

Note de cadrage: Mesure d'appui à la résilience des populations du Burundi Santé

Table of Contents

1. Introduction.....	3
1.1. Contexte et Justification.....	3
1.2. L'UE et la santé au Burundi	6
1.3. Des défaillances structurelles et une vulnérabilité accrue.....	7
1.4. Genre.....	10
1.5. Liens avec des autres secteurs	12
2. Orientations générales sur les modalités de mise en œuvre.....	12
3. Actions principales et activités possibles	16
3.1. Renforcement de la qualité des soins au sein du système de santé (résultat 1).....	17
3.2. Santé Sexuelle et Reproductive et Droits (résultat 2).....	22
3.3. Réponse aux urgences (résultat 3).....	25
4. Phase de mise en route	27
4.1. Objectifs.....	27
4.2. Durée	28
5. Diagnostic participatif initial.....	28
5.1. Situation de référence.....	28
5.2. Approche participative et communautaire	28
5.3. Analyse multirisque	29
6. Risques et mesures d'atténuation dans la mise en œuvre des actions	29
7. Bénéficiaires : Description et Ciblage	30
8. Questions transversales	31
8.1. Redevabilité.....	31
8.2. Environnement.....	31
8.3. Promotion de capital humain et social.....	31
9. Gouvernance	31
10. Suivi, évaluation, apprentissage et capitalisation	32
10.1. Suivi, évaluation et capitalisation au sein de chaque projet.....	33
10.2. Assistance technique externe	33

10.3. Recherche évaluative / mesure de la résilience.....	33
11. Conduite du programme	34
11.1. Comité de pilotage	34
11.2. Coordination inter-opérateurs	34
12. Annexe : cadre logique commun (de référence).....	35

1. Introduction

1.1. Contexte et Justification

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 2025¹ 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. Egalement le chapitre IV du Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CLSP II)² se focalise sur le renforcement des capacités et des performances du système sanitaire. Le pays dispose également d'une Politique nationale de Santé (PNS)³ et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015⁴ qui a été étendu jusqu'en 2018 ainsi que des programmes sectoriels tels que le Programme Nationale de Santé de la Reproduction (PNSR). Actuellement le Ministère de la Santé est en train de travailler sur le nouveau PNDS.

Outre la Vision 2025 et le CSLP II, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida dispose aussi du Compact Burundi, un engagement moral qui a pour but de renforcer le leadership national dans la définition, le pilotage, le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé en déterminant un objectif sectoriel (accessibilité aux soins et services de santé de qualité) et neuf axes stratégiques répartis en trois groupes (assurer l'offre, créer et renforcer la demande des soins; améliorer les capacités d'offre des soins et assurer le pilotage du secteur). Le pays a signé le compact global l'année 2007 dans le cadre du Partenariat International pour la Santé et les Initiatives connexes (IHP+). Au cours de la même année le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement a été mis en place et un mémorandum d'entente signé entre le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers, pour la mise en œuvre du PNDS 2006-2010. L'évaluation de ce PNDS a abouti à des conclusions, recommandations et en a tiré des leçons qui ont éclairé l'élaboration d'un deuxième PNDS 2011-2015 (voir paragraphe précédent). Afin d'assurer la mise en œuvre du PNDS II, le MSPLS a élaboré un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT 2011 – 2013) et un Cadre de suivi évaluation pour toute la durée. Le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) a été mis en place également comme organe central de suivi et évaluation de la mise en œuvre du Compact, en charge du suivi régulier lors des missions conjointes et des revues annuelles. Aujourd'hui le CPSD se réunit très irrégulièrement et cette concertation entre le gouvernement et les partenaires a beaucoup ressenti les effets politiques de la crise de 2015.

D'importants progrès ont été réalisés dans le secteur de la santé depuis la mise en œuvre de la politique nationale de santé 2005-2015, à travers les Plans Nationaux de Développement Sanitaire et grâce à des réformes clés, à savoir: la gratuité des soins de santé aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans; la décentralisation afin d'aboutir à des districts sanitaires autonomes, financièrement viables et pouvant répondre aux besoins de santé régionaux; et les modes de financement avec l'introduction du Financement Basé sur les Performances (FBP), généralisé à

¹ Vision Burundi 2025; Ministère du Plan et Développement Communal/Programme des Nations Unies pour le Développement, 2011

² Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté CLSP II, République de Burundi janvier 2012

³ Politique Nationale de Santé 2016-2025, République de Burundi janvier 2016

⁴ Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, République de Burundi 2016

l'échelle nationale en avril 2010, et couplé à la gratuité ciblé des soins. Toutefois, à l'instar des autres pays en développement de la région, le système de santé du Burundi fait face à des multiples problèmes liés aux contraintes macro-économiques, la double charge de morbidité (maladies transmissibles et non-transmissibles), contraintes de financement de la santé, démographie galopante, accessibilité difficile parmi d'autres.

L'annuaire statistique du Burundi 2016⁵ montre que les principales causes de morbidité dans les centres de santé chez les enfants moins de 5 ans sont le paludisme, suivi des infections des voies respiratoires inférieures et pneumonies, des conjonctivites, helminthiase, malnutrition et maladies diarrhéiques. En ce qui concerne les personnes de 5 ans et plus la charge de morbidité en plus de maladies citées antérieurement (compte tenu qu'il y a encore beaucoup des enfants dans ce groupe) on peut voir après les IST (autres que le VIH/SIDA), les plaies-traumatismes-brûlures, la HTA (suspectée ou confirmée), le VIH (suspecté ou confirmé), le diabète (suspectée ou confirmée), la TBC et l'épilepsie parmi d'autres.

Les indicateurs de santé se sont globalement améliorés par rapport à la période du premier CSLP bien que la progression semble plutôt limitée et parfois quelques reculs sont parfois constatés. L'espérance de vie est actuellement de 57,1⁶ (59,2 pour les femmes et 55,1 pour les hommes). A rappeler que l'espérance de vie était déjà à 51 ans dans les années 90 et est descendue jusqu'à 42 en 2005⁷. Le document Vision 2025 établit comme objectif l'augmentation de l'espérance de vie moyenne à 60 ans. De même pour le ratio de mortalité maternelle qui, s'il a chuté de 1.100 pour 100.000 naissances vivantes au début des années 2000, reste encore haut à 712 (source PNUD 2016), à 500 pour 100.000 naissances vivantes pour la période des derniers 7 années 2004-2011 (EDSB 2010⁸) ou 0,59 si exprimé pour 1.000 femmes-années d'exposition⁹. Le taux de mortalité infantile est à 81,7¹⁰ pour 1.000 naissances vivantes (nombre d'années avant l'enquête 10-14) (comparé à 114 en 2008).

Bien que la prévalence contraceptive a augmentée (23% chez les femmes en union et 42% taux d'utilisation générale selon données de routine 2016 du PNSR), le taux de fécondité dans le pays est encore extrêmement élevé (en moyenne 5,9 enfants par femme¹¹) et les besoins non-satisfaits en planification familiale sont estimés à 30%. De même, le taux d'abandon de l'utilisation des méthodes de planification familiale est très élevé (à la hauteur de 40% dans les 12 mois précédant l'enquête démographique de santé EDS 2016-2017). Les données de l'EDS montrent également que 8% des adolescentes de 15 à 19 ans avaient commencé leur vie procréative au moment de l'enquête et le pourcentage de femmes de 20-24 ans ayant donné naissance avant 20 ans est de 32,2%. Tout cela s'ajoute à des taux toujours inférieurs d'scolarisation des filles par rapport à l'scolarisation des garçons au-delà du niveau primaire.

⁵ Institut d'Statistiques et d'Études Économiques du Burundi, ISTEEBU, Annuaire Statistique de Burundi 2016

⁶ PNUD Rapport de Développement Humain 2016

⁷ Vision Burundi 2025

⁸ Enquête Démographique et de Santé au Burundi 2010

⁹ Enquête Démographique et de Santé au Burundi 2016-17

¹⁰ Enquête Démographique et de Santé au Burundi 2016-17 (nombre d'années avant l'enquête 10-14)

¹¹ Indice synthétique de fécondité (ISF), Enquête Démographique et de Santé au Burundi 2016-17

Même si le taux de couverture vaccinale est maintenu à un haut niveau (plus de 90% en 2015), il a vu une légère tendance à la baisse dans cette dernière année, se trouvant récemment à 84%¹² (2016-2017).

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

La lutte contre les maladies transmissibles reste prioritaire avec le paludisme comme la principale maladie endémique et mortelle. L'annuaire de l'ISTEEBU 2016 montre que le paludisme est la première cause de mortalité dans les hôpitaux. 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 cérébrales et autres.

Au mois de mars 2017, la Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA a confirmé une épidémie de paludisme avec plus de 8 millions de cas confirmés au cours de l'année 2016 en frappant en particulier les provinces du nord et du nord-est, à savoir Kirundo, Muyinga, Karusi, Cankuzo et dans une moindre mesure Ngozi, Kayanza, Gitega, Rutana et Ruyigi, et avec une augmentation de 13% de cas de paludisme pendant le premier trimestre 2017 comparés à la même période de 2016. S'agissant des décès enregistrés depuis 2016, le Ministère a indiqué un minimum de 3.000 personnes. A souligner qu'en ce qui concerne les moustiquaires, l'ESDB III montre que seulement 50,9% de la population a, au moins, une moustiquaire, le pourcentage étant 46,1% si considérant MII¹³. L'enquête montre aussi que le pourcentage de ménages ayant, au moins, une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage est de 17,1%.

En ce qui concerne le VIH/SIDA le pays a une épidémie peu active¹⁴ (1,1% total : femmes 1,3% et hommes 0,9%). Les populations cibles plus affectées sont les travailleuses sexuelles (prévalence 21,3%, population estimée à 51.500) et des hommes homosexuels ou ayant des relations sexuelles avec des autres hommes (prévalence : 4,8%). Au Burundi on calcule 84.000 personnes vivant avec VIH dont 12.000 enfants avec moins de 14 ans. La couverture des femmes enceintes recevant des ARV pour la prévention mère-enfant est de 84%, chiffre qui malgré positive, devra augmenter pour réussir à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Malgré des taux de prévalence relativement bas et une file active relativement peu nombreuse, on trouve, comme dans tous les pays de la zone, que le pays peine à offrir le TAR (thérapie antirétrovirale) à ceux qui en ont besoin (seulement 61% des personnes vivant avec VIH sont sous ARV au Burundi et environ 53% ont supprimé la charge virale), un échec qui se traduit par un taux excessif de mortalité et morbidité pour la population atteinte du VIH. Par ailleurs seulement 75% des personnes vivant avec VIH connaissent

¹² CTB Programme EU PASS FBP

¹³ Une Moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire.

