



FR

CETTE ACTION EST FINANCEE PAR L'UNION EUROPEENNE

Annexe 1

de la décision de la Commission relative au financement du programme d'action annuel 2019 en faveur de la République du Burundi

Document d'action concernant le «Programme d'appui au système de la santé II (PASS II)»

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	«Programme d'appui au système de la santé II (PASS II)» Numéro CRIS: BI/FED/041-751 financé par le 11 ^e Fonds européen de développement (FED)	
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	Burundi L'action couvre l'ensemble du territoire national.	
3. Document de programmation	Programme indicatif national (PIN) 2014-2020 pour le Burundi	
4. Objectifs de développement durable (ODD)	ODD 3: permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Autres ODD: ODD 1: élimination de l'extrême pauvreté et la faim ODD 5: parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et filles ODD 2: éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition, et promouvoir l'agriculture durable	
5. Secteur d'intervention/ domaine thématique	Domaine: accès aux soins de santé de qualité en particulier pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et appui à la gouvernance, la participation de la société civile et la redevabilité du système de santé	Aide au développement : OUI ¹
6. Montants concernés	Coût total estimé: 29 500 000 EUR Montant total de la contribution du FED: 29 500 000 EUR	
7. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre	Modalité de projet : Gestion directe avec subventions Gestion indirecte avec ENABEL (agence belge de développement)	

¹ L'aide publique au développement doit avoir pour objectif essentiel la promotion du développement économique et du bien-être dans les pays en développement.

8 a) Code(s) CAD	12110: Politiques de santé, planification et programmes (30 %) 12191: Laboratoires, cliniques et hôpitaux (5 %) 12220: Soins de santé primaires (20 %) 12230: Infrastructures de santé basiques (hôpitaux de district) (5 %) 13020: Promotion de la santé de la reproduction (30 %) 13030: Planification familiale (10 %)			
b) Principal canal de distribution	13000 : Gouvernement tiers (coopération déléguée) 23000 : ONG basée dans un pays en développement			
9. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif significatif	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 les hommes et les femmes et émancipation des femmes et des jeunes filles	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	Marqueurs de la convention de Rio	Non ciblé	Objectif significatif	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"/>
10. Programmes thématiques phares « Biens publics mondiaux et les défis qui les accompagnent »	S.O.			

RESUME

L'Union européenne finance depuis le 19 mai 2016 le projet d'appui au système de la santé (PASS) au Burundi avec un montant de 45 000 000 EUR qui s'articule autour de deux axes principaux: i) financement de la politique de gratuité ciblée des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans à travers le financement basé sur la performance (FBP-G), et ii) appui à la gouvernance et redevabilité du système de santé par le soutien de la société civile à participer dans les comités de santé (COSA). Le PASS est centré sur les structures périphériques publiques et agréés de soins du système de santé (centres de santé (CdS) et hôpitaux de district (HD)²) dans les 18 provinces du Burundi.

Pendant la période de mise en œuvre du PASS des progrès dans le secteur de la santé ont été observés, en particulier en matière de mortalité maternelle et infantile. En outre, le pays a

² Une fourchette de 70-80 % de lesdites FOSA réunissent les critères pour pouvoir bénéficier de la gratuité de soins (pas un chiffre fixe car le fait de pouvoir ou non bénéficier de la gratuité dépend de la complétude du paquet de soins fournis par la FOSA et c'est révisable).

élaboré le troisième plan national de développement sanitaire 2019-2023 (PNDS III), ainsi que des plans stratégiques connexes, tels que le plan stratégique de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2019-2023 (SRMNIA) et la stratégie pour la nutrition pour la même période (PRONIANUT), parmi d'autres.

En ce sens, la politique de gratuité des soins à travers le FBP-G comme les COSA sont des stratégies institutionnalisées dans le pays. Le FBP-G est inscrit au budget régulier de l'État et le gouvernement est le troisième contributeur à ladite politique, après l'Union européenne et la Banque mondiale. Toutefois, les besoins du pays en matière de santé demeurent énormes, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR). Certaines cibles des ODD, surtout la mortalité maternelle, s'avèrent difficiles à atteindre, la progression de certains indicateurs semble plutôt limitée (planification familiale, consultation post-natale, prénatale précoce) et quelques reculs sont parfois constatés (vaccination).

L'intervention envisagée dans ce document d'action (PASS II) constitue une deuxième étape de l'intervention précédente. Elle sera mise en œuvre par les mêmes opérateurs, ENABEL et l'organisation non-gouvernementale Conseil pour l'éducation et le développement (COPED). Sur la base des leçons apprises, elle introduira plusieurs améliorations pour renforcer l'efficacité de l'appui européen telles que: i) l'accent accru sur l'augmentation de la qualité des soins; ii) le renforcement de l'appui aux hôpitaux de district; iii) l'accent sur les indicateurs obstétricaux; iv) des stratégies innovantes pour les COSA en s'alignant avec les nouvelles directives en termes de santé communautaire au pays; v) l'intervention continuera à se centrer sur le niveau périphérique, mais renforcera également les autres niveaux (intermédiaire et central) notamment dans leurs tâches d'accompagnement, encadrement et supervision.

La continuité du financement du volet FBP-G s'avère indispensable pour continuer à assurer l'accès gratuit au paquet de soins de santé essentiels pour les plus vulnérables. Ce volet est cohérent et complémentaire avec la stratégie d'appui aux COSA afin de promouvoir la participation de la population dans la gouvernance du système de santé et assurer la redevabilité des fonds octroyés. À l'instar du PASS I, le PASS II agira surtout sur deux des six piliers³ du système de la santé, à savoir le financement et la gouvernance. En ce sens, il sera complété par le volet santé de la mesure d'appui à la résilience des populations (BI/FED/040-082 avec une contribution UE d'environ 45 000 000 EUR pour le volet santé) en cours qui prévoit des interventions complémentaires notamment sur les piliers de services de santé (offre et demande), ressources humaines et médicaments / technologies.

1 ANALYSE DU CONTEXTE

1.1 Description du contexte

La population du Burundi a été estimée en 2017 à 11 495 438 habitants avec 49,3 % d'hommes et 50,7 % de femmes et un taux d'accroissement annuel de 2,4 %⁴. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65 % de personnes de moins de 25 ans et 51,5 % de moins de 18 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %. Environ 10 % de la population du Burundi vit en zone urbaine dont près des 2/3 à Bujumbura mairie, contre 90 % vivant en milieu rural et en habitats

³ Approche de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du renforcement du système de la santé selon ses six piliers principaux: gouvernance, information, financement, services de santé, ressources humaines et médicaments, et technologies.

⁴ ISTEEBU, projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, avril 2017.

dispersés. La densité de la population a augmenté de 283 % entre 1961 et 2017, car elle est passée de 110,58 à 423,06 habitants au km². Avec cette densité et une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage, le Burundi est l'un des pays les plus densément peuplés d'Afrique. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est très élevé avec 5,5 enfants⁵ en moyenne par femme, et induit un accroissement rapide de la population et un niveau élevé de la morbi-mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cette forte croissance démographique a pour conséquence une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles limitées, ainsi que sur les services de base dont l'éducation, l'alimentation et la santé.

L'économie burundaise, après avoir enregistré une récession entre 2015 et 2017, reste actuellement en stagnation. Selon les estimations du Fonds monétaire international (FMI), la croissance du produit intérieur brut (PIB) du Burundi a été nulle en 2018 (0,1 %). À court terme, la croissance devrait rester à un niveau très bas, 0,4 % en 2019 et 0,5 % en 2020. Le PIB par habitant a été de 307 USD en 2018, faisant du Burundi l'un des pays les plus pauvres du monde. L'économie du pays reste essentiellement rurale, basée sur l'agriculture et l'élevage avec des moyens de production peu modernes. Selon le rapport du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain, le Burundi est classé à la 185^e position sur 189 pays étudiés en 2018 et 67 % des Burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation s'accompagne d'un faible pouvoir économique de la femme, lié à un accès limité au revenu et à la propriété ainsi que par des contraintes culturelles limitant le pouvoir décisionnel des femmes et des filles au niveau familial et communautaire.

Au niveau politique le Burundi est fragilisé par la crise qui touche le pays depuis avril 2015. Compte tenu du manque d'avancées dans le dialogue avec les autorités dans le cadre de l'application de l'article 96 de l'Accord de Cotonou, les mesures appropriées décidées par le Conseil en mars 2016 sont encore d'application⁶.

Selon les chiffres du Haut-commissariat pour les réfugiés des Nations unies' (HCR) du mois de novembre 2018, il y aurait environ 367 000 réfugiés burundais dans les pays de la sous-région, surtout en Tanzanie, au Rwanda, en République démocratique du Congo (RDC) et en Ouganda. Fin 2018 et depuis 2017, le HCR a accompagné le retour de plus de 55 500 réfugiés burundais (54 877 en provenance de Tanzanie, les autres du Kenya, République démocratique du Congo et Ouganda)⁷. Il y aurait également un nombre équivalent de retours spontanés depuis la fin de l'année 2017. Fin 2018, les prévisions du HCR prévoyait d'accompagner le retour de 116 000 burundais en 2019. Le Burundi accueille également des réfugiés d'autres pays, surtout de la RDC (autour de 75 000). De plus, selon la *Displacement Tracking Matrix* (DTM), en novembre 2018 il y avait environ 151 000 personnes déplacées internes (PDI) dans le pays. Selon les mêmes sources, les populations les plus vulnérables sont: les ménages déplacés, les ménages gérés par des femmes (13 % du total), les mineurs non-accompagnés (3 % du total), les femmes enceintes (2 % des PDI), les personnes vivant avec un handicap (1 % des PDI) et les ménages gérés par des mineurs (1 %).

