



FR

Cette action est financée par l'Union européenne

ANNEXE 1

de la décision de la Commission relative à la mesure individuelle en faveur de la République du Burundi à financer sur le 11^e Fonds européen de développement

Document relatif à l'action pour le programme d'appui au système de santé

INFORMATIONS A L'INTENTION DES DEMANDEURS DE SUBVENTION POTENTIELS

PROGRAMME DE TRAVAIL RELATIF AUX SUBVENTIONS

Le présent document constitue le programme de travail relatif aux subventions au sens de l'article 128, paragraphe 1, du règlement financier (règlement (UE, Euratom) n° 966/2012), applicable au Fonds européen de développement (FED) en vertu de l'article 37 du règlement (UE) 2015/323, aux sections suivantes en ce qui concerne les subventions octroyées sans appel à propositions: section 5.4.1. «Subventions – octroi direct (gestion directe)» avec l'ONG locale «COPEP».

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	Programme d'appui au système de santé Numéro CRIS: BI/FED/038-774 Financé par le 11 ^e Fonds européen de développement
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	Burundi L'action sera menée à l'endroit suivant: l'ensemble des dix-huit (18) provinces du Burundi
3. Document de programmation	Programme indicatif national (PIN) pour le 11 ^e FED 2014-2020
4. Secteur de concentration/ domaine thématique	Secteur: Santé Domaine thématique du document de programmation concerné: accès aux soins de santé de qualité en particulier pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et santé communautaire via les comités de santé
5. Montants concernés	Coût total estimé: 40 111 000 EUR Montant total de la contribution du FED: 40 000 000 EUR La présente action est cofinancée par des bénéficiaires de subvention potentiels pour un montant indicatif de 111 000 EUR
6. Modalité d'aide et modalités de mise en œuvre	Modalité de projet: Gestion indirecte avec une agence d'un Etat membre - Coopération technique belge (CTB) Gestion directe – subventions – octroi direct à l'ONG «COPEP»
7. Code CAD	Santé: 12110

8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
	Marqueurs de Rio	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Diversité biologique	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»	S.O			

RESUME

Le contexte politique et sécuritaire en République du Burundi, oblige l'Union européenne à revoir les approches relatives à la santé et plus particulièrement le mode de mise en œuvre. Il est proposé de concentrer les aides de l'UE sur les structures de soins périphériques afin de faciliter l'accès aux soins des populations avec un focus sur les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Il est envisagé de supporter l'ensemble des structures de soins (les 730 centres de santé agréés et les 49 hôpitaux de districts) par une participation financière de l'UE à l'outil de financement basé sur la performance (FBP) couplé, au Burundi, à la gratuité pour les populations mentionnée ci-dessus¹.

Si les démarches entamées auprès des Etats membre actifs dans le secteur de la santé au Burundi aboutissent, un *Pillar Assessed Grant or Delegation Agreement* (PAGODA) sera signé et permettra la mise en œuvre du projet.

¹ La gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans représente environ 85% des factures du FBP.

La responsabilité fiduciaire incombera à l'Etat membre identifié, qui mobilisera des ressources humaines composée d'un chef de projet, d'un comptable et d'auditeurs. Cette équipe effectuera les paiements mensuels d'un pourcentage du coût des prestations de soins directement sur les comptes en banques existants des centres de santé et hôpitaux de districts et vérifiera leurs effectivités.

Pour mémoire, avant les événements du printemps 2015, la participation du gouvernement burundais au coût national du FBP était, de 1,4% du budget national. Le remboursement récent aux formations sanitaires (FOSA) des arriérés de paiement des six derniers mois a toutefois été apuré par l'Etat, ce qui permettra au système d'aborder 2016 sans arriérés financiers exagérés. Cette participation burundaise au FBP était le résultat d'un dialogue sectoriel qui devra être maintenu et facilité par les actions proposées dans ce document.

Le suivi stratégique du projet sera effectué par un comité de pilotage.

Afin de renforcer notre appui aux populations dans ce contexte de support aux structures de soins périphériques, un contrat de subvention sera attribué (attribution directe dans le contexte d'un pays fragile) à l'organisation burundaise non gouvernementale COPED afin de renforcer le rôle des comités de santé: cette subvention permet de consolider le rôle de la société civile dans sa participation au système de santé et d'assurer une rétro information vers les populations collinaires.

1 CONTEXTE

1.1 Contexte sectoriel/national/régional/domaine thématique

Le contexte économique, social et politique du Burundi déjà fragile, s'est détérioré depuis le mois d'avril 2015 avec l'annonce de la candidature pour le troisième mandat du président et les élections générales (présidentielle, législative, sénatoriale, provinciale et collinaire) qui ont suivi et qui ont été remportées par le parti au pouvoir (CNDD/FDD).

Le système de santé du Burundi était, avant les événements de cet été, dépendant des bailleurs à hauteur d'environ 50%. Le financement basé sur la performance (FBP) est déficitaire depuis plus de deux années, suite aux retards de paiement des fonds du gouvernement, mais aussi de quelques bailleurs. La carte d'assistance médicale (CAM), dont le financement n'a jamais été correctement assuré, accusait déjà un déficit d'environ 10 milliards BIF en mars 2015. Le niveau des impayés et de la dette en général dans le secteur de la santé s'élèverait aux dernières estimations du mois de mai 2015 à plus de 40 milliards BIF soit environ 20 000 000 EUR.

Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il est différent du financement classique de type *input* (intrants) où les structures de soins recevaient tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats. Dans le système de financement basé sur les, il appartient à chaque structure de santé de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour servir plus de patients et ce dans le respect des normes du ministère de la santé publique et de lutte contre le sida (MSPLS). Ces stratégies vont de l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel, de la révision à la baisse des tarifs jusqu'à la collaboration public-privé (partenariat entre secteurs public-privé).

Dans le contexte de réajustement des aides des principaux bailleurs, il est cependant à noter que les programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme seront soutenus par le Fonds mondial dans le cadre des nouveaux modèles de financement (NMF). Il en est de même en ce qui concerne les projets soutenus par l'alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), ces deux bailleurs ont inclus une composante de renforcement des systèmes de santé (RSS).

La Banque mondiale, aux vues des difficultés que traverse le pays, a accepté de décaisser les fonds de leur projet d'appui au secteur de la santé (PADDS) soit environ 13 000 000 USD au

total pour l'année 2015 et cela bien que les 1,4% du montant total du budget (loi budgétaire 2015) de participation du gouvernement au titre du FBP n'ai pu être atteint. La Banque mondiale est actuellement dans un processus de réflexion et de rédaction du futur projet d'appui au système de santé burundais qui devrait pour les années 2016 à 2021 inclure dans une enveloppe d'environ 75 000 000 USD les composantes suivantes: appui au FBP, à la vérification et contre vérification, développement d'une composante communautaire par un soutien au groupement des agents de santé communautaires (GASC), mise à l'échelle nationale de la composante nutritionnelle dans le FBP, appui au comité technique national du FBP (CTN/FBP), diverses actions au niveau des écoles de santé publique et des actions afin de renforcer les bureaux des districts et des provinces sanitaire.

