuel 2
- CTR3819559 Rapport final PASS 1

Enabel Pass 2

- PASS 2 Rapport Intermédiaire Résultats Déc 2019__Nov 2020 vf1
- 07_Rapports du COPI

COPI PASS 1

- 2017 02 PV REUNION DU COPI VF
- 2017 06 PV DU COPI N 2
- 2019 04 PV COPI 23 avril 2019
- Présentation VF COPI3 06122017 MISE EN ŒUVRE
- UE-PASS-FBP Evaluation Feuille de route COPI 3

COPI PASS 2

2020 12 COPI

- COPI1 PASS2 Matrice et base line des indicateurs proposés pour le PASS2 10 12 20_
- Grille d'Audit clinique Validée VF
- Invitation à la réunion du Comité de Pilotage
- Présentation COPI - PASS-2 VF
- Programme COPI 1
- ROI COPI UE PSS FBP2
- 2020 12 17 PV COPI1 PASS2
- Enabel - UE-PASS II-FBP-084-BJ-2020-012 - lettre COPI
- Lettre de désignation des membres du comité de pilotage du programme UE - PASS - FBP 2
- membres COPI - Ministère de la Sante Publique - réf 630-3660-CAB-2020
- 2017 06 PV DU COPI N 2
- 2019 04 PV COPI 23 avril 2019
- COPI 2017 PASS 1 UE-PASS-FBP Evaluation Feuille de route COPI 3
- COPI PASS 1 Présentation DRAFT 2 COPI 4 Juillet 2018 MISE EN ŒUVRE VF
- COPI PASS 1 Présentation VF COPI3 06122017 MISE EN ŒUVRE
- COPI PV 3 PASS 1 UE-PASS-FBP
- 08_Rapport CT Elargie

- Aout 2018
 - Aout 2019
 - Augmentation budgétaire fevrier 2019
 - Decembre 2017
 - Decembre 2018
 - Juin 2017
 - Juin 2018
 - Juin 2019
 - Mars 2017
 - Mars 2018
 - Mars 2019
 - Rapport 2017
 - 2019 Evolution des indicateurs FBP en 2019
 - 2020 01 PV de la réunion CTN élargie 21 janv 2020 (1)
 - 2020 06 23 COMPTE RENDU REUNION CTN-ELARGIE 23 juin 2020
 - 2020 06 26 INVITATION ATELIER SEMESTRIEL II DE Coord Suivi FBP-GRATUITE
 - 2020 12 PV Analyse du T4 2020 portant sur les données du T3 2020 VF_CT Elargie
 - Plan de paiement Juillet aout 2020 Cofinancement
 - 09_Manuel procédures gestion FBP
 - Cankuzo & Gitega, CDS1, CDS2, CDS3, CDS4, CDS5, CDS6, CDS7
 - Outils de mise en oeuvre FBP Mars 2021
 - Manuel FBP Communautaire Version Préfinale
 - Manuel__Gestion_CDS
 - Manuel__Gestion_HD
 - Nouveau Manuel des procédures FBP 2020
 - OUTILS DE MISE EN OEUVRE_FBP_V_2017
 - 10_Etude sur la strategie reduction des couts du FBP
 - STRATEGIE DE MAITRISE DE COUTS VF Signée DGSSLS
 - 11_Rapports ROM et évaluations
- Doc ROM PASS 1
- Echange cadre logique
 - FED_2016_375-690 Rapport Intermédiaire actualisé _2017 UE PASS FBP
 - Indicateurs de suivi Baseline UE-PASS-FBP 2017 Mise à jour avec de janv à AOUT 2017
 - LFW Santé 95 MEURO AMS
 - 2019 01 30 Annexes 03-12 & 14
 - 2019 01 30 Rapport d'évaluation PASS final
 - AEDES_Resume executif evaluation PASS UE_EN FINAL
 - AEDES_Resume executif evaluation PASS UE_Kirundi final
 - Annexe 13 Fiche Action Draft
 - Annexe 15 Réponses commentaires ENABEL
 - Annexe Recommandations (Suite) Résumé executive
 - Executive Summary
 - Résumé executive evaluation PASS_UE FR
 - 12_Tout autre document pertinent
 - 2021 03 06 Note Technique PNSR Indic Hôpitaux