Le pays est aussi vulnérable à des urgences sanitaires notamment des épidémies de malaria, choléra ou d'autres maladies à potentiel épidémique, ainsi qu'à la malnutrition aigüe sévère (MAS) et à des situations mettant en jeu la santé publique, y compris les situations liées aux

⁵ EDSB III 2016-2017.

⁶ Fin 2018, l'UE a de nouveau constaté le manque d'avancées concernant les conclusions de la Décision du Conseil (EU 2016/394) sur l'article 96.

⁷ 51 % des rapatriés sont des femmes et jeunes filles; 57 % des enfants mineurs et deux sur trois ménages ont pour représentante une femme.

déplacements massifs de population. Actuellement, Ebola au Kivu menace directement les pays de la sous-région, parmi eux le Burundi.

1.2 Cadre stratégique de l'action (mondial, l'UE)

En ce qui concerne la santé, le programme indicatif national (PIN) 2014-2020 établit que les fonds du 11^e FED seront principalement destinés à la maîtrise de la question démographique via la réduction de la fécondité, le renforcement des capacités et des performances du système sanitaire basé sur les six piliers préconisés par l'OMS, parmi lesquels quatre ont été retenus (services, ressources humaines, financement et gouvernance) ainsi qu' à la promotion de l'accès à l'eau potable et l'assainissement comme actions transversales. Le PASS II s'inscrit pleinement dans ces axes stratégiques car il s'adresse aux populations les plus vulnérables par l'offre d'un paquet de soins centré sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), dont la planification familiale (PF). Le PASS II couvre le pilier financement à travers le FBP-G, ainsi que la gouvernance à travers la composante COSA. En ce qui concerne les autres piliers, le PASS II sera complémentaire au volet santé de la mesure d'appui à la résilience des populations.

Les politiques et les stratégies nationales sur la santé, détaillées dans le chapitre suivant sont pleinement en ligne avec l'agenda 2030 et le nouveau consensus européen pour le développement «notre monde, notre dignité, notre avenir»⁸, notamment en ce qui concerne l'accès à des soins de santé de qualité pour les populations plus vulnérables.

Les investissements en santé sont considérés une priorité pour un développement durable. Pour ce faire, l'UE priorise la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, l'appui aux services de SSR et aux stratégies visant la couverture universelle, qui sont aussi des objectifs intégrés dans le *Gender Action Plan* - GAP II, au niveau de l'objectif 10 «égalité d'accès à des services proposant aux filles et aux femmes des soins de santé physique et mentale de qualité à titre préventif, curatif et de révalidation». En ce qui concerne le soutien aux méthodes de PF le programme s'aligne aussi avec l'objectif 11 du GAP II qui met l'accent sur la promotion, protection et respect du droit à la SSR. Le PASS II s'aligne avec toutes ces priorités, et les politiques nationales du pays le font aussi.

1.3 Analyse des politiques publiques du pays partenaire/de la région

La constitution de la République du Burundi établit le droit d'accès aux services de la santé dans son article 55. De même, le pays dans sa Vision 2025⁹ établit la santé comme l'une des priorités au niveau du pilier 2, le capital humain. Le capital humain figure parmi les axes prioritaires de la Vision 2025 avec l'objectif de fournir une meilleure qualité de vie à la population d'une part, et compter sur une population éduquée et jouissant d'une bonne santé d'autre part. En outre, la constitution souligne dans son article 13 que «tous les Burundais sont égaux en mérite et en dignité. Tous les citoyens jouissent des mêmes droits et ont droit à la même protection de la loi. Aucun Burundais ne sera exclu de la vie sociale, économique ou politique de la nation du fait de sa race, de sa langue, de sa religion, de son sexe ou de son origine ethnique», et répète dans son article 22 que «nul ne peut être l'objet de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son ethnique, de son sexe, de sa couleur, de sa

⁸ JO C 210 du 30.6.2017.

⁹ Vision Burundi 2025, ministère du plan et développement communal/Programme des Nations unies pour le développement, 2011.

langue, de sa situation sociale, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques, du fait d'un handicap physique ou mental, du fait d'être porteur du VIH/SIDA ou toute autre maladie incurable».

Le chapitre IV du cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CLSP II)¹⁰ se focalise sur le renforcement des capacités et des performances du système sanitaire, priorité reprise au niveau du nouveau plan national de développement du Burundi (PND 2018 -2027). Le Burundi dispose également d'une politique nationale de santé (PNS)¹¹ et d'un plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015¹² qui a été étendu jusqu'en 2018. Le PNDS III 2019-2023 est presque finalisé ainsi que les plans stratégiques liés, tels que le plan stratégique de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2019-2023 (SRMNIA) et la stratégie pour la nutrition pour la même période (PRONIANUT), parmi d'autres. Le PNDS III a été budgétisé avec l'appui de l'OMS, a suivi la méthodologie JANS et intègre bien les ODD. Les plans stratégiques sont budgétisés aussi. Bien que certains budgets soient considérés excessifs par les analyses vis-à-vis des capacités réelles du pays, ils correspondent aux besoins de santé existants.

Le dialogue sectoriel est organisé autour du cadre de partenariat santé et développement (CPSD) tant au niveau central que provincial¹³. Au niveau central, le CPSD est présidé par le ministre de la santé¹⁴, tandis que la vice-présidence est assurée par le chef de file des bailleurs de fonds (la Belgique jusqu'à la mi-2018, à présent la France). Le CPSD est en charge de la coordination des partenaires et du dialogue sectoriel et sa mission est celle d'établir les grandes lignes et priorités dans le domaine de la santé au pays. Pour ce faire, le CPSD s'organise avec des différents groupes thématiques clés, à savoir: ressources et financement, médicament, santé mère/enfant, suivi et évaluation, demande et offre de soins. Au niveau des bailleurs, il existe aussi une instance de coordination, le GPFS (groupe de partenaires financiers du secteur de la santé), qui ressemble les principaux bailleurs de fonds. Le GPFS a comme mission le partage d'informations, l'analyse du secteur et la promotion de l'alignement et harmonisation au niveau des principales stratégies d'appui au secteur. Il se réunit avec une fréquence mensuelle. La présidence du GPFS (à présent la France) assure aussi la vice-présidence du CPSD.

Des progrès ont été réalisés dans le secteur de la santé depuis la mise en œuvre de la politique nationale de santé et les plans nationaux de développement sanitaire et grâce à des réformes clés, à savoir: i) la gratuité des soins de santé aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans; ii) la décentralisation des services de santé afin d'aboutir à des districts sanitaires autonomes, financièrement viables et pouvant répondre aux besoins de santé locaux et iii) les modes de financement avec l'introduction du financement basé sur les performances (FBP), généralisé à l'échelle nationale en avril 2010, comme instrument pour assurer le financement de la gratuité ciblée des soins. En fait, la récente évaluation externe du PASS (février 2019) a montré la pertinence de continuer à appuyer le financement de ladite gratuité.

¹⁰ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté CLSP II, République du Burundi, janvier 2012.

¹¹ Politique nationale de santé 2016-2025, République du Burundi, janvier 2016.

¹² Plan national de développement sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, République du Burundi, 2016.

¹³ Le CPSD a été fortement affecté par la crise de 2015 mais il est actuellement en train de se redynamiser, même si avec quelques contraintes et difficultés. Le niveau central est déjà bien actif, alors que les CPSD provinciaux nécessitent encore d'accompagnement. La Délégation de l'UE y participe activement.

¹⁴ Tous les autres ministères clés y sont dedans (finances, intérieur, éducation, environnement, agriculture et élevage, genre et droits de l'Homme, commerce, eau, travail et protection civile) ainsi que la société civile nationale et internationale.

À l'instar des autres pays de la région, le système de santé du Burundi fait face à de multiples problèmes liés aux contraintes macro-économiques, la double charge de morbidité (maladies transmissibles et non-transmissibles), des contraintes de financement de la santé – insuffisant et fragmenté –, une démographie galopante, et une accessibilité difficile parmi d'autres. En absence de données plus actualisées, il faut remonter vers les années 2013 pour retrouver les dernières données des comptes nationaux pour la santé. Il ressort que les dépenses totales en santé (DTS) par habitant au Burundi sont passées de 17,4 USD en 2007 à 30,5 USD en 2013 contre 60 USD comme norme fixée par l'OMS¹⁵¹⁶. Il faut par ailleurs reconnaître les efforts du gouvernement burundais pour financer le système de santé. À savoir: (i) l'instauration des mécanismes de prépaiement notamment le financement de la carte d'assistance maladie (CAM) par le gouvernement à 100 % avec une adhésion satisfaisante de 85 % de la cible de 90 %; (ii) la gratuité assurée pour la vaccination, la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les PVVIH, les tuberculeux et les cas de paludisme simple; (iii) la réduction de la contribution des ménages pour les dépenses en santé passant de 40 % en 2007 à 19 % en 2013. Ces efforts ont permis d'augmenter l'accès aux soins pour les ménages les plus pauvres en allégeant la charge des ménages sur des dépenses de santé.

L'engagement du ministère avec la politique de gratuité des soins est démontré au niveau de la mise en place de la cellule technique nationale du FBP¹⁷ (CTN-FBP), l'organe en charge d'organiser le mécanisme FBP, ainsi qu'à travers la contribution du gouvernement au FBP-G, prévue dans le budget de l'État¹⁸. Il est de même pour la direction chargée de la participation communautaire, dénommée direction de la promotion de la santé, de l'hygiène et l'assainissement (DPSHA), direction qui est chargée de la tutelle de toutes les interventions en relation aux comités de santé. Toutefois, la DPSHA n'a pas beaucoup de budget hors les traitements de ses fonctionnaires.

Actuellement il existe d'autres types de FBP à part le FBP-G, à savoir FBP pour les organes de régulation, FBP communautaire, FBP pour les violences basées sur le genre, FBP pour les écoles de formation, etc.¹⁹. Dans ces domaines cependant, l'UE a opté pour d'autres modalités de soutien que le FBP²⁰.