Le budget de la santé tel que calculé en 2015 et qui aurait dû être inclus dans la loi de finance 2016 était estimé à plus de 94 000 000 000 BIF soit environ 54 000 000 EUR. Le coût estimé du FBP pour l'année 2016 était de 68 000 000 000 BIF soit environ 34 000 000 EUR, 89,46 % de ce montant est dédié aux formations sanitaires (c'est-à-dire aux soins), 1% aux bureaux provinciaux sanitaires (BPS), 2,4% aux bureaux de districts sanitaires (BDS) et 2% aux comités provinciaux de vérification et de validation (CPVV). La participation annuelle du gouvernement au FBP est comme mentionné plus haut de 1,4% du budget total de la loi budgétaire de l'année en cours, il était, dans la loi de finance 2015, de 19 900 000 000 BIF soit près de 11 000 000 EUR. Cette participation du gouvernement au FBP n'est malheureusement ni régulière ni complète.

1.1.1 Évaluation de la politique publique et cadre stratégique de l'UE

En dépit de la situation actuelle, le Burundi avait dans ses politiques publiques «la Vision 2025» et le Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CSLP II) tout comme le ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida qui dispose d'une politique nationale de santé 2005-2015 (PNS), du plan national de développement sanitaire (PNDS II) 2011-2015 et de son cadre de suivi/évaluation, du compact signé par les principaux bailleurs et d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT). Une nouvelle PNS 2016-2025 est en cours de formulation et le PNDS III pour opérationnaliser celle-ci est en cours de développement.

Le plan national de développement sanitaire II est en cohérence avec les objectifs de développement nationaux mentionnés dans le chapitre santé du cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté II. Ces documents identifient les défis de santé et les actions prioritaires à mener telles que, (i) l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant; (ii) la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; (iii) le renforcement de la lutte contre le VIH/sida dans une approche multisectorielle; (iv) le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition; (v) l'accroissement de la demande des soins de santé; (vi) le renforcement du système de santé à travers des orientations stratégiques calquées sur les six piliers de l'Organisation mondiale de la santé (OMS); (vii) le renforcement et la pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins; (viii) la maîtrise de la croissance démographique.

En complément du plan national de développement sanitaire, plusieurs directions et programmes ont des documents stratégiques et plusieurs seront revus en cohérence avec le plan national de développement sanitaire III. Les programmes VIH/Sida, tuberculose et paludisme ont déjà revu leur stratégie en 2014 dans la perspective du nouveau modèle de financement (NMF) du Fonds mondial.

L'évaluation à mi-parcours du plan national de développement sanitaire II (février 2014) selon la méthodologie JANS², a conclu que l'analyse de la situation et la programmation ont été participatif et que le processus d'élaboration et d'approbation du plan national de développement sanitaire a bénéficié d'un leadership fort. Mais les questions d'efficacité,

² *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans*, outil développé par l'*International Health Partnership*.

d'efficacité et d'équité sont restées superficielles et de même, les thématiques phares, telles que le FBP et le système d'information sanitaire méritaient plus d'attention. Par ailleurs, le cadre de dépenses à moyen terme n'a pas été utilisé pour les planifications budgétaires annuelles en raison d'une méthodologie de chiffrage des coûts (*costing*) perfectible, et si un cadre de suivi a bien été élaboré, il a été peu exploité. En outre, l'élaboration des plans opérationnels à tous les niveaux est rendue difficile par le non-respect du cycle de planification politique du plan national de développement sanitaire par plusieurs programmes.

La première version de la PNS 2016-2025 (janvier 2015) prend en compte ces observations et cible la couverture universelle en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable; l'efficacité allocative en privilégiant les soins de santé primaires; la participation et l'appropriation communautaire; la gestion axée sur les résultats, et la bonne gouvernance. Le système national d'information sanitaire (SNIS) est en voie de renforcement avec l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers (PTF) notamment pour une harmonisation avec les divers programmes et une meilleure prise en compte des données des hôpitaux.

Le cabinet du ministère de la santé publique et de lutte contre le sida est chargé de la mise en œuvre de la politique sectorielle et du pilotage du secteur et le secrétariat permanent (SP) de la coordination stratégique et technique du plan national de développement sanitaire. Le cadre de coordination et de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) au niveau central et des comités au niveau provincial sont entre autres, en charge de la coordination des partenaires pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire. Toutefois, la coordination menée au sein du cadre de coordination et de concertation des partenaires pour la santé et le développement paraît encore insuffisante face à la grande fragmentation du financement de la santé. Par ailleurs, les comités provinciaux sont peu actifs, ce qui nuit au rendement du cadre de coordination et de concertation des partenaires pour la santé et le développement. Afin d'appuyer les réflexions sur le renforcement du système de santé, des groupes thématiques ont été créés, et soumettent leurs travaux au cadre de coordination et de concertation des partenaires pour la santé et le développement national. Au vu de certaines insuffisances et afin de renforcer le partenariat technique, les groupes thématiques ont été réorganisés, en juillet 2014, en quatre groupes thématiques clefs (i) médicaments, (ii) ressources, (iii) offre et demande de soins et (iv) planification.

Le plan national de développement sanitaire ayant été rédigé avant que la crise politico-sécuritaire ne surgisse, la baisse potentielle des allocations et de la prévisibilité des ressources financières allouées au secteur avait été décrite comme le seul risque à la mise en œuvre de ce plan.

La mise en œuvre de la politique santé et du plan national de développement sanitaire sont en cours, et les réformes majeures de la dernière décennie, telles que la gratuité pour les mères et enfants, le FBP, l'instauration du district sanitaire, et la réorganisation du niveau central du ministère de la santé basé sur une étude institutionnelle approfondie ont eu un impact réel sur plusieurs indicateurs de santé³. Par ailleurs, au niveau technique du ministère de la santé, il existe une réelle volonté de s'attaquer aux défis majeurs du système santé et de définir et mettre en œuvre une politique crédible et pertinente. La politique de santé (actuelle et celle en

³ A titre d'exemples :

L'espérance de vie est passée de 43,36 ans en 2004 à 50,5 en 2008 (RGPH 2008);

La séroprévalence VIH qui est la quatrième cause de mortalité et constitue un problème de développement au Burundi a évolué favorablement passant de 3,6% (ENS 2005) à 1,4% (EDS 2010) puis à 1% (estimations ONUSIDA 2013);

Le ratio de mortalité maternelle est passé de 1100 à 500 décès pour 100.000 naissances vivantes entre 1990 et 2010 (EDS);

Le taux d'accouchements institutionnels est passé de 13% à 74,1%;

Le taux de prévalence contraceptive est passé de 4% en 1990 à 30,8% en 2013 (PNSR).

cours de développement) appuie les objectifs de réduction de la pauvreté, d'une croissance durable, et d'une gouvernance démocratique.