- TDR contrevérification FBP VF
- TDR ETUDE DETERMINANTS QUALITE DES SOINS_VF
- TDR ETUDE INFLUENCE PERFORMANCE BDS SUR PERFORMANCE CDS_VF
- TDR EVALUATION COUT EFFICACITE SYSTEME VERIFICATION FBP_VF
- 13_Visites terrain DUE
 - Visite Terrain fev 2018 Est Lau
 - Visite Terrain janvier fevr 2019ENABEL Avenant2

Documents téléchargés ou recueillis durant la mission

COVID19 – MSLS

- Projet de préparation et de riposte stratégique du Burundi face au COVID-19_Plan de Mobilisation de Parties Prenantes (PMPP)
- Projet de préparation et de riposte stratégique du Burundi face au COVID-19_Plan d'engagement environnemental et social (pees)

Peuples autochtones – MSLS

- Cadre de gestion environnementale et sociale - Financement additionnel du projet Kira
- Plan des peuples autochtones Batwa - Financement additionnel Kira

Autres

- EDS 2016-17
- Manuel_des_procedures_FBP_seconde_generation
- Politique_nationale_genre_png__2012-2025
- Politique_nationale_Protection Sociale

ANNEXE 6. LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
Briefing du 23 avril 2021 – personnes physiquement présentes	[REDACTED]	H	MSPLS – DG Offres de soins	[REDACTED]	[REDACTED]
			ENABEL – PASS – FBP2 Expert en stratégie et politique		
			ENABEL – PASS – FBP2 Intervention manager		
			Délégation UE		
			MSPLS		
			MSPLS/ DG Planification		
			Délégation UE		
			MSPLS CT FBP		
			Délégation UE		
			COPED AT PASS 1 & 2		
23/04	[REDACTED]		ENABEL PASS FBP AT National (ATN)	[REDACTED]	[REDACTED]
			ENABEL PASS FBP2 ATN		
			ENABEL santé RAF		
			ENABEL PASS FBP		
			ENABEL PAORC, précédemment en charge activité 4 PASS1		
			ATN Twiteho Amagara		
			Intervention manager Twiteho Amagara		
			ATN Twiteho Amagara		
			ATN Twiteho Amagara		
			Intervention manager Projet SNIS – ENABEL		
26	[REDACTED]		Enabel /PASS, ATI	[REDACTED]	[REDACTED]
			Enabel /PASS, ATN		
			Enabel /PASS, ATN		

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
			Enabel /PASS, ATN		
			Enabel /PASS		
			OMS, Expert en Santé Publique - Facilitateur Interconsortia_Projet Résilience Santé au Burundi		
			Expert en Santé Publique Facilitateur Interconsortia_Projet Résilience Santé au Burundi		
			Senior program coordinateur au Burundi - spécial en réhabilitation APEFE coopération belge au développem		
			Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida Directeur de l'Assurance-qualité des Soins, de l'hygiène Et de la sécurité en milieu de soins (DAS)		
			CAMEBU – Directrice générale		
			PADSS Banque Mondiale Expert en communication		
			Banque Mondiale, économiste de la santé et chargée projet santé		
			Spécialiste santé BM		
27			Coordonnateur de la CT-FBP		
			Conseiller CT-FBP		
			Membre CT-FBP		
			Expert FBP communautaire projet KIRA banque mondiale		
			Membre CT-FBP		
			Membre CT-FBP		
			Expert en suivi évaluation projet IDA/MSPLS		
28			Membre CT-FBP, chargée		