¹⁵ PS- SRMNTA 2019 – 2023.

¹⁶ Selon les données de l'OMS en 2014, les dépenses totales en santé par capita sont de 58 USD et les dépenses totales en santé comme pourcentage du PIB sont de 7,5 %.

¹⁷ Cette cellule est rattachée à la direction générale des services de santé et de lutte contre le SIDA (DGSSLS).

¹⁸ Selon les données d'ENABEL (programme PASS), pendant l'année 2017 le FBP-G a été financé par l'Union européenne à 48,67 %, par la Banque mondiale – projet Kira – à 35,33 % et par le gouvernement à 16 % (7 165 899 551 FBU).

¹⁹ Si on considère tous les types de FBP confondus, le pourcentage de contribution du gouvernement pendant l'année 2017 est de 15,68 % (8 119 610 083 FBU ou 4 613 415 USD).

²⁰ Le mécanisme FBP au Burundi s'utilise au-delà du FBP-G et des subventions sont accordées à des entités autres que les formations sanitaires à proprement parler. Dans ce cadre, il faut citer le FBP structures qui fournit des incitatifs financiers aux administrations sanitaires, un FBP destiné aux écoles de formation du personnel infirmier, un FBP destiné aux centres de prise en charge intégrale des violences basées sur le genre (VBG), et le FBP communautaire qui vise à financer un certain nombre de prestations communautaires réalisées par des agents de santé de base au niveau de la communauté et qui, au moment de la formulation de ce document d'action, est en cours d'extension (7/18 provinces ciblées en 2019). L'UE observe avec attention mais aussi avec inquiétude cette extension du mécanisme du FBP en considérant leurs potentiels effets pervers. Le FBP semble vouloir répondre à tous les besoins du système et progressivement toutes les directions et services demandent d'être bénéficiaires du FBP. En considérant les salaires très bas, il peut y avoir une recherche prioritaire de la prime associée. Bien que

En résumé, et malgré le contexte tendu, l'absence de dialogue politique et les difficultés que le pays traverse, il existe une volonté réelle au niveau du ministère en charge de santé publique de s'attaquer aux défis majeurs du système de la santé, de se focaliser sur la qualité des soins et de définir et mettre en œuvre une politique crédible et pertinente. Il existe aussi une volonté réelle d'y associer les bailleurs de fonds.

1.4 Analyse des parties prenantes

Les **bénéficiaires finaux (détenteurs de droits)** sont la population burundaise en général, en particulier les femmes et les enfants de moins de 5 ans et notamment les plus vulnérables d'entre eux qui recevront gratuitement un paquet minimum et un paquet complémentaire établi des soins de santé maternelle, de la reproduction, néonatale, et infantile (FBP-G)²¹. La principale contrainte de la population en matière d'accès au système de santé est de devoir payer pour les prestations, pour les médicaments, les consultations, etc. Les *out of pocket* paiements (voir section en bas) sont encore très élevés et peuvent rapidement faire glisser un ménage dans la pauvreté. La politique de gratuité ciblée s'avère comme un instrument très pertinent pour lutter contre cette contrainte.

Les **bénéficiaires directs (détenteurs de responsabilités)** sont les formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) qui recevront les paiements accordés par l'UE dans le cadre du FBP-G (premier objectif spécifique) et les membres des COSA au niveau de leur renforcement des capacités prévu dans le cadre du second objectif du projet (au niveau des centres de santé). On pourra aussi considérer comme des bénéficiaires directs les instances de coordination et supervision du FBP-G, notamment les Comités provinciaux de vérification et validation (CPVV), les équipes-cadres de district et de province, en charge du suivi et évaluation de la mise en œuvre des soins de santé aux formations sanitaires et les responsables des évaluations improvisées. Dans le cadre du PASS II, et en comparaison au PASS I, un effort sera fait pour avancer vers une intégration des différents niveaux des soins de santé, qui ne peuvent rester dissociés pour un fonctionnement optimal de l'ensemble du système. Les contraintes de ces groupes sont de caractère divers, notamment des besoins en formation et actualisation, des besoins en équipements, accompagnement, stabilité dans leurs postes de travail (haut niveau de rotation), pénurie des ressources humains dans les FOSA, etc.

Comme **bénéficiaires indirects (détenteurs d'obligations)** pour la composante FBP-G on peut citer la cellule technique nationale du FBP (CTN-FBP) et diverses directions de la direction générale des services de santé et de lutte contre le SIDA (DGSSLS), parmi eux la DPSHA en ce qui concerne les comités de santé. Les services de santé périphériques (bureau de district sanitaire (BDS) et bureau de province (BPS)) sont aussi sous l'autorité de la DGSSLS.

cela ne doit pas être négatif per se, les défaillances du système sanitaire et le manque de motivation ne peuvent pas toutes se résoudre par le FBP. On observe le risque de négliger des prestations et indicateurs qui ne sont pas liés aux indicateurs prioritaires. Le débat sur le FBP est long et complexe mais à la date d'aujourd'hui et à travers la mise en œuvre du PASS et de l'analyse de ses acquis et défaillances (visites de terrain, entretiens, analyse d'indicateurs et tendances, évaluation externe), l'UE a conclu que l'extension au financement des autres composants du FBP n'est pas pertinente pour cette action, surtout en considérant le besoin d'investir davantage sur le FBP-G (en termes de qualité des soins, hôpitaux de district, supervision des équipes cadres, intégration des différents niveaux du système, etc.).

²¹ La gratuité ciblée des soins mise en œuvre à travers le FBP -G se dirige à toutes les femmes burundaises résidant au Burundi et aux enfants de moins de 5 ans dont les parents ne sont pas salariés du secteur formel, de nationalité burundaise et résidentes au Burundi.

Autres intervenants clés sur le FBP et la gratuité ciblée des soins:

Outre l'Union européenne, la Banque mondiale (à travers son projet KIRA²²) et aussi l'État burundais sont engagés à participer au financement du FBP-G ainsi que l'Allemagne- KfW et GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation*).

La coordination entre partenaires et le ministère au niveau du CPSD, autant au niveau national que provincial, est un cadre important pour l'analyse des acquis et défaillances de l'intervention. Il en est de même pour le groupe de partenaires financiers du secteur de la santé (GPFS) qui rassemble les principaux bailleurs du système de santé au pays.

1.5 Analyse des problèmes/domaines d'appui prioritaires

L'état de santé de la population burundaise reste précaire malgré les progrès obtenus²³, et ceci n'est pas seulement la responsabilité du système de santé comme tel mais aussi des déterminants sociaux de la santé²⁴. En effet, 5,6 enfants sur 10 sont malnutris, le taux de mortalité maternelle est de 334/100 000 enfants nés vivants, 1 enfant sur 20 meurt avant d'atteindre son premier anniversaire et globalement le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 78 %²⁵. La lutte contre les maladies transmissibles reste prioritaire avec le paludisme comme la principale maladie endémique et mortelle. L'annuaire de l'ISTEEBU (Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi) 2016 montre que le paludisme est la première cause de mortalité dans les hôpitaux. En ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans, le paludisme est suivi de l'infection bactérienne du nouveau-né, pneumopathies bactériennes ou sans précision, des autres maladies infectieuses et détresse respiratoire du nouveau-né parmi d'autres. En ce qui concerne les personnes âgées de 5 ans et plus, après les causes citées ci-dessus il y a aussi le diabète insulino-dépendant avec et sans complications, l'insuffisance cardiaque, les accidents-vasculaires cérébraux et autres.

Financement du système de la santé

Des chevauchements et fragmentations s'observent avec les différents mécanismes de financement existants: FBP-G; la carte d'assistance maladie (CAM); la prise en charge des indigents; la mutuelle de fonction publique (MFP); les mutuelles communautaires et les mécanismes de protection maladie du secteur privé formel. Certaines études montrent que la couverture du risque maladie est encore faible car elle représente globalement une fourchette de 55-70 %²⁶. La même étude signale encore une très forte contribution des ménages au financement de la santé (plus de 30 %)²⁷. En outre, la CAM, qui permet une exonération de

²² Projet de continuité de la Banque mondiale du précédent projet PADSS. Kira a démarré fin 2016 – début 2017 avec un montant de 40 600 000 USD, actuellement en prolongation et en augmentation budgétaire. Le projet Kira cible aussi le paiement du FBP gratuit aux FOSA au niveau nationale ainsi que le FBP communautaire.

²³ EDSB III 2016-2017.

²⁴ Approche OMS 2005: les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités à niveau sanitaire, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde, et sont fragilisés au Burundi.

²⁵ La responsabilité des déterminants sociaux de la santé sur la population sera abordée notamment pour la mesure résilience 95 000 000 EUR de l'UE au Burundi, notamment dans ses composants de santé et appui durable pour la nutrition ce qui permettra une complémentarité avec le PASS II.

²⁶ Étude sur les mécanismes de santé au Burundi, AEDES 2013.

²⁷ Les données du PNUD 2016 signalent que la dépense publique en santé (y compris le budget de l'État ainsi que les subventions externes et les fonds sociaux) ne représente que 4 % du PIB.

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. De même, le système permet que la CAM puisse se souscrire au moment de tomber malade et a un coût trop bas pour la couverture de toute une famille pour une année (autour 1,5 USD), ce qui rend le système insoutenable financièrement.

Gouvernance

Le système fait face à des difficultés pratiques et une pénurie de ressources pour mettre en place une supervision et un accompagnement rapproché du niveau central vers le niveau périphérique. Concernant la participation de la société civile, bien que le cadre réglementaire prévoie les COSA et leur rôle dans la cogestion des FOSA (contrôle des stocks, supervision des plans d'action des FOSA, lien entre population et FOSA, etc.), les COSA sont formés par des membres de la société civile souvent avec très peu de formation et beaucoup d'obligations journalières de subsistance. Ils ont donc du mal à pouvoir jouer leur rôle de manière effective. Cela se traduit par des faiblesses de redevabilité et transparence. L'action vise à continuer à les accompagner avec des activités de renforcement de capacités et la mise en place de mécanismes incitatifs. Le PASS II mettra à l'échelle les résultats obtenus en s'alignant avec les nouvelles démarches en termes de santé communautaire au pays, tout en introduisant des approches d'auto-renforcement des COSA, notamment par tutorat et à travers des échanges d'expériences.