La mise en œuvre des documents mentionnés ci-dessus devra, si la situation politico-sécuritaire perdure, être sérieusement revue à la baisse dans un contexte de diminution et de réorientation de l'aide internationale entre autre dans le secteur de la santé.

Ces politiques sont en ligne avec le consensus européen pour le développement, le «programme pour le changement» de l'Union européenne (UE) et ses divers stratégies et programmes santé. Cependant la crise qui prévaut actuellement au Burundi nous oblige à reformuler notre aide et à l'inscrire dans le cadre d'une approche urgentiste, tout en maintenant la possibilité d'évolution de cette aide aux regards des négociations qui pourraient avoir lieu dans le cadre de l'article 96. Pour cette raison le montant du projet est de 40 000 000 EUR afin que soient possibles des adaptations des appuis au secteur de la santé à la fois dans la mise en œuvre et dans les niveaux d'investissement tel qu'initialement envisagés dans le plan d'action annuel (PAA) original qui avait opté pour un contrat de réforme sectoriel (CRS).

1.1.2 Analyse des parties prenantes

Les principales parties prenantes seront les structures sanitaires les plus proches de la population (les centres de santé et les hôpitaux de districts, FOSA); les associations communautaires telles que les comités de santé. COSA); les organisations non-gouvernementales et les organisations confessionnelles).

Dans le cadre de la coordination de l'aide, les partenaires techniques et financiers (PTF), la Banque mondiale et la banque KfW, les Etats membres de l'UE (Belgique, Allemagne, Pays-Bas, France, Italie) la Suisse, les agences des Nations Unies, les Etats-Unis (USAID) seront aussi des parties prenantes. Le Fonds mondial et l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI) sont aussi des bailleurs importants du secteur de la santé.

Un certain nombre d'organisations non-gouvernementales étaient quant à elles, déjà impliquées dans le FBP et les services rapprochés communautaires. Les associations professionnelles participent de façon ad hoc aux revues stratégiques et opérationnelles, et aux discussions portant sur les services. Les organisations confessionnelles sont impliquées dans la gestion des formations sanitaires confessionnelles, et dans le dialogue relatif la planification familiale. Les communautés participent à la santé communautaire et à la gestion des formations sanitaires.

Les bénéficiaires finaux sont la population en général, spécialement les femmes et les enfants pour la santé maternelle, néonatale, infantile et juvénile, et les pauvres qui continuent à avoir un accès restreint à des services de qualité.

1.1.3 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes

L'état de santé de la population burundaise reste, malgré les progrès obtenus, relativement précaire. Le taux brut de mortalité est de 15 pour 1000⁴. Cette situation est liée au poids des déterminants⁵ de la santé, à la démographie galopante⁶ et à la fragilité du système de santé.

⁴ RGPH 2008

⁵ Il s'agit des conditions liées à la pauvreté comme les maladies transmissibles, la vulnérabilité des mères, des nouveau-nés et des enfants, les maladies à potentiel épidémique, les maladies tropicales négligées, et la malnutrition (les résultats préliminaires de l'analyse globale de la sécurité alimentaire, la nutrition et la vulnérabilité de 2014, montrent cependant une nette réduction du taux de malnutrition chronique qui est passé de 58% en 2010 (selon une enquête de démographie et de santé réalisée en 2010) à 49% en 2014 chez les enfants de moins de cinq ans).

⁶ Depuis l'indépendance du pays en 1962 jusqu'à date, la population du Burundi a quadruplé. Le taux de croissance annuelle de la population est estimée à 2,4%, la taille moyenne de personnes par ménages de 4,7 et l'indice synthétique de fécondité de près de 6,3 enfants par femme (il oscille autour de cette valeur depuis 1965). Dans sa « Vision 2025 », le gouvernement du Burundi a fixé le cap pour la réduction de l'indice synthétique de fécondité de 6,3 à 3 enfants par femme à l'horizon 2025, et une réduction de taux d'accroissement naturel de la

Le contexte social, culturel et religieux, est l'un des obstacles qui freinent la mise en œuvre d'une politique de réduction de la natalité⁷.

Le système de santé était déjà, avant la crise actuelle, fragilisé par une fragmentation et une insuffisance de financement, des problèmes d'équité, une offre de services de basse qualité, et une réglementation inadéquate.

Le financement de la protection sociale en santé est fragmenté: carte d'assistance médicale (CAM); gratuité couplée au financement basé sur la performance (gratuité-FBP); régime des indigents; mutuelles communautaires de santé (MCS); mutuelle de la fonction publique (MFP); assurances privées. Il existe un décalage entre le taux de couverture de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50% et le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1%. Cette fragmentation représente également une source de surcoûts de transaction⁸.

L'équité est en amélioration mais beaucoup reste à faire. Chaque jour, près de 123 citoyens burundais tombent dans la pauvreté à cause des dépenses catastrophiques liées aux soins de santé. En dépit de programmes visant les plus vulnérables, les dépenses publiques de santé ne sont pas réalisées en faveur des plus pauvres, particulièrement celles des hôpitaux. Entre 2009 et 2012, l'équité intra-régionale s'est nettement améliorée contrairement aux inégalités interrégionales qui ont subsisté⁹.

L'offre de soins souffre de l'existence d'infrastructures anciennes insuffisamment entretenues, mal ou sous-équipées, allant de pair avec une prolifération de nouvelles formations sanitaires en violation de la carte sanitaire. Le personnel soignant a besoin de formation. Il y a un faible nombre de médecins basés en périphérie et un nombre insuffisant de médecins spécialistes et de sages-femmes. Le système de référence et contre référence est déficient, ainsi que la logistique des médicaments avec des ruptures de stock de médicaments essentiels. Le bureau provincial sanitaire n'est plus adapté aux besoins actuels depuis la création des districts sanitaires.

La réglementation est déficiente et/ou peu appliquée. La loi pharmaceutique date de 1980, l'inspection générale de santé (IGS) a peu de moyens et ses recommandations ne sont généralement pas suivies d'effet. Le recrutement local de personnel au-delà des normes a un fort impact négatif sur le budget des formations sanitaires. La prolifération de formation de personnel paramédical de qualité douteuse, surtout par les écoles privées, risque d'hypothéquer lourdement l'offre de personnel.

