



FR

CETTE ACTION EST FINANCEE PAR L'UNION EUROPEENNE

ANNEXE 2

de la Décision d'exécution de la Commission relative au financement du plan d'action annuel en faveur de la République du Burundi pour 2021

**Document d'action AMAGARA MU MURYANGO –
Programme d'appui au système de la santé III (PASS III)**

PLAN D'ACTION ANNUEL

Le présent document constitue le programme de travail annuel au sens de l'article 110, paragraphe 2, du règlement financier, ainsi que le plan d'action/la mesure au sens de l'article 23(2) du règlement IVCDICI - Europe dans le monde.

1 SYNTHÈSE

1.1 Tableau récapitulatif de l'Action

1. Intitulé CRIS/OPSYS Acte de base	AMAGARA MU MURYANGO - Programme d'appui au système de la santé III (PASS III) Numéro CRIS/référence opérationnelle OSPYS: NDICI AFRICA/2021/043-170 Financé au titre de l'instrument de voisinage, de coopération au développement et de coopération internationale (IVCDICI - Europe dans le monde)
2. Initiative 'Team Europe'	Oui L'action fait partie intégrante de l'Initiative équipe Europe n°1 « <i>Build back better pour un Burundi résilient</i> »
3. Zone bénéficiaire de l'action	L'action sera menée à l'endroit suivant : Burundi.
4. Document de programmation	Programme indicatif pluriannuel 2021-2027– République du Burundi
5. Lien avec les objectifs du (ou des) PIP (s) /résultats attendus concernés	OS 2.1 Les conditions de vie de la population burundaise, en particulier des groupes les plus vulnérables et des jeunes, sont améliorés R.2.1.1. La Couverture sanitaire universelle (CSU) est augmentée R.2.1.2. La qualité de l'offre de services de santé est améliorée durablement
DOMAINES PRIORITAIRES ET INFORMATIONS SECTORIELLES	
6. Domaine(s) prioritaire(s), secteurs	Domaine prioritaire n°2. Développement humain et services de base Secteur prioritaire n°2.1 : Santé (code DAC : 120)

7. Objectifs de développement durable (ODD)	<p>ODD principal (1 uniquement): ODD 3 « Bonne santé et bien-être » avec un focus particulier aux cibles liés à la mortalité maternelle (3.1), néonatale et infantile (3.2), et sur le renforcement de la CSU (3.8). Autres ODD importants (jusqu'à 9) et, le cas échéant, cibles: ODD 1 « Lutte contre la pauvreté », ODD 5 – « Parvenir à l'égalité des sexes en autonomisant les femmes et les fille », ODD 10 « Inégalités réduites ».</p>			
8 a) Code (s) CAD	<p>Code 120 « Santé » : 70 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous-code 12110 : Politiques de santé, planification et programmes (10 %) - Sous-code 12196 : Statistiques et données de santé (20 %) - Sous-code 12191 : Laboratoires, cliniques et hôpitaux (30 %) - Sous-code 12220 : Soins de santé primaires (30 %) - Sous-code 12261 : Education à la santé (10 %) <p>Code 130 « Politique en Matière de Population/Santé & Fertilité » : 30 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous-code 13020 : Promotion de la santé de la reproduction (50 %) <p>Sous-code 13030 : Planification familiale (50 %)</p>			
8 b) Principal canal de distribution @	<p>13000 : Gouvernement tiers (coopération déléguée) 21000 : ONG internationale 23000 : ONG basée dans un pays en développement</p>			
9. Objectifs de dépenses	<p><input type="checkbox"/> Migration <input type="checkbox"/> Climat <input checked="" type="checkbox"/> Inclusion sociale et développement humain <input checked="" type="checkbox"/> Égalité de genre <input type="checkbox"/> Biodiversité <input checked="" type="checkbox"/> Droits de l'homme, démocratie et gouvernance <input type="checkbox"/> Education</p>			
10. Marqueurs (À partir du formulaire CAD)	Objectif politique général @	Non ciblé	Objectif significatif	Principal objectif
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Réduction des risques de catastrophe @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inclusion de personnes handicapées @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentation @	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marqueurs de la convention de Rio	Non ciblé	Objectif significatif	Principal objectif
	Biodiversité @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Atténuation du changement climatique @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Marqueurs internes et Tags:	Objectifs politiques	Non ciblé	Objectif significatif	Principal objectif
	Numérisation Tags: connectivité numérique gouvernance numérique entrepreneuriat numérique création d'emplois compétences/compétences numériques services numériques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Connectivité Tags: transports contacts interpersonnels énergie connectivité numérique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Migration (méthodologie en cours de développement)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réduction des inégalités (méthodologie en cours de développement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	INFORMATIONS RELATIVES AU BUDGET			
12. Montants concernés	<p>Ligne budgétaire: (ligne et poste budgétaire): BGUE-B2021-14.020121-C1-INTPA</p> <p>Coût total estimé: EUR 61 100 000</p> <p>Montant total de la contribution du budget de l'UE : EUR 55 000 000</p> <p>Cette action est cofinancée en parallèle par:</p> <p>ENABEL pour un montant de EUR 6 100 000</p> <p>L'engagement de la contribution de l'UE aux Initiatives Équipe Europe prévues dans le cadre de ce plan d'action annuel sera complété par d'autres contributions de la part de partenaires de l'Équipe Europe. Elle est conditionnée à la confirmation formelle par chaque partenaire de sa contribution substantielle dès que possible. Dans l'hypothèse où ces IEE et/ou ces contributions ne se concrétisent pas l'action de l'UE pourra continuer hors du cadre des IEE.</p>			
GESTION ET EXÉCUTION				
13. Modalités de mise en œuvre (type de financement et mode de gestion)	<p>Modalité de projet</p> <p>Gestion directe par</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subventions - Marché publics 			

1.2 Résumé de l'Action

L'état de santé de la population burundaise est précaire, avec des indicateurs alarmants de mortalité maternelle, infantile, néonatale, et de malnutrition chronique et de prévalence des maladies infectieuses de la pauvreté. Alimentée par une fécondité très élevée et des inégalités profondes entre les femmes et les hommes, la croissance démographique accélérée efface les gains de développement. L'appui au pilier du développement humain qu'est la santé reste essentiel d'autant plus que le pays n'est pas actuellement en mesure d'en assurer le financement durable. Un dialogue sectoriel intensifié reste nécessaire parallèlement à l'aide financière pour augmenter l'efficacité du système et soutenir l'engagement politique du gouvernement.

L'action proposée, Programme d'appui au système de santé III (PASS III), poursuivra l'appui au secteur de la santé que l'UE soutient depuis 2016 en capitalisant les acquis et prenant en compte les leçons apprises (Programmes d'appui au système de santé I et II)¹. Le support à la politique phare de la gratuité de soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans restera au cœur de l'action en contribuant à l'atteinte de l'ODD 3 « Bonne santé et bien-être » avec un focus particulier sur les cibles liés à la mortalité maternelle (ODD 3.1), néonatale et infantile (ODD 3.2), tout en poursuivant l'extension (initiée durant le PASS II) de la couverture à des services plus larges de santé sexuelle et reproductive (SSR) ainsi que l'extension de la couverture à des groupes en situation de vulnérabilité (notamment jeunes filles et femmes victimes de violences basées sur le genre (VBG), personnes en situation d'extrême pauvreté, personnes handicapées, Batwa, déplacés intérieurs). La politique de la Gratuité est liée étroitement au mécanisme de Financement basé sur la performance (FBP) adopté par les autorités nationales : le « FBP-Gratuité » continuera à être amélioré comme élément d'une politique de financement de la santé en développement, cofinancé par l'État et d'autres partenaires techniques et financiers (PTF), et sera par ailleurs étendu aux prestations fournies par les agents de santé communautaire (« FBP-Communautaire ») (Produit 1).

La qualité des soins continuera également à être améliorée à travers l'amélioration du système de transfusion sanguine, la mise en place d'un dispositif d'accréditation des formations sanitaires, la redynamisation du système national d'approvisionnement en médicament, l'appui à la digitalisation du système d'information sanitaire, et le renforcement des capacités des cadres du système de santé publique, particulièrement au niveau décentralisé (Produit 2).

La participation communautaire dans la gouvernance locale du système de santé public sera elle aussi soutenue et améliorée (Produit 3).

En appuyant ainsi l'offre de services/soins de santé de base et leur qualité, la demande et l'accès à ces soins de base notamment en réduisant l'obstacle financier et en favorisant l'intégration de la santé communautaire, et l'extension de la couverture de la prise en charge (en termes de services couverts et de groupes/personnes vulnérables bénéficiaires), tout en renforçant plusieurs piliers du système de santé de manière systémique, l'action va permettre d'avancer vers la Couverture sanitaire universelle (CSU) au Burundi.

Dans un contexte où l'extension de la couverture sanitaire est largement assumée par les bailleurs, la mise en place de la CSU (ODD 3.8) et le financement à prendre progressivement en charge par l'état qu'elle suppose constitue en effet l'horizon à moyen terme de cette action.

La CSU est avant tout un choix politique, qui nécessite une collaboration intersectorielle et un dialogue politique constructif, en étroite concertation avec tous les PTF du secteur (multilatéraux/onusiens, bilatéraux et initiatives mondiales). Cette action contribuera ainsi à la réflexion stratégique, au dialogue sectoriel et à l'accompagnement des autorités pour avancer vers la CSU, en étroite coordination avec les autres PTF clés du secteur (Produit 4).

Dans toute l'action, les mesures de sensibilisation sur la prévention de la COVID-19 (mesures barrières telles que distanciation physique, dispositifs de protection individuelle, limitation des nombres de participants, lavage de mains) seront intégrées. Un renforcement de capacités sur la prise en charge curative ou autre sujet lié à la COVID-19 pourra être intégré en fonction de l'évolution locale de la pandémie.