Capacité opérationnelle et médicaments

Les résultats de l'enquête SARA 2017²⁸ permettent de voir quelques problèmes clés du système. L'indice de capacité opérationnelle²⁹ des services généraux est de 61 % au niveau national avec la 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 pays qui n'arrive pas à servir la totalité des médicaments dont les services périphériques ont besoin. Les causes des ruptures de stock de la centrale d'achat du Burundi (CAMEBU, service rattaché directement au cabinet du ministre) sont principalement liées à l'application du code des marchés publics (seuil des marchés) et à l'accès limité aux devises pour assurer un approvisionnement continu. Elles sont aussi internes à la CAMEBU et de nature structurelle (redevabilité vis-à-vis de sa mission, des ressources techniques en nombre limitée, etc.). Ces ruptures de stock retentissent sur les pharmacies du district et finalement sur les centres de santé et leurs patients.

Ressources humaines et infrastructures sanitaires

Une rationalisation des infrastructures sanitaires est nécessaire (insuffisance du réseau de santé ainsi qu'une faible distribution géographique) accompagnée d'une redistribution et soutien aux ressources humaines en santé. Le ratio médecins/10 000 habitants est de 0,3 dans le pays. A titre de comparaison, en RDC le ratio s'élève à 1,1, en Ouganda à 1,2 et 0,6 au Rwanda³⁰. En outre, à Bujumbura, qui représente 8% de la population, résident plus de 53% des médecins

²⁸ 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.

²⁹ La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les cinq 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.

³⁰ PNUD 2016.

existants dans le pays et plus de 50% des infirmiers³¹. La correction des disparités provinciales et les disparités urbain/rural doivent être encouragées mais cela nécessite un dialogue sectoriel avancé.

Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire (SIS) a été élevé, en octobre 2011, au niveau de la direction nationale sous la direction générale de la planification, du suivi et de l'évaluation. De toute évidence, cela démontre l'engagement du gouvernement du Burundi à renforcer son SIS. La direction du système national d'information sanitaire (DSNIS) est organisée en trois services: la gestion du système d'information de santé, la surveillance épidémiologique et la recherche, et des études. La qualité des données est globalement bonne si bien qu'il y a encore des défis en termes de complétude, promptitude et exactitude ainsi que d'utilisation de ces données pour la planification sanitaire. Il y a encore une fragmentation de plusieurs bases et systèmes de données (base de données FBP&CAM: Open RBF, DHIS2, OpenClinics, SIDA Info, LMIS...) qui parfois peinent à s'intégrer malgré les efforts sont en cours³².

Domaines d'appui prioritaires

L'intervention du PASS II s'attaque surtout au pilier financement du système de santé afin de contribuer à l'accessibilité à des soins de santé de qualité pour les plus vulnérables et en moindre mesure au pilier gouvernance. Le principal but de l'action est d'améliorer l'accès aux soins de qualité du paquet minimum d'activités (PMA), fourni au niveau du centre de santé, et du paquet complémentaire d'activités (PCA), fourni au niveau des hôpitaux. Il s'agira également d'augmenter la qualité des soins (qualité objective et qualité perçue) en concordance avec la théorie du changement du FBP-G. Pour ce faire et comme déjà fait pendant le PASS, le PASS II cofinancera (avec les autres bailleurs du FBP-G) les coûts des soins de santé pour les populations cibles de la gratuité des soins. Le financement des prestations des soins et les mesures qui l'entourent (notamment tout ce qui concerne la vérification des prestations et aussi la supervision réalisée par le système, par les entités associées et entités externes) visent à réduire les barrières à l'utilisation des soins par les populations cibles. Avec la mise à disposition de moyens financiers, les formations sanitaires pourront continuer à recruter et payer du personnel supplémentaire (afin de combler les défaillances en ressources humaines surtout au niveau rural) (comme ils le font avec le PASS I), octroyer des primes de performance, acheter des médicaments, faire des réparations et des petits investissements, etc. Ce système doit à terme améliorer l'autonomie des formations sanitaires ainsi que leur gestion.

Les priorités de cette action se basent sur des constats qui ont été relevés pendant la mise en œuvre du PASS I et également soulignés par son évaluation, à savoir: la pertinence de concentrer davantage les efforts sur la qualité des soins (plutôt que sur la quantité de services fournis), de rééquilibrer les appuis au profit du paquet complémentaire d'activités (fourni au niveau des hôpitaux) et d'appuyer les cadres de supervision, vérification et validation. Ces améliorations se retrouvent aussi dans le PASS II. En ce qui concerne les COSA il faudra chercher davantage de mécanismes innovants et efficaces pour continuer à assurer la participation de la société civile dans la gestion des structures de l'État et la redevabilité associée.

³¹ Vision 2025.

³² USAID (Mesure évaluation) et ENABEL sont des acteurs très actifs sur le SIS.

2 RISQUES ET HYPOTHESES

Les principaux risques identifiés sont liés aux faiblesses en termes de ressources humaines pour la santé, au financement fragmenté, fragile et insuffisant du système, à la faible disponibilité de médicaments et aux capacités limitées de l'offre de services de qualité.

Risques	Niveau de risque (E/M/F ³³)	Mesures d'atténuation
Turn-over important des cadres de niveau périphérique induisant une discontinuité dans l'encadrement des formations sanitaires.	E	Vigilance accrue des acteurs et participation au dialogue technique avec le MSPLS. Sensibilisation des autorités au problème.
Tensions entre le bureau de province sanitaire et les CPVV en rapport avec leurs rôles respectifs d'encadrement et de vérification.	M	Vigilance accrue des acteurs et participation au dialogue technique avec le MSPLS tant au niveau central que périphérique. Appui aux CPVV dans l'intervention afin de renforcer leur indépendance.
Disponibilité insuffisante des médicaments essentiels génériques de qualité.	M	Suivi rapproché de la problématique d'approvisionnement en médicaments essentiels. Les subventions du FBP sont garanties par le manuel de procédures du FBP de l'achat des médicaments. Eventuel recours à de l'expertise court terme pour appuyer le MSPLS dans sa réflexion stratégique sur l'approvisionnement en médicaments. Participation au dialogue technique sur la mise en place d'un système d'information logistique plus efficace.
Extension non contrôlée de la carte sanitaire (inclusion non justifiée de nouvelles formations sanitaires dans la liste des bénéficiaires des subventions FBP-G).	M	Vigilance accrue des acteurs et participation au dialogue sectoriel.
Surconsommation médicale par les populations bénéficiant de la gratuité et par conséquence, augmentation des coûts. Coûts des prestations qui ne répondent pas aux prix réels des services ³⁴ .	M	Suivi avec la cellule technique (CT) FBP de l'utilisation effective des fonds aux finalités du FBP, appui à leur rôle de vigilance et supervision et plaidoyer pour l'étude d'actualisation des coûts.
Mode d'achat des services privilégiant la	M	Travail auprès de la CT FBP afin de

³³ Élevé (E), moyen (M), faible (F).

³⁴ La crainte généralisée des services de santé est que les coûts des prestations n'ont pas été actualisés et peinent à répondre aux coûts réels des services. Le ministère avec la Banque mondiale est chargé de faire (depuis 2017) une étude d'actualisation de ces coûts qui pour l'instant n'a pas encore eu lieu. En attendant, il se peut qu'il y ait une surconsommation (dépassement du nombre de contacts annuels par année sur l'indicateur de nouvelles consultations <5 ans).

quantité sur la qualité (FBP).		renforcer le poids des indicateurs qualitatifs.
Le FBP communautaire en voie de mise en place augmente la charge administrative des responsables des formations sanitaires, les détournant de leurs fonctions de soins ³⁵ .	M	Vigilance accrue des acteurs et sensibilisation/plaidoyer auprès du MSPLS. Études spécifiques sur les effets du FBP communautaire sur le système si nécessaire.
Négligence du rôle des COSA dans la gestion des centres de santé de la part le personnel du ministère de la santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.	M	Participation systématique de COPED aux réunions du COPI (comité de pilotage). Plaidoyer.
Déséquilibre entre les avancements sur le FBP communautaire et les primes octroyées aux agents de santé communautaires dans le système du FBP communautaire et le bénévolat qui se maintient pour les COSA.	E	Travail avec la DPSHA. Plaidoyer.
Stéréotypes régnant, faisant obstacles aux groupes vivant dans des situations de vulnérabilité, d'utiliser de manière égale, non-discriminatoire les services offerts	F	Mesure positives et attention particulière à la participation de ces groupes tout au long du processus de coopération.
Hypothèses		
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité économique et politique et absence de violations d'accès aux soins; • La politique de FBP-gratuité se poursuit selon les orientations déjà en place; • La politique des COSA se poursuit selon les orientations déjà en place; • La promotion de la participation de la société civile au niveau des politiques sanitaires est maintenue; • Les fonds mis à disposition par les autres bailleurs (Banque mondiale, gouvernement, Fonds mondial (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GAVI) ne se tarissent pas, voir augmentent et permettent d'assurer la disponibilité des intrants spécifiques; • Les autres modalités d'appui au financement de la santé (notamment la CAM) sont fonctionnelles et ne souffrent pas d'arriérés trop importants; • Coordination effective des bailleurs de la santé et coordination fonctionnelle au niveau du CPSD. 		