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
de KUMONGE Province			de suivi & évaluation		
			Conseillère de la DGS		
			Directrice générale de la santé		
			Conseiller DGSSLS		
			DG INSP		
			DG Solidarité MSNDPHG		
			Directeur du département de l'intégration sociale		
			DG ressources		
			Directeur Promotion Santé, santé communautaire, Hygiène Assainissement.		
			Conseiller pour les aspects Hygiène, Assurance Qualité et Promotion Santé		
			Secrétaire Permanent		
			DG chargée de l'Offre de Soins, de la médecine moderne et traditionnelle et de l'accréditation		
			Charge S&E de la base de données du FBP		
			Chef de service surveillance épidémiologique & AI SNIS (intérimaire)		
DGR/MSPLS, Chef de service des Approvisionnement et de la Gestion des Stocks					
SEP/CNPS					
Directeur du PNSR					
Centre de Développement Familial communal (CDFC)					
AT COPED					
GSIS BPS Rumonge					

Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
		Gestionnaire District de Rumongue		
		DAF Hôpital		
		Gestionnaire du BPS		
		ATM		
		Responsable de la Pharmacie		
		Technicien de maintenance biomédical		
		Coordonnateur CPVV		
		Vérificateur du CPVV		
		ASLO CDS Rumongue		
		ASLO / CDS BIRIMBA		
		Président COSA du CdS Gatete		
		Superviseur BPS Rumonge		
		Superviseur BPS Rumonge		
		Secrétaire BPS Rumonge		
		MDPS Rumonge		
		Gestionnaire de district Rumonge		
		DAF Hôpital Rumonge		
		Président du COGES Rumonge		
		MCD Rumonge		
		G SIS Rumonge		
		Gestionnaire BPS Rumonge		
		Superviseur BPS Rumonge		
		CPPS Rumonge		
		Coordonnateur CDFC Rumonge		
		Superviseur MUSO COPED (mutuelle-crédit)		

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
			Présidente COGES CdS Gatete		
			Titulaire du CdS Gatete		
			Président GASC Gatete		
			Titulaire Adjoint du CdS Gatete +SIS		
			Président COSA CDS Gatete Rumonge		
			Superviseur BDS Rumonge		
			Infirmier CDS Gatete CPN		
			Infirmier resp pharmacie CDS Gatete		
			Titulaire CDC Gitaza		
			TPS Gitaza		
			S Gatete, 2F		
			Président du GASC		
			5/05 Muramvya		
Président COGES, CdS Gitaza					
=					
Présidente GASC, CdS Gitaza					
Méd Dir Hôpital Muramvya					
Méd Chef District Sanitaire Muramvya					
G SIS District Muramvya					
MDPS Muramvya					
Présidente GASC CdS Muramvya					
Vice-présidente COSA CdS Muramvya					
Agent de santé communautaire CdS Muramvya					
Chargé de projets secteur santé, CORDAID/KFW					
Assistante sociale CDFC					

Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
		Muramvya		
		Titulaire CDS Muramvya		
		Titulaire adjoint CDS Muramvya		
		Memisa-Belgique , MD-SSR/ATN de proximité		
		MEMISA, Assistante Sociale		
		Province Muramvya, Chef de Cabinet		
		Hôpital Muramvya, RAF		
		BPS Muramvya, Gestionnaire		
		BDS Muramvya, Gestionnaire		
		BDS KIGANDA , Gestionnaire		
		CPVV Muramvya, Coordonnateur		
		ASLO DUFASHANYE, Enquêteur		
		ASLO DUFASHANYE, Enquêteur		
		ASLO DUFASHANYE, Enquêteur		
		ASLO DUFASHANYE, Enquêteur		
		Président COSA CdS Muramvya		
		Présidente GASC CdS Muramvya		
		Vice-présidente COSA CdS Muramvya		
		CDS Muramvya, Gestionnaire		
		Pharmacie de District de Muramvya, Gestionnaire Adjoint		
		Infirmier CdS Rweza		
		TPS CdS Rweza		
		Titulaire CDS Rweza		
		CDS Rweza, Titulaire Adjoint – Gestionnaire Pharmacie		
		Président COSA CdS		