¹ « Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil Financement Basé sur la Performance (UE-PASS-FBP) » CTR375690 et « Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil Financement Basé sur la Performance (UE-PASS-FBP) – phase 2 » CTR413660.

L'évaluation pays a confirmé les priorités stratégiques proposées par la « Vision conjointe 2019-2022 » pour répondre à la fragilité structurelle du pays. Il s'agira notamment de (i) renforcer la résilience du pays et de la population pour prévenir l'affaiblissement, voire l'effondrement institutionnel et socioéconomique, et (ii) créer les bases pour un développement durable à moyen et long terme. Pour ce faire, il a été décidé de mettre en place une approche multisectorielle qui touche les dimensions économique, sociale, gouvernance, État de droit, paix et sécurité, à la fois. Dans cette approche il n'y a pas un secteur d'intervention qui prévaut sur les autres quant à la contribution au renforcement de la résilience du pays, de ses institutions et de sa population. Pour cette raison, deux « Initiatives équipe Europe » (IEE) complémentaires ont été développées : (i) une première consacrée au développement rural pour la nutrition avec une attention particulière à la croissance et aux emplois durables, aux aspects environnementaux et au capital humain et (ii) une seconde qui portera sur la bonne gouvernance, l'État de droit et les processus démocratiques.

Cette action contribuera ainsi à la mise en œuvre de l'IEE #1² dans sa composante « accès aux services de base de santé ».

Cette action sera également renforcée par un financement parallèle de la Belgique, permettant d'augmenter l'impact en particulier dans l'amélioration de la qualité de soins. Elle recherchera l'articulation la plus étroite avec le Programme régional santé dans toutes ses dimensions de prévention de l'émergence de pathogènes, appui aux instituts de santé publique, accès aux produits de santé et santé et droits sexuels et reproductifs.

2 JUSTIFICATION

2.1 Contexte

Le Burundi reste un pays particulièrement fragile, tant sur le plan institutionnel que socio-économique et environnemental. Ceci est confirmé par le Global Conflict Risk Index (GCRI) et l'analyse « Fragility and Conflict Situations (FCS) » de la Banque mondiale, qui estime également qu'entre 2020 et 2021 le profil de la fragilité du Burundi a changé. Ainsi, le Burundi est passé de la catégorie des pays avec une situation de conflit d'intensité moyenne à un pays caractérisé par une extrême fragilité institutionnelle et sociale.

Sur le plan institutionnel, les faiblesses de l'État de droit et l'étroitesse de l'espace politique sont confirmées par l'*Ibrahim index* qui indique qu'en 2019 le Burundi se trouve à la 44^e place (sur 54 pays africains), avec une notation de 36,9 alors que la moyenne pour l'Afrique est 48,6. Les données montrent également que la gouvernance s'est dégradée pendant les dix dernières années (2010-2019). Sur l'indice de corruption de Transparency, le Burundi est classé 165^e, ce qui le positionne parmi les États où la perception de la corruption est la plus élevée dans le monde³.

Sur le plan socio-économique, avec une place de 185^e (sur 189) au classement mondial de l'Indice de développement humain et un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 274 USD en 2020, le Burundi est un des pays les plus pauvres au monde, et près de 85 % de sa population vit en-dessous du seuil de pauvreté. Il est un des pays les plus densément peuplés avec 470 habitants par km² et une croissance démographique de 3,5 % par an. La structure démographique du pays, caractérisée par 65 % de la population de moins de 25 ans et 33 % entre 10 et 24 ans, représente un des principaux défis pour son développement. Par ailleurs, les faibles qualité et accès aux services de base, la persistance des inégalités, le faible niveau de compétences et le taux élevé de chômage, le manque de ressources et d'opportunités et la pauvreté généralisée compromettent l'avenir des jeunes et, plus en général, le développement socio-économique du pays. La vulnérabilité des populations, jusqu'ici envisageant de façon générique femmes et enfants comme populations clé s'est précisée dans le domaine sanitaire, mettant en particulier l'accent sur les personnes handicapées et les personnes âgées.

Au Burundi, la discrimination de genre est une réalité, qui se manifeste avec une iniquité d'accès aux services et aux droits : droit foncier et droit civil, droits en matière de divorce et d'héritage. Malgré leur importance

² L'IEE#1, « Build back better pour un Burundi résilient », couvre tous les secteurs des domaines prioritaires 1 et 2 du PIM (agriculture, énergie, santé, ressources naturelles, eau, éducation et formation professionnelle) et partiellement un secteur du domaine 3 (climat des affaires).

³ <https://www.transparency.org/en/cpi/2020/index/bdi>.

démographique⁴ et leur dynamisme dans les processus productifs, surtout dans le domaine de l'agriculture, les femmes ne sont pas valorisées à leur juste titre. L'application du droit coutumier pour pallier le vide juridique existant en matière de successions, de régimes matrimoniaux et de libéralités a pour effet de mettre les femmes dans l'impossibilité d'exercer leurs droits économiques et en matière de statut personnel⁵.

Alors que la femme a la charge sociale du fonctionnement de la vie domestique, réalise les travaux ménagers et prend soin des enfants et des autres membres de la famille⁶, l'homme incarne l'autorité, prend les décisions capitales et fournit les moyens de subsistance aux membres du ménage. La main d'œuvre féminine est peu qualifiée : 67 % des femmes ayant une occupation sont, en effet, sans aucun niveau d'instruction. Les femmes sont les plus sollicitées dans le secteur agricole, plus pénible et peu rémunérateur. Elles sont moins présentes dans le secteur moderne où elles ne représentent que le 35,6 %, occupant des postes généralement de faible qualification ou exerçant dans le secteur informel. Cette situation précaire est accentuée par le taux d'analphabétisme particulièrement élevé pour les femmes (45,3%⁷). De plus, la réalité sur terrain montre que les femmes Batwa sont encore beaucoup moins instruites que les autres femmes. Les femmes sont également exposées à différentes formes de violences et de pratiques néfastes : le taux de prévalence des violences envers les femmes est de 48.5 % et 20.4 % des mariages concernent des filles mineurs⁸. Les femmes âgées, Batwa, déplacées à l'intérieur du pays, réfugiées, atteintes d'albinisme et/ou handicapées courent un risque plus élevé de violences impunies. Le Burundi est classé 108 sur l'index des inégalités de genre et 12 sur le Global Gender Gap Index.

Sur le plan économique, selon les estimations de la Banque mondiale, la croissance du PIB a diminué de 1,8 % en 2019 à 0,3 % en 2020, en raison d'un ralentissement de l'agriculture et d'une contraction des services causée par la pénurie de devises étrangères et par la pandémie de la COVID-19. L'inflation a augmenté de 7,5 % en 2020 avec la hausse des prix des produits alimentaires (+12,2 % en 2020) et les perturbations de l'importation des produits de consommation. La croissance du PIB par habitant stagne et a nettement diminué par rapport à 2015 (305,5 USD) en raison de la forte croissance démographique (la population est passée de 10,2 millions en 2015 à 11,9 millions en 2020). La pauvreté est estimée à 87 % en 2021 (sur la base du seuil de pauvreté international de 1,90 USD/habitant/jour), contre 72,8 % en 2013 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles).

L'état de santé de la population burundaise reste précaire, malgré les progrès récents. 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 (Enquête démographique et de santé (EDS) 2016-2017). L'utilisation des services de soins prénatals est passée de 21 % en 2010 à 47 % 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). L'accès universel à la santé de la reproduction progresse beaucoup trop lentement, avec un taux de prévalence contraceptive faible, bien que passé de 22 % en 2010 (EDS II 2010) à 29 % (EDS III 2016-2017), mais un taux de fécondité élevé de 5,2 enfants par femme en âge de procréer (UNFPA). 8 % des adolescentes (jeunes femmes âgées de 15-19 ans) ont déjà commencé leur vie procréative, avec les classiques différences selon le niveau d'instruction : le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative diminue de manière importante avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 19 % parmi les adolescentes sans aucun niveau d'instruction à 4 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur (EDS III 2016-2017). Les adolescentes constituent un groupe à risque en matière de fécondité. En effet, les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décès que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décès chez les adolescentes. Enfin, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités d'éducation et développement professionnel.

Les données concernant le taux de prévalence des handicaps sont faibles, obsolètes et pas désagrégés : les estimations du Recensement général de la population et de l'habitat de 2008 font état de 4.5 % de personnes avec handicap majeur. Selon la politique de l'emploi de 2014, 10 % de la population burundaise est handicapée.

⁴ Selon les données du recensement général de la population et de l'habitat de 2008, les femmes représentent 50,8% de la population burundaise au niveau national et 51,36% en milieu rural.

⁵ Comité CEDAW, 2016, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/402/75/PDF/N1640275.pdf?OpenElement>.

⁶ République du Burundi, Ministère de la solidarité nationale, des droits de la personne humaine et du genre, Politique nationale genre du Burundi 2012-2025, juillet 2012.

⁷ République du Burundi, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014.

⁸ Selon les dernières statistiques disponibles sur <https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/africa/burundi>.

Toutefois selon les estimations organisation mondiale de la santé (OMS)-BM 15 % de la population mondiale est atteinte d'un handicap.

Concernant les droits sexuels et reproductifs, il est à signaler que des besoins non satisfaits nécessitent une attention et une réponse particulières⁹ : 30 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, tandis que pour les femmes non en union et sexuellement actives, ce pourcentage est 35 %. Environ un quart de la population bénéficie directement de la gratuité d'un paquet minimal de soins, dont la mise en œuvre reste cependant fragmentée, cause d'inefficience majeure du système. La composante de ce dispositif, la Gratuité ciblée des soins aux femmes enceintes et aux enfants, adoptée en 2006 par le Gouvernement, inscrite dans la Politique nationale de santé (PNS) et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) et soutenue par les partenaires au développement constitue un premier pas pour avancer vers l'objectif de Couverture sanitaire universelle (CSU). La gratuité des soins de base et le système de Financement basé sur la performance instaurée en 2010, seront ainsi au cœur de cette action, pour en promouvoir la qualité, l'efficacité et la soutenabilité.