3 ENSEIGNEMENTS TIRES ET COMPLEMENTARITE

3.1 Enseignements tirés

La formulation de cette action se base sur les conclusions de l'évaluation externe du programme PASS, réalisée en 2018, et qui a constaté une forte pertinence des deux volets du PASS et a recommandé un prolongement de l'action comme un moyen efficace d'avancer vers une couverture universelle effective.

³⁵

Il est également possible que la mise en œuvre d'une telle stratégie détourne l'attention des opérateurs du financement basé sur la performance du FBP-G à proprement parler (dans les centres de santé et hôpitaux) et même contribue à diminuer le PMA offert au niveau des CdS qui partiellement passera à être pris en charge par les Agents de Santé communautaire (ASC) (possible souci de qualité aussi).

Outre les effets positifs directs sur l'accessibilité des soins de qualité, après presque 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) on observe l'amorce d'une transformation managériale systémique notamment au niveau des formations sanitaires qui gagnent en autonomie. 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 minoritaire 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 on peut citer:

- Dans le FBP-G, il est important d'accorder plus d'attention sur la qualité des soins, entre autres à travers: i) le plaidoyer pour l'amélioration/adaptation des indicateurs existants - plutôt quantitatifs - en introduisant des pondérations pour la qualité; ii) l'évolution des outils de vérification de la qualité des soins et iii) à travers la mise en place de tarifs et de règles valorisant plus la qualité des soins.
- Pour réduire effectivement la barrière financière et améliorer la prestation de soins, il est aussi incontournable de se recentrer sur l'hôpital de district. Aujourd'hui, aux vues des informations déjà disponibles, on peut en effet constater que le prix de remboursement du paquet complémentaire d'activités ne permet pas de couvrir le coût des soins réel au niveau de l'hôpital, et que ceci influe très négativement sur la qualité de soins à ce niveau³⁶.
- Les contraintes du système (en matière financière, par rapport aux médicaments ou aux ressources humaines, en matière de gouvernance décentralisée, etc.) doivent être adressées de manière plus énergique par le MSPLS. À ce niveau, les opérateurs du futur PASS II peuvent et doivent exercer un rôle de lanceurs d'alerte.
- La question des groupes vulnérables (réfugiés, grands indigents, handicapés, femmes célibataires, jeunes filles, etc.) et de leur accès aux soins devra être adressée de façon spécifique et énergique.
- Le système de santé est qui unique et alimente strictement le système périphérique en négligeant les niveaux intermédiaires et central, peut devenir problématique à long terme. Il faudra donc appuyer les éléments clés de supervision, contrôle et vérification interne au système de santé afin de trouver un équilibre dans le système et accompagner les mandats de supervision des FOSA (BDS/BPS).
- Les partenaires de mise en œuvre du PASS II (ENABEL et COPED) devront nourrir le dialogue sectoriel sur le FBP-G, et ce notamment à partir de l'expérience acquise sur le terrain. Dans ce cadre, l'assistance technique d'ENABEL, mais aussi les cadres de COPED, doivent mieux exploiter toutes les formes d'informations disponibles, mais aussi mettre en place des processus innovants de recherche opérationnelle permettant l'analyse des goulots d'étranglement identifiés, puis faire remonter cette information traitée vers le niveau central du MSPLS et ses partenaires.

³⁶

L'étude de coûts programmés par la Banque mondiale devrait permettre d'affiner ce diagnostic.

- Pour que la gouvernance et la participation de la société civile à la cogestion des centres de santé soient efficace, des méthodes innovantes sont nécessaires ainsi qu'un meilleur alignement avec les nouveaux développements du système de santé communautaire (FBP-communautaire et groupements d'agents de santé communautaires (GASC). Les exemples des pays où les soins de santé primaires sont bien articulés avec le contrepoids de la communauté pourront servir d'exemple.

Étant bien conscients des limites de gain de performance sans un travail consistant sur l'ensemble des piliers du système de santé, il est important d'assurer les complémentarités et synergies entre le PASS II et la mesure résilience (95 000 000 EUR), pas seulement sur sa composante santé, mais aussi sur sa composante développement rural pour la nutrition et en moindre mesure sa composante énergie. À cet effet, la définition des actions à entreprendre dans le cadre du volet santé de la mesure résilience a pris en compte le PASS I et son extension au PASS II.

Enfin, le PASS II doit commencer à construire les bases et fournir des pistes opérationnelles concrètes pour un potentiel futur appui sectoriel au niveau du secteur de la santé.

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

Le PASS II sera complémentaire et en synergie avec les autres interventions contribuant au financement et à la mise en œuvre du FBP-G, notamment avec le projet KIRA de la Banque mondiale (voir section 1.4) et les financements de l'État burundais et des autres bailleurs de fonds (KfW et GAVI). Des synergies devront également être développées avec d'autres types du FBP, notamment le FBP-structure qui fournit des incitants financiers aux services administratifs du MSLPS et éventuellement le FBP-communautaire (financé principalement par la Banque mondiale, ainsi que par KfW dans certaines provinces du pays)³⁷.

Enfin, au titre des synergies et comme déjà mentionné, il faut re-souligner l'intervention financée par l'UE dans le cadre du volet santé de la mesure d'appui à la résilience (45 000 000 EUR sur trois ans): l'ensemble des cinq subventions prévues vont renforcer davantage les piliers du système de santé qui ne sont pas couverts par le PASS II, notamment les services de santé, la formation des ressources humaines et les équipements. Des synergies seront également recherchées avec les deux autres composantes de l'appel résilience (développement rural pour la nutrition et énergie).

Il y a plusieurs cadres actifs pour la coordination des intervenants dans le pays dans le domaine de la santé. Tel que mentionné dans la section 1.3, le dialogue sectoriel est organisé dans le cadre de partenariat santé et développement (CPSD), autant au niveau central qu'au niveau provincial. Les partenaires financiers de la santé se sont également organisés au sein du GPFS (groupe de partenaires financiers du secteur de la santé) avec un fort leadership de l'Union européenne et de ses EM. Enfin, la Délégation de l'Union européenne, les États membres présents au Burundi (Allemagne, Belgique, France et Pays-Bas) et la Suisse se sont accordés pour une programmation conjointe qui inclut aussi le secteur de la santé où tous les pays sont actifs.

La direction-générale aide humanitaire et protection civile (DG ECHO) est présente au niveau de la sous-région (mais n'a actuellement pas de bureau au Burundi) et se focalise surtout au

³⁷ Même si par certains égards le FBP-communautaire peut aussi constituer une menace, notamment si celui-ci accapare le personnel de santé en lui confiant une somme supplémentaire trop importante de responsabilités administratives et n'arrive pas à assurer la qualité des soins offerts par les ASC/GASC.

niveau des burundais/es réfugiés à l'extérieur. Au niveau du pays et sur le secteur de la santé, la DG ECHO appuie les soins de santé pour les réfugiés congolais au Burundi.

4 DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1 Objectif général, objectif(s) spécifique(s), produits attendus et activités indicatives

L'objectif général est:

- Améliorer l'état de santé de la population dans les 18 provinces du Burundi.

Les objectifs spécifiques sont:

- OS1: l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est renforcé.
- OS2: la participation de la société civile à la cogestion du système de santé est améliorée.

Pour la durée couverte par le présent projet, les **produits attendus** sont:

PRODUIT 1.1: les prestations de santé sont assurées et financièrement accessibles pour les populations ciblées (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans).

PRODUIT 1.2: les FOSA (CdS et HD) garantissent une offre de soins de qualité et une gestion administrative et financière performante.

PRODUIT 1.3: le cadre régulateur est amélioré dans les domaines de l'assurance de la qualité des soins, de l'encadrement, de la supervision, de la coordination, de la participation au dialogue sectoriel sur les sujets du financement de la santé.

PRODUIT 2.1: les comités de santé participent effectivement au monitoring et à l'amélioration des performances, à la prise de décision au niveau des centres de santé et assurent une rétro information aux populations collinaires qui les ont mandatées.

Les activités prévues sont les suivantes:

Pour le produit 1.1:

ACT 1.1.1: assurer le cofinancement des coûts de prestations des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, soumises au paiement par l'UE dans le respect de ses procédures ainsi que de celles fixées par le manuel de procédures du financement basé sur la performance au Burundi.

ACT 1.1.2: appuyer les systèmes de validation, vérification et contre-vérification en privilégiant les mécanismes propres au système et les vérifications qualité plus que celles simplement quantitatives et les audits financiers complets plutôt que les audits quantité³⁸. Les conclusions de ces analyses seront partagées avec toutes les parties concernées (titulaires de droits, d'obligations et responsabilités).

³⁸

Il faudra appuyer les mécanismes internes au système en ce qui concerne la vérification et la contrevérification au niveau des organes en charge de la supervision des FOSA (notamment BDS/BPS). En outre et concernant les mécanismes propres au PASS II pour la contrevérification, il faudra analyser davantage la plus-value des mécanismes proposés. Le PASS a déjà constaté le peu de différences et d'information additionnelle apportée par les audits quantitatifs (ils ne font que recompter à nouveau les chiffres déclarés). En revanche, les audits financiers complets faits aux FOSA ont apporté plus d'informations clés.

ACT 1.1.3: appui aux organes de vérification au niveau périphérique, en l'occurrence les comités provinciaux de vérification et de validation (CPVV) ainsi que la CTN-FBP pour leurs tâches de contrôle et supervision.

Pour le produit 1.2:

ACT 1.2.1: mettre en place les outils dans les FOSA (priorité pour les hôpitaux de district) permettant d'améliorer la qualité des soins: finalisation, validation, diffusion et formation à l'utilisation des référentiels, mise à l'échelle des outils digitalisés tels que les SPT (suivi des protocoles) et autres.

ACT 1.2.2: renforcement des compétences techniques, administratives et financières des FOSA dans les domaines concernant notamment les femmes et les enfants de moins de 5 ans et en priorisant les hôpitaux de district.