¹⁴ UNAIDS, 2016

leur statut. Toutefois concernant le VIH le Burundi n'est pas l'un des pays moins performants dans la sous-région, plutôt le contraire.

La lutte contre la tuberculose a donné quelques bons résultats dans la mesure où environ 90% des cas dépistés sont traités avec succès, cependant le taux de dépistage reste encore faible (53% toutes les formes de TBC confondues). Le pays a vu une diminution de la moitié des cas de tuberculose entre l'année 2000 (288/100.000 habitants) et 2014 (126/100.000 habitants). La prévalence estimée de TBC (y inclus les patients TBC VIH+) est 195/100.000 (OMS, 2014). Le taux estimé de TBC multi résistant es 2.2% parmi les nouveaux cas de TBC et 11% parmi les récidives. La prévalence de VIH entre les malades de TBC est de 15%¹⁵.

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 au pays. A titre de comparaison, en RDC le ratio s'élève à 1,1, en Ouganda à 1,2 et 0,6 en Rwanda¹⁶. En outre, à Bujumbura, qui représente 8% de la population, résident plus de 53% des médecins existants dans le pays et plus de 50% des infirmiers¹⁷. La correction des disparités provinciales et les disparités urbain/rural doivent être encouragées. L'accès aux médicaments à des prix abordables demeure un obstacle important également. Les femmes restent particulièrement vulnérables dans le domaine de la santé avec per exemple des taux élevés d'anémie et une féminisation de l'épidémie de VIH/SIDA.

Les priorités identifiées au pays par rapport aux défis santé définies dans le PNDS¹⁸ sont notamment l'amélioration de la santé de la mère et l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non-transmissibles, le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition, l'accroissement de la demande et de l'utilisation des soins de santé, le renforcement du système de santé, le renforcement et la pérennisation du Financement basé sur les performances (FBP) associé à la gratuité des soins et la maîtrise de la croissance démographique parmi d'autres.

En outre, le pays est en train de finaliser son rapport d'évaluation interne et externe de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 et le plan d'action qui en découlera. Le RSI oblige les états parties à développer des capacités essentielles minimales en santé publique. On invite aux partenaires à s'aligner avec les plans d'action qui découleront du RSI en ligne avec les plateformes déjà existantes telle que la Plateforme Nationale de Coordination et Gestion des Catastrophes.

1.2. L'UE et la santé au Burundi

L'UE a financé le secteur de la santé à travers différents projets depuis le 7^{ème} FED jusqu'à aujourd'hui. Le projet PAPSBU 10^{ème} FED (Projet d'appui à la politique sectorielle de santé au Burundi : Amagara Meza) a fortement contribué à la mise en œuvre de la politique nationale de santé en visant particulièrement au développement durable du secteur de la santé dans huit

¹⁵ Fonds Mondial et Programme National Intégré de Lèpre et Tuberculose, 2016 (PNILT)

¹⁶ PNUD 2016

¹⁷ Vision 2025

¹⁸ Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, République de Burundi 2016

provinces du pays par : une plus grande accessibilité de la population aux soins de santé primaires ; l'amélioration de la qualité des services de santé et le renforcement des capacités institutionnelles au niveau central et périphérique. Le projet comportait également la préparation à un appui budgétaire sectoriel éventuel pour le 11^{ème} FED dans son volet appui institutionnel. Le Programme Indicatif National 2014-2020 établit que les fonds du 11^{ème} FED seront principalement destinés à la maîtrise de la question démographique via la réduction de la fécondité, au renforcement des capacités et des performances du système sanitaire basé sur les six piliers préconisés par l'OMS parmi lesquels quatre ont été retenus (prestations de services, ressources humaines, financement et leadership/gouvernance, appui institutionnel) ainsi qu' à la promotion de l'accès à l'eau potable et l'assainissement comme actions transversales.

En 2014 l'identification sectorielle programmatique de l'UE envisageait un appui budgétaire sectoriel pour le 11^{ème} FED dont les bases ont été établies avec 10^{ème} FED ainsi qu'une enveloppe augmentée pour le secteur de la santé. Toutefois, les élections de 2015 au Burundi ont généré une crise politico-sécuritaire. Face à la crise burundaise, le Conseil de l'UE a, d'une part – en application de l'article 96 de l'Accord de Cotonou – suspendu les appuis directs au gouvernement et aux institutions étatiques (dont l'appui budgétaire) et, d'autre part, mis en œuvre une première mesure individuelle d'aide transitoire dans quelques secteurs de coopération au bénéfice direct de la population, parmi eux la santé (cf. ci-dessous). Les objectifs du volet santé restent pertinents même si l'application de l'Article 96 de l'Accord de Cotonou¹⁹ n'autorise pas le transfert direct des fonds à l'administration publique.

L'UE au Burundi a déjà alloué quarante millions d'euros (40 m€) via le *Programme d'Appui au système santé* (Convention de financement entre la Commission et le Gouvernement de Burundi) signé le mois de mai 2016 avec une durée de 36 mois et le double objectif de: i) améliorer l'état de santé de la population par la disponibilité et l'utilisation des services de santé dans les 18 provinces à travers un appui au système de financement basé sur la performance et ii) l'appui à une société civile pour qu'elle ait la possibilité de se faire entendre d'orienter les choix en matière de santé par le renforcement de l'ensemble des Comités de Santé (COSA).

En outre, la Commission Européenne a signé le mois d'octobre 2017 une convention de financement avec le Gouvernement de Burundi nommée *Appui à la résilience des populations du Burundi* avec une durée de 48 mois et un montant total de 95m€. La convention contient un volet spécifique pour la santé à hauteur de 45m€. Cette note de cadrage a comme objectif de présenter les priorités, les objectifs et les résultats prévus pour la mise en œuvre du volet santé.

1.3. Des défaillances structurelles et une vulnérabilité accrue

En ce qui concerne le financement du système de la santé malgré l'accroissement global observé globalement au cours des dernières années, ce dernier demeure encore insuffisant par rapport aux besoins du pays. La couverture du risque maladie est encore faible car elle représente globalement une fourchette large de 55-70%²⁰. De plus, des chevauchements et fragmentations s'observent avec les différents mécanismes existants : FBP couplé à la gratuité, la Carte d'Assistance Maladie (CAM), la prise en charge des indigents, la Mutuelle de Fonction Publique (MFP), les mutuelles

¹⁹ <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6501-2016-INIT/fr/pdf>

²⁰ Etude sur les mécanismes de santé au Burundi, AEDES 2013

communautaires et les mécanismes de protection maladie du secteur privé formel. Le rapport de synthèse de l'étude sur le financement de la santé au Burundi²¹ constate que le rapport des dépenses totales de santé au Burundi était en dessous de la moyenne sous régionale en 2012. Cette diminution de la dépense de santé par habitant est accompagnée par celle des dépenses totales de santé sur le PIB qui est passé de 12% en 2010 à moins de 9% en 2012, toujours selon la même étude. Plus récemment (année 2014) les dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB sont à 7,5%²² ainsi que les dépenses totales consacrées à la santé par habitant s'élèvent à 58 \$ int. L'étude citée ci-dessus signale une très forte contribution des ménages au financement de la santé (plus de 30%). En fait, c'est consistant avec les données du PNUD 2016 qui signale 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 PIB²³, le pays ayant apparemment récemment réduit de 54% la part du budget national allouée au domaine de la santé²⁴.

La situation du secteur de la santé est surtout le reflet des problèmes structurels du pays et non le résultat direct d'une crise politique ni d'un retrait des bailleurs. En effet, il s'agit d'une crise structurelle à caractère presque chronique et qui perdure depuis des décennies. Parmi les facteurs contribuant à cette situation on dénombre: i) des structures de santé au niveau périphérique et central fortement endettées (voir notamment la Centrale d'achat des médicaments Essentiels du Burundi –CAMEBU-); ii) des ruptures de stock des médicaments récurrentes, iii) une prolifération de construction d'unités de santé qui restent sous-utilisées; ; iv) un manque de ressources humaines en santé, concentrées dans la capitale et des difficultés d'encadrement du nouveau personnel via contractualisation publique; v) un manque de données et des faiblesses au niveau du Système d'Information Sanitaire; vi) des difficultés pratiques et pénurie de ressources pour mettre en place une supervision et un accompagnement rapproché du niveau central vers le niveau périphérique.

En outre, il faut considérer l'importance des déterminants sociaux de la santé²⁵ dans un pays aussi pauvre comme le Burundi, surtout en ciblant davantage les personnes plus vulnérables et défavorisées. La santé est au cœur de la lutte contre la pauvreté et de la réalisation des Objectifs de Développement Durable. Les systèmes de santé fragiles et inéquitables – notamment lorsqu'ils sont confrontés à une pénurie de ressources humaines ou lorsqu'ils sont dépourvus de moyens de financement durables – représentent un obstacle de taille à tous les programmes de lutte contre la pauvreté. Comme référence le pays a mené une enquête sur le profil et les déterminants de la pauvreté qui a montré parmi d'autres : i) que la pauvreté monétaire au niveau de la population est prédominante dans le milieu rural par rapport au milieu urbain ; ii) que les ménages dirigés par les femmes sont globalement moins pauvres monétairement que ceux qui le sont par des hommes ; iii) que les chefs de ménages travaillant dans le secteur primaire sont nettement plus pauvres que ceux exerçant dans le secteur de l'industrie, dans les activités commerciales et des services ; iv) la pauvreté monétaire et la pauvreté en conditions de vie sont étroitement liées. L'étude a clairement mis en évidence une corrélation négative entre la pauvreté monétaire et plusieurs variables telles que : le niveau d'instruction du chef de ménage, l'accès à l'eau potable et à l'électricité, la

²¹ Etude sur le financement du secteur de la santé au Burundi, rapport de synthèse, Mai 2014, Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le SIDA

²² <http://www.who.int/countries/bdi/fr/>

²³ PNUD Rapport de Développement Humain 2016

²⁴ Aperçu des besoins humanitaires 2017, Octobre 2016, Equipe humanitaire pays Burundi

²⁵ Commission des déterminants sociaux 2005-2008 http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/

scolarisation, le niveau de salarisation. Elle a également montré l'existence d'une corrélation positive entre la pauvreté et la taille du ménage, le niveau de morbidité et celui de la malnutrition²⁶.