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
Cankuzo 7-8 / 5			Rweza		
			Président GASC CdS Rweza		
			Président COGES, CdS Rweza		
			ASC		
			Secrétaire GASC CdS Rweza		
			Vice Président GASC CdS Rweza		
			Superviseur BDS Muramvyia		
			MDPS , Cankuzo		
			MCD AI, Dir Hôpital, Cankuzo		
			Coordonnateur CPVV, Cankuzo		
			Gestionnaire, BDS Cankuzo		
			Superviseur BPS, Cankuzo		
			Gestionnaire, BPS Cankuzo		
			Superviseur, BPS Cankuzo		
			Superviseur, BPS Cankuzo		
			GSIS BPS Cankuzo		
			Gestionnaire, Pharmacie, BDS Cankuzo		
			DAF Hôpital Cankuzo		
			Chef du Cabinet du Gouverneur de Cankuzo		
			Enquêteur Association CO- FOSA Muyanga		
			Enquêteur Association CO- FOSA Muyanga		
			Enquêteur Association INTUHURANA		
		Gestionnaire, CDS Cankuzo			
		Président COSA CdS Cankuzo			
		Président COGES, CdS			

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
			Cankuzo		
			Président GASC, CdS Cankuzo		
			Titulaire, CdS Cankuzo		
			Titulaire adjoint, CdS Cankuzo		
			TPS, CdS Cankuzo		
			Infirmier, CdS Cankuzo		
			Infirmière, CdS Humure		
			Gestionnaire, CdS Humure		
			Infirmier titulaire, CdS Humure		
			Infirmier, CdS Humure		
			Travailleur, CdS Humure		
			CDS Humure, Gestionnaire		
			Aide gestionnaire, CdS Humure		
			Travailleuse, CdS Humure		
			Président du COSA du CdS Humore		
			Vice Pdte COSA du CDS Humore		
			Présidente GASC		
			Vice présidente COSA CDS Humore		
			Gestionnaire adjoint de la pharmacie		
			Responsable de la DPDFS		
			Médecin chef de District Busoni		
			Médecin chef de District Kirundo		
			Médecin Directeur de la Province Sanit. Kirundo		
			Chef de cabinet du gouverneur de Kirundo		
			Gestionnaire BPS Kirundo		
			Superviseur BPS Kirundo		
			CPPS Kirundo		
			DACS Hôpital Kirundo (chargé de soins)		
			Responsable pharmacie Kirundo		
	KIRUNDO 10-11 / 5				

Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
		Chef Nursing Kirundo		
		Gestionnaire SIS, BDS Kirundo		
		Superviseur BPS Kirundo		
		MCD Vumbi		
		G SIS BPS Kirundo		
		G SIS Hôpital Kirundo		
		Hôpital Kirundo, Gestionnaire		
		BDS Kirundo, Comptable		
		BPS Kirundo, Gestionnaire		
		ASLO TINIKEBUKE, Cultivateur		
		ASLO TUGARUKIREAM Matongo, Cultivateur		
		ASLO DUKUNDIBITOTAHAYE, CDS Rutare, Menuisier		
		ASLO TWIKEBUKE, Cultivateur		
		Médecin CICR VBG Bunyari		
		Titulaire CdS Bunyari		
		Titulaire adj. CdS Bunyari		
		TPS CdS Bunyari		
		Président COGES CdS Bunyari		
		Président COSA CdS Bunyari		
		Pharmacie de district		
		Pharmacie de district		
		Centre de maintenance		
		DS Vumbi, Gestionnaire		
		CDS Gikomero, Titulaire		
		BPS Kirundo, MBPS		
		CDS Gikomero, Titulaire Adjointe		
		G-SIS Vumbi		
		Présidente du COGES CdS GIKOMERO		
		Président du COSA		