ACT 1.2.3: formation des prestataires dans les FOSA à l'utilisation de méthodologies «assurance qualité»³⁹.

ACT 1.2.4: appui à l'accès aux services de base nécessaires dans les FOSA pour offrir des soins de qualité: eau, électricité, hygiène et appui à la gestion des déchets.

Pour le produit 1.3:

ACT 1.3.1: appui aux équipes-cadres de district et de province dans leurs tâches de supervision et accompagnement.

ACT 1.3.2: appui à l'organisation des réunions de coordination sectorielle et multisectorielle.

ACT 1.3.3: élaboration d'études, enquêtes et analyses afin d'alimenter la réflexion sectorielle⁴⁰ à partir d'un mécanisme de rétro information issue du terrain et à travers un dialogue technique soutenu avec la CTN-FBP, les autres parties prenantes du MSPLS, ainsi que le groupe des bailleurs de fonds⁴¹.

ACT 1.3.4: appui technique de qualité au niveau central (CTN (cellule technique nationale), DSNIS (système national d'information sanitaire), DGP (direction générale de planification), DGR (direction générale des ressources), DODS (direction de l'offre et la demande des soins), ...) afin d'améliorer leurs performances en termes de planning, de contrôle sur la qualité des soins, analyse des données, coaching et supervision.

Pour le produit 2.1:

ACT 2.1.1: formation et appui technique/financier aux comités de santé pour leur meilleure participation au monitoring et à la cogestion des activités et des ressources des centres de santé ainsi qu'à la prise de décisions opérationnelles ou stratégiques au niveau le plus décentralisé.

ACT 2.1.2: analyses, études et visites d'échange d'expériences - si pertinent- pour alimenter la réflexion sectorielle sur la participation communautaire et le dialogue avec la DPSHA et la CTN-FBP en exploitant les opportunités offertes par la disponibilité d'informations produites dans le cadre du projet.

³⁹ En ce qui concerne les activités de renforcement de compétences, ENABEL priorisera le travail en partenariat avec des institutions burundaises pour le transfert et pérennisation de la capacité de formation.

⁴⁰ Y compris la proposition d'outils de préparation pour la continuation du PASS II vers un appui type appui budgétaire pour être prêts à terme, quand les conditions seront remplies (voir sections précédentes).

⁴¹ En exploitant les opportunités offertes par la disponibilité d'informations tant quantitatives que qualitatives produites dans le cadre du FBP-G.

4.2 Logique d'intervention

Si, i) la stabilité économique et politique du pays se maintient avec absence de violations d'accès aux soins, ii) la politique de FBP-gratuité se poursuit selon les orientations en place et iii) les fonds mis à disposition par les autres bailleurs (Banque mondiale, le Gouvernement, le Fonds mondial, GAVI) ne se tarissent pas, voir augmentent (et permettent d'assurer la disponibilité des intrants spécifiques) et *si en même temps* l'action réussit à: i) assurer l'accès financier pour des prestations sanitaires aux populations cibles, ii) augmenter la qualité des soins au niveau des FOSA et iii) améliorer le cadre de régulation sanitaire, l'action pourra atteindre l'objectif spécifique de fournir un accès équitable aux soins de santé de qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

En effet la poursuite du cofinancement des prestations de soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans par l'UE permettra de continuer à garantir un accès au paquet minimum et paquet complémentaire des soins pour ces populations pour la durée du programme, ce qui en retour doit améliorer l'état de santé et réduire la mortalité et la morbidité dans les deux groupes de populations ciblées, contribuant ainsi à l'objectif de développement durable n°3 *«donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous»*. Le soutien à l'approche nationale du FBP-gratuité (décrite en détails dans le manuel de procédure du FBG-gratuité) s'avère comme un mécanisme très utile car il prévoit le financement du paquet minimum d'activités pour les populations cibles du centre de santé et du paquet complémentaire d'activités au niveau des hôpitaux inscrits dans la carte sanitaire du pays (définie par la direction nationale de la santé).⁴²

Les produits à atteindre par l'action ciblent non seulement l'amélioration de l'accès financier aux soins mais également leur qualité, à la fois dans la dimension technique et en termes d'accueil des patients. Les leçons apprises du précédent programme (mises en évidence par son évaluation à mi-parcours) montrent qu'un effort doit encore être consenti à ce dernier niveau.

Le PASS II permettra de renforcer la qualité des soins à travers des interventions spécifiques, notamment:

- (i) l'appui aux systèmes de vérification, contrevérification et audit sur la qualité des soins (avec une amélioration des processus de rétro information à tous les niveaux et la recherche opérationnelle pour une meilleure efficacité des outils qualité);
- (ii) l'exploitation des données disponibles dans le système (au niveau des systèmes d'information sanitaire de routine, du FBP lui-même, des contrevérifications réalisées dans le cadre du programme financé par l'UE et enfin d'autres données disponibles);
- (iii) la mise en place d'un processus de capitalisation des bonnes pratiques;
- (iv) l'appui aux systèmes de supervision interne (éventuellement appui aux équipes cadres et instances de supervision et
- (v) la mise en place d'un mécanisme de rétro information principalement destinée au niveau central du MSPLS et à ses principaux partenaires financiers.

⁴²

La participation de l'UE au coût des prestations de soins ciblées dans le précédent programme a été estimée à 48 % du coût total, soit environ une estimation de décaissement de 850 000-900 000 EUR par mois d'opération dédiée au financement des prestations de soins ciblées. Ce financement vient en complément des contributions de la Banque mondiale (projet KIRA) et de l'État et d'autres bailleurs tels que la KfW et GAVI.

D'autre côté si i) la promotion de la participation de la société civile au niveau des politiques sanitaires est maintenue et ii) la politique des COSA se poursuit selon les orientations déjà en place et si *en même temps* l'action réussit à i) impulser les COSA pour participer de manière effective au monitoring, prise de décision et amélioration des performances au niveau des CdS, l'action pourra atteindre l'objectif spécifique de promouvoir et améliorer la participation de la société civile à la cogestion du système de santé.

En effet, le renforcement de capacités des comités de santé en matière de gestion et de communication à l'endroit des populations couvertes par les CdS permettra une meilleure participation des représentants élus de la population collinaire à la gestion des centres de santé en contribuant à la redevabilité du système de santé (information et suivi sur les tarifs des CdS, sur les droits de la population, les résultats obtenus par les CdS, les activités réalisées, etc.).

La population nationale est estimée à environ 11,5 millions d'habitants dont plus d'un quart est bénéficiaire de la gratuité ciblée des soins. Travailler sur l'accès des populations cibles à des soins de santé de qualité dans les différents niveaux du système (population, prestataires, régulateurs) ainsi que sur des piliers clés du système de la santé (financement et gouvernance) permettra, si les hypothèses suivent, d'améliorer l'état de santé de la population du Burundi.

4.3 Intégration des questions transversales

- La question de l'égalité entre hommes et femmes est directement adressée par l'action puisque les femmes enceintes sont l'une des cibles de la gratuité ciblée. En effet, 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. Un effort sera par ailleurs fait pour s'assurer de la bonne représentativité des femmes au niveau des comités de santé et l'écoute effective de leurs voix; diverses mesures spécifiques seront prévues à ce niveau dans le cadre de l'objectif spécifique n°2.
- La question de la résilience sera prise en compte puisqu'une partie des revenus obtenus dans les FOSA par le paiement des prestations de soins compris dans le FBP-G, doit se transformer en investissements pour le futur (investissements structurels mais également, constitution d'un capital médicament, des formations sanitaires mais aussi des pharmacies de districts et/ou investissements dans le capital humain). Des synergies sont à prévoir et à promouvoir avec l'action financée par l'UE dans le cadre de l'enveloppe résilience du domaine de la santé.
- En matière de droits de l'Homme, une vigilance accrue sera demandée aux différents opérateurs par rapport à l'effectivité de la gratuité des soins pour les populations cibles⁴³, mais aussi la prise en charge effective et adaptée des populations les plus vulnérables (mères célibataires, jeunes filles, grands indigents, réfugiés en particulier) sera à suivre attentivement et à plaider activement au niveau du dialogue avec la CTN-FBP. La présence des opérateurs sur le terrain, de même que le mécanisme de rétro information vers le niveau central évoquée en haut, permettront d'alerter par rapport au non-respect des droits de l'Homme, que cela concerne l'accessibilité aux soins ou toute autre thématique en rapport avec ces droits. Plus largement le respect des droits de l'Homme sera surveillé.

⁴³

Il y a eu des constats selon lesquels parfois les jeunes mères célibataires n'accéderaient pas à la gratuité des soins pourvu qu'elles ne puissent présenter leur acte de mariage. Cela n'étant pas prévu par l'ordonnance ni par la politique gratuité, il faudra rester attentif à ce type de pratiques qui peuvent répondre à des interprétations personnelles ou intéressées de la normative.

- Les questions environnementales (limitées à la gestion des déchets dans les FOSA) seront traitées au niveau du produit 2⁴⁴.

4.4 Contribution à la réalisation des ODD

La présente intervention s'inscrit dans le programme des Nations unies de développement durable à l'horizon 2030. Elle contribue principalement à la réalisation progressive de l'ODD 3 «*donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*», tout en contribuant aussi à l'ODD 1 «*élimination de l'extrême pauvreté et la faim*», l'ODD 5 «*parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles*» et l'ODD 2 «*éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition, et promouvoir l'agriculture durable*». Concernant l'ODD 3 l'action adressera en priorité les cibles 3.1, 3.2, 3.7, 3.8 et 3.c.

En moindre mesure l'action contribue également à aux ODD 1, 2 et 5. Concernant l'ODD 1 l'action contribuera en priorité aux cibles 1.3, 1.4, 1.a et 1.b; concernant l'ODD 5 l'action contribuera en priorité aux cibles 5.1, 5.5, 5.6, 5.c et concernant l'ODD 2 l'action adressera en priorité les cibles 2.1 et 2.2.