De plus, il y a des facteurs dans le pays impactant directement la santé des populations qui répondent aussi à des situations plutôt de recrudescence et crise aigüe. Le document d'aperçu des besoins humanitaires 2017²⁷ affirme que la population du Burundi est de plus en plus affectée par l'impact de la situation socio-économique et la détérioration des conditions de vie, les besoins humanitaires étant de plus en plus visibles. En conséquence, la communauté humanitaire au Burundi estime que le nombre de personnes ayant besoin d'assistance humanitaire immédiate, y compris l'accès urgent aux services essentiels de base et à des moyens de subsistance a presque triplé entre février et octobre 2016, passant de 1,1 million à environ 3 millions de personnes. Toutefois, il convient de mentionner que le gouvernement de Burundi a rejeté le document de réponse humanitaire 2018.

En effet, selon la dernière analyse de l'IPC (Integrated Food Security phase Classification)²⁸ environ 18% de la population rurale (1.764.907 personnes) se trouve dans une situation de besoins humanitaires (phases 3 et 4 IPC), dont 3% (environ 393.900) en phase 4 d'urgence. Face à une situation d'insécurité alimentaire, les ménages adoptent le plus souvent des stratégies d'adaptation qui dégradent ou annihilent leurs moyens d'existence parmi lesquelles la réduction de dépenses non alimentaires telles que la santé, qui dépend fortement des paiements privés par la population. Cela empire avec une inflation continue des prix des denrées alimentaires et du carburant. En conséquence, l'état nutritionnel dans plusieurs provinces s'est fortement détérioré au cours de l'année 2016, à cause de la perte continue du pouvoir d'achat du ménage conjugué avec une détérioration exacerbée par l'insécurité alimentaire. On estime que plus de 226.000 enfants souffriraient de Malnutrition Aigüe dont 56.000 sous sa forme sévère²⁹.

Des situations humanitaires comme la détérioration de l'accès à l'eau potable, une insuffisante lutte anti vectorielle et des mauvaises pratiques d'hygiène ont sévèrement aggravé la situation épidémiologique du pays. Comme cité au-dessus, l'OMS rapporte en 2016 plus de 6 millions de cas, et plus de 3.000 décès liés au paludisme. L'épidémie de choléra déclarée en octobre 2016 a touché 327 personnes dans les provinces côtières de Bujumbura rural, Bujumbura mairie, Makamba, Rumonge et Bubanza.

Finalement il faut également considérer les mouvements de population qui comportent une augmentation des besoins et de la vulnérabilité, notamment pour la santé des groupes plus vulnérables. Depuis 2015, un total de 321.000 burundais ont fui vers les pays voisins et en décembre 2017 on estime à 179.901³⁰ (40.272 ménages) le nombre de personnes déplacées internes. Les statistiques générales de l'UNHCR au 31 décembre 2017 comptabilisent 62.361 réfugiés dans le pays, 3.550 demandeurs d'asile et 13.185 rapatriés dans le cadre du rapatriement organisé des réfugiés burundais lancé par le premier convoi de RDC en août 2017. Tout le groupe arrivé durant le mois de décembre 2017, soit 2.540 individus, est venu de la Tanzanie³¹. En outre, les réfugiés congolais qui fuient les combats sur des zones comme le sud Kivu ne cessent d'arriver au pays. Le Burundi compte

²⁶ Burundi : profil et déterminants de la pauvreté, 2013-2014, ISTEEDU et BAD

²⁷ Aperçu des besoins humanitaires 2017, Octobre 2016, Equipe humanitaire pays Burundi

²⁸ http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/2_IPC_Burundi_AcuteFI_Situation_2017JulySeptOctDec.pdf

²⁹ Aperçu des besoins humanitaires 2017, Octobre 2016, Equipe humanitaire pays Burundi

³⁰ DTM, Matrice de Suivi de Déplacements, Décembre 2017, OIM

³¹ UNHCR Burundi, Statistiques Mensuelles, 31 décembre 2017

déjà quatre camps de réfugiés congolais dans les provinces de Ruyigi et de Cankuzo à l'Est ainsi que de Musinga et de Ngozi au Nord du pays.

Le Sommet humanitaire mondial (WHS Turquie, mai 2016) a généré une « nouvelle façon de travailler, qui vise à résoudre le « lien humanitaire-développement » et qui a reçu le nom de "nexus". Une année après, en mai 2017, l'UE a adopté un nouveau consensus pour le développement en reconnaissant la nécessité de la coordination entre les actions humanitaires et les actions de développement³². Ces conclusions reconnaissent les liens existants entre le développement durable, l'action humanitaire et la paix et la sécurité. En particulier, elles mettent l'accent sur la nécessité de coordonner les actions humanitaires et les actions de développement.

Dans ce contexte au Burundi et dans le cadre de cet appel, l'UE privilégiera des mesures qui visent le lien entre la réponse humanitaire et le développement. Cela demandera un effort particulier des acteurs de mise en œuvre alors que ceux-ci sont souvent spécialisés soit en développement soit en l'aide humanitaire. Toutefois on estime que cette capacité existe au sein des potentiels agents de mise en œuvre dans le pays et qu'ils seront en mesure d'intervenir sur les deux niveaux si nécessaire. Il conviendra aussi de prévoir dans les propositions des situations de recrudescence subite qui pourraient demander une réponse d'urgence au-delà de la réponse humanitaire.

Ci-dessous une liste indicative (non exhaustive) de pistes et orientations pour opérationnaliser le lien humanitaire-développement :

- Concevoir des résultats et des indicateurs à différents niveaux et y travailler de façon simultanée et harmonisée (court-moyen-long terme).
- Rechercher systématiquement les complémentarités et synergies entre les actions de développement et celles d'aide humanitaire.
- Analyser les facteurs et les causes de vulnérabilité et fragilité ainsi que les capacités locales et nationales pour y faire face.
- Développer/renforcer des mesures de prévention, surveillance, alerte précoce, réduction de risques, etc. qui puissent aboutir à augmenter la résilience des populations.
- Attaquer toujours les causes profondes de la vulnérabilité.
- Privilégier la participation des communautés à toutes les phases du cycle des interventions.
- Privilégier les échanges rapides d'information avec les intervenants humanitaires et de développement, les analyses conjointes ainsi que les partenariats et les actions innovantes.
- Utiliser des instruments de mesure de la vulnérabilité afin de définir les bénéficiaires prioritaires des interventions.

1.4. Genre

La dimension genre semble être faiblement prise en compte dans les politiques sectorielles de développement et dans la pratique quotidienne des populations, du fait des pesanteurs

³² Operationalising the Humanitarian-Development Nexus - Council conclusions adopted by the Council at its 3540th meeting held on 19 May 2017. Resilience building & humanitarian-development nexus: https://ec.europa.eu/europeaid/policies/fragility-and-crisis-management/resilience-building-humanitarian-development-nexus_en
Linking Relief, Rehabilitation and Development – An assessment: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0153:FIN:EN:PDF>
Operationalising the Humanitarian-Development Nexus - EU Council conclusions <http://www.consilium.europa.eu/media/24010/nexus-st09383en17.pdf>

socioculturelles. Les insuffisances liées à l'instabilité institutionnelle, le manque d'infrastructures et de ressources humaines compétentes et suffisantes, le budget insignifiant alloué à la politique de genre, ainsi que la faible capacité d'intervention des organismes de promotion des droits humains constituent un frein à l'intégration du genre. Dans un contexte où subsistent des textes juridiques inégalitaires sur les droits de succession, les régimes matrimoniaux et les libéralités, et où restent des situations de pauvreté, de VBG et de vulnérabilité des femmes/filles, les facteurs socioculturels constituent un poids supplémentaire qui annihile les efforts de partage équitable des rôles et des responsabilités au sein de la société. Aussi longtemps que les textes nationaux (Code de la famille, Code pénal, etc.) contiendront des dispositions discriminatoires et tarderont à s'aligner sur les instruments internationaux ratifiés et tant que les politiques et stratégies nationales ne s'adapteront pas aux changements sociaux, l'égalité de genre ne sera pas une réalité³³.

Dans la conception des propositions et de leur mise en œuvre les opérateurs doivent intégrer l'approche genre fondée sur les droits afin d'assurer l'équité dans l'accès aux ressources et aux services ainsi qu'un partage équitable des ressources et responsabilités entre les femmes et les hommes. On attend des propositions qu'elles contribuent à promouvoir l'égalité des droits formels et réels pour les femmes et les hommes ainsi que l'amélioration de l'accès aux espaces d'expression et de pouvoir des groupes plus négligés (notamment les femmes). L'approche genre comprend aussi la prévention et la lutte contre les violences fondées sur le genre ainsi qu'un développement humain plus complet et durable pour tous et toutes. En ce qui concerne la méthodologie, l'approche genre devrait conduire à la remise en cause des représentations et pratiques inégalitaires, individuelles et collectives. Cette méthodologie implique une démarche résolument participative, créant les meilleures conditions pour une participation réelle des femmes au niveau des différentes sphères du pouvoir et non seulement voir les femmes comme des fournisseurs primaires de soins de santé, ce qui est malheureusement l'habitude souvent.

La démarche genre repose toujours efficacement sur la production d'indicateurs/statistiques ventilées par genre. L'approche genre et développement vise à rendre visibles les inégalités afin qu'elles soient prises en compte directement dans les politiques, programmes et projets de développement.

On attend des propositions avec des stratégies complémentaires spécifiques visant le renforcement des capacités des femmes et d'autres groupes vulnérables tels que les enfants, les jeunes ou adolescents, personnes avec des handicaps, anciens, déplacés, retournés ou réfugiés ainsi que la population Batwa etc. afin de rééquilibrer leur rôle et responsabilités ainsi que leur implication dans le système économique et dans la société (charge de travail, pouvoir de négociation, prise de conscience de leurs droits, accès à des revenus économiques, alphabétisation, formation). De manière spécifique on encourage fortement les partenaires à mettre en place des alliances avec des groupes locaux des femmes défenseurs des droits ainsi qu'avec des organisations locales de jeunes et autres groupes de vulnérabilité reconnue afin d'assurer l'appropriation, l'adéquation au contexte et la durabilité des interventions. Des propositions prenant en compte ces aspects seront privilégiées lors de l'évaluation.