2.2 Analyse des problèmes

Domaine prioritaire 2 : Développement humain et services de base

Secteur : Santé

Brève analyse des problèmes:

Faible état de santé de la population

Dans le domaine de la santé le Burundi affiche des données inquiétantes. Avec une espérance de vie à la naissance de 61.5 ans pour les hommes et 66.1 pour les femmes, le Burundi a des taux de mortalité néonatale, infantile et maternelle encore élevés (voir Contexte 2.1.). Les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement occupent une place importante parmi les causes de décès enregistrés dans les hôpitaux. Les droits sexuels et reproductifs et l'égalité de genre nécessitent d'être renforcés (voir Contexte 2.1.).

Ressources humaines en santé insuffisante, mal réparties et de faible qualité

Le système de santé publique est caractérisé par un manque de ressources humaines de qualité ainsi que par une mauvaise distribution de ces ressources sur le territoire. A Bujumbura, qui représente 8 % de la population, résident plus de 53 % des médecins existants dans le pays et plus de 50 % des infirmiers¹⁰. La correction de ces disparités est donc nécessaire, ainsi que le renforcement des capacités en particulier dans les domaines de la gestion des structures de santé (gestion financière, supervision, encadrement, maintenance), dans la chirurgie de district et dans l'utilisation des outils informatiques.

Système national d'approvisionnement, distribution et gestion des médicaments fragile

Les résultats de l'enquête SARA 2017¹¹ identifient quelques problèmes clés du système. L'indice de capacité opérationnelle¹² des services généraux est de 61 % au niveau national avec une moyenne la plus élevée en matière d'équipements essentiels (79 %) et une moyenne observée en matière des médicaments essentiels très basse (29 %). En effet, les problèmes du médicament sont récurrents au Burundi qui n'arrive pas à approvisionner les services périphériques des tous les médicaments donc ils ont besoin. Les causes des ruptures de stock de la centrale d'achat (CAMEBU) et des services périphériques sont multiples et variés (application du code des marchés publics, accès

⁹ Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

¹⁰ Vision 2025.

¹¹ Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA, Banque Mondiale et OMS.

¹² La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les 5 domaines suivants : i) aménagements et éléments de confort indispensables ; ii) équipements essentiels, iii) précautions standard pour la prévention des infections, iv) capacité de diagnostic et v) médicaments essentiels

limité aux devises, redevabilité, dette des centres de santé liés aux considérables arriérés de l'État et des mécanismes de financement des promesses de gratuité –Carte d'assurance maladie (CAM), Mutuelle de fonction publique (MFP), mutuelles communautaires, système de financement basé sur la performance couplée à la gratuité de soins (FBP-G)(PBF-G) dans une moindre mesure, etc.-, faibles capacités de planification). Les fréquentes ruptures de stock ont un impact sur la prise en charge des patients aux sein des différentes formations sanitaires. Les manque de capacités et la faible disponibilité de ressources pour la maintenance des équipements sont également des défis important pour la qualité de soins. Comme décrit dans le contexte (2.1), ces faiblesses ont une conséquence directe sur l'état de santé de la population et son accès aux différents services.

Financement de la santé fragmenté et inefficent, dépendant des ressources externes

Le financement de la santé est le tendon d'Achille du système en l'absence d'une robuste politique de financement. Une dépense totale de santé de 23 USD par habitant est en deçà du minimum de 86 USD (Chattham House, 2012). Si la part à la charge directe des patients est limitée (22 %) elle est à rapprocher du niveau de pauvreté qui contraint l'accès aux soins. Elle souligne l'importance d'un financement en tiers-payant et le besoin d'une gestion renforcée des établissements de santé (d'où l'importance des Comités de gestion (COGES)). La faiblesse structurelle du financement est également caractérisée par la faiblesse de la part publique (21 %) et une dépendance marquée à l'aide externe (42 %), sans tendance marquée au changement sur les dernières années. Un tel niveau interpelle la complexité du paquet financé, dont la composition précise est peu claire, au niveau de couverture souhaité par les bailleurs (y compris l'ambition Européenne de résilience des populations) et appelle une reprise rapide du dialogue sur le financement de la santé (données « Institute for Health Metric and Evaluation » (IHME), 2017).

De multiples agents de financements porteurs d'intérêts spécifiques fragmentent la couverture du risque sanitaire et contribuent à l'inefficience et la vulnérabilité du système, à la discontinuité et à la distorsion. Le FBP-G est le principal instrument de financement des formations sanitaires du pays. La Carte d'assurance maladie (CAM) qui a le but de garantir l'accès aux soins aux plus vulnérables, souffre d'une gestion très faible¹³ et de la compétition des autres régimes assurantielles qui sont très fragmentés. Des chevauchements existent entre les différents mécanismes de financement existants: FBP- G, CAM pour la prise en charge des indigents, Mutuelle de fonction publique (MFP), mutuelles communautaires et mécanismes de protection maladie du secteur privé formel. En raison des faiblesses du système assurantiel, les ménages¹⁴ doivent souvent faire face à des dépenses importantes et imprévisibles.

Stratégie de financement de la santé obsolète

Une stratégie de financement de la santé avait été élaborée en 2014 mais elle n'a pas été validée suite à la crise socio-politique de 2015. Plusieurs efforts sont en cours pour la préparation d'une nouvelle stratégie qui devrait permettre un financement durable, et réduire la dépendance du système de santé public de l'aide extérieure (étude pilote sur la classification socio-économique de la population, expert du réseau « Social Health Protection Network » (P4H) en appui à l'élaboration de la stratégie de financement de la santé en phase de recrutement sur financement de la BM).

Identification des principales parties prenantes et des questions institutionnelles et/ou organisationnelles correspondantes (mandats, rôles potentiels et capacités) à couvrir par l'action:

- La population burundaise (y inclus les retournés et les déplacés internes) de tout le territoire national qui bénéficie de soins dans les centres de santé publiques et agréés est bénéficiaire directe de l'action. À travers les instances de participation communautaire, elle sera aussi appelée à participer dans la gestion des centres de santé. Une attention particulière sera donnée aux femmes et aux jeunes ruraux, aux minorités (e.g. Batwa) et d'autres catégories qui souffrent des barrières d'accès aux soins.
- Les prestataires des services de santé au niveau des Hôpitaux de districts, centres de santé et de santé communautaire, dont les capacités seront renforcées notamment en termes de qualité de l'offre de services et

¹³ La CAM permet une exonération de 80 % des coûts des soins au centre de santé et à l'hôpital (pourvu que le patient ait la carte et ait suivi le circuit de référencement recommandé), accuse des retards de remboursement aux formations sanitaires, avec des conséquences négatives sur leur liquidité financière. Le système CAM actuellement permet d'adhérer juste quand on tombe malade et a un coût trop bas pour la couverture de toute une famille pour une année (autour de 1,5 USD) qui rend le système insoutenable financièrement.

¹⁴ Même si les données des « Comptes de la santé » ne sont pas encore disponibles, des estimations provisionnelles atteignent le pourcentage d'environ 27 % pour les dépenses courantes en santé des ménages .

dans l'utilisation des systèmes de gestion numérique (patients, maintenance, collecte des données du système d'information sanitaire).

- La société civile, notamment les instances de participation communautaire, Associations locales (ASLO) et Comité de santé (COSA)/Comités de gestion (COGES), qui ont le rôle respectivement d'évaluer la perception des services de santé reçus de la part de la communauté, et de contribuer à une gestion transparente des centres de santé.
- Les autorités nationales, particulièrement le Ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA et ses directions centrales, provinciales et des districts sanitaires, et la cellule technique du FBP, qui seront impliquées dans la conception et la mise en œuvre de l'action ; l'Institut national de santé publique (INSP), qui aura un rôle clé dans la formation du personnel de santé; le Secrétariat permanent de la Commission nationale pour la protection sociale, actuellement en charge de coordonner les efforts pour l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé ; le Ministère de la solidarité nationale, des droits de la personne humaine et du genre.
- Les partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé, notamment ceux qui sont impliqués dans le financement de l'outil FBP-G (BM, Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), le Fonds mondial qui par le volume financier de ses programmes est de fait un des principaux financeurs du secteur (72 000 000 USD cycle 2017-19, 119 000 000 USD cycle 2020-22), l'OMS qui appuie les réformes du financement de la santé à travers le Partenariat CSU (cofinancé par l'UE), et les États membres qui soutiennent des actions complémentaires (Belgique, Allemagne, Pays-Bas, France). Ils seront impliqués autre que dans le financement du système de santé, dans la coordination des appuis et du dialogue et plaidoyer en matière de politique sectorielles.
- Le Cadre de partenaires de santé et développement (CPSD), structure de coordination sectorielle récemment réactivée, présidée par le Ministère de la santé et co-présidée par le représentant des partenaires financiers de la santé au Burundi (actuellement l'UE, jusqu'en 2023), permettra d'une part de coordonner l'appui des PTF et d'autre part d'instaurer le dialogue sectoriel indispensable pour augmenter la dépense nationale de santé, encourager des réformes et avancer dans la mise en place de la CSU.

2.3 Autres domaines d'évaluation

N/A

3 DESCRIPTION DE L'ACTION

3.1 Objectifs et produits

L'objectif général (impact) de cette action est : Promouvoir la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

L'objectif spécifique (résultat) de cette action est:

1. Amélioration de l'accès durable aux services de santé et de la qualité des soins, en particulier en matière de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents,

L'action s'inscrit dans le domaine prioritaire 2 « développement humain et services de base » du PIM Burundi 2021-27 et plus précisément dans l'Objectif spécifique 2.1: « *Les conditions de vie de la population burundaise, en particulier des groupes les plus vulnérables et des jeunes, sont améliorées* ».