Le lien de l'ODD 5 avec l'ODD 3 est évident, c'est le but final de l'action financée et l'action rentre parfaitement dans la stratégie sectorielle énoncée par plan national de développement sanitaire 3^e génération qui priorise les populations vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Le lien avec l'ODD 1, certes indirect, est très fort avec l'ambition de contribuer à réduire le basculement dans l'extrême pauvreté des familles des patients en raison d'un épisode de maladie, quant au lien avec l'ODD 2, bien qu'implicite, il est très clair également (notamment point de vue de la nutrition pour les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans).

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.

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 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de **48 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, ainsi que les contrats et les accords concernés.

5.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire

S.O.

⁴⁴ Ces questions sont déjà adressées dans les grilles de qualité inhérentes au mécanisme FBP.

5.4 Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et des procédures pertinentes de l'UE 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'UE⁴⁵.

5.4.1 Subventions: (gestion directe)

a) Objet de la ou des subvention(s)

OS2: la participation de la société civile à la cogestion du système de santé est améliorée⁴⁶.
et,

PRODUIT 2.1: les comités de santé participent effectivement au monitoring et à l'amélioration des performances, à la prise de décision au niveau des centres de santé et assurent une rétro information aux populations collinaires qui les ont mandatées.

b) Type de demandeurs visés

Compte tenu de la nature et l'objectif de l'action il est nécessaire de travailler avec une organisation non gouvernementale (ONG) nationale, avec une capacité prouvée de travail avec l'UE et le ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA par rapport aux COSA et à la participation citoyenne dans les structures de santé.

c) Justification d'une subvention directe

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, la subvention peut être octroyée sans appel à propositions à l'ONG nationale burundaise COPED (Conseil pour l'éducation et le développement).

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, le recours à une procédure d'attribution de la subvention sans appel à propositions se justifie conformément à l'article 195 (a) du Règlement financier car le pays se trouve dans une situation de crise, tel que défini à l'article 2 paragraphe 21 du Règlement (UE, Euratom) 2018/1046 et à l'article 72 de l'Accord de Cotonou.

Le choix de cet opérateur spécifique se justifie car: i) COPED a développé une expertise importante dans le domaine de la participation communautaire à la gestion des formations sanitaires dans le cadre du PASS et dans d'autres financements précédents de l'UE (2011-2014), ii) le PASS II est notamment la continuité de l'action précédente - avec des améliorations et adaptations-, iii) COPED est la seule ONG nationale à utiliser l'approche participative de façon structurée dans la gouvernance des FOSA par le moyen des COSA, iv) COPED possède une longue expérience de travail avec l'UE ainsi qu'avec le ministère de la santé, v) les performances de COPED ont été jugées satisfaisantes par la mission d'évaluation à mi-parcours du PASS. Tout cela justifie la sélection de COPED en attribution directe d'une subvention.

⁴⁵ www.sanctionsmap.eu Il est à noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'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.

⁴⁶ En assurant une rétro information adéquate aux populations bénéficiaires et augmentant la redevabilité.

5.4.2 *Gestion indirecte avec une organisation d'un État membre*

La plus grande partie de l'action sera mise en œuvre en gestion indirecte avec ENABEL, l'agence belge de développement. Cette mise en œuvre concerne l'OS 1 de l'action (l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est renforcé) et en particulier les produits 1.1 (les prestations de santé sont assurées et financièrement accessibles pour les populations ciblées - femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans-), 1.2 (les FOSA (CdS et HD) garantissent une offre de soins de qualité et une gestion administrative et financière performante) et 1.3 (le cadre régulateur est amélioré dans les domaines de l'assurance de la qualité des soins, de l'encadrement, de la supervision, de la coordination, de la participation au dialogue sectoriel sur les sujets du financement de la santé).

L'entité envisagée a été sélectionnée sur la base des critères suivants: i) ENABEL possède une expertise importante dans le domaine du financement du secteur de la santé au pays (y compris sur le FBP); ii) le PASS II est notamment la continuité de l'action précédente - avec des améliorations et adaptations; iii) ENABEL possède une expertise très robuste de travail avec l'UE ainsi qu'avec ses projets propres avec le ministère de la santé sur la plupart des piliers du système de la santé notamment le SIS, la gouvernance, la formation et la décentralisation; iv) les performances d'ENABEL ont été jugées satisfaisantes par la mission d'évaluation à mi-parcours du PASS; v) ENABEL applique une approche basée sur les droits et le genre dans l'implémentation des programmes. Tout cela justifie la sélection d'ENABEL pour une attribution directe.

En cas d'échec des négociations avec l'entité susmentionnée, cette partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion directe conformément aux modalités de mise en œuvre mentionnées à la section 5.4.3.

5.4.3 Passage du mode de gestion indirecte au mode de gestion directe en raison de circonstances exceptionnelles

En cas d'échec des négociations avec l'entité mentionnée au point 5.4.2, en raison de circonstances indépendantes de la volonté de la Commission, la ou les composantes concernées seront mises en œuvre en gestion directe à travers des subventions.

Subventions: (gestion directe)

a) Objet de la ou des subventions

OS1: l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est renforcé.

b) Type de demandeurs visés

Compte tenu de la nature et l'objectif de l'action il sera nécessaire de travailler avec des organisations ayant une capacité et une expérience prouvée de travail sur le FBP avec le ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA.

c) Justification d'une subvention directe

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, le recours à une procédure d'attribution de la subvention sans appel à propositions se justifie conformément à l'article 195 (a) du Règlement financier car le pays se trouve dans une situation de crise, tel que défini à l'article 2 paragraphe 21 du Règlement (UE, Euratom) 2018/1046 et à l'article 72 de l'Accord de Cotonou.

5.5 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 en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et de 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 (en EUR)
5.4.1 Subventions (gestion directe)	950 000
5.4.2 Gestion indirecte avec une organisation d'un État membre (ENABEL)	27 100 000
5.9 Évaluation, 5.10 Audit	400 000
5.11 Communication et visibilité	400 000
Provision pour dépenses imprévues	650 000
Totaux	29 500 000

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

ENABEL a la responsabilité de la mise en œuvre de la composante FBP-G et COPED celle de la composante COSA. Les entités mettront à la disposition du projet les ressources humaines suffisantes pour la bonne mise en œuvre de l'action en faisant attention notamment aux capacités techniques pour mener à bien les actions de dialogue sectoriel avec le MSPLS, notamment la CT FBP et la DPSHA, et de poursuite de la qualité des soins.

Les descriptifs des postes et la sélection des ressources humaines clés dans le cadre de l'action devront être discutés et validés par l'UE. Il sera de même pour les termes de références des études principales à réaliser dans le cadre du PASS II.

Comité de pilotage (COPI): ce comité assurera le suivi stratégique du projet dans son ensemble et sa mise en œuvre. Il se réunira tous les six mois et plus, si pertinent. Le comité de pilotage sera présidé par le représentant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et sera composé d'un représentant de l'ordonnateur national, des représentants du ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (notamment DGSSLS - CT FBP et DPSHA), d'un représentant d'ENABEL, d'un représentant de COPED et d'un représentant du chef de la Délégation de l'UE. Un ou plusieurs représentants des partenaires techniques et financiers agissant dans le secteur pourront aussi participer au COPI. Un équilibre sexo-spécifique sera respecté dans la mesure du possible au niveau de la composition du COPI. Le COPI devra s'articuler avec les autres instances de coordination existantes en matière de santé, notamment la CT élargie du FBP et d'autres⁴⁷.

5.8 Suivi de la performance et 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 des partenaires chargés de la mise en œuvre. À cette fin, les partenaires chargés de la mise en œuvre doivent 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 plus si pertinent) 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 (produits et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique.

Les indicateurs relatifs aux ODD et, le cas échéant, les indicateurs définis d'un commun accord, par exemple dans le document de programmation conjointe, devront être pris en considération.

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.

⁴⁷

Compte tenu du cofinancement de l'UE au FBP-G et des autres bailleurs clés (notamment la Banque mondiale, le Gouvernement, GAVI et KfW) et des comités nationaux ministériels avec des compétences sur les domaines couverts par l'action, il faudra que le COPI s'articule également avec desdits comités afin de promouvoir l'alignement et l'harmonisation et chercher des synergies.

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).

5.9 Évaluation

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

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée à des fins de résolution des problèmes, d'apprentissage, en particulier en ce qui concerne le lien avec la phase précédente du PASS et l'effective mise en place des mécanismes pour corriger les faiblesses détectées au niveau du PASS, les articulations entre les deux composantes de l'action, l'harmonisation et alignement avec les politiques et stratégies nationales et l'analyse sur la qualité ainsi que l'exploration des pistes pour la continuation au-delà du PASS II. L'évaluation à mi-parcours devra donner des orientations sur tous ces points. Une attention particulière sera portée à l'approche basée sur les droits et le genre (GESI - *Gender Equality and Social Inclusion*).

L'évaluation finale sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris pour la révision des politiques), en tenant compte en particulier du fait que l'objectif de l'UE est celui de promouvoir un financement cohérent du système de la santé, éviter les fragmentations et arriver à terme à une couverture de santé universelle.

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

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

Il est prévu qu'un ou plusieurs marchés de services d'évaluation pourront être conclus au titre d'un contrat cadre.

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.

Il est prévu qu'un ou plusieurs marchés de services d'audit pourront être conclus au titre d'un contrat cadre.

5.11 Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations juridiques 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 et sensible au genre dans ce domaine.

En ce qui concerne les obligations juridiques 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 responsables. 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 des exigences de communication et de visibilité applicables aux actions extérieures de l'Union européenne (ou de tout document ultérieur).

Les opérations de communication et visibilité seront confiées à une ou plusieurs entités sur place ou internationales spécialisées en la matière. Il est prévu qu'un marché de services de communication et de visibilité pourra être conclu.