³³ Profile Genre du Burundi, BAD, 2011

1.5. Liens avec des autres secteurs

Dans le cadre de cet appel, l'UE privilégiera des interventions qui soient complémentaires à des opérations en cours ou programmées dans des domaines en relation directe avec la santé tels que la nutrition, l'eau et l'assainissement, l'éducation et autres, toujours en ligne avec les déterminants sociaux de la santé tels que définis par l'OMS et avec les Objectifs de Développement Durable (ODDs).

Si pertinent selon l'action proposée, on privilégiera des actions qui visent le renforcement du **lien santé/nutrition** en ce qui concerne la prévention, la surveillance et la réponse à la sous-nutrition aigüe (dans ses formes sévère et modérée) ainsi que pour la lutte et la prévention de la sous-nutrition chronique. Il faudra privilégier les réponses multisectorielles compte tenu que la sous-nutrition est souvent associée à plusieurs facteurs notamment des conditions socioéconomiques défavorisées, un mauvais état de santé et une mauvaise nutrition de la mère, des maladies fréquentes, et/ou une alimentation et des soins non adaptés du nourrisson et du jeune enfant. Les actions devront faire un effort pour comprendre et attaquer les raisons enracinées de la sous-nutrition.

Si pertinent selon l'action proposée, on privilégiera également les interventions faisant le lien entre **l'eau et l'assainissement** et la santé surtout au niveau des formations sanitaires ainsi que les interventions sur l'hygiène (y compris les déchets sanitaires, la stratégie d'assainissement total piloté par les communautés – ATPC–, la sécurité des patients et du personnel sanitaire, l'hygiène au niveau de la communauté, etc.). On privilégiera également le lien entre la santé et **l'éducation** autant que possible avec des interventions qui visent mettre à ensemble et promouvoir le partage entre les structures de santé et les écoles (santé préscolaire, scolaire et structures pour la petite enfance: stimulation précoce).

La situation de conflit qu'a vécu le Burundi ainsi qu'en général la région depuis 50 ans, avec des recrudescences continues de **violences**, rendent également pertinente une approche sensible au stress et au traumatisme visant à **soutenir les personnes survivantes de violences**, et notamment des **violences basées sur le genre (VBG)** mais aussi des autres formes de violence. Dans ce sens et toujours en lien avec le secteur de la santé on privilégiera des interventions renforçant la protection des plus vulnérables, la prévention et la réponse intégrée aux violences basées sur le genre ainsi que le renforcement du tissu communautaire.

De même, il sera très important que les propositions contribuent au **renforcement de la société civil**, notamment des organisations non gouvernementales locales qui travaillent sur la santé, au niveau de l'appropriation de leurs rôles autant de réponse comme de plaidoyer pour la réalisation du droit à la santé.

2. Orientations générales sur les modalités de mise en œuvre

L'objectif global : Contribuer à pallier l'impact socio-économique négatif de la crise politico sécuritaire sur la population burundaise en renforçant sa capacité de résilience et en assurant la continuité et la qualité des services de base essentiels.

L'objectif spécifique : Contribuer à accroître l'accessibilité universelle à des services de santé de qualité (en particulier paquet minimum et paquet complémentaire), y inclus la santé sexuelle et

reproductive et répondre aux besoins spécifiques en matière de santé des populations en situation de crise.

Les **résultats escomptés** sont:

- i.- le pourcentage de la population ayant accès à un système de santé avec une qualité des services améliorée augmente ainsi que leur satisfaction avec les soins reçus
- ii.- l'accès de la population en général, et plus particulièrement des jeunes, des adolescents et des femmes à des programmes de santé sexuelle et reproductive holistiques et de qualité est renforcé
- iii.- la capacité du système de santé de fournir une réponse de qualité aux situations humanitaires qui concernent la santé publique et aux urgences sanitaires est augmentée

Zones d'intervention : Potentiellement toutes les provinces. Il faudra couvrir un minimum de trois provinces. L'autorité contractante vise à une couverture géographique le plus complète possible. Les propositions devront justifier le choix des zones d'intervention sur la base de critères tels que les indicateurs de santé les plus faibles, des zones à vulnérabilité récurrente et/ou vulnérabilité accrue.

L'autorité contractante encourage les propositions complémentaires et en synergie avec des interventions existantes appuyées par l'UE et ses EM, voire d'autres bailleurs.

De même, compte tenu que cet appel fait partie d'une mesure d'appui à la résilience des populations, qui inclut un volet de développement rural pour la nutrition et un volet d'accès à l'énergie (pour plus des informations techniques regardez la page web de la Délégation³⁴), on privilégiera les actions complémentaires et en synergie avec les actions des autres composants de la mesure afin de maximiser l'impact sur la résilience.

Les interventions montrant des synergies et complémentarités avec des autres interventions clés financées par l'UE, les EM ou d'autres bailleurs seront privilégiées.

Les interventions agissant au niveau du district sanitaire doivent viser à couvrir l'ensemble du district. De même, autant que possible, les actions proposées devront couvrir l'ensemble des districts sanitaires dans la même province afin d'éviter des inégalités et des distorsions au système.

Durée : La durée prévue d'une action ne peut pas être inférieure à 24 mois ni dépasser 36 mois, et en aucun cas ne pourra dépasser le 20/10/2021 (au moment de la signature des contrats).

Logique d'intervention : La valeur ajoutée des approches proposées par les opérateurs devra être démontrée. Les spécificités des approches seront établies en fonction des contextes d'intervention et des domaines d'expertise des organisations de mise en œuvre. Toutefois, cette note restera toujours le cadre commun.

³⁴ https://eeas.europa.eu/delegations/burundi/35789/appele-manifestation-dint%C3%A9r%C3%AAt-mesure-dappui-%C3%A0-la-r%C3%A9silience-des-populations-du-burundi_fr

Un important travail de coordination et de mise en cohérence et en complémentarité sera requis aux opérateurs retenus. Cette coordination et complémentarité reposera sur quelques éléments incontournables :

- Distribution géographique, coordination et complémentarité : Une fois retenus, les opérateurs sélectionnés devront assurer la complémentarité entre leurs actions et entre ces dernières et les autres opérations existantes afin d'éviter des doublons et les approches non-coordonnées dans les zones d'intervention. Afin de faciliter la coordination avec les autorités locales et les services de santé décentralisés, il sera important – dans la mesure du possible – de ne pas multiplier les interlocuteurs intervenants et adopter des approches conjointes. Il convient de rappeler que les interventions agissant au niveau du district sanitaire doivent viser à couvrir l'ensemble du district. De même, autant que possible, les actions proposées devront couvrir l'ensemble des districts sanitaires dans la même province afin d'éviter des inégalités et des distorsions au système.
- Cadre logique d'interventions commun : Le cadre logique figurant dans cette note est le cadre logique base du volet santé de la mesure d'appui à la résilience. Chaque opérateur devra suivre ce cadre selon ses volets d'interventions et utiliser en préférence les indicateurs proposés afin d'avoir une base commune de suivi-évaluation et de faciliter la communication sur le projet. S'agissant du cadre logique pour le volet santé de la mesure d'appui à la résilience, il comprend des indicateurs reflétant les objectifs et les résultats attendus pour ce volet. Les opérateurs peuvent donc utiliser seulement une partie de ces indicateurs, notamment ceux qui soient pertinents selon la proposition présentée. De même, les opérateurs pourront toujours compléter ce cadre logique avec des indicateurs reflétant les spécificités de leurs interventions. En ce qui concerne les indicateurs éventuellement à ajouter il faudra qu'ils soient spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et en lien avec le temps (SMART), en utilisant, dans la mesure du possible, des indicateurs sectoriels clés reconnus et acceptés dans le secteur et avec des sources de vérification existantes.
- Approche harmonisée dans le ciblage: Toutes les activités retenues devront contribuer à accroître l'accès à des services de santé de qualité, améliorer la santé sexuelle et reproductive et répondre aux besoins spécifiques des populations en situation de crise avec une attention particulière aux groupes les plus vulnérables tels que les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 5 ans, personnes avec des handicaps, adolescents et jeunes, anciens, déplacés, réfugiés ou retournés, population Batwa, etc. selon contexte. De fait, il faudra justifier le choix des interventions à travers des analyses approfondies de la situation des bénéficiaires selon les circonstances et contexte de l'intervention en incluant des évaluations des différents besoins, capacités et rôles qui peuvent exister pour les hommes et les femmes de groupes d'âge différents compte tenu de la situation concrète et le contexte culturel.
- Système de suivi et évaluation harmonisé et robuste : Un système de suivi robuste doit être mis en place au niveau de chaque action. Il sera également mis en place au niveau de l'ensemble du volet santé de la mesure résilience avec l'appui de l'assistance technique externe financée par l'UE. Il est important de construire le système de suivi-évaluation dans l'optique d'aider les interventions futures, au Burundi et dans les contextes de fragilité. Lors des phases de préparation de la proposition complète et de mise en route (voir chapitre 4), il sera mis au point un cadre de suivi harmonisé et dans la mesure du possible, commun. Il sera également important que le système de suivi et évaluation en place suive autant que

possible les indicateurs du PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) étendu ainsi que les indicateurs du prochain PNDS dès que finalisé afin de faciliter les échanges de données et contribuer à alimenter le suivi du Ministère. Si pertinent et faisable, l'UE encouragera les études de cas et les études scientifiques avec des échantillonnages et méthodologies reconnues afin de prouver l'efficacité ou l'inefficacité des interventions et le partage des résultats à l'extérieur dans des journaux et magazines spécialisés.