	Nom et prénom	F/H	Institution	Adresse courriel	Numéro de téléphone
		H	Membre du COSA et GASC		
		H	Membre du COSA et GASC		
	Et 7 membres de COSA dont 2F				
CdS Matukara, Bujumbura mairie			Infirmière– CdS Matukara, Buju Mairie		
			Titulaire du CdS		
			ASC – CdS Matukara, Bujumbura Mairie		
			ASC – CdS Matukara, Bujumbura Mairie		
			ASC – CdS Matukara, Bujumbura Mairie		
	Et 10 autres ASC de ce CdS dont 3 F.				

ANNEXE 7. TABLEAUX D'INDICATEURS DE QUALITÉ DE SOINS NON RÉMUNÉRÉS

1. Pourcentage des CDS amis des jeunes ayant des réseaux sociaux communautaires fonctionnelles
2. Pourcentage des FOSA ayant au moins un prestataire formé sur la VSBG
3. Proportion des nouveau-nés ayant reçu un paquet intégré des soins
4. Taux de couverture en Vitamine A (enfants et femmes enceintes)
5. Pourcentage des enfants de plus de 5ans et des adolescents avec la malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié la prise en charge de la malnutrition (âge et sexe)

Pourcentage des CDS amis des jeunes ayant des réseaux sociaux communautaires fonctionnelles

	Total des FOSA	Nr ayant des réseaux communautaires fonct	% FOSA ayant réseaux comm. fonctionnels
KIRUNDO	23	6	26,08
VUMBI	16	16	100
MURAMVYA	22	8	36,36
RUMONGE	27	4	14,8
CANKUZO	31	10	32
	119	44	37

Pourcentage des FOSA ayant au moins un prestataire formé sur la VSBG

	Total des FOSA publiques, confessionnelles et privées	Nombre des Fosa ayant au moins un prestataire formé sur la VSBG	Pourcentage des Fosa ayant un prestataire formé sur la VSBG
KIRUNDO	23	19	82,60
VUMBI	16	10	62,5
MURAMVYA	22	13	59,09
RUMONGE	53	20	37,7
CANKUZO	31	31	100
	145	93	64

Proportion des nouveau-nés ayant reçu un paquet intégré des soins

KIRUNDO	Accouchement : Naissances vivantes	Nb enfants ayant reçu BCG	Nb de femmes allaitant à la première heure	CPoN : Enfants ayant bénéficié de la CPoN dans les 48h	Ann Stat Taux de couverture en CPoN1 * *
2016		9331	5017	DND	55,6%
2017	6964	7805	5769	DND	56,9
2018	6722	8138	5940	DND	67
2019	10057	10462	8759	DND	77,2
2020					

** Le nombre de femmes venus en CPON1 dans les 15 jours après accouchements / Nombre d'accouchements attendus x 100

Note : L'annuaire statistique donne le Tx de couverture CPoN1 dans les quinze jours après l'accouchement, tandis que le PNDS III préconise la CPoN dans les 48h après l'accouchement.

VUMBI	Accouchement : Naissances vivantes	Nb enfants ayant reçu BCG	Nb de femmes allaitant à la première heure	CPoN : Enfants ayant bénéficié de la CPoN dans les 48h	CPoN % Sur Naiss Viv.
2016	9198	8949	9194	0	
2017	7649	7645	7479	0	
2018	6533	6531	6278	0	
2019	8327	8327	7826	0	
2020	7311	7309	7245	1043	14,3

RUMONGE	Accouchement : Naissances vivantes	Nb enfants ayant reçu BCG	Nb de femmes allaitant à la première heure	CPoN : Enfants ayant bénéficié de la CPoN dans les 48h	
2016	14386	11962	14109	RN	
2017	17530	12075	17257	RN	
2018	18509	14294	17416	RN	
2019	20100	15037	19233	RN	
2020	14973	12214	14493	435	2,9