Malgré les lacunes et contraintes auxquelles le système de santé doit faire face et compte tenu des réorientations de l'aide au Burundi, il est possible, sans toutefois utiliser les voies régaliennes, de soutenir les structures des soins périphériques tel que les formations sanitaires et les approches de santé communautaires afin de permettre au système de santé de ne pas s'effondrer et de faciliter l'accès aux soins pour les populations et plus particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans .

population de 2,4% à 2%. Une modélisation a démontré que cette cible requiert une prévalence contraceptive de 60%, alors que ce taux était de 25,3% en 2013 (PNSR, 2013).

⁷ Cette surnatalité élevée depuis plusieurs décennies a des conséquences sur les capacités qu'ont les familles à offrir une éducation et une alimentation correcte à leurs enfants, sur la densité de population (310 habitants/km²) et entraîne des conflits fonciers liés aux problèmes d'accès à la terre, qui représentent déjà la majorité des cas portés auprès des tribunaux.

⁸ Voir Etude sur l'équité en santé au Burundi, Mai 2014, co-financé par le projet PAPSBU.

⁹ Idem.

2 RISQUES ET HYPOTHESES

Risques	Niveau de risque	Mesures d'atténuation
Finances		
Gestion inadéquate des finances publiques et diminution voir disparition de la part du budget d'Etat alloué à la santé, réallocation des fonds alloués à la santé au profit d'autres ministères.	E	<ul style="list-style-type: none"> - Les fonds investis par l'UE dans la santé transiteront hors des systèmes Régaliens et de la BRB, le paiement des prestations sera effectué directement sur chacun des comptes bancaires des différents FOSA supportés.
<p>Faute de financement suffisant, il y aurait le risque d'un refus de soins par les FOSA et de grève du personnel médical.</p> <p>La fragmentation du système de financement avec sous-financement des divers mécanismes qui mènent à des doubles paiements, une couverture inadéquate des indigents, des gaps de financement localisés et un dysfonctionnement des CPVV.</p>	E	<ul style="list-style-type: none"> - Un appui à l'ensemble de FOSA du pays assurera un pourcentage fixe du coût de prestation des soins au niveau périphérique et une prévisibilité des financements au niveau périphérique, qui devrait permettre au système de soins de ne pas s'effondrer. La coordination avec les principaux bailleurs (Banque mondiale, Fonds mondial, GAVI, Ambassade de Belgique, Coopération Suisse), Ambassade des Pays-Bas devrait permettre d'éviter un tarissement des financements du système FBP. - Si le contexte et la dynamique de dialogue le permettent ces informations sur le financement du secteur santé et le contrôle des doubles paiements pourraient être obtenues au niveau du ministère. <p>Un système d'audit du financement de l'outil FBP sera mis en place au niveau national en complément du système de validation et de vérification des CPVV qui pourrait souffrir des défauts de paiement du gouvernement.</p>
<p>Surcoût des actes médicaux par une surutilisation des hôpitaux de références.</p> <p>Surconsommation médicale des populations bénéficiant de la gratuité.</p> <p>Mode d'achat des services privilégiant la quantité sur la qualité (FBP).</p>	M	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer que le système de référence et de contre référence fonctionne. - Assurer que les règles du FBP soient appliquées (enfants de moins de cinq ans surconsommation médicale, dépassement de l'objectif annuel en terme de nombre de contact par année), en coordination avec la cellule technique nationale du FBP. - Travail auprès de la cellule technique nationale (CT/FBP) afin de renforcer le poids des indicateurs qualitatifs.

Offre de services		
Diminution voir disparition de l'offre de service par sous financement du système FBP.	M	- En assurant un fond de paiement régulier et prévisible des prestations de soins, les prestataires des soins en périphérie continueront à prodiguer des soins.
Ruptures de stock des médicaments aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.	M	- Les approvisionnements en médicaments devraient être assurés dans un premier temps par l'UNICEF une fois le système réamorcé, les subsides FBP sont garants de l'achat des médicaments (voir manuel FBP).
Non-adhésion aux normes de la carte sanitaire.	M	- Ne seront remboursées les prestations qu'aux FOSA respectant les normes sanitaires.
Hypothèses		
<ul style="list-style-type: none"> - l'acceptation de la part du gouvernement d'avoir des bailleurs et projet privilégiant des approches non régaliennes, - le maintien de la part du gouvernement d'un minimum des fonds alloués au secteur de la santé, - une coordination effective entre les principaux bailleurs du secteur santé. 		

3 ENSEIGNEMENTS TIRES, COMPLEMENTARITE ET QUESTIONS TRANSVERSALES

3.1 Enseignements tirés

Il existe plusieurs rapports d'évaluation et d'analyse du secteur santé. L'évaluation à mi-parcours du plan national de développement sanitaire a souligné les points forts et les insuffisances dans ses neuf axes stratégiques. Peuvent notamment être citées, une augmentation de l'utilisation des services et sa normalisation en paquets de services minimaux et complémentaires; l'amélioration de la production des ressources humaines couplée cependant à une faible absorption par la fonction publique, et le danger d'une pléthore de cadres paramédicaux sous-qualifiés; l'amélioration des infrastructures et équipements bien que la disponibilité d'eau et d'électricité continuent à poser des problèmes, ainsi que le respect de la carte sanitaire; la vulgarisation des processus de planification et un renforcement du SNIS, spécialement lorsqu'il est couplé au financement basé sur les performances, bien que le problème de chevauchement d'outils ne soit pas résolu.

Le projet Santé Plus et le projet d'appui à la politique de santé du Burundi (PAPSBU) «Amagara Meza» mis en œuvre par les 9^e et 10^e FED ont accompagné le ministère dans ses réformes (finances, administration), appuyé les districts sanitaires et les formations sanitaires et renforcé les capacités de gestion des médicaments. Ils ont, entre autres, initié ou collaboré à plusieurs études, comme: le besoin de réforme du système hospitalier à Bujumbura en vue d'améliorer son efficacité, sa viabilité et sa qualité; l'introduction de la chirurgie de district avec la coopération technique belge (CTB) pour remédier à la pénurie de spécialistes; le système de référence et contre-référence; l'étude des plans d'extension de couverture (PEC) qui vise à baser la carte sanitaire sur les réalités du terrain (et qui permettra de redéfinir les dénominateurs population cible pour l'achat de services par le financement basé sur les performances); l'étude de financement de la santé (avec la Banque mondiale, Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) et la Coopération technique belge) qui a démontré les limites de gain de performance du financement basé sur les performances actuelles sans l'accompagnement d'un renforcement de tous les piliers du système de santé, et

qui a proposé des options de financement de la couverture universelle; l'accessibilité aux médicaments de qualité; et l'appui technique à la transfusion sanguine.