Les produits de cette action contribuant à l'objectif spécifique (effet(s) attendu(s)) 1 sont les suivants:

- 1.1. Contribuant à l'effet attendu 1 (ou objectif spécifique 1) : L'accès aux services de santé gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, et d'autres personnes en situation de vulnérabilité, est appuyé et amélioré
- 1.2. Contribuant à l'effet attendu 1 (ou objectif spécifique 1) : La qualité des soins et des prestations de santé dans les centres de santé et dans les hôpitaux de district est améliorée et plusieurs piliers du système de santé sont renforcés

- 1.3. Contribuant à l'effet attendu 1 (ou objectif spécifique 1) : La gouvernance et la participation communautaire dans la gestion des structures de santé sont renforcées et l'intégration de la santé communautaire est améliorée
- 1.4. Contribuant à l'effet attendu 1 (ou objectif spécifique 1) : Les réflexions stratégiques sur le financement de la santé sont facilitées et les partenaires sont accompagnés pour avancer vers la CSU

3.2 Activités indicatives

Activités liées au produit 1.1 – *L'accès aux services de santé gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et d'autres personnes en situation de vulnérabilité est appuyé et amélioré.*

- Prestations des formations sanitaires (FOSA) : remboursement mensuel des prestations de services de santé octroyés à la population cible par les Formations sanitaires éligibles dans le système FBP-G. Sur la base d'indicateurs de quantité et qualité, les prestations de soins de santé « produites » par les FOSA seront cofinancés par l'action.
- Extension du financement basé sur la performance communautaire : ce mécanisme permettra de motiver les agents de santé communautaires (ASC) en fonction des indicateurs clés (références, visite à domicile, etc.) dûment vérifiés¹⁵.
- Vérification, contre-vérification et validation des données du FBP-G. Le déroulement de ce processus qui est indispensable pour s'assurer que les prestations de soins ont été bien prestées et qu'elles peuvent donc être cofinancées, sera appuyé par l'action.
- Soutien au Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS) pour les frais liés au fonctionnement du mécanisme FBP¹⁶.

Activités liées au produit 1.2 – *La qualité des soins et des prestations de santé dans les centres de santé et dans les hôpitaux de district est améliorée et plusieurs piliers du système de santé sont renforcés*

Appui à la qualité de soins :

- Amélioration du système de transfusion sanguine et du système de référence et contre référence des urgences chirurgicales.
- Réalisation d'audits cliniques au niveau des hôpitaux de district (HD).
- Mise en place d'un système d'accréditation, internationalement reconnu. Processus d'accréditation des hôpitaux.
- Redynamisation de la gestion des médicaments au niveau des FOSA et des pharmacies décentralisées. Amélioration du dispositif de gestion des produits pharmaceutiques au niveau national.
- Mise à niveau des infrastructures sanitaires notamment les centres de santé et les bureaux de districts.
- Mise en œuvre du plan opérationnel de maintenance.

Appui à la numérisation / Support à l'amélioration de la performance et le fonctionnement du SNIS

- Mise à l'échelle de l'informatisation du secteur hospitalier et dans les centres de santé (CDS) (Extension des outils numériques d'aide au diagnostic et à la prise en charge –par la numérisation des Stratégies Plaintes Traitement –SPT-).
- Extension du système d'information hospitalier (SIH), du système d'informations du centre de santé (SICS) et du dossier médical informatisé (DMI).

Appui au renforcement des ressources humaines en santé

¹⁵ Actuellement, sur toutes les provinces du Burundi –sauf 4 provinces rurales et la province de Bujumbura Mairie- un système de FBP Communautaire est en place sous financement de la KfW et de la Banque mondiale. Ce système permet de motiver les Agents de santé communautaire, qui sont primés en fonction de leurs performances, mesurés sur la base des indicateurs standard : références de cas (malnutrition, contrôle prénatale, planification familiale, etc.), prise en charge (paludisme, IRA, diarrhées), visites à domicile, entre autres tâches. Suite à la vérification de ces indicateurs et des résultats atteints les ASC reçoivent une prime. Le FBP communautaire est considéré très efficace et pertinent, cependant des réflexions sont en cours et une étude pourra être nécessaire pour évaluer l'impact de cette stratégie et pour peaufiner les mécanismes de mise en œuvre, le cas échéant.

¹⁶ Cet appui est conditionné à la levée des mesures appropriées art. 96 de l'accord de Cotonou décidées en 2016 par le Conseil UE.

- Appui aux équipes-cadres des district sanitaires (ECD) et aux équipes cadres de province (ECP) dans leurs tâches de supervision et d'accompagnement des formations sanitaires.
- Renforcement de la gestion administrative, financière et comptable des CDS et des HD.
- Renforcement des compétences techniques et théoriques en chirurgie de district des équipes pluridisciplinaire dans les hôpitaux.
- Formations sur la gestion et maintenance des infrastructures et équipements.
- Appui à l'INSP pour la formation du personnel du secteur de la santé (à titre indicatif : Master en santé publique, autres formations spécifiques de courte durée –gestion système information, numérisation/santé numérique, chirurgie de district, santé mentale).
- Mise en place d'une stratégie de Communication pour le développement (C4D).

Activités liées au produit 1.3 – *La gouvernance et la participation communautaire dans la gestion des structures de santé sont renforcées et l'intégration de la santé communautaire est améliorée*

- Formation, recyclage et motivation des Comités de santé (COSA) et des Comités de gestion (COGES).
- Identification et accompagnement des personnes en situation d'extrême pauvreté ou autres catégories personnes en situation de vulnérabilité afin qu'ils aient un accès équitable aux soins de santé : identification selon les critères d'indigence en vigueur, référencement vers les structures/institutions de prise en charge des couts, plaidoyer auprès de ces institutions.
- Sensibilisations communautaire sur le genre et l'identification et référencement des cas de VBG.
- Appui à la révision des politiques et stratégies de santé communautaire et leur mise en place dans des provinces pilotes.

Activités liées au produit 1.4 – *Les réflexions stratégiques sur le financement de la santé sont facilitées et les partenaires sont accompagnés pour avancer vers la CSU*

- Appui à l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé pour avancer vers la CSU, à partir notamment de la capitalisation des acquis du FBP-G et de la réalisation d'études.
- Promotion d'un dialogue sectoriel avec le gouvernement sur le financement de la santé, les interventions de promotion de coordination et de régulation des régimes assurantiels par le Secrétariat exécutif permanent de la commission nationale de protection sociale (SEP/CNPS).
- Appui technique pour le suivi de l'évolution stratégique du FBP-G en phase avec les autres mécanismes de couverture du risque maladie, et pour la mise en place progressive de l'assurance maladie à vocation universelle (AMU).
- Sensibilisation des acteurs communautaires sur les mécanismes de protection financière pour les coûts liés à la santé : CAM, mutuelles de santé communautaire, et autres mécanismes.

3.3 Intégration des questions transversales

Protection de l'environnement et changement climatique

Résultats de l'examen de l'évaluation environnementale stratégique (EES) (pertinent pour l'appui budgétaire et les interventions au niveau stratégique)

Le criblage EES a conclu qu'aucune autre action n'était requise.

Résultats de l'évaluation des incidences sur l'environnement (EIE) (pertinents pour les projets et/ou les interventions spécifiques dans le cadre d'un projet)

L'évaluation préliminaire de l'EIE a classé l'action en tant que catégorie C (aucune évaluation supplémentaire n'est nécessaire).

Résultats de l'examen analytique de l'évaluation des risques climatiques (pertinent pour les projets et/ou les interventions spécifiques au sein d'un projet)

L'examen analytique des agences de notation a conclu que cette action était à risque faible ou nul (aucune évaluation complémentaire n'est nécessaire).

Égalité entre les hommes et les femmes et l'autonomisation des femmes et des filles

Conformément aux codes du CAD de l'OCDE identifiés à la section 1.1, cette action porte la mention G1. Cela implique que l'action soutient les intérêts pratiques et stratégiques des femmes, notamment en favorisant un accès aux soins de santé de qualité. L'action renforce l'accessibilité et la qualité des soins de santé avec une attention spécifique aux femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans qui vont bénéficier de la gratuité des soins. Le système du financement basé sur la performance couplée à la gratuité de soins (FPB-G) inclut la prise en charge de la planification familiale. Le FPB-G sera progressivement amélioré pour renforcer la prise en charge des VBG. L'action soutiendra également l'acquisition de compétences de manière équitable par les femmes (principalement à travers des prestataires de services de santé et des instances de gouvernance communautaire de la santé). Le renforcement des compétences et du rôle des femmes contribue à l'amélioration de leur inclusion sociale et de leurs opportunités de participation dans les instances de gestion et de décision.

Du point de vue opérationnel, l'action reposera sur une analyse genre sectorielle et collectera des données désagrégées par sexe. Elle fera également le suivi et l'évaluation des résultats selon une approche genre. Une attention particulière sera portée à la vulnérabilité accrue des femmes âgées.

Droits de l'homme

L'action est basée sur une conception de la santé comme droit humain fondamental car elle contribue de façon substantielle à la couverture sanitaire universelle. L'approche basée sur les droits sera donc appliquée pendant toute le cycle de gestion de l'action. Les groupes vulnérables seront directement ciblés. Par ailleurs le dialogue sectoriel et l'accompagnement des autorités en charge de la santé permettront de mieux les responsabiliser en tant que porteurs d'obligations (« duty-bearers »), au même temps l'approche participative en matière de santé permettra de rendre plus consciente la population détentrice des droits (« right holders ») de ses droits socio-économiques. L'action cherchera à renforcer la transparence, la reddition des comptes et le renforcement des capacités des détenteurs d'obligation et des titulaires de droits, notamment ceux et celles dans les situations de plus grande vulnérabilité.