MURAMVYA	Accouchement : Naissances vivantes	Nb enfants ayant reçu BCG	Nb de femmes allaitant à la première heure	CPoN : Enfants ayant bénéficié de la CPoN dans les 48h	
2016	DND	6443	3112	RN	
2017	5085	5899	4813	RN	
2018	5837	5925	5656	RN	
2019	7173	7133	7133	RN	
2020	6979	6661	6962	69	1

Proportion des enfants ayant bénéficiés de la CPON dans 48h	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO	
2016		0		0,00	100%	
2017	DND	9,7		0,00	100%	
2018	DND	5,9		0,00	100%	
2019	DND	7,8		0,00	100%	
2020		8,2	69/6979	2,91	100%	

Proportion des enfants ayant reçu le BCG	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO	Tx de couvert
		80,9	5085/5899	83,15	100%	
2017	112,0764	71,9	5837/5925	68,88	100%	
2018	121,0652	66,3	7173/7133	77,23	100%	
2019	104,027	80,1	6979/6661	74,81	100%	
2020		72,6	5085/5899	81,57	100%	
Ann stat Tx de couvert en 2019	91,2	79,3	75,7	108,9	89,2	

Proportion des enfants ayant reçu Le lait maternelle à la première heure	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO	
2016		0		98,07	100%	
2017	82,84032	94,4	4813/5085	98,44	100%	
2018	88,36656	91,4	5656/5837	94,09	100%	
2019	87,09357	94	7133/7173	95,69	100%	
2020		98	6962/6979	96,79	100%	
Ann Stat 2019 *	8759/10057	7826/8327	7133/7173	19233/20100	7699/7914	
Idd en %	87,09	93,98	99,44	95,6	97,2	

- Nb de femmes allaitant à la première heure

Taux de couverture en Vitamine A (enfants et femmes enceintes)

Taux de Couv Vit A 06-11 mois	KIRUNDO	VUMBI Couvert.	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO Routine ?	Annuaire Statistique
2016	DND	83,9	58,8	RN	6,5	37,62
2017	DND	59,4	26,8	RN	1,4	22,4
2018	45,3	68,4	8,7	RN	3	17,6% rout / 84,5 couv
2019	41,6	64,8	DND	RN	2,5	15% rout/ 88,9% couv
2020	DND	59,2	0,37	115.1	0,7	
Ann Stat SSME '19 couverture	76	75,6	84,3	108,6	111	

Taux de Couv Vit A 12-23 mois	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO	Ann Stat 12-59 mois
2016	DND	70,6	DND	DND		2,59
2017	DND	70,6		DND		1,6
2018	27,7	71,4		DND		1,8/88,1
2019	30,5	71,4		DND		2,1/89,6
2020	DND	81,1		144.7		
Ann Stat SSME '19	63,9	78	86	122,3	125	

Taux de Couv Vit A 24-59 mois	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO	Ann Stat 12-59 mois
2016	DND	75,2	DND	DND		2,59
2017	DND	73,2		DND		1,6
2018	21,7	74,6		DND		1,8/88,1
2019	32,9	72,8		DND		2,1/89,6
2020	DND	77,4		94.1		
Ann Stat SSME '19	69,8	63,4	53,9	92	99,8	

Taux de Couv Vit A 6-59 mois	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO routine ?	Annuaire Statistique
2016	DND	69,3	DND	DND	2,2	DND
2017	DND	76,5		DND	0,05	DND
2018	75,4	76,1		DND	0,58	87,7
2019	33,4	74,2		DND	1,6	89,6
2020	89,7	77,3		217.9	0,48	


Taux de couverture en Vit A Femmes enceintes	KIRUNDO	VUMBI	MURAMVYA	RUMONGE	CANKUZO	Annuaire Statistique
2016	DND	67,9	DND	RN		
2017	DND	65,7		RN		
2018	DND	61		RN		
2019	DND	75,1		RN		
2020	DND	69,3		RN		

- **MURAMVYA ***** Seulement, les données Tx de couverture en Vit A, sont celles provenant des différentes campagnes dédiées SSME (Semaine santé mère enfant) organisées par PEV une fois le semestre donc 2 fois/an. Ce ne sont pas alors des données de routine.