Les résultats de ces études et évaluations ont contribué à identifier les risques et les domaines à renforcer même si au regard de la situation actuelle de telles actions ne pourront être réalisées dans un avenir proche, il est important de garder en mémoire ce qui devra de toute façon être fait un jour.

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

L'appui tel que proposé aux formations sanitaires (FOSA) est complémentaire et en synergie avec l'appui au financement basé sur les performances de la Banque mondiale, de la Banque KFW, de la Belgique et de la Suisse.

Les interventions dans les autres secteurs prévues dans le cadre le 11^e FED contribueront également à la santé. Ainsi, l'appui au développement rural durable de 15 000 000 EUR contribuera directement à une meilleure nutrition. Les mesures de renforcement de la société civile dans les deux secteurs ciblés que sont la santé et le développement rural ont également un objectif nutritionnel. Ce projet est aussi compatible avec deux projets financés par l'Union européenne: le support aux services de santé maternelle pour les jeunes et les adolescents visant entre autre à réduire l'indice synthétique de fécondité dans les quatre provinces du Burundi mis en œuvre par World Vision et le programme de formation de médecins spécialisés en santé publique mis en œuvre par l'Université libre de Bruxelles qui contribue à l'encadrement des FOSA et par la même à la prestation des soins.

Les PTF incluent la Banque mondiale, la Banque KFW, l'Ambassade de Belgique, l'Ambassade des Pays-Bas; l'Ambassade d'Allemagne, l'Ambassade de Suisse, les agences des nations unies (NU), GAVI et le Fonds mondial.

La coordination s'effectuera dans le contexte d'un article 96 par divers mécanismes:

- ✓ le **Groupe des bailleurs santé (GBS)** anciennement nommé partenaire technique et financier (PTF)
- ✓ Le **Mécanisme de coordination pays pour le Fonds mondial santé (CCM/INC)** qui est l'organe de coordination des financements du Fonds mondial. Sa présidence est assurée par le directeur général des services de santé et de lutte contre le sida et par deux vices-présidents, dont l'Union européenne (délégation).
- ✓ Les réunions de coordination **GAVI**
- ✓ Les réunions régulières des **chefs de coopérations** des Etats membres
- ✓ Les réunions de coordination des **chefs de missions** diplomatiques

3.3 Questions transversales

Le droit aux soins de santé de qualité est inscrit dans la politique nationale de santé (PNS) mais ne deviendra une réalité pour les indigents qu'avec l'adoption d'une réforme majeure de la stratégie de financement de la santé. Le respect des normes de la carte sanitaire doit assurer une équité géographique tout en évitant une inefficience allocative.

La réduction de la mortalité maternelle et infantile est primordiale pour la promotion de l'égalité du genre, ainsi qu'une répartition équitable du personnel selon le genre et les besoins géographiques.

Les aspects environnementaux touchent la gestion des déchets qui devra être incluse dans le développement de plans standardisés des FOSA et dans les processus de qualité de la gestion des hôpitaux.

4 DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1 Objectifs/résultats

L'objectif global est: L'état de santé de la population est amélioré par la disponibilité et par l'utilisation des services de santé dans les 18 provinces, à travers un appui au système de financement basé sur la performance (FBP) et la société civile aura 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).

Les objectifs spécifiques sont: i) OS1 Favoriser un accès équitable aux soins de santé pour l'ensemble de la population et plus particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans; (ii) OS2 Renforcer le rôle des comités de santé afin de consolider le rôle de la société civile dans sa participation au système de santé et d'assurer une rétro-information vers les populations collinaires.

4.2 Principales activités

Les principales activités consisteraient à:

OS1: Afin de favoriser un accès équitable aux soins de santé pour l'ensemble de la population et plus particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans il est envisagé de:

- i) Financer, à hauteur du pourcentage défini dans la convention de financement, à travers l'outil du FBP et de la gratuité, des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, le coût des prestations délivrées au niveau des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux de district),
- ii) Effectuer dans le cadre d'un système d'audits continus la réalité et l'effectivité de ces facturations des soins,
- iii) Suivre l'évolution et prendre en compte les changements éventuels de l'outil FBP par une participation aux réunions du comité technique nationale du FBP (CTN /FBP),

OS2: L'objectif de renforcer le rôle de la société civile dans sa participation au système de santé et d'assurer une rétro information vers les populations collinaires il est envisagé de:

- iv) Soutenir l'ensemble des comités de santé (COSA) qui, au côté de chaque centre de santé (CDS), sont des organes existants non gouvernementaux composés de membres de la société civile, leur rôle étant principalement de faire valoir la voix des populations au niveau des décisions et de la gestion des centres de santé (COGES)¹⁰ et de disséminer des information en relation avec la santé au niveau des communautés.

4.3 Logique d'intervention

Ce financement des prestations de soins permettra de garantir un accès aux soins des populations ciblées. L'approche nationale proposée consiste dans la participation au remboursement du coût des prestations des soins (PMA et PCA¹¹) fournies dans l'ensemble des formations sanitaires (FOSA) du Burundi. La population de ces 18 provinces représente plus de neuf millions de bénéficiaires. Tout comme lors de la mise en œuvre du 10^e FED, la participation de l'UE au coût des prestations de soins serait un pourcentage de leurs coût total. Par ailleurs cette approche nationale est aussi celle retenue par la Banque mondiale, et le Fonds mondial, les bailleurs tel que l'Ambassade de Belgique et la banque KfW et GAVI conserveraient une approche géographiquement ciblée.

Cette logique d'intervention prend en compte la possible diminution des fonds du gouvernement alloués au financement basé sur les performances qui s'élève en théorie à 1,4% du budget national tel que défini dans la loi budgétaire.

¹⁰ Comité de gestion des formations sanitaires.

¹¹ PMA : Paquet minimum d'activité, PCA : paquet complémentaire d'activité.

Enfin, l'ensemble des bailleurs impliqués dans la santé et le FBP, participe aux remboursements des prestations de soins en utilisant la structure du système national du FBP et effectue des remboursements mensuels ou trimestriels sur les comptes des FOSA, ce qui garantit une homogénéité de l'approche entre les différents bailleurs.

5 MISE EN ŒUVRE

5.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire, tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE.

5.2 Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4.2 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention 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 et les contrats et accords concernés; les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications non substantielles au sens de l'article 9, paragraphe 4, de l'annexe du règlement (UE)2015/322.

5.3 Implementation of the budget support component

S.O.