6 CONDITIONS PREALABLES

S.O.

APPENDICE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

	Chaîne des résultats: principaux résultats attendus (au maximum 10)	Indicateurs (au moins un indicateur par résultat attendus)	Sources des données	Hypothèses
Impact (objectif général)	OG: Améliorer l'état de santé de la population dans les 18 provinces du Burundi	1. Ratio de mortalité maternelle au niveau national. 2. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au niveau national (données désagrégées par sexe). 3. Index de couverture santé universelle (SDG 3.8.1).	1 et 2 EDSB IV Annuaire statistique de la santé Base de données FBP 3. Rapport OMS/Banque mondiale	Sans objet.
Effet(s) direct(s) [objectif(s) spécifique(s)]	OS1: L'accès équitable aux soins de santé de qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est renforcé.	1.1 Taux d'utilisation de la consultation curative pour les enfants de moins de 5 ans au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district au niveau national. 1.2 Pourcentage d'accouchements réalisés en milieu surveillé et selon les normes fixées par le MSPLS (personnel qualifié et présence d'un partogramme bien rempli au moment de l'accouchement), au niveau national. 1.3 Pourcentage de CPN (précoce et CPN4) et de CPON. 1.4 Pourcentage de femmes enceintes ayant accouché par césarienne au niveau national. 1.5 Nombre de femmes en âge de procréer ayant recours des méthodes de contraception modernes avec l'appui de l'UE.	1.1 au 1.7 Système d'information Sanitaire (DHIS2) 1.1 au 1.7 Système d'information CT-FBP (Open RBF ou équivalent)	Stabilité économique et politique et absence de violations d'accès aux soins. La politique de FBP-gratuité se poursuit selon les orientations déjà en place. Les fonds mis à disposition par les autres bailleurs (Banque mondiale, le gouvernement, Fonds mondial, GAVI) ne se tarissent pas, voir augmentent, et permettent d'assurer la disponibilité des intrants spécifiques.

		<p>1.6 Pourcentage des enfants de moins d'un an complètement vaccinés.</p> <p>1.7 Taux de mortalité du paludisme national (données désagrégées par sexe).</p> <p>1.8 Score globale de la qualité des soins FBP.</p> <p>1.9 Score qualité perçue au niveau des CDS et des HD.</p>	<p>1.8 - 1.9 Base de données DHIS 2</p> <p>Base de données FBP</p>	
	<p>OS2: la participation de la société civile à la cogestion du système de santé est améliorée⁴⁸.</p>	<p>2.1 Pourcentage de plans d'action annuels de centres de santé approuvés par le comité de santé/centre de santé au niveau national.</p> <p>2.2 Nombre moyen de décisions approuvées par le comité de santé au cours de réunion mensuelles par centre de santé au niveau national.</p> <p>2.3 Nombre moyen de séances d'information des populations collinaires réalisées sur les thématiques relatives au FBP par les COSA par an au niveau national.</p> <p>2.4 Nombre de recommandations émises par les COSA et prises en considération au niveau des plans d'action des CdS.</p>	<p>2.1 et 2.2 Système d'information sanitaire (DHIS2) (si nécessaire compléter avec des bases de données des FOSA)</p> <p>2.3 et 2.4 Base de données des FOSA</p> <p>Rapports annuels de l'action</p>	<p>Promotion de la participation de la société civile au niveau des politiques sanitaires est maintenue.</p> <p>La politique des COSA se poursuit selon les orientations déjà en place.</p>

⁴⁸

En assurant une rétro information adéquate aux populations bénéficiaires et augmentant la redevabilité

Produits	<p>PRODUIT 1.1: les prestations de santé sont assurées et financièrement accessibles pour les populations ciblées (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans)</p>	<p>1.1.1 Nombre de FOSA appuyées par l'action</p> <p>1.1.2 % du cofinancement que représente le PASS II au niveau de l'ensemble de la politique de gratuité ciblée des soins.</p> <p>1.1.3 % de complétude du PMA et du PCA au niveau des formations sanitaires.</p> <p>1.1.4 Pourcentage des FOSA appuyés par l'action n'ayant pas connu de rupture de stock pour un seul médicament traceur.</p> <p>1.1.5 % d'adhérence au suivi des protocoles (SPT) au niveau des FOSA.</p> <p>1.1.6 % des FOSA recrutant de personnel sanitaire grâce aux subsides du FBP.</p> <p>1.1.7 Niveau d'investissements clés (par type d'investissement y compris ceux dirigés à faciliter l'accès aux services de base: eau, électricité, hygiène et gestion de déchets) réalisés dans les FOSA.</p>	<p>1.1.1, 1.1.2 et 1.1.7: Rapports annuels de l'action</p> <p>1.1.3, 1.1.4, 1.1.5, 1.1.6, 1.1.7: Base de données DHIS 2 Base de données FBP Rapports annuels de l'action</p>	<p>Produit 1.1, 1.2 et 1.3:</p> <p>Coordination effective des bailleurs de la santé et coordination fonctionnelle au niveau du CPSD.</p> <p>Les organismes débiteurs des formations sanitaires (CAM, mutuelle de la fonction publique et ministère de la justice) opèrent les remboursements de frais qui sont dus aux formations sanitaires dans des temps réduits et raisonnables.</p> <p>Le système d'approvisionnement en MEG (médicaments essentiels et génériques) est fonctionnel (CAMEBU).</p> <p>L'encadrement des formations sanitaires est assuré de manière efficiente par les BDS.</p>
	<p>PRODUIT 1.2: les FOSA (CdS et HD) garantissent une offre de soins de qualité et une gestion administrative et financière performante.</p>	<p>1.2.1 Nombre de mécanismes de gestion administrative et financière soutenus avec le PASS II.</p> <p>1.2.2 Nombre des supervisions de côté des ECD (équipes cadres de districts)/équipes nationales appuyés avec le PASS II.</p>	<p>1.2.1, 1.2.2, 1.2.5, 1.2.6, Base de données DHIS 2 Base de données FBP Rapports annuels de l'action</p>	<p>Les autres modalités d'appui au financement de la santé (notamment la CAM) sont fonctionnelles et ne souffrent pas d'arriérés trop importants</p>

		<p>1.2.3. Statut du mécanisme de suivi de la trésorerie des FOSA (mécanisme en place et utilisé)⁴⁹.</p> <p>1.2.4 Nombre de recommandations émises par le projet adoptées et implémentées au niveau national par rapport au mécanisme et/ou à la qualité des soins.</p> <p>1.2.5. Nombre et statut des outils digitalisés dans les FOSA développés (en place et utilisés)⁵⁰.</p> <p>1.2.6 Nombre de personnel prestataire dans les FOSA formé sur la qualité des soins (données désagrégées par sexe) et ayant acquis de nouvelles compétences sur la qualité des soins.</p>	<p>1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.2.6</p> <p>Rapports annuels de l'action</p> <p>1.2.6. Questionnaire à distribuer aux participants avant et après la formation</p>	<p>Le turn-over des cadres du MSPLS au niveau périphérique est réduit au strict minimum.</p>
	<p>PRODUIT 1.3: le cadre régulateur est amélioré dans les domaines de l'assurance de la qualité des soins, de l'encadrement, de la supervision, de la coordination, de la participation au dialogue sectoriel sur les sujets du financement de la santé.</p>	<p>1.3.1 Nombre de réunions de discussion sur le financement du système de santé organisées avec la participation de l'action et nombre de conclusions opérationnelles arrêtées.</p> <p>1.3.2 Nombre d'études/analyses organisées avec la participation de l'action et élaborées en collaboration avec la partie nationale sur la thématique.</p> <p>1.3.3 Taux de satisfaction de la partie nationale avec les appuis techniques reçus dans le cadre de l'action.</p>	<p>1.3.1, Rapports annuels de l'action; PV des réunions</p> <p>1.3.2: Rapports annuels de l'action; études réalisées</p> <p>1.3.3 Enquêtes de satisfaction</p>	

⁴⁹

Cela implique qu'il y ait des contrôles fréquents des trésoreries des FOSA et qu'ils soient analysés et partagés avec les partenaires.

⁵⁰

Cela implique qu'ils sont fonctionnels au niveau des FOSA.

	<p>PRODUIT 2.1: les comités de santé participent effectivement au monitoring et à l'amélioration des performances, à la prise de décision au niveau des centres de santé et assurent une rétro information aux populations collinaires qui les ont mandatées.</p>	<p>2.1.1 Nombres de COSA appuyés par l'action et pleinement fonctionnels⁵¹</p> <p>2.1.2 Statut des mécanismes d'articulation en place entre COSA, GASC, ASC développées avec l'appui de l'action.</p> <p>2.1.3 Nombre des COSA et des membres des COSA formés avec l'appui de l'action ayant acquis des nouvelles connaissances par rapport au monitoring et la cogestion des activités et des ressources des CdS ainsi qu'à la prise de décisions opérationnelles ou stratégiques</p> <p>2.1.4 Nombre d'analyses; études et visites d'échange d'expériences organisées avec l'appui de l'action</p> <p>2.1.5 Composition des comités de santé et des comités de gestion (F/H) formés</p>	<p>2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5</p> <p>Rapports annuels de l'action</p> <p>Rapports FOSA</p> <p>Rapports d'activités des districts sanitaires</p> <p>Rapports d'évaluation CPVV</p> <p>PV des réunions COSA/CDS</p>	<p>Produit 2.1:</p> <p>La composante DHIS2 est intégrée dans le rapport mensuel d'activité</p> <p>Il n'y a pas de confrontations par rapport au caractère de bénévolat des COSA compte tenu des primes reçues par les autres membres de la santé communautaire (notamment GASC et ASC)</p>
--	---	--	--	--

⁵¹

Cela veut dire avec tous les membres en actif, avec un COGES en place et avec une interaction constante avec le CdS.