Invalidité/Handicap

Conformément aux codes du CAD de l'OCDE identifiés à la section 1.1, cette action porte la mention D0. Cela implique que, bien que l'action n'ait pas comme objectif recherché l'inclusion des personnes handicapées (marqueur 0), elles seront impliquées selon une approche inclusive, au vu en particulier de leur vulnérabilité spécifique (cf. activités du résultat 1.3). Il est prévu d'analyser la possibilité d'inclure des indicateurs de santé mentale dans le FBP, ce qui permettrait de rendre disponibles des soins spécifiques au niveau de FOSA, ainsi que d'accroître l'attention sur la couverture des handicapés lors de l'identification des personnes vulnérables par colline par les COSA.

Démocratie

L'action sera mise en œuvre de manière transparente vis-à-vis des différentes parties prenantes. La promotion de la participation communautaire en matière de gouvernance locale du système de santé contribuera à renforcer les processus démocratiques et promouvoir la gestion non violente des conflits, voir les prévenir.

Sensibilité aux conflits, paix et résilience

Les activités de l'action seront mises en œuvre avec une approche *do no harm* (ne pas nuire). Les interventions seront adaptées en permanence à la situation sécuritaire et aux conditions d'ensemble.

L'accès équitable et gratuit aux soins de santé représente un facteur contribuant à la paix et la sécurité. Le système sanitaire public burundais vise à garantir la gratuité de soins liés à la grossesse et les soins aux enfants de moins de 5 ans à toute la population burundaise, sans discrimination. Les éventuelles barrières d'accès pour certaines catégories vulnérables (réfugiés, retournés, minorités, etc.) seront analysés et un plaidoyer sera fait auprès des porteurs d'obligations pour trouver des solutions concrètes. L'action des comités de santé (COSA) vise également à promouvoir un accès équitable aux soins et l'effectivité de la gratuité.

Réduction des risques de catastrophes

L'action ne cible pas directement la réduction de risques de catastrophes. Néanmoins, le renforcement de capacités en termes d'amélioration du système d'information et collecte de données sanitaires, en synergie avec d'autres projets financés par l'UE (*Coordination et appui aux urgences de santé publique*, mis en œuvre par l'OMS ; *EU digital solutions to strengthen the resilience of education and health systems to COVID-19 in the Eastern, Southern*

Africa and Indian Ocean Region, avec une composante santé mis en œuvre au Burundi par Enabel) contribue à renforcer la capacité de surveillance et de réponse aux urgences sanitaires. L'action contribue donc au Nexus humanitaire-développement-paix.

Autres considérations, le cas échéant

Numérisation

La numérisation des différentes composantes du système de santé est partie intégrante de cette action. Elle contribuera à améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, ainsi que la transparence de la gestion financière.

Mouvements des populations

Depuis 2017, au moins 145.000 réfugiés burundais ont bénéficié d'une aide au retour, dont plus de 25.000 d'entre eux qui sont revenus depuis le Rwanda ces derniers mois. Chaque semaine, 2.000 personnes en moyenne ont reçu une aide pour leur retour librement consenti depuis le Rwanda, la République démocratique du Congo et la Tanzanie. Les rapatriés sont confrontés à plusieurs défis liés à leur réintégration socio-économique et à l'accès aux services de base, y compris l'accès aux services de santé. Compte tenu des conditions socio-économiques très précaires dans les zones de retour, les femmes et les filles rapatriées sont particulièrement vulnérables à la violence basée sur le genre.

L'action, qui intervient aussi dans les provinces de retour, va contribuer au plan conjoint de retour et de réintégration des rapatriés en leur facilitant l'accès aux services de santé.

3.4 Risques et enseignements tirés

Catégorie	Risques	Probabilité (Haute/ Moyenne/ Faible)	Impact (Haut/ Moyen/ Faible)	Mesures d'atténuation
2- Planification, processus et systèmes	Risque 1 Engagement insuffisant du gouvernement dans le financement de la santé.	M	M	Intensifier le dialogue (voire le plaidoyer) entre les bailleurs de fonds de la santé (et en particulier des États membres) et les autorités pour le développement d'une stratégie de financement de la santé. Soulever la question dans le cadre du dialogue politique UE-Burundi.
3- Personnes et organisations	Risque 2 Mauvaise gestion administrative et financière et cas de corruption.	M	M	Réaliser des audits financiers des formations sanitaires, réaliser des visites à l'improviste, soutien au mécanismes de contrôle du FBP – les Comités Provinciaux de vérification et validation (CPVV) concertation avec les autorités sanitaires pour la résolution des problèmes liés à des coûts inéligibles ou à une faible gestion administrative.
3- Personnes et organisations	Risque 3 Faible engagement du personnel de santé.	H	M	Renforcement des mesures de suivi et des mécanismes et modalités pour motiver et renforcer les capacités des acteurs du secteur.
1- Environnement extérieur	Risque 4 Dégradation des conditions sanitaires (expansion non	M	M	Préparation d'un plan de contingence au démarrage de l'action pour se préparer à cette éventualité.

	contrôlée de la pandémie covid-19, autres épidémies comme le choléra, maladie à virus Ebola (MVE).			Réorientation de ressources pour renforcer la résilience et la réponse du système de santé publique aux urgences sanitaires .
1- Environnement extérieur	Risque 5 Dégradation des conditions sécuritaires.	M	M	Préparation d'un plan de contingence au démarrage de l'action et mise en place de mesures <i>ad-hoc</i> en fonction de la situation (reprogrammation de certaines activités, restrictions temporaires de mouvement, etc.).
1- Environnement extérieur	Risque 6 Stéréotypes, situations administratives irrégulières et indigence, faisant obstacles aux groupes et personnes vivant dans des situations de vulnérabilité, d'utiliser de manière égale, non-discriminatoire, les services offerts.	L	M	Renforcement des mesures de discrimination positive et attention renforcée à la participation de ces groupes/personnes tout au long du processus de mise en œuvre. Plaidoyer auprès des autorités pour assurer les conditions préalables de l'accès aux soins pour toute personne y ayant droit.

Enseignements tirés:

La formulation de cette action se base sur les conclusions de l'évaluation externe mi-parcours du programme PASS I, réalisée en 2018, et sur l'évaluation finale PASS I et mi-parcours pour le PASS II réalisée en 2021. Les deux évaluations ont constaté une forte pertinence du PASS et ont recommandé un prolongement de l'action en cours afin d'avancer vers une couverture sanitaire universelle effective.

Outre les effets positifs directs sur l'accessibilité des soins de qualité, après plus de 10 ans de mise en œuvre du FBP au Burundi, on peut aussi noter que (i) il existe une appropriation importante des principes du FBP par le personnel et les services du MSPLS à différents niveaux ; (ii) la fiabilité des données du SIS produites s'améliore progressivement; (iii) une transformation managériale systémique, notamment au niveau des formations sanitaires qui gagnent en autonomie et transparence, est en train de s'amorcer. Tout ceci montre que le FBP-G a aussi des effets systémiques sur le renforcement du système de santé dans son ensemble qui ne sont pas négligeables.

Alors que les progrès sont avérés, la contribution de l'État au financement de la gratuité de soins reste encore limitée et l'apport financier de l'UE combiné à ceux des autres partenaires également engagés dans l'appui au FBP-G, reste nécessaire.

Parmi les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre du PASS I et II on peut citer :

- L'approche financement du FBP-G et co-gestion communautaire couplée aux interventions sur la qualité des soins est particulièrement pertinente et efficace dans l'atteinte de la CSU. En parallèle, il est recommandé d'appuyer techniquement et financièrement l'évolution du FBP-G en phase avec les autres mécanismes de couverture du risque maladie.

- Dans le FBP-G, il est important de focaliser l'attention sur la qualité des soins, particulièrement à travers l'évolution vers un système d'accréditation des formations sanitaires.
- La mise à l'échelle de la numérisation dans ses différents volets (stratégie plainte traitement (SPT), numérisation des hôpitaux) contribue à l'amélioration de la gestion (transparente) des formations sanitaires, ainsi que à la qualité de la prise en charge.
- Au niveau communautaire, le renforcement des COSA et COGES est pertinent et a eu un impact positif.
- L'appui aux communautés et aux plus vulnérables (réfugiés, grands indigents, handicapés, femmes pas mariées, jeunes filles, etc.) pour améliorer leur accès aux soins reste pertinent. La collaboration avec le Ministère de la Solidarité et la cooptation des représentants de Batwa dans les COSA et les COGES sont à renforcer.
- Avant d'étendre le FBP communautaire, une réflexion approfondie est nécessaire pour vérifier son réel impact.
- Le renforcement des capacités des professionnels de la santé (Master en santé publique, formations pour le personnel du bloc opératoire/chirurgie, santé numérique, etc.), la poursuite des activités de recherche et de capitalisation des acquis du FBP-G/CSU restent des besoins réels qui méritent d'être appuyés.

3.5 Logique d'intervention

La logique d'intervention sous-jacente pour cette action est la suivante.