5.4 Modalités de mise en œuvre

5.4.1 Subventions: octroi direct (gestion directe)

(a) Objectif de la subvention, est d'assurer que les comités de santé (COSA) existent et jouent pleinement leur rôle sur l'ensemble du territoire. Ceci permettrait non seulement d'assurer une prise en compte des réels besoins des populations dans la gestion des centres de santé (CDS) mais également de renforcer le travail de sensibilisation des communautés en matière de santé en général avec pour résultat un renforcement de la gouvernance sectorielle au niveau local.

Cette action permettrait également de maintenir certaines capacités actives au niveau local malgré le contexte de crise que traverse actuellement le Burundi, ce qui est non négligeable en termes de durabilité de nos actions en général. Les domaines d'intervention seraient la santé au niveau des centres de santé, la santé communautaire et la gouvernance sectorielle dans le domaine de la santé.

La priorité et le résultat escompté de cette action seraient libellés de la manière suivante: les comités de santé (COSA) de l'ensemble des formations sanitaires du pays jouent pleinement leurs rôles (suivi de la gestion des CDS et sensibilisation des populations), la gouvernance sectorielle est ainsi améliorée.

(b) Justification d'une subvention directe

L'attribution directe est justifiée par la situation de crise qui prévaut au Burundi et l'application des procédures flexibles.

(c) Conditions d'éligibilité

S.O.

(d) Critères de sélection et d'attribution essentiels

L'organisation burundaise non gouvernementale COPED a été identifiée en raison de l'expertise qu'elle a développée au cours du projet d'appui aux comités de santé (COSA) financé par l'UE entre 2011 et 2014. Cette ONG est par ailleurs la seule à avoir supporté ces structures périphériques.

(e) Taux maximal de cofinancement

Le taux maximal de cofinancement possible pour cette subvention est de 90% des coûts éligibles de l'action.

Conformément à l'article 192 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, lorsqu'un financement intégral est indispensable à la réalisation de l'action, le taux maximal de cofinancement possible peut atteindre 100%. Le caractère indispensable du financement intégral doit être justifié par l'ordonnateur compétent de la Commission dans la décision d'attribution, dans le respect des principes d'égalité de traitement et de bonne gestion financière.

(f) Trimestre indicatif pour la conclusion de la convention de subvention

Deuxième trimestre 2016.

5.4.2 Gestion indirecte avec une agence d'un État membre de l'UE

Une majeure partie de la présente action qui consiste vise à favoriser un accès équitable aux soins de santé pour l'ensemble de la population et plus particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec la **Coopération technique belge (CTB)** conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 FED applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE)2015/323.

Cette mise en œuvre implique: (i) la participation au financement du secteur de la santé par la prise en charge d'un pourcentage du coût des prestations de l'ensemble des formations sanitaires du pays, via la mise en œuvre de l'adaptation de l'outil financier du financement basé sur les performances; et (ii) le suivi actif, auprès des techniciens du FBP, de l'évolution de l'outil financier qu'est le FBP à travers les réformes attendues et envisageables.

Ce mode de mise en œuvre se justifie car la CTB est actuellement impliquée dans le financement du secteur de la santé avec l'outil du FBP dans deux provinces du Burundi. L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution budgétaire suivantes: les paiements mensuels ou trimestriels d'un pourcentage du coût des prestations de soins dans le cadre du financement basé sur les performances et la vérification de l'effectivité de ces prestations. Ces paiements seront effectués directement sur les comptes en banques existants des centres de santé et hôpitaux de districts. Au regard de la situation politique et sécuritaire prévalant au Burundi, il est envisagé que le contrat soit signé pour une durée initiale de 18 mois.

En cas d'échec des négociations avec l'entité en charge susmentionnée, cette partie de la présente action peut être mise en œuvre avec les mêmes modalités en gestion indirecte avec **Expertise France**, également présente au Burundi et active dans le secteur de la santé.

En cas d'échec final de toutes les négociations avec les entités en charge susmentionnées, au regard de la situation politique et sécuritaire au Burundi et afin de conserver la possibilité de mettre en œuvre ce projet, les mêmes activités de mise en œuvre seront gérées, en **gestion indirecte avec le pays partenaire**, par la Commission européenne au nom et pour le compte du pays bénéficiaire (tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE).

Une assistance technique sera recrutée pour:

- vérifier dans le cadre d'un système d'audits continus, la réalité et l'effectivité des facturations des soins, de suivre l'évolution et prendre en compte les changements éventuels de l'outil FBP par une participation aux réunions du comité technique nationale du FBP (CTN/FBP) et
- gérer des devis-programmes qui consisteront en des remboursements, à hauteur du pourcentage défini dans la convention de financement, à travers l'outil du financement basé sur les performances (FBP) et de la gratuité, des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, du coût des prestations délivrées au niveau des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux de district).

La Commission européenne sera chargée de: préparer le dossier d'appel d'offres pour le marché de services lié à cette prestation, l'évaluation des offres, la sélection de l'assistance technique et de la gestion du contrat, et du suivi des devis-programme.

La Commission européenne agit en tant que pouvoir adjudicateur dans le cadre des procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions au nom et pour le compte du pays bénéficiaire (tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE). La Commission procède à un contrôle ex ante de toutes les procédures de passation de marchés sauf lorsque des devis-programmes sont concernés, en vertu desquels la Commission exerce un contrôle ex ante pour les marchés dont le montant est supérieur à 100 000 EUR (ou inférieur, en fonction de l'évaluation des risques) et peut exercer un contrôle ex post pour les marchés dont le montant maximal est de 100 000 EUR. La Commission procède à un contrôle ex ante des procédures d'adjudication pour tous les contrats de subvention.

La gestion et la mise en œuvre du devis-programme seront exécutées par un prestataire de services sélectionné selon les règles de passation de marchés de l'UE et engagé en gestion indirecte par la Commission européenne pour le pays partenaire.

En fonction des pouvoirs qui leur sont délégués par l'autorité qui les a désignés, le régisseur et le comptable élaborent les devis-programmes successifs, les exécutent, passent des marchés, octroient des subventions, engagent les dépenses et effectuent les paiements correspondants.

Le régisseur et le comptable remettent leurs rapports techniques et financiers au comité de direction du projet, le cas échéant, et au chef de la délégation de l'UE.

5.5 Champ d'application de l'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.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 22, paragraphe 1, point b), de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

5.6 Budget indicatif

	Contribution de l'UE (EUR)	Contribution indicative de tiers (EUR)
5.4.1 – Favoriser un accès équitable aux soins de santé pour l'ensemble de la population et plus particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans		
<i>Gestion indirecte avec la CTB (ou options alternatives)</i>	36 150 000	s.o.
5.4.2. – Par l'intermédiaire des comités de santé (COSA), faire en sorte que la voix des populations soient prise en compte dans la gestion des centre de santé, et sensibiliser les populations aux problématique de la santé par l'intermédiaire des comités de santé		
<i>Subvention directe à COPED (gestion directe)</i>	1 000 000	111 000
5.9 – Évaluation, 5.10 – Audit	600 000	s.o.
5.11 – Communication et visibilité	250 000	s.o.
Provisions pour imprévus ¹²	2 000 000	s.o.
Totaux	40 000 000	111 000

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

L'autorité adjudicatrice est la délégation de l'Union européenne pour le compte du gouvernement burundais.