Pourcentage des enfants de plus de 5ans et des adolescents avec la malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié la prise en charge de la malnutrition (âge et sexe)

Le nombre de cas de MAM Communautaire dépistés & traités = 69145 (Données GASC 2020)

Les cas de MAS dépistés, référés par GASC & confirmés par le CDS = 5830 (Données GASC 2020)

- Le Taux de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans en 2016-7 = 5%
- L'objectif du PNDS III : la prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans passe de 5.1 à 3 % d'ici 2023 ! 

Nouveaux cas MAS	KIRUNDO		VUMBI		MURAMVY A		RUMONGE		CANKUZO 12-59 mois		DHIS2 MUAC jaune/rouge	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	jaune	rouge
2016	DND	DND	2	0			DND	DND	531	981		
2017	DND	DND	11	15	18	13	26	25	766	981		
2018	DND	DND	29	49	9	15	36	43	886	981		
DHIS2 MUAC jaune/rouge '18					379/ en 2019				3612/	714		
2019	DND	DND	19	48	12	6	19	18	1046	981		
2020	DND	DND	27	74	5	5	32	23	831	981		
DHIS2 MUAC jaune/rouge 2020					158/				536/	68		

Nouveaux cas MAS	KIRUNDO		VUMBI		MURAMVYA		RUMONGE		CANKUZO			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
10-14 ans												
2016	DND	DND	1	0	DND	DND	RN	RN	0	0		
2017	DND	DND	1	1	0	0	1	4	14	10		
2018	DND	DND	2	0	0	0	4	2	3	4		
2019	DND	DND	3	9	1	0	4	4	2	1		
2020	DND	DND	0	1	0	0	DND	1	6	3		

Nouveaux cas MAS	KIRUNDO		VUMBI		MURAMVYA		RUMONGE		CANKUZO			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
15-19 ans												
2016	DND	DND	0	0	5	0	DND	DND				
2017	DND	DND	1	1	3	0	DND	DND				
2018	DND	DND	0	0	1	0	1	3				
2019	DND	DND	2	4	0	0	2	3				
2020	DND	DND	1	3	5	0	1	4				