- Genre: Dans la conception des propositions et de leur mise en œuvre les opérateurs doivent intégrer l'approche genre fondée sur les droits afin d'assurer l'équité dans l'accès aux ressources et aux services ainsi qu'un partage équitable des ressources et responsabilités entre les femmes et les hommes. On attend des propositions qu'elles contribuent à promouvoir l'égalité des droits formels et réels pour les femmes et les hommes ainsi que l'amélioration de l'accès aux espaces d'expression et de pouvoir des groupes plus négligés (notamment les femmes) (voir chapitre 1.4).
- Veiller à la coordination et la complémentarité avec les autres intervenants sur le secteur : Importance de prévoir un renforcement de la coordination avec les partenaires intervenant sur le secteur et la zone d'intervention ainsi qu'au niveau plus général renforcer la présence dans les groupes sectoriels et instances de coordination de la santé au pays (tels que les groupes sectoriels santé urgences, santé de la reproduction, médicament, etc.).
- Appui aux plateformes sectorielles de coordination existantes : Des modalités spécifiques devront être définies afin que les opérateurs puissent apporter un appui technique et logistique aux comités de coordination existants aux différents échelons (national, provincial, district, local) afin que ceux-ci puissent assurer pleinement leur rôle de coordination multisectorielle des intervenants en matière de santé.
- Activités de plaidoyer: On s'attend à l'inclusion d'interventions concrètes et mesurables de plaidoyer avec les instances correspondantes orientée vers le suivi des trois résultats de l'appel notamment au travers de la proposition de stratégies de plaidoyer pour le droit à la santé et l'accès à la couverture maladie universelle, l'amélioration de la qualité des soins, la prise en charge de qualité des populations plus vulnérables, l'alignement avec les recommandations internationales en santé et la promotion des bonnes pratiques dans le domaine.
- Cohérence, synergies et complémentarité avec les autres volets de la décision résilience : Cette appel étant une des composants de la mesure d'appui à la résilience des populations de Burundi qui a deux autres composantes, à savoir "le développement rural pour la nutrition" et "l'énergie", l'UE demande aux opérateurs de promouvoir des synergies et assurer la complémentarité entre les volets.
- Cohérence, synergies et complémentarité avec des autres instruments programmatiques du secteur de la santé financés par l'UE, les EM ou d'autres bailleurs au niveau du pays.
- Promotion de la participation: Il est essentiel de promouvoir la consultation et la participation des bénéficiaires tout au long de l'intervention et dans toutes les étapes du cycle du projet. Les opérateurs devront être en mesure de prouver que cette participation a lieu de façon continue. De même il est très important de mesurer la satisfaction des bénéficiaires avec les services de santé reçus.
- Capacités locales : Fonder les actions sur les capacités locales tout en respectant la culture, la structure et les coutumes des communautés et du pays, sans préjudice des droits fondamentaux des bénéficiaires.

- *Do no harm* (Ne pas nuire) : Principe essentiel de la coopération dans son ensemble. Promouvoir une réflexion, analyse, suivi et monitoring continu des actions afin d'éviter que l'intervention puisse finir par être nocive, empirer les conditions de vie des bénéficiaires et des communautés ou augmenter le climat d'instabilité ou violence. Faire attention à la protection des communautés fragiles.
- Lien développement et aide humanitaire (cf. aussi chapitre 1.3): S'efforcer de promouvoir dans la conception et la mise en œuvre de l'action le lien entre secours, réhabilitation et développement, afin d'aider les populations touchées à retrouver un niveau minimum d'autosuffisance (promotion et prévention), toujours en tenant compte des objectifs de développement à long terme. Contribuer au renforcement des capacités des communautés affectées, afin de prévenir, préparer, réduire et répondre aux futures crises humanitaires.
- Innovation : S'investir en proposant des méthodologies innovantes et simples prouvées comme efficaces, faisables et durables dans le contexte afin d'augmenter la demande de soins de santé ainsi que leur qualité en conciliant performance, qualité des soins et pérennité.
- Communication et visibilité : En plus du système de suivi et évaluation, plusieurs éléments sont à considérer pour assurer la lisibilité et visibilité du programme avec notamment un nom ou label commun, une stratégie de communication commune, et une communication harmonisée notamment face aux autorités (nationales et locales). Un visuel devra être développé et adopté par l'ensemble des parties prenantes du programme. Ces éléments devront être pris en compte par les opérateurs au moment de soumettre leur plan de communication à l'autorité contractante. Lors des phases de préparation de la proposition complète et de mise en route, un cadre commun de visibilité et de communication plus détaillée sera élaboré. Il sera détaillé par la suite avec l'appui de l'assistance technique mobilisée par l'UE.

3. Actions principales et activités possibles

Une approche multisectorielle qui puisse répondre aux trois résultats de cet appel est recherchée en priorité, si les capacités et l'expérience multisectorielle sont avérées et bien prouvées par l'opérateur/s. La couverture de l'ensemble des trois résultats de l'appel sera donc privilégiée au niveau de la grille d'évaluation des propositions. Dans ce sens, la formation de consortia est encouragée afin que les interventions puissent répondre à l'ensemble de résultats, assurent une bonne couverture géographique et dans la mesure du possible puissent aussi incorporer des mesures intersectorielles suggérées dans le chapitre 1.5.

Toutefois, les opérateurs n'ont pas l'obligation de répondre aux trois résultats proposés dans cette note de cadrage pouvant se concentrer sur les volets où ils soient bien placés pour répondre avec un niveau d'expérience et qualité élevée. Il n'est pas souhaitable que – dans le souci d'être exhaustifs – des opérateurs s'efforcent d'adopter des rôles pour lesquels ils ne sont pas bien préparés, où ils ne disposent pas de capacités spécifiques, d'expérience préalable, ou dans lesquels ils ne pourront pas amener une valeur ajoutée à l'action. Dans ce cas, il est préférable que les opérateurs se conforment à présenter une intervention sur les volets où ils ont une valeur ajoutée claire.

En cas de consortia il faudra également expliquer la valeur ajoutée de chaque membre du consortium potentiel, ainsi que la capacité de travailler ensemble, les synergies potentielles et les

efforts pour mutualiser les ressources clés afin d'éviter les duplications. L'autorité contractante souhaite éviter le risque des consortia "formels" qui mettent ensemble des acteurs avec chacun leurs actions en parallèle, sans une vraie cohérence et concertation des actions et des objectifs.

Cet appel cherche à renforcer la résilience de la population et aussi du système public de santé du pays afin d'améliorer la santé de la population. En conséquence les activités ciblant les formations sanitaires doivent se focaliser davantage et de manière prioritaire sur les formations sanitaires publiques et agréés et se coordonner avec les autorités centrales et décentralisées du Ministère de la Santé ainsi que sur les mécanismes de santé communautaire. Même si l'appel n'envisage pas le soutien au secteur privé comme une approche principale, des interventions pourront être considérées si dûment justifiées (par exemple visant à assurer la continuité et la qualité de l'offre de soins ainsi comme ciblant des groupes spécifiques tels que les jeunes ou d'autres), si l'articulation et la complémentarité avec le système public est prouvée afin d'éviter la mise en place des systèmes parallèles et/ou elles sont destinées à améliorer l'encadrement, la complémentarité et l'intégration des structures privées par le secteur public.

Les actions/activités souhaitées peuvent être regroupées autour de trois volets suivant les trois résultats du programme (les volets sont complémentaires les uns avec les autres permettant la création de synergies) :

3.1. Renforcement de la qualité des soins au sein du système de santé (résultat 1)

Le Plan National de Développement Sanitaire vise des objectifs de lutte contre la maladie mais également le renforcement de la performance du système de santé en vue d'atteindre les objectifs de développement durable relatifs à la santé. En vue de renforcer le système de santé, le Burundi a initié des réformes dans le fonctionnement de son système de santé dont entre autres la contractualisation de la fourniture de services de soins à travers le Financement basé sur la performance (FBP). Le Gouvernement a également décrété un paquet de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans depuis 2006. Le MSPLS a pris l'option de financer ce paquet gratuit des soins à travers le FBP et depuis le 01 Avril 2010, le FBP a été étendu à tout le pays de manière harmonisée en contribuant à améliorer l'utilisation et la qualité des soins ainsi que la gouvernance et la gestion des structures de santé. En outre, le FBP aurait permis de corriger certains dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé. L'UE est l'un des partenaires du FBP avec des instruments de financement spécifiques.

On s'attend donc à que les propositions présentées sur le cadre de cet appel contribuent, dans la mesure du possible, à la bonne mise en œuvre du FBP en cours en se coordonnant davantage avec le moment actuel du FBP deuxième génération et en proposant des liens et des mécanismes de collaboration autant que possible afin de se concentrer sur l'amélioration de la qualité des soins et les défaillances structurels du système, défaillances que le FBP, parmi d'autres, a permis de relever.

Dans ce sens et à titre d'exemple, des enquêtes d'évaluation de l'effectivité de la mise en œuvre de la gratuité des soins couplé au FBP (au niveau prestataires et bénéficiaires) pourraient être envisagées ainsi comme l'accompagnement et la formation/coaching aux formations sanitaires, BDS et BPS pour l'utilisation effective et le suivi des fonds associés à leurs plans d'action, le renforcement des

capacités, l'accompagnement et mise au niveau des formations sanitaires publiques et agréés n'ayant pas un contrat principale avec le Ministère et en conséquence ne bénéficiant pas encore du FBP afin qu'elles puissent l'avoir et en bénéficier aussi, l'organisation des initiatives type Concours Qualité, le soutien à des mesures pour augmenter les connaissances sur la gratuité parmi la population et d'autres. Dans ce cadre, les actions dirigées à soutenir la santé communautaire (COSA, ASC, GASC, TPS) seront aussi privilégiées afin de renforcer les initiatives déjà en cours et proposer des interventions innovantes autant que possible. En outre, il serait aussi possible de présenter des interventions visant la complémentarité des initiatives de FBP et la couverture universelle tel que l'appui à la couverture des soins pour les populations les plus vulnérables via le soutien au paiement de la CAM³⁵ par exemple.

Les actions liées au FBP devront toujours se coordonner avec la Cellule Technique du FBP au sein du Ministère de la Santé et viser l'amélioration de la qualité des soins.

En outre, la Politique Nationale de Santé du Ministère de la Santé vise la couverture santé universelle comme le moyen principal pour assurer l'équité dans l'accès aux services de santé essentiels. On s'attend donc également à des propositions d'interventions pour promouvoir une éventuelle couverture universelle dans les soins de santé.

On encouragera le travail au niveau du district sanitaire toujours en coordination avec le Bureau de District de Santé (BDS) et le Bureau Provincial de Santé (BPS) ainsi qu'avec les autorités et leaders locaux et de la communauté en incluant les Comités de Santé (COSA), les Agents de Santé Communautaires (ASC), les Groupements des Agents Communautaires (GASC) et d'autres structures communautaires, bien évidemment toujours en coordination avec les interventions déjà en cours. Il faudra avoir des interventions à plusieurs niveaux (y inclus les hôpitaux notamment au niveau des hôpitaux de district) prouvées comme efficaces dans l'amélioration de la qualité des soins. Les interventions proposées dans ce volet devront toujours prioriser les utilisateurs finaux du système de la santé.