Le maître d'œuvre est l'agence de mise en œuvre d'un des Etats membre pour le compte du ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida.

La CTB aura la responsabilité fiduciaire et la responsabilité de la mise en œuvre de ce projet. Elle mettra à la disposition du projet les ressources humaines suivantes: un chef de projet régisseur, un comptable et des auditeurs. Ces ressources humaines seront approuvées par le chef de délégation. Cette équipe mise en place par l'agence de l'Etat membre assurera l'exécution du projet c'est à dire après vérification, seront effectués les paiements mensuels ou trimestriels des factures du FBP relatives aux coûts des prestations de soins de l'ensemble des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux de districts) et ce à hauteur d'un pourcentage, tel que précisés dans la convention de financement¹³. Le contrôle des factures et l'effectivité des prestations relèveront des audits continus mis en place par l'agence de l'Etat membre. Les auditeurs de l'agence de l'Etat membre agiront indépendamment des audits réalisés dans le cadre général de cette convention de financement. L'agence de l'Etat membre et les ressources humaines responsables de la mise en œuvre du projet présenteront les rapports techniques et financiers au comité de pilotage du projet ainsi qu'au chef de délégation. Cette équipe de l'agence de l'Etat membre devrait être localisée en dehors des locaux du ministère de la santé publique et de lutte contre le sida.

¹² Il faut considérer que pour les marchés pour lesquels aucune convention de financement n'est conclue, les provisions pour imprévus doivent être couvertes par des engagements individuels et juridiques pour le 31 décembre de l'année N+1.

¹³ Ce pourcentage représente environ 30% du coût total annuel du FBP pour les FOSA calcul effectué sur la base des projections financières effectuées début 2015.

Le comité de pilotage (COPi): ce comité assurera le suivi stratégique du projet ainsi que de sa mise en œuvre, il se réunira tous les six mois. Le comité de pilotage sera présidé par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) et composé d'un représentant de l'ordonnateur national (CELON), de représentants de l'Etat membre, de l'équipe de mise en œuvre de l'Etat membre, de représentant(s) des partenaires technique et financier bailleurs du secteur, et d'un représentant du chef de délégation de l'Union européenne.

La prestation des services et soins de santé: le prestataire, dans le modèle de financement basé sur les performances du Burundi, est l'institution qui a été contractée, par le biais d'un contrat d'achat, par le comité provincial de vérification et de validation (CPVV), en vue de fournir les services et soins de santé (PMA ou PCA). Ce sont les centres de santé (CDS) et les hôpitaux de districts (HD), à la fois publics et agréés.

La régulation: La régulation, dans le modèle de financement basé sur les performances du Burundi, est assurée par le niveau central du ministère de la santé (représenté par la direction générale de la santé publique et la cellule technique nationale FBP et ses structures déconcentrées (BPS et BDS).

La vérification: La vérification revêt quatre volets : la vérification quantitative, la vérification qualitative (vérification de la qualité technique des formations sanitaires), la vérification communautaire (vérification de l'authenticité des prestations déclarées par les prestataires et évaluation de la qualité perçue par les bénéficiaires) et la contre-vérification par un organisme externe (vérification du processus et de la mise en œuvre du financement basé sur les performances à tous les niveaux). La vérification quantitative des prestations réalisées par les formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé) est réalisée par le comité provincial de vérification et de validation (CPVV) à travers son équipe de vérification une fois par mois. La validation des données est effectuée par un quorum représentatif des membres du comité provincial de vérification et de validation.

La vérification de la qualité technique des prestations au niveau des centres de santé est réalisée par le bureau provincial de santé une fois par trimestre avec association des membres du bureau de district sanitaire. Au niveau des hôpitaux, elle est réalisée par les hôpitaux pairs des autres provinces une fois par trimestre. La vérification communautaire est réalisée par des associations locales à base communautaire sélectionnées dans l'aire de responsabilité de chaque formation sanitaire sous contrat une fois par semestre. La contre-vérification est réalisée par un organisme externe indépendant non impliqué dans la mise en œuvre du financement basé sur les performances et concerne tout le processus de mise en œuvre à tous les niveaux (du niveau communautaire au niveau central). Elle est réalisée une fois par trimestre sur base d'un échantillonnage.

L'achat: l'achat des performances est du ressort du ministère de la santé. Cependant, au niveau provincial, le ministère de la santé délègue cette fonction aux comités provinciaux de vérification et de validation qui, de par sa composition mixte, doit garantir la séparation des fonctions de régulation et d'achat des performances.

Chaque mois les structures de soins, centres de santé (CDS) et hôpitaux de districts (HD) compilent l'ensemble de leurs prestations de service, chaque acte du paquet minimum d'activité et du paquet complémentaire d'activité est tarifé selon les normes du ministère de la santé. Une fois compilée, ces factures sont envoyées aux comités provinciaux de vérification et de validation pour vérification et validation, après validation les factures des dix-huit provinces du pays sont adressées au comité technique du financement basé sur les performances (CT-FBP). Ce comité adressera à l'agence de l'Etat membre la facture temporisée du pourcentage de la participation de l'Union Européenne tel que défini dans la Convention de financement. Ce pourcentage devrait couvrir 30%¹⁴ du coût effectif du financement basé sur les performances pour l'ensemble des formations sanitaires soit environ

¹⁴ 30% sur la base des projections financières effectuées début 2015.

730 centres de santé et 49 hôpitaux de district. Comme mentionné précédemment, l'approche nationale a été privilégiée afin de garantir, entre autre, plus d'équité dans notre intervention. Après vérification, ces factures qui sont spécifiques et identifiables pour chaque structure de soins (centre de santé et hôpitaux de district) seront directement payées par l'agence de l'Etat membre à chacune de ces structures de soin qui ont toutes un compte bancaire. Cette approche nous permet de ne pas rembourser directement le gouvernement et de rester en dehors des systèmes régaliens et d'un remboursement à la banque centrale (BRB). Ce schéma financier de paiement des subsides du financement basé sur les performances devrait également être utilisé par la Banque mondiale et l'Ambassade de Belgique.

5.8 Suivi des résultats 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 de mise en œuvre. À cette fin, le partenaire de mise en œuvre doit établir un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique (pour la modalité de projet) Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

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 elle pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par elle pour mettre en œuvre ces contrôles).