ANNEXE 8. CARTE DU BURUNDI



ANNEXE 9. AMÉLIORER L'EFFICIENCE ET DURABILITÉ DU FBP

Indicateurs quantité et qualité

- L'accouchement eutocique est un indicateur du Paquet Minimum d'Activités (PMA), acheté dans les hôpitaux de district, ce qui entraîne une concurrence déloyale au regard du plateau technique dont dispose la plupart des hôpitaux et entraîne également une surcharge de travail au niveau des staff des maternités des hôpitaux, limitant leur disponibilité et leur efficacité dans la prise en charge des cas compliqués (surtout les accouchements dystociques référés des CdS).
- Les indicateurs quantité relatifs aux journées d'hospitalisation/observation sont souvent source de dérives peu favorables aux malades : (i) hospitalisation/mise en observation abusive (hospitalisation/mise en observation des cas non compliqués pouvant être traités en ambulatoire), (ii) retard délibéré dans la réalisation de certains actes tels que les examens complémentaires en vue de prolonger le séjour du malade et (iii) prolongation abusive du séjour des malades pour des symptômes mineurs.
- L'achat des indicateurs quantité par le FBP-G comporte certains doubles achats avec les régimes assurantiels tels que la consultation curative des plus de 5 ans, les interventions chirurgicales petites et majeures, les journées d'hospitalisation, etc. Ces doubles achats nécessitent chacun un dispositif de vérification engendrant des charges importantes qui sont finalement supportées par les contribuables notamment les ménages.
- Certains services spécialisés ne sont pas pris en compte dans la grille qualité tels que la kinésithérapie, la stomatologie, le poste de transfusion sanguine, la néonatalogie, les services de psychologie. Cette insuffisance est un manque d'équité dans les efforts à fournir par les différents services de l'hôpital et dans la répartition des primes. Elle est peu favorable à l'esprit d'équipe promu en milieu de soins hospitaliers.
- Absence d'indicateur sur les tousseurs chroniques référés par l'ASC (GASC) au CDS alors que l'incidence de la tuberculose (TB) reste élevée dans la population (78/100.000 habitants en 2017)¹⁸.
- Absence d'indicateur sur la confection et le transfert des lames TB au laboratoire par les CDS qui ne disposent de laboratoire pour le dépistage de la tuberculose (ces deux insuffisances au niveau des GASC et des CDS limitent le champ de ratissage des tousseurs chroniques en vue d'un dépistage accru).
- Les indicateurs/prestations relatives à la prise en charge médicale et psychologique des personnes victimes des violences basées sur le genre (VBG) ne sont pas spécialement pris en compte par le FBP dans les FOSEA.

¹⁸ PNDS 2019-2023 aligné au Plan National de Développement du Burundi 2018-2027

- Le fait d'orienter plus les indicateurs qualité de la grille FBP-G sur les résultats que sur le processus qualité lui-même est très louable mais les aspects d'assurance qualité de ces résultats restent à intégrer dans les grilles qualité. Par exemple l'assurance qualité des résultats de laboratoire et d'imagerie médicale (les données de contrôle de la qualité des résultats devraient être prises en compte dans la grille qualité après avoir mis un dispositif fonctionnel de contrôle qualité par des structures de référence nationale).

Renforcer la durabilité du système de santé au Burundi

Les mesures nécessaires que le PASS pourrait prendre pour renforcer la durabilité du système de santé publique au Burundi doivent être en lien avec (i) l'incitation/encouragement des autorités à respecter leur engagement qui ont des effets directs sur la santé des populations les plus vulnérables et les plus démunies, (ii) la finalisation, l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé en vue d'atteindre la CSU, (iii) le renforcement de l'efficacité, la transparence et la redevabilité dans la gestion des ressources surtout au niveau des FOSA et (iv) le renforcement d'un partenariat dynamique, synergique et transparent avec tous les acteurs notamment les secteurs concernés par la CSU. Ces mesures seraient entre autres :

- Amélioration substantielle de la part du budget de l'Etat alloué à la santé en vue d'atteindre les 15% conformément à son engagement à Abuja ;
- La formalisation d'un panier commun physique ou virtuel pour assurer la mise en commun des fonds en vue de développer des achats stratégiques d'interventions de santé ;
- Disponibilité régulière du taux d'effectivité de la gratuité au niveau national (Portail FBP) obtenu à l'issue des vérifications communautaires (semestrielles) dans les aires sanitaires assortie de décisions pour son amélioration ;
- Apurement des arriérés de paiements auprès des FOSA par le Trésor Public ;
- Existence d'une assurance maladie obligatoire (AMO) fonctionnelle à contribution proportionnelle au revenu avec un mécanisme compensatoire et de régulation/coordination des différents régimes assurantiels ;
- Existence d'un Comité de Pilotage Intersectoriel fonctionnel de suivi de la CSU (y compris les PTF à titre d'observateurs) ;
- Existence d'une feuille de route de l'évolution stratégique du FBP-G vers l'achat de la qualité en vue d'une complémentarité synergique avec l'achat des quantités par les régimes assurantiels.