L'action s'articule autour de quatre axes de travail qui permettront d'atteindre quatre produits (résultats) principaux: P1. L'accès aux services de santé gratuits pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et d'autres personnes en situation de vulnérabilité est appuyé et amélioré ; P2. La qualité des soins et des prestations de santé dans les centres de santé et dans les hôpitaux de district est améliorée et plusieurs piliers du système de santé sont renforcés ; P3. La gouvernance et la participation communautaire dans la gestion des structures de santé sont renforcées et l'intégration de la santé communautaire est améliorée ; P4. Les réflexions stratégiques sur le financement de la santé sont facilitées et les partenaires sont accompagnés pour avancer vers la CSU. Plus en détails ;

Les prestations sanitaires gratuites des centres de santé et des hôpitaux de district sur tout le territoire national se poursuivront grâce au soutien financier de l'action au système de FBP-G et FBP-Communautaire. L'action soutiendra également les mécanismes opérationnels et de contrôle du FBP (vérification, contre-vérification et validation), ainsi que le renforcement des connaissances et des compétences sur la stratégie du FBP. Si ces différentes activités au support de la politique phare du FBP couplée à la gratuité sont mises en place de façon efficace et si l'engagement des communautés bénéficiaires et des autorités locales/ nationales dans la mise en œuvre de l'action se poursuit, alors elles permettront d'améliorer l'accès aux services de santé gratuits pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et d'autres groupes vulnérables (**P.1.**) car les prestations sanitaires gratuites seront disponibles pour la population bénéficiaire.

Si l'engagement des autorités locales/ nationales en matière de santé ainsi que de professionnels se confirme, les différentes activités de renforcement de plusieurs piliers du système de santé (transfusion sanguine, gestion des médicaments, mise à niveau des normes des infrastructures sanitaires, missions d'audits cliniques et d'accréditation), combinées à la numérisation de plusieurs composantes du système de santé (gestion hospitalière, diagnostique –SPT-, formations) et au renforcement des capacités du personnel médical, technique et administratif (formations en santé publique, santé numérique, maintenance biomédicale) permettront l'amélioration de la qualité de soins et des prestations de santé dans les centres de santé et dans les hôpitaux de district (**P.2.**).

Si l'engagement des communautés bénéficiaires et des autorités locales se confirme, l'accompagnement et le renforcement des capacités des instances communautaires de gouvernance locale du système de santé (COSA, COGES) pour la gestion des FOSA, la sensibilisation et suivi de la population sur l'équité d'accès aux soins et la protection financière (adhésion aux systèmes assurantiels), permettront d'améliorer la participation citoyenne dans la gestion des structures de santé (**P.3.**), contribuant ainsi à rendre plus équitable l'accès aux soins.

Enfin, si l'engagement des partenaires techniques et financiers et des autorités en charge de la politique de santé se confirme, l'appui à la réalisation d'études en lien avec le financement de santé et le système assurantiel, l'appui technique pour la mise en place de l'AMU, et l'appui à la facilitation du dialogue sectoriel et coordination des PTF permettra d'informer les réflexions stratégiques sur le financement de la santé et d'accompagner la partie nationale et les partenaires pour avancer vers la mise en place de la CSU (**P.4.**).

Si ces produits seront achevés et si le contexte politique, sécuritaire, économique et sanitaire du pays reste stable, alors ces produits permettront d'atteindre l'Objectif spécifique de l'action, soit l'« Amélioration de l'accès durable aux services de santé et de la qualité des soins, en particulier en matière de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents » car des services de santé de base de qualité seront accessibles aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans ainsi qu'à la population vulnérable et la mise en place d'une stratégie de financement durable du système de santé aura avancée. Cela contribuera à la mise en place de la couverture sanitaire universelle, Objectif général de l'action.

Dans un contexte où l'extension de la couverture sanitaire est largement assumée par les bailleurs, la mise en place de la CSU (ODD 3.8) et le financement de la santé équilibré qu'elle suppose constitue en effet l'horizon à moyen terme de cette action. La CSU est avant tout un choix politique, qui nécessite une collaboration intersectorielle et un dialogue politique constructif, en étroite concertation avec tous les PTF du secteur (multilatéraux/onusiens, bilatéraux et initiatives mondiales). L'appui majeur apporté par l'UE au secteur depuis 2016, son nouveau rôle de chef de file du groupe des PTF dans le Cadre des partenaires de santé et développement (CPSD) présidé par le Ministère de la santé jusqu'en 2023, la reprise du dialogue politique sectoriel qui est actuellement envisagée, constituent autant d'opportunités pour un leadership accru de l'UE dans le dialogue sectoriel qui doit s'accroître pour que la CSU devienne progressivement une politique et une responsabilité nationales. L'appui à la mise en place de la CSU nécessite par ailleurs de défragmenter, mieux coordonner puis intégrer les mécanismes de financement actuels (et les organismes qui les gèrent); cette évolution requiert l'élaboration, la validation puis la mise en œuvre d'une véritable stratégie nationale du financement de la santé assortie d'un important accompagnement technique.

L'amélioration du système d'information et collecte de données sanitaires prévue dans le cadre du R2 et en synergie avec d'autres projets financés par l'UE (Coordination et appui aux urgences de santé publique, mis en œuvre par l'OMS; *EU digital solutions to strengthen the resilience of education and health systems to COVID-19 in the Eastern, Southern Africa and Indian Ocean Region*, avec une composante santé mis en œuvre au Burundi par Enabel) contribuera à renforcer les capacités de surveillance et de réponse aux urgences sanitaires, y compris la réponse à la pandémie du Covid-19. En même temps, la prévention de la Covid-19 (mesures barrières telles que la distanciation sociale, dispositifs de protection individuelle, limitation des nombres de participants, lavage de mains) et le renforcement des capacités de prise en charge curative ou autres sujets liés à la Covid-19 seront, en principe intégrés, dans l'action. Cela permettra une meilleure gestion des risques liés à la pandémie et à son impact sur le système public de santé.

3.6 Matrice indicative du cadre logique

Ce cadre logique indicatif constitue la base du suivi, des rapports et de l'évaluation de l'intervention.

Sur la base de cette matrice du cadre logique, un cadre logique plus détaillé (ou plusieurs) peut être développé au stade contrat. Dans le cas où les valeurs de référence et les valeurs cibles ne sont pas disponibles pour l'action, elles doivent être informées pour chaque indicateur à la signature du ou des contrats liés à cette AD, ou au plus tard dans le premier rapport d'avancement. De nouvelles colonnes peuvent être ajoutées pour définir des cibles intermédiaires pour les indicateurs et des résultats si besoin.

- Le premier rapport d'avancement devra inclure le cadre logique complet (y compris les valeurs de références/cibles).
- Les rapports d'avancement suivants devront fournir un cadre logique mis à jour avec les valeurs actuelles pour chaque indicateur.
- Le rapport final devra inclure le cadre logique avec les valeurs de référence et finales pour chaque indicateur.

La matrice indicative du cadre logique peut évoluer au cours de la vie de l'action en fonction des différentes modalités de mise en œuvre de cette action.

Les activités, les résultats attendus et les indicateurs, cibles et références associés inclus dans la matrice du cadre logique peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action, aucun amendement n'étant nécessaire à la décision de financement.

Modalité de projet (3 niveaux de résultats / indicateurs /valeurs de référence / valeurs cibles / source de données / hypothèses – pas d'activités)

Résultats	Chaîne de résultats (@): (maximum 10)	Indicateurs (@): (au moins un indicateur par résultat attendu)	Valeurs de référence (valeurs et années)	Valeurs cibles (valeurs et années)	Sources de données	Hypothèses
Impact	OG : Promouvoir la mise en place de la couverture sanitaire universelle	1. Couverture en services de santé essentiels (SDG 3.8.1) 2. Incidence de dépenses de santé catastrophiques (<10 %) pour les ménages (SDG 3.8.1.)	1. 43 (2015) 2. 15 % (2015)	1. 50 (2027) 2. < 10%	1. Rapport CSU 2. Rapport CSU	<i>Non applicable</i>
Effet direct 1	OS 1: Amélioration de l'accès durable aux services de santé et de la qualité des soins, en particulier en matière de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents	1.1 Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 NV) 1.2 Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 NV) 1.3. Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 NV) 1.4 Nombre de femmes ayant utilisé une méthode de contraception moderne avec le soutien de l'UE (indicateur Cadre de résultats de l'UE (CRUE)) 1.5 Part du gouvernement dans le financement du FBP-G (montant et %)	1.1. 334 (2017) 1.2. 78 ((2017) 1.3. 23 (2017) 1.4. TBD 1.5 TBD	1.1. <70 (2030) 1.2. <25 (2030) 1.3. <12 (2030) 1.4. TBD 1.5 TBD	1.1 EDS 1.2. EDS 1.3. EDS 1.4 EDS 1.5 Budget de l'Etat et rapport FBP	Stabilité du contexte politique, sécuritaire, économique et sanitaire du pays.
Produit 1 lié à l'effet direct 1	P1.1 L'accès aux services de santé gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est appuyé et amélioré	1.1.1 Taux d'accouchement assistés par un personnel qualifié - personnel soignant de niveau minimum A3- dans toutes les FOSA appuyées par l'UE 1.1.2 Taux de consultation curative pour les moins de 5 ans CdS et Hopitaux (par habitant et par an) 1.1.3 Taux de fertilité chez les adolescentes (nombre de naissances par 1.000 femmes âgées de 15 à 19 ans) (SDG 3.7.2) 1.1.4. Nombre de provinces couvertes par le mécanisme de financement basé sur la performance communautaire soutenu par l'UE	1.1.1. 82 % (2020) 1.1.2. 4,1/hab/an (2020) 1.1.3. 58 (2003-2018, FNUAP) ; taux adolescents qui ont commencé vie procréative 8 % (EDS 2016-17) 1.1.4. 0	1.1.1 9 0% (2027) 1.1.2. 2/hab/an (2027) 1.1.3 20 (2027) ; taux adoles. vie procréative 3 % 1.1.4. 4 Provinces	1.1.1. Rapport annuel FBP 1.1.2. Rapport annuel FBP 1.1.3. Rapports FNUAP ; EDS 1.1.4. Rapports FBP, Rapports contrat/Projet	Engagement des communautés bénéficiaires et des autorités locales/ nationales dans la mise en œuvre de l'action.
Produit 2 lié à l'effet direct 1	P1.2. La qualité des soins et des prestations de santé dans les centres de santé et dans les hôpitaux de district	1.2.1. Score de la qualité des soins au niveau des Centres de santé soutenus par l'UE 1.2.2 Score de la qualité des soins au niveau des Hôpitaux de District soutenus par l'UE	1.2.1. 66 (FBP, 2020) 1.2.2. 78 (FBP, 2020)	1.2.1. 80 (2027) 1.2.2 85 (2027) 1.2.3. à définir	1.2.1 Rapport annuel FBP 1.2.2 Rapport annuel FB	