5.9 Évaluation

Eu égard à l'importance de l'action, il sera procédé à une évaluation à mi-parcours, et une finale de la présente action ou ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée à des fins d'apprentissage, en particulier par rapport à la pertinence de l'outil du financement basé sur les performances dans sa forme actuelle et afin de mettre en évidence, la pertinence de l'approche du paiement des prestations de soins au bénéfice d'un autre modèle de financement qu'il soit basé sur les performances ou non.

L'évaluation finale sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux y compris la révision des politiques, en tenant compte en particulier du fait que l'objectif initial du projet santé du 11^e FED était, avant la crise politique actuelle, de proposer une stratégie de financement du secteur de la santé.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins deux mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire de mise en œuvre collaborera de manière efficace et effective avec les experts en charge de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et activités du projet.

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire de 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.

À titre indicatif, il sera conclu deux marchés de services d'évaluation au titre d'un contrat-cadre au deuxième trimestre 2016 et un en 2018 pour l'évaluation finale

5.10 Audit

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.

À titre indicatif, il sera conclu un marché de services d'audit au titre d'un contrat-cadre en mi 2016

5.11 Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine et financées sur le budget indiqué à la section 5.6 ci-dessus.

En ce qui concerne les obligations légales en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités en charge. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne.

6 CONDITIONS PREALABLES

Une forte dégradation de la situation sécuritaire remettrait la mise en œuvre de ce projet. Egalement un effondrement économique accéléré pourrait remettre en cause, le fonctionnement du système du financement basé sur les performances et plus précisément au niveau de comité provinciaux de vérification et de validation (CPVV).

Le retrait des bailleurs actifs dans le secteur de la santé, tel que la Banque mondiale, l'Ambassade de Belgique, ainsi qu'une diminution notoire ou une absence de financement de l'outil du financement basé sur les performances par le gouvernement burundais rendrait la mise en œuvre de ce projet difficile.

APPENDICE - Cadre logique indicatif

Les activités, les produits escomptés et l'ensemble des indicateurs, avec leurs cibles et les lignes de base qui figurent dans la matrice du cadre logique sont fournis à titre indicatif et pourront être mis à jour ou modifier au cours de la mise en œuvre de l'action sans modification de la décision de financement. Une étude, permettant de définir les lignes de base des indicateurs retenus et les cibles à atteindre durant l'exécution du projet, sera réalisée avant le démarrage du projet. Les indicateurs seront ventilés par genre, lorsque cela est pertinent.

Logique d'intervention		Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
OBJECTIF GENERAL IMPACT	L'état de santé de la population est amélioré	OG 1: Taux de mortalité maternelle	OG1: 500/100 000		EDS II / III Rapports des agences des Nations Unies	La situation sécuritaire et politique du pays reste stable / Les agence de UN peuvent mettre en œuvre leurs programmes / Le MSPLS peut mettre en œuvre le PNDS
		OG 2: Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	OG2: 96/1000		Rapports SNIS (système national d'information sanitaire) (DHIS II) & EDS II / III	
OBJECTIF SPECIFIQUE 1 effet direct	OS 1: Disponibilité et utilisation des services de santé dans les 18 provinces pour l'ensemble de la population et plus particulièrement	OS1.1: % de FOSA offrant des services de soins complet (PMA/PCA) / Nb total de FOSA	à collecter auprès de la CT/FBP			Les fonds du gouvernement alloués au FBP ne se tarisse pas / Le système de santé ne collapse pas / Le financement du FBP est suffisant pour
		OS1.2: taux d'utilisation des services de santé (PMA/PCA) dans l'ensemble des FOSA	à collecter auprès de la CT/FBP		Rapports SNIS (Système National d'Information Sanitaire), DHIS II	

	pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans	OS1.3: Ratio de femme enceintes ayant consultés par an / cible annuelle du FBP des femmes enceintes	à collecter auprès de la CT/FBP		Rapports de suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBP	permettre de faire fonctionner la chaîne de vérification et de facturation / L'outil FBP perdure / le personnel de santé ne mette pas en œuvre le FBP
		OS1.4: Ratio des enfants de moins de cinq ans ayant consulté par an / cible annuelle du FBP des enfants de moins de cinq ans	à collecter auprès de la CT/FBP		Rapports de suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBP	
		OS1.5: % d'accouchement supervisé par du personnel formé	OS1.3: 60%		Système national d'information sanitaire (DHIS II) et rapport du PNSR	
		OS1.6: Taux de prévalence contraceptive	OS1.5: 33%		Système national d'information sanitaire (DHIS II) et rapport d'activité du PNSR	
		OS1.7: % des enfants de moins d'un an complètement immunisé	OS1.6: 84%		Rapports de suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBP	
OBJECTIF SPECIFIQUE 2 effet direct	OS 2: Possibilité pour la société civile de se faire entendre et d'orienter les choix en matière de santé	OS2.1: % de COSA avec norme / nb total des COSA	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS	Les COSA conservent leurs prérogatives / la situation sécuritaire du pays permet la mise en œuvre du projet
		OS2. 2: % Nombre de COSA / Nombre de FOSA	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS	

	via les comités de santé (COSA).	OS2.3: Ratio nb de réunion effective / Nb de réunion prévue par les normes	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS	COPED / les projets de FBP communautaires ne viennent pas contrarier le fonctionnement de COSA
		OS2.4: % Nb des recommandations misent en œuvre / Nb de recommandations émises	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS	
PRODUIT 1	P1: le système du FBP est renforcé	P1.1: Nb de FOSA offrant des services de soins complet (PMA/PCA) / nb total de FOSA	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)	
		P1.2: Nb de consultants ayant bénéficié d'un PMA / PCA) dans l'ensemble des FOSA	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)	
		P1.3: Nb de consultation de femmes enceintes par CDS par an	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)	
		P1.4: Nb de consultation d'enfant de moins de cinq ans par CDS/an	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)	
		P1.5: Nb d'accouchement supervisé par du personnel formé	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)	

		P1.6: Nb de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)
		P1.7: Nb d'enfants de moins d'un an complètement immunisé	à collecter auprès de la CT/FBP		Système national d'information sanitaire (DHIS II)
PRODUIT 2	P2: l'ensemble des Comité de santé (COSA) du Burundi sont fonctionnel et jouent pleinement leurs rôles	P2.1: Nb de membre par COSA / Nb de COSA avec normes	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS
		P2.2: Ration Nombre de COSA / Nombre de FOSA	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS
		P2.3: Nb de réunion de COSA / Nb de réunion de COSA prévues	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS
		P2.4: Nb de recommandations émises par COSA / Nb de recommandations misent en œuvre	base line		Rapports d'activité de COPED Rapport d'activité des BDS