En ce qui concerne ce volet, l'UE s'aligne sur les orientations stratégiques proposées pour l'extension à 2018 du PNDS II³⁶ et le PNDS qui suivra surtout pour ce qui concerne à l'appui l'axe stratégique 1 à savoir : renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) sans préjudice d'appuyer d'autres axes liés au renforcement du système de santé.

La liste des interventions proposées dans chaque volet/résultat ne s'agit que d'une liste d'orientation et dans chaque résultat les intervenants devront proposer seulement les interventions pour lesquelles ils sont bien placés (déjà identifiées dans la liste ou d'autres si elles répondent également au résultat) et peuvent montrer une valeur ajoutée. De même, il y a des interventions qui peuvent montrer des synergies ou points de proximité avec plus d'un résultat.

Les activités suivantes pourront être envisagées (liste d'orientation : non- exhaustive ni obligatoire) :

- ✓ Renforcement de la santé au niveau communautaire en complémentarité aux initiatives déjà existantes: renforcement aux Techniciens de Promotion de la Santé (TPS) dans leurs tâches

³⁵ Carte d'Assistance Médicale

³⁶ Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, République de Burundi 2016

de suivi et supervision des interventions communautaires; renforcement des initiatives en cours pour les Agents de Santé Communautaires (ASC): formation, équipements, communication, interventions sur la santé au niveau des ménages; renforcement aux GASC (Groupements des Agents Communautaires) en gestion, maîtrise et interventions sur les déterminants sociaux de la santé (notamment hygiène, eau et assainissement) supervision y inclus activités génératrices de revenus si pertinent.

- ✓ Appui à la mise en œuvre du paquet de soins minimum et complémentaire au niveau des formations sanitaires avec un accès renforcé, tout en visant la couverture universelle, un bon niveau de qualité et une satisfaction accrue de côté des bénéficiaires.
- ✓ Renforcer et accompagner un système de référence et contre-référence fonctionnel et son lien avec le niveau communautaire (en reconnaissant le rôle clé des ASC dans la mobilisation de la population pour aller aux FOSAs).
- ✓ Mettre en place des interventions pour l'humanisation des soins.
- ✓ Stratégies d'amélioration de la qualité des soins telles que l'accompagnement pour le partage, vulgarisation, amélioration/révision quand nécessaire, formation et renforcement des capacités au niveau des structures sanitaires sur les stratégies plainte traitement et les guides y associées. Focus sur les principales maladies liées à la morbi-mortalité de la population (paludisme, diarrhées, IRA, MTS³⁷) ainsi que sur la MAS parmi d'autres.
- ✓ Interventions qui augmentent l'accès à des soins de qualité pour les enfants. Contribuer à la mise en place/renforcement du suivi poids-taille de l'enfant de manière systématique au niveau des structures sanitaires pour la rapide détection de retards de croissance. Accompagnement et renforcement de la mise en place du paquet d'intervention nutrition dans les formations sanitaires. Renforcement des approches communautaires de lutte contre la malnutrition FARN³⁸ en encourageant des approches existantes visant à améliorer son impact (poudres micronutriments, supplémentation, etc). De même, pour ce qui concerne les FARN, il faudra toujours y travailler en promouvant l'implication directe et le leadership communautaire et des structures de santé au niveau des districts et province.
- ✓ Concernant la sous nutrition aiguë : promouvoir le dépistage systématique au niveau des formations sanitaires pour une intégration effective santé/nutrition ; accompagner la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire ainsi que l'effectif référencement au niveau des Formations Sanitaires et la prise en charge correcte des cas de MAS (accompagnement directe et de proximité de la prise en charge de la MAS, formation, assurer que les intrants arrivent aux FOSAs).
- ✓ Concernant la sous nutrition chronique on s'attend à des paquets multisectoriels d'intervention qui mettent ensemble activités spécifiques à la sous-nutrition chronique ainsi que des activités sensibles ayant des effets prouvés sur l'amélioration de la malnutrition. On privilégiera le paquet d'actions intégrées dans le cadre de l'approche 1.000 jours, les pratiques familiales essentielles via des plateformes communautaires, les stratégies ANJE³⁹ et une approche préventive. Interventions nutritionnelles visant à combler les carences en minéraux essentiels (iode, fer, zinc) et vitamines (A, folate) ainsi que le déparasitage. Toutefois, les activités principales de lutte contre la malnutrition chronique devront être focalisées davantage vers le secteur de la santé tandis que les activités multisectorielles, si

³⁷ Maladies de Transmission Sexuelle

³⁸ Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle

³⁹ Pratiques d'alimentation du jeune enfant et du nourrisson

elles devront forcément être prévues, pourront être référées à d'autres partenaires (si existants) toujours en assurant au minimum, le référencement et les liens entre les secteurs (secteur éducation, agriculture, eau et assainissement, équité sociale). Les interventions devront s'aligner avec le PRONIANUT ⁴⁰ et le Plan Multisectorielle de Lutte contre la Malnutrition qui propose une démarche curative, préventive et promotionnelle, basée sur la multi-sectorialité, tout en renforçant et proposant des améliorations si nécessaire. Les activités promouvant les liens et le renforcement de la stratégie SUN seront également encouragées.

- ✓ Interventions dirigées à la sauvegarde des interventions de l'Union Européenne et ses Etats membres dans le secteur de la santé afin d'en renforcer la durabilité (équipements, formation, etc.).
- ✓ Mise en place, renforcement et accompagnement des interventions communautaires visant à l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition au niveau de la communauté en suivant les recommandations ministérielles et en assurant un système de suivi rapproché et de qualité et une bonne coordination avec les formations sanitaires et les structures sanitaires du district et province. Il faudra être en mesure de montrer l'efficacité des interventions communautaires type sensibilisations et promotions afin d'éviter des approches qui ne soient pas prouvées comme efficaces. Renforcement des capacités des Groupements des Agents Communautaires (GASC).
- ✓ Appuyer le renforcement des capacités du personnel sanitaire à tous les niveaux de la chaîne mais en priorisant la porte d'entrée du système (niveau communautaire, centres de santé et hôpitaux de district) et surtout, mais non limité, à la prévention et à la prise en charge de qualité des malades. Promouvoir des stratégies de formation de formateurs et privilégier la formation in situ et les nouvelles technologies plutôt que les ateliers de formation qui obligent le personnel à s'absenter de leurs endroits de travail pour plusieurs jours.
- ✓ Accompagnement aux BDS et BPS pour l'analyse et rationalisation des structures de santé au niveau du district/province sanitaire et leur liaison avec le niveau communautaire. Dans le cadre de cet appel on ne privilégiera pas la construction des nouvelles infrastructures sanitaires compte tenu de la situation actuelle de manque de rationalisation des structures existantes. Toutefois des petites réhabilitations et améliorations, si consistantes avec une intervention plus globale orientée vers la qualité des soins, pourront être envisagées.
- ✓ Interventions destinées à l'amélioration de l'accès de la population à des médicaments essentiels et des autres produits de santé ainsi que celles destinées à promouvoir et renforcer l'usage rationnel des médicaments. On privilégiera des interventions qui contribuent au renforcement d'une chaîne d'approvisionnement des médicaments améliorée et intégrée en coordination avec les instances nationales et le niveau communautaire. En général il faudra que les intervenants puissent assurer la disponibilité des médicaments et des intrants nécessaires pour mener à bien leurs interventions.
- ✓ Appui et renforcement à la société civile dans son rôle de co-gestionnaires des formations sanitaires (COSA) surtout dans sa mission de veille et appui au système de financement basé sur la performance.
- ✓ Promotion de l'amélioration des examens de laboratoire et de la sécurité transfusionnelle.

⁴⁰ Programme National Intégré pour l'Alimentation et la Nutrition

- ✓ Appui à des systèmes de diagnostic pour l'image : renforcement de la formation et équipements.
- ✓ Interventions destinées à accompagner l'amélioration du Système National d'Information Sanitaire notamment au niveau communautaire et des formations sanitaires du district afin de faciliter la saisie et l'analyse de données et les utiliser pour appuyer la planification, la réponse et la formulation des politiques de santé. Importance de renforcer et s'aligner avec les démarches déjà existantes en termes de systèmes d'information sanitaire (Open Cliniques, DHIS2). En particulier les activités pourront viser à fournir des assistances techniques pour soutenir l'analyse de la vulnérabilité dans le secteur de la santé ainsi comme de la nutrition (enquêtes HEA, SMART, SQUEAC...) toujours avec l'acceptation préalable et par écrit des autorités concernées.
- ✓ Interventions destinées à l'amélioration et l'augmentation de la formation initiale et la formation continue des ressources humaines en santé. Dans le cas de la soumission de propositions en formation initiale, celles-ci devront avoir l'engagement préalable et par écrit du Ministère à embaucher le personnel qui finira la formation avec succès. Pour leur pérennité, toutes les activités de formation devront être conçues et mise en œuvre en collaboration avec des institutions spécialisées burundaises.
- ✓ Activités dirigées à mettre en place ou renforcer les outils de gestion du personnel de santé y inclus le personnel communautaire.

En outre, face au manque de développement de la filière santé mentale dans le pays qui n'est pas intégrée dans le paquet de soins primaires (« *pas de santé sans santé mentale* », OMS) et en considérant les multiples chocs soufferts au Burundi, un pays qui a été témoin d'évènements tragiques et d'éruptions intermittentes de violence, la dernière en 2015, on peut déduire des besoins considérables en santé mentale parmi la population. On peut également déduire un niveau élevé de population traumatisée surtout, mais pas limité, aux déplacés internes, retournés, réfugiés, femmes et jeunes filles qui ont souffert des violences sexuelles, etc. De plus, la situation d'extrême pauvreté semble avoir déstructuré les réseaux familiaux et communautaires ayant des effets très négatifs pour les plus vulnérables : enfants abandonnés, punitions extrêmes infligées à des enfants, adolescentes enceintes rejetées par leurs familles, ou étant malmenées par elles, violence, viols, etc. Cette composante, étroitement liée à un renforcement général du système de santé, rejoint également le résultat 3 urgences.