	est améliorée	<p>1.2.3. Nombre de missions d'audit clinique (hôpitaux de district audités) et accréditation avec le soutien de l'UE</p> <p>1.2.4. Taux de couverture du système d'information hospitalier (SIH), du système d'informations du centre de santé (SICS) et du dossier médical informatisé (DMI) étendus avec le soutien de l'UE</p> <p>1.2.4. Nombre de personnes formées et ayant acquis de nouvelles compétences en matière de (1) supervision et d'accompagnement des formations sanitaires ; (2) gestion administrative, financière et comptable ; (3) chirurgie de district ; (4) gestion et maintenance des infrastructures et équipements avec le soutien de l'UE (ventilé par sexe)</p>	<p>1.2.3. 0</p> <p>1.2.4. 0</p> <p>1.2.5 0</p>	<p>1.2.4. à définir</p> <p>1.2.5 à définir</p>	<p>1.2.3 Rapport des contrats/projets</p> <p>1.2.4 Rapport des contrats/projets</p>
Produit 3 lié à l'effet direct 1	P1.3. La gouvernance et la participation communautaire dans la gestion des structures de santé sont renforcées	<p>1.3.1 Nombres d'aires sanitaires avec des COSA-COGES fonctionnels dans la zone d'intervention grâce au soutien de l'UE</p> <p>1.3.2 Nombre de personnes vulnérables ayant accès aux soins de santé avec l'appui de l'UE (ventilé par type de vulnérabilité-IDP, retournées, personnes handicapées--, désagrégé par sexe Nombre de personnes vulnérables ayant accès aux soins de santé avec l'appui de l'UE (ventilé par type de vulnérabilité-IDP, retournées, personnes handicapées--, désagrégé par sexe)</p> <p>1.3.3. Nombre de personnes ayant bénéficié d'actions de formation, recyclage et motivation au sein des COSA et des COGES avec l'appui de l'UE (ventilé par sexe)</p> <p>1.3.4. Nombre de personnes formés (COSA, ASC, prestataires) sur l'approche fondée sur les droits humains et le genre, y compris recyclage sur le VBG avec le soutien de l'UE (en lien avec l'indicateur EU RF « nombre de personnes bénéficiant de programmes financés par l'UE pour lutter contre la violence sexuelle et sexiste »)</p> <p>2.3.5. Nombre d'actions de sensibilisation sur le genre et l'identification et le référencement des cas de VBG conduites avec le soutien de l'UE (en lien avec l'indicateur EU RF « nombre de personnes bénéficiant de programmes financés par l'UE pour lutter contre la violence sexuelle et sexiste »)</p>	<p>1.3.1. A définir dans la zone d'intervention)</p> <p>1.3.2 A définir dans la zone d'intervention) définir dans la zone d'intervention)</p> <p>1.3.3. 0</p> <p>1.3.4. 0</p>	<p>1.3.1 A définir</p> <p>1.3.2. A définir</p> <p>1.3.3. A définir</p> <p>1.3.4. 0</p>	<p>1.3.1 Rapport périodique des partenaires de mise en œuvre</p> <p>1.3.2. Rapport périodique des partenaires de mise en œuvre</p> <p>1.3.3 Rapports de contrats/projets</p> <p>1.3.4. Rapports de contrats/projets</p>

Produit 4 lié à l'effet direct 1	P1.4 Les réflexions stratégiques sur le financement de la santé sont facilitées et les partenaires sont accompagnés pour avancer vers la CSU	1.4.1. La politique de financement de la santé est mise à jour et validée par les autorités 1.4.2. Nombre d'études, recherches, publications et expériences pilotes sur la stratégie du FBP-G et sur l'évolution vers la couverture Sanitaire Universelle (CSU) réalisées avec le soutien de l'UE 1.4.3. Nombre de rencontres de dialogue sur la politique sectorielle 1.4.4. Nombre d'actions de sensibilisation sur les mécanismes de protection financière pour les couts liés à la santé conduites avec le soutien de l'UE (en lien avec indicateur CRUE « Nombre de pays ayant bénéficié du soutien de l'UE pour renforcer leurs systèmes de protection sociale »)	1.4.1 : 1.4.2 : 0 1.4.3 : 0 1.4.4 : 0	1.4.1 : 0 1.4.2 : 3 1.4.3 : 4 1.4.4 : TBD	1.4.1. Rapports AT 1.4.2. Rapports de contrats/projets et AT 1.4.3. Rapports de contrats/projets	Engagement des partenaires techniques et financiers et des autorités en charge de la politique de santé pour avancer vers la CSU
---	--	--	--	--	--	--

4 MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

4.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il n'est pas envisagé de conclure une convention de financement avec la République du Burundi.

4.2 Période indicative de mise en oeuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, durant laquelle les activités décrites à la section 3 seront réalisées et les contrats et conventions correspondants mis en œuvre, est de 60 mois à compter de la date de l'adoption par la Commission de la présente décision de financement. La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision, ainsi que les contrats et les accords concernés.

4.3 Mise en oeuvre de la composante relative à l'appui budgétaire

N/A

4.4 Modalités de mise en oeuvre

La Commission veillera au respect des règles et procédures pertinentes de l'Union pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE.¹⁷

4.4.1 Gestion directe (subventions)

Subventions : (gestion directe)

(a) Objet de la ou des subventions

Une subvention sera mise en place pour la mise en œuvre de la composante 3 (appui à la participation et gouvernance communautaire et à l'intégration de la santé communautaire) et certaines activités de la composante 4 de l'action.

Les projets présentés devront se conformer à l'objectif spécifique et aux résultats escomptés de l'action, détaillés au point 3.1 du présent document.

Le type d'action pouvant être financé est détaillé au point 3.2 ci-dessus.

(b) Type de demandeurs visés

Les demandeurs chefs de file pourront être :

- Une ONG nationale ou internationale, une organisation internationale ou une agence d'un Etat-membre de l'Union européenne.

Les codemandeurs des actions pourront être une des catégories énumérées ci-dessus, ainsi que des organisations locales de la société civile.

(c) Justification d'une subvention directe

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, la subvention peut être octroyée à une ou des ONG nationale(s) ou internationale(s), une organisation internationale ou une agence d'un Etat-membre de l'Union européenne sélectionné(e)(s) sur la base des critères suivants :

- Expertise dans les domaines visés par l'action
- Expérience dans le pays bénéficiaire
- Solidité/capacité managériale et financière.

¹⁷ www.sanctionsmap.eu. Veuillez noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant d'identifier les régimes de sanctions. La source des sanctions découle des actes juridiques publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site web, c'est la version du JO qui prévaut.

. Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) sera donc lancé (au lieu d'un appel à propositions) à faveur des opérateurs énumérés au point b) précédent. L'AMI se déroulera en deux étapes : i) mise en concurrence des différents opérateurs, et ii) présélection des meilleures propositions qui feront l'objet d'une négociation. Cette procédure permet de garantir un niveau de concurrence adéquat et de peaufiner/ améliorer la qualité des propositions lors de la deuxième étape.

4.4.2 Gestion directe (passation de marchés)

Objet	Typologie indicative (travaux, fournitures, services)	Nombre indicatif des contrats	Trimestre indicatif pour le lancement de la procédure
Assistance technique en charge de - Faciliter les réflexions stratégiques sur le financement de la santé, préparer les dialogues sectoriels, préparer et conduire les études, fournir l'assistance technique pour suivre l'évolution du FPB et la mise en place de l'AMU - Faciliter la mise en place et accompagner le pilotage/coordination, le suivi/ évaluation de l'ensemble de l'action	Services	1	2022/T1

4.4.3 Gestion indirecte avec une organisation d'un État membre

Une partie de cette action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec ENABEL.

Cette mise en œuvre implique la réalisation des activités liées aux produits 1 et 2 et des activités liées au produit 4.

L'entité envisagée a été sélectionnée sur la base des critères suivants : valeur ajoutée et expertise dans le domaine de la santé, leadership dans la santé (en particulier dans la mise en œuvre du FBP et dans la santé numérique au Burundi), capacité opérationnelle (logistique et de gestion).

· **Valeur ajoutée et expertise dans le domaine de la santé :**

Enabel est un acteur de haut profil dans le secteur de la santé au Burundi. Elle travaille en coordination avec l'OMS, ainsi qu'avec les autres organisations de Nations Unies et Partenaires Techniques et Financiers impliqués dans le secteur de la santé. ENABEL possède une expertise reconnue dans le domaine de la santé au Burundi et plus spécifiquement dans le Financement Basé sur la Performance et la numérisation du système d'information sanitaire.

· **Capacités logistiques et de gestion :**

ENABEL possède une bonne capacité de gestion des financements de l'UE. A niveau de capacités logistiques, ENABEL a un bureau à Bujumbura et différents moyens logistiques et ressources humaines de support qui faciliteront la mise en œuvre de l'action.

4.4.4 Passage d'un mode de gestion indirecte à une gestion directe (et vice versa) en raison de circonstances exceptionnelles (une deuxième option alternative)

En cas d'échec de la procédure d'octroi des subventions décrite au paragraphe 4.4.1, en raison de circonstances indépendants de la volonté de la Commission, la ou les composantes concernées pourront être mise en œuvre en gestion indirecte avec une organisation internationale et/ou une agence d'un Etat-membre de l'Union européenne dont les piliers ont été positivement évalués.