En conséquence, des interventions sensibles au traumatisme et stress pourront être considérées (aussi au niveau communautaire) si elles incorporent de manière progressive un lien direct avec le système de santé et un renforcement des capacités au niveau du pays pour y faire face de manière durable. Il faudra bien définir les situations qui seront ciblés davantage de manière réaliste compte tenu des capacités et des ressources humaines disponibles (seulement à titre d'exemple : PTSD, conduites addictives, alcool et drogues illicites, troubles anxieux, de l'humeur, épisodes dépressifs, syndromes d'allure psychotique, etc.). Des interventions du type prise en charge psychologique et psychosocial, formations aux premiers secours psychologiques, soutien psychologique (groupe ou individuel) pourront être considérés si les conditions suivantes s'appliquent: articulés avec les autorités sanitaires, existence de personnel qualifié spécifiquement pour la prise en charge

psychologique et psychosociale, suivi de protocoles d'attention, application de mhGAP⁴¹ de façon structurante et existence d'une possibilité de référencement prévue dans les interventions pour les cas nécessitant un niveau supérieur de soins. Interventions de prévention et détection des problèmes de santé mentale mentionnés ci-dessous au niveau de la communauté pourront être envisagées.

Selon les interventions mises en place et les capacités des partenaires on s'attendra autant que possible à des interventions multisectorielles (voir section 1.5) tels que, par exemple mais sans exclure d'autres interventions possibles, le renforcement du volet eau et assainissement au niveau des formations sanitaires, la protection, le renforcement de la prévention et la prise en charge des VBG et le lien entre la santé et l'éducation.

Dans ce volet les considérations de genre citées dans la section 1.4 sont d'un intérêt particulier pour l'autorité contractante, surtout (mais pas exclusivement) en ce qui concerne la nutrition. L'UE n'encouragera pas des interventions seulement centrées sur les femmes et qui placent toute la responsabilité sur elles. Pour les opérateurs travaillant directement sur la nutrition par exemple, il faudra promouvoir la formation/implication des hommes, et notamment de pères de famille (des soi-disant "papas lumière" ou "papa lead") en parallèle au travail réalisé avec les "mamans lumière" ou "maman leads" car les hommes détiennent un rôle clé dans les ménages au Burundi.

De même, et applicable également pour le volet 2 et 3, il sera très important que les propositions contribuent au renforcement de la société civile, notamment des organisations non gouvernementales locales qui travaillent sur la santé, au niveau de l'appropriation de leurs rôles autant de réponse comme de plaidoyer pour la réalisation du droit à la santé.

En ce qui concerne les équipements ils seront seulement autorisés si accompagnés de mesures de formation initiale et continue ainsi que d'un suivi pour la maintenance.

3.2. Santé Sexuelle et Reproductive et Droits (résultat 2)

Ce volet vise à l'amélioration intégrée de toutes les composantes qui font partie de la SSR. On s'attend donc à des propositions qui visent à mobiliser la communauté, augmenter la demande de soins ainsi que l'accès à de soins de qualité qui se traduisent par une réduction de la morbi-mortalité maternelle, infantile et des moins de 5 ans ainsi que la promotion d'un accès universel à des méthodes modernes de planification familiale (PF) afin de réduire la demande actuellement non satisfaite de PF. On s'attend également à des interventions de prévention et de réponse médicale aux survivants de violences ainsi qu'à un accent sur les jeunes et les adolescents avec l'objectif de réduire les grossesses parmi les femmes mineures⁴². On s'attend aussi à des interventions focalisées sur les mères jeunes ou adolescentes, femmes enceintes non mariées, enfants non accompagnés, afin de prévenir les discriminations et leur offrir un appui intégral notamment en matière de santé. Bien entendu, ce volet serve aussi au renforcement du système de la santé plus en général (composante 1) car les volets ne sont pas excluants parmi eux, mais ici le focus repose sur la SSR.

On encouragera le travail au niveau du district sanitaire toujours en coordination avec le Bureau de District de Santé (BDS) et le Bureau Provincial de Santé (BPS) ainsi qu'avec les autorités et leaders

⁴¹ Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP)

⁴² Selon l'OMS les adolescents de moins de 16 ans sont quatre fois plus exposés au risque de décès maternel que les femmes âgées de 20 ans (Ending Teenage Pregnancy in Burundi, UNFPA 2016)

locaux et de la communauté en incluant les Comités de Santé (COSA), les ASC, les GASC, les TPS et les accoucheuses traditionnelles parmi d'autres. Les interventions proposées dans ce volet devront toujours prioriser les utilisateurs finaux du système de la santé.

En ce qui concerne ce volet, l'UE s'aligne sur les orientations stratégiques proposées pour l'extension à 2018 du PNDS II⁴³ et le PNDS qui suivra surtout en ce qui concerne l'appui à l'axe stratégique 1 à savoir : renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) sans préjudice d'appuyer d'autres axes liés à la santé sexuelle et reproductive. L'UE s'aligne également à l'engagement du Burundi en matière de santé de la reproduction concrétisé via le Plan d'Accélération de Planning Familial 2020: 14 engagements pour le Burundi.

La liste des interventions proposées dans chaque volet/résultat ne s'agit que d'une liste d'orientation et dans chaque résultat les intervenants devront proposer seulement les interventions pour lesquelles ils sont bien placés (déjà identifiées dans la liste ou d'autres si elles répondent également au résultat) et peuvent montrer une valeur ajoutée. De même, il y a des interventions qui peuvent montrer des synergies ou points de proximité avec plus d'un résultat.

Les activités suivantes pourront être envisagées (liste d'orientation : non- exhaustive ni obligatoire) :

- ✓ Stratégie nationale maternité à moindre risque : Appui à la mise en œuvre effective des programmes de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets. Renforcement et appui à des systèmes SONU (SONUB, SONUC) : activités de formation du personnel des centres de santé sur les accouchements eutociques et la reconnaissance rapide des signes de référencement. Systèmes innovants pour assurer le système de référence et contre-référence et appui à l'accouchement si le personnel n'a pas été formé et la référence n'est pas possible. Etablissement de synergies avec des autres interventions comme la malnutrition, la dispensation des ARV, etc.
- ✓ Renforcement du rôle clé des ASC sur la SSR surtout en ce qui concerne le suivi et contrôle des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire: formations, équipements, accès aux services de référence et contre référence avec des moyens de communication, accompagnement des femmes aux FOSAs, suivi de la croissance et du calendrier vaccinal des enfants, promotion de la PF au niveau des ménages, etc.
- ✓ Renforcement des accoucheuses traditionnelles pour leur mise à niveau. Formation du personnel, équipements, prise en charge.
- ✓ Formation et équipements au niveau des hôpitaux de district (échographes, couveuses, équipements nécessaires pour les salles d'accouchement, etc.).
- ✓ Renforcement pour une application systématique et de qualité des protocoles CPN et CPON (consultations prénatales et postnatales) au niveau des structures sanitaires et au niveau communautaire afin d'assurer que les protocoles soient maîtrisés et mis en œuvre dans leur totalité: consultations disponibles et bien équipées.
- ✓ Interventions dirigées à lutter contre la surmortalité et la surmorbidity maternelles et néonatales au niveau de la communauté et des infrastructures sanitaires (y compris la fistule obstétricale et les complications liées à l'avortement). Mise en place et accompagnement

⁴³ Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, République de Burundi 2016

des audits de mortalité maternelle. Accompagnement technique aux Comités de surveillance des décès maternels.

- ✓ Planification familiale (PF) : Accompagnement aux programmes visant la maîtrise de la croissance démographique et le libre choix des femmes au niveau communautaire et des structures de santé ainsi que renforcement du système de référencement. Renforcement des capacités des prestataires, équipement des structures et amélioration des outils de collecte de données y relatifs. Interventions de PF compréhensives et intégrées y inclus les méthodes de longue durée (et formation y relative).
- ✓ Interventions de SSR y inclus la PF, dirigées spécifiquement aux jeunes/adolescents (counseling, écoute, promotion communautaire, etc.). Equipements destinés à la sensibilisation et à des activités IEC.
- ✓ Interventions de promotion de SSR auprès les communautés en coordination avec les structures communautaires déjà existantes. Interventions IEC de promotion de la santé, prévention et réponse qui ciblent les groupes les plus vulnérables à des problèmes liés à la SSR (tels que les jeunes et les adolescents -hommes et femmes-, femmes célibataires, travailleuses et travailleurs du sexe, personnes avec des handicaps, population Batwa, etc.) avec des stratégies spécifiques, adaptées et respectueuses. Etablissement des synergies avec les programmes visant la prévention des ITS et le VIH/SIDA : information, renforcement des capacités, équipements, etc.
- ✓ Interventions dirigées à la santé de la femme pré et post ménopause, focalisées sur la prévention, et dans la mesure du possible et toujours selon les capacités du pays, dépistage précoce et prise en charge adéquate des cancers gynécologiques notamment du col utérin et du sein.
- ✓ Dynamisation des réseaux déjà existants sur la SSR afin de promouvoir le plaidoyer au niveau provincial, national et régional.
- ✓ Interventions au niveau communautaire et sur les FOSAs et au niveau de coordination pour la prévention et la réponse intégrée aux VBG, notamment les VS (Violences Sexuelles) : renforcement des capacités du personnel, kits de réponse et humanisation des soins. Bien que sur cet appel les propositions devront se centrer sur la promotion, la prévention et la prise en charge et la réponse médicale, au minima des liens devront être établis et les référencements assurés pour ce qui concerne la prise en charge globale des survivants sur les autres volets (psychosocial, juridique, etc.).

Les interventions de PF pour être soutenues devront être intégrées dans des programmes plus complets qui visent l'ensemble du volet de la SSR et ne pas se présenter comme des actions isolées. En fait, la problématique démographique du pays dépend de plusieurs facteurs et sur cet appel on s'attend à des analyses et interventions multisectorielles (accès et barrières mais aussi analyse des rôles de genre y compris l'anthropologie et la culture) sur les causes afin de proposer des interventions efficaces, innovantes et respectueuses.

Dans ce volet les considérations de genre citées sur la section 1.4 seront d'un intérêt particulier également. L'UE n'encouragera pas des interventions seulement centrées sur les femmes et qui placent toute la responsabilité y culpabilité sur elles. Au contraire, il faudra diriger les interventions davantage sur des hommes et des femmes et impliquer les hommes activement en encourageant, parmi d'autres, la paternité responsable par exemple, ainsi que définir toutes ces interventions à

travers une perspective de genre transversale fondée sur les droits et pas exclusivement sur les besoins.