Cette entité sera sélectionnée par les services de la Commission sur la base des critères suivants : capacité opérationnelle, valeur ajoutée et expertise dans le domaine de la santé, ainsi que sur l'expérience de travail dans le secteur de la santé.

4.5 Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable sous réserve des dispositions suivantes.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique sur la base de l'urgence ou de l'indisponibilité des services sur les marchés des pays ou territoires concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés où l'application des règles d'éligibilité rendrait impossible ou excessivement difficile la réalisation de cette action (article 28, paragraphe 10, du règlement IVCDCI - Europe dans le monde).

4.6 Budget indicatif

Composantes budgétaires indicatives	Contribution de l'UE (montant en EUR)	Contribution indicative de tiers, dans la devise indiquée
Objectif spécifique 1 comprenant	53 000 000	
Gestion Indirecte (agence d'un État membre : ENABEL) – cf. section 4.4.3	48 500 000	6 100 000
Subventions (gestion directe) – cf. section 4.4.1	3 000 000	N/A
Passation de marchés (gestion directe) – cf. section 4.4.2	1 500 000	N/A
Evaluation – cf. section 5.2 Audit – cf. section 5.3	Sera couvert par une autre décision	N.A.
Provision pour dépenses imprévues	2 000 000	N.A.
Totaux	55 000 000	6 100 000

4.7 Structure organisationnelle et responsabilités

Le Comité de pilotage national (COPIL) mis en place pour le PASS I et II sera poursuivi afin d'assurer le suivi stratégique de l'action et prendre toute décision nécessaire à garantir son bon déroulement. Le COPIL se réunira semestriellement et son secrétariat sera assuré par l'Assistance Technique.

Les principales parties prenantes de l'action feront partie du COPIL : Ministère de la santé, Ministère du Genre, Ministère de la Protection sociale ; SE Protection sociale ; INSP ; Délégation de l'UE ; partenaires de mise en œuvre. Un ou plusieurs représentants des partenaires techniques et financiers agissant dans le secteur santé, notamment dans le FBP pourront, le cas échéant, participer occasionnellement ou régulièrement aux réunions du COPIL.

Un Comité de suivi technique (CST) sera mis en place afin de coordonner et suivre la mise en œuvre des activités prévues par l'action. Il permettra également d'assurer que les différentes parties prenantes aient le même niveau d'information. Les réunions du CST se tiendront à fréquence trimestrielle. Elles seront organisées par l'Assistance Technique qui assurera également le secrétariat. Les membres du CST sont les cadres techniques des parties prenantes de l'action, membres du COPIL.

À travers la mise en œuvre de la présente action, l'UE pourra se confirmer comme un des leads intervenant dans le secteur de la santé. En parallèle, l'UE continuera dans son rôle (jusqu'à 2023) de coordination du groupe des partenaires Financiers dans la santé. Dans ce cadre il est envisagé de mettre en place un dialogue sur la politique sectorielle du secteur de la santé afin de plaider pour la mise en place des réformes nécessaires pour atteindre la CSU.

Dans le cadre de ses prérogatives en matière d'exécution budgétaire et de sauvegarde des intérêts financiers de l'Union, la Commission peut participer aux structures de gouvernance susmentionnées mises en place pour gérer la mise en œuvre de l'action.

5 MESURE DE PERFORMANCE

5.1 Suivi et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire chargé de la mise en œuvre. À cette fin, le partenaire chargé de la mise en œuvre met en place un système permanent de suivi interne, technique et financier de l'action et élabore régulièrement des rapports d'avancement (au moins annuels) et des rapports finaux. Chaque rapport doit fournir un compte rendu précis de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements introduits, ainsi que du degré d'obtention de ses résultats (Produits et effets directs) mesurés par les indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique (pour la modalité du projet). La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

Rôles et responsabilités en matière de collecte, d'analyse et de suivi des données:

- L'Assistance Technique (AT) appuiera le suivi des indicateurs du cadre logique et accompagnera les opérateurs de mise en œuvre dans la mise en place d'un système de suivi et évaluation au démarrage de l'Action.
- Les informations de base pour alimenter les indicateurs du cadre logique seront collectées par les partenaires de mises en œuvre et analysées/ vérifiées par le(s) expert(s) de l'AT. Le suivi des indicateurs du cadre logique s'effectuera semestriellement, lors des réunions du COPIL.
- La désagrégation des données par genre n'est pas actuellement disponible pour les indicateurs clés du système de santé. Pour des activités spécifiques, une collecte de données désagrégées sera assurée par les partenaires de mise en œuvre dans le cadre du système de suivi et évaluation.
- Le renforcement des capacités des autorités nationales permettra également de les appuyer dans le suivi et la mise à jours des données nationales, ce qui permettra de renseigner l'évolution des indicateurs d'effet et d'impact du cadre logique.

5.2 Evaluation

Compte tenu de l'importance de l'action, des évaluations à mi-parcours et finale seront effectuées pour cette action, ou une de ses composantes par des consultants indépendants.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée pour résoudre des problèmes, notamment dans le cadre de l'analyse de la collaboration des partenaires de mise en œuvre et l'analyse des problèmes éventuels dans la mise en œuvre du programme, pour réviser et adapter l'intervention pour préparer le terrain pour une éventuelle prochaine phase.

L'évaluation finale sera réalisée au titre de l'obligation de rendre des comptes et de tirer des enseignements à plusieurs niveaux (y compris pour une révision de la politique menée), en tenant compte notamment le fait que :

- l'UE est engagée dans le long terme et avec un budget consistant dans le secteur de la santé
- dans la période de mise en œuvre de cette action, des réformes importantes des mécanismes de financement de la santé sont attendus

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire chargé de la mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord, le cas échéant en accord avec le pays partenaire, des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet.

L'évaluation à mi-parcours de l'Action (PASS III) sera réalisée au même temps que l'évaluation finale du PASS II et couverte par le budget du PASS II.

L'évaluation finale du PASS III sera couverte par une autre mesure constituant une décision de financement, notamment la Facilité de coopération technique (FCT).

5.3 Audit et vérifications

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.
Le financement de l'audit sera couvert par une autre mesure constituant une décision de financement, notamment la Facilité de coopération technique (FCT).

6 COMMUNICATION STRATEGIQUE ET DIPLOMATIE PUBLIQUE

Pour le cycle de programmation 2021-2027 une nouvelle approche de fond commun, planification et mise en œuvre de la communication stratégique et de diplomatie publique a été adoptée.
La communication et la visibilité de l'UE restent une obligation juridique pour toutes les actions extérieures financées par l'UE, afin de faire connaître le soutien de l'Union européenne à leur travail auprès des publics concernés, notamment en utilisant l'emblème de l'UE et une brève déclaration de financement, sur tous les supports de communication liés aux actions concernées.
Cette obligation s'applique de la même manière, que les actions concernées soient mises en œuvre par la Commission, des pays partenaires, des contractants, des bénéficiaires de subventions ou des entités chargées de l'exécution telles que les agences des Nations unies, les institutions financières internationales et les agences des États membres de l'UE.
Cependant, les documents d'action des programmes sectoriels spécifiques ne sont en principe plus tenus de prévoir des activités de communication et de visibilité sur les programmes concernés. Ces montants seront prévus dans des facilités de coopération établies par des documents d'action de mesures d'accompagnement, permettant aux Délégations de planifier et mettre en œuvre des activités de communication stratégique et de diplomatie publique pluriannuelles avec une masse critique suffisante pour être efficaces à l'échelle nationale.

Appendix 1 RAPPORT DANS OPSYS

An Intervention¹⁸ (also generally called project/programme) is the operational entity associated to a coherent set of activities and results structured in a logical framework aiming at delivering development change or progress. Interventions are the most effective (hence optimal) entities for the operational follow-up by the Commission of its external development operations. As such, Interventions constitute the base unit for managing operational implementations, assessing performance, monitoring, evaluation, internal and external communication, reporting and aggregation.

Primary Interventions are those contracts or groups of contracts bearing reportable results and respecting the following business rule: ‘a given contract can only contribute to one primary intervention and not more than one’. An individual contract that does not produce direct reportable results and cannot be logically grouped with other result reportable contracts is considered a ‘support entities’. The addition of all primary interventions and support entities is equivalent to the full development portfolio of the Institution.

The present Action identifies as:

Action level		
<input checked="" type="checkbox"/>	Single action	Present action: all contracts in the present action
Group of actions level		
<input type="checkbox"/>	Group of actions	Actions reference (CRIS#/OPSYS#): <Present action> <Other action>
Contract level		
<input type="checkbox"/>	Single Contract 1	Convention de contribution (Gestion Indirecte with a Member State agency : ENABEL) – voir section 4.4.3
<input type="checkbox"/>	Single Contract 2	Contrat de subventions (gestion directe) – voir section 4.4.1
<input type="checkbox"/>	Single Contract 3	Contrat de service (gestion directe) – voir section 4.4.2
<input type="checkbox"/>	Group of contracts 1	<foreseen individual legal commitment (or contract) 1> <foreseen individual legal commitment (or contract) 2> <foreseen individual legal commitment (or contract) #>

¹⁸ [ARES \(2021\)4204912](#) - For the purpose of consistency between terms in OPSYS, DG INTPA, DG NEAR and FPI have harmonised 5 key terms, including ‘action’ and ‘Intervention’ where an ‘action’ is the content (or part of the content) of a Commission Financing Decision and ‘Intervention’ is a coherent set of activities and results which constitutes an effective level for the operational follow-up by the EC of its operations on the ground. See more on the [concept of intervention](#).