Selon les interventions mises en place et les capacités des partenaires on s'attendra autant que possible à des interventions multisectorielles (voir section 1.5) tels que, par exemple mais sans exclure d'autres interventions possibles, le lien entre SSR et les écoles (programmes de santé scolaire), la révision des curricula de formation (dans ce type d'activités il serait nécessaire l'accord préalable par écrit des Ministères concernés), interventions de renforcement de l'hygiène y compris les déchets sanitaires, la prévention des infections nosocomiales, la stratégie d'assainissement total piloté par les communautés – ATPC–, la prise en charge intégrale des VBG, etc.

3.3. Réponse aux urgences (résultat 3)

Ce troisième volet cherche surtout à améliorer la capacité des communautés et du pays à la prévention, surveillance et à la réponse à des urgences sanitaires et des situations de vulnérabilité accrue, notamment des épidémies de malaria, choléra ou d'autres maladies à potentiel épidémique mais aussi à la MAS et en général des situations mettant en jeu la santé publique y compris les situations liées aux déplacements massifs de population (refugiés, rapatriés, retournés, déplacés internes – en bien ciblant les bénéficiaires et les zones d'intervention et toujours en assurant la coordination avec les autres intervenants–). En ce qui concerne la MAS les orientations fournies sur les volets 1 et 2 sont également d'application sur ce volet.

Ce volet cherche également à améliorer la prise en charge des urgences au niveau des formations sanitaires et de la communauté surtout au niveau des urgences comprises dans le paquet minimum et complémentaires d'activités au sein des centres de santé et aux hôpitaux de district, notamment ces derniers. L'appel cherche des interventions qui visent aussi l'amélioration des soins chirurgicaux essentiels et d'urgence. Dans ce sens il faudra prioriser l'accès, la permanence et la qualité des soins chirurgicaux d'urgence ainsi que le soutien au système de référencement et contra référencement et le lien avec le niveau communautaire.

L'UE s'aligne aux orientations stratégiques proposées pour l'extension à 2018 du PNDS II⁴⁴ et le PNDS qui suivra surtout en ce qui concerne l'appui à l'axe stratégique 1 à savoir : renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) sans préjudice d'appuyer des autres axes liés aux urgences. De même il sera également important de considérer les conclusions du rapport d'évaluation interne et externe de la mise en œuvre du RSI et s'aligner avec les plans d'action qui en découleront surtout pour en ce qui concerne la capacité du pays de détecter, évaluer, notifier et déclarer des événements (Article 5 du RSI) ainsi comme les capacités requises pour la surveillance et l'action (Annexe 1B). Il faudra également s'aligner avec les plateformes existantes telles que la Plateforme Nationale de Coordination et de Gestion des Catastrophes.

Les interventions proposées dans ce volet devront toujours prioriser les utilisateurs finaux du système de la santé.

La liste des interventions proposées dans chaque volet/résultat ne s'agit que d'une liste d'orientation et dans chaque résultat les intervenants devront proposer seulement les interventions pour

⁴⁴ Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, République de Burundi 2016

lesquelles ils sont bien placés (déjà identifiées dans la liste ou d'autres si elles répondent également au résultat) et peuvent montrer une valeur ajoutée. De même, il y a des interventions qui peuvent montrer des synergies ou points de proximité avec plus d'un résultat.

Les activités suivantes pourront être envisagées (liste d'orientation : non- exhaustive ni obligatoire). Compte tenu de l'ampleur des interventions possibles on privilégiera surtout la liaison directe de ces interventions avec les deux volets précédents (renforcement du système de santé et santé sexuelle et reproductive) :

- ✓ Renforcement du système de surveillance épidémiologique : compétences du personnel, systèmes d'information et analyse de données fiables, gestion de l'information, chaînes de circulation des données, assurer leur remontée et analyse, mise en place ou renforcement des systèmes d'alerte précoce et surveillance au niveau communautaire. Renforcement des capacités des ASC sur ce volet. Amélioration des échanges d'information entre les ASC, les FOSAs et les districts sur les alertes et la détection précoce.
- ✓ Amélioration de la capacité de réponse et prise en charge correcte des maladies à potentiel épidémique (menaces infectieuses/épidémies à haut mortalité type paludisme, cholera, Ebola, fièvre jaune et autres), catastrophes et urgences : stratégies de prévention, réponse et surveillance au niveau communautaire, préparation des protocoles de réponse, des plans de contingence, création et gestion de stocks de médicaments de contingence pour faire face à des possibles épidémies, chaînes de réponse, détermination de responsabilités, mise en place d'équipes de réponse rapide, formation, formation de formateurs, etc.
- ✓ Appui rapproché aux services d'urgences : Amélioration des soins chirurgicaux essentiels : Renforcement des capacités et des équipements pour la correcte prise en charge des urgences prévues dans le paquet minimum et complémentaires des soins notamment au niveau des hôpitaux de district (accompagnement pour l'harmonisation et vulgarisation des protocoles de qualité, disponibilité d'intrants et équipements, formation, etc.).
- ✓ Activités de promotion de la santé et de sensibilisation des communautés aux épidémies (prévention, détection, sensibilisation) afin que les communautés soient préparées et informées pour y répondre adéquatement.
- ✓ Appui direct et/ou financier à la prise en charge de soins de santé face à situations d'urgence survenues et leurs conséquences (violence, traumatismes, épidémies y inclus les mouvements de population) pour les collectifs les plus vulnérables toujours avec un plaidoyer avec les autorités et une stratégie de sortie définie dès le début. Par exemple, si justifié on pourrait contempler l'appui au paiement des cotisations CAM pour les populations plus vulnérables/exclues.
- ✓ Approvisionnement d'urgence en médicaments ou d'autres intrants : il faudra bien justifier le besoin ainsi que le caractère ponctuel de la requête. Mise en place ou renforcement des mécanismes de suivi, de détection et de correction des ruptures et soutien à l'amélioration de la gestion des médicaments et intrants médicaux afin de minimiser les ruptures. Dans le cas d'approvisionnement en médicaments et intrants il faudra toujours que l'opérateur garde un contrôle strict des stocks tout assurant une coordination avec les autorités responsables.

Ce volet demandera également une certaine flexibilité au niveau des opérateurs compte tenu des situations d'urgence qui puissent évoluer dans le pays, une flexibilité qui devra être incorporée dans

les propositions présentées. Dans ce sens, la formulation d'un résultat avec des indicateurs flexibles pourra être envisageable en dépendant de la nature, des capacités de l'opérateur et de l'intervention proposée.

4. Phase de mise en route

4.1. Objectifs

Après la signature des contrats de subvention avec les différents opérateurs/consortia, une phase de mise en route (phase d'inception) est prévue. Cette phase permettra de poser les bases de la collaboration/coordination entre opérateurs et avec les autorités locales, les groupes thématiques ou sectoriels dans le domaine de la santé et d'autres intervenants potentiels. Elle permettra aussi la mise en œuvre d'un nouvel exercice participatif de validation avec les communautés afin de confirmer la pertinence des activités proposées et/ou de les ajuster de façon adéquate, de développer une programmation cohérente et harmonisée entre les opérateurs (approches et stratégies minimales communes) et d'optimiser l'impact des interventions pour atteindre la construction de la résilience. Toutefois, il convient de rappeler que la participation des bénéficiaires est un prérequis clé de la proposition et ne doit pas démarrer à la phase de mise en route sinon durant la phase d'élaboration des propositions (voir section 2 : logique d'intervention).

Les activités proposées dans les demandes de subvention soumises par les différents opérateurs devront prendre en compte la nécessité d'intégrer les conclusions de la phase de mise en route.

Un travail de fond doit être effectué par les opérateurs au cours de cette phase de mise en route afin de justifier/vérifier leur choix d'approches, méthodologies et activités sur la base de leur impact potentiel. Ce choix devra être guidé par les leçons tirées des expériences passées, enquêtes existantes ou réalisées ad hoc, évaluations et revues de projets au Burundi ou dans des contextes similaires à la zone ciblée, et devra être fondé sur une analyse profonde des causes et pas des conséquences. Cet exercice ne remet pas en cause la démarche participative et communautaire demandée.

La phase de mise en route servira également pour approfondir les réflexions sur les éventuelles synergies entre les différents projets et les activités d'autres intervenants déjà présents dans la zone d'intervention, synergies qui devront avoir déjà été esquissées/proposés par les opérateurs. Autant que possible, il faudra créer des passerelles avec les secteurs du développement rural pour la nutrition et l'énergie qui feront l'objet d'appuis spécifiques dans le cadre des autres composantes de cette mesure d'appui à la résilience. Les complémentarités et les synergies, déjà brièvement signalées dans la note conceptuelle, avec d'autres projets et partenaires présents dans la zone d'intervention devront être décrits (en détail) en termes opérationnels dans les documents présentés en fin de phase de mise en route. Les documents à soumettre en fin de cette phase de mise en route seront spécifiés par l'autorité contractante.

Tel que spécifié sur la section 1.4 les partenariats avec des groupes locaux⁴⁵ des femmes défenseurs des droits et avec des organisations locales de jeunes sont fortement encouragés ainsi que des partenariats avec des organisations à base communautaire ayant une expérience prouvée dans des

⁴⁵ Les organisations locales ne pouvant être ni demandeurs, ni co-demandeurs peuvent être des associés et des contractants (prestataires). Voir lignes directrices.

activités de promotion, éducation, prévention et orientation vers les services et/ou un focus sur la vulnérabilité (visant les déplacés, réfugiés, personnes avec un handicap, etc.).

Avant la fin de cette phase de mise en route, chaque opérateur/consortia soumettra une proposition d'affinement de son intervention en considérant les points développés ci-dessus. Tel que déjà mentionné, les documents à soumettre seront spécifiés par l'autorité contractante qui après révision, devra y donner son accord.

4.2. Durée

La phase de mise en route démarrera après la signature des contrats et aura une durée maximale de trois mois.

5. Diagnostic participatif initial

La construction de la résilience nécessite une approche adaptée au contexte et aux bénéficiaires. Pour ce faire il faut avoir une compréhension approfondie de la situation dans la zone d'intervention, notamment en termes de contraintes et opportunités pour les communautés, de relations sociales et économiques (à un niveau désagrégé permettant l'appréhension des groupes vulnérables ainsi comme les données désagrégées par sexe et groupe d'âge), et du contexte environnemental, institutionnel et sécuritaire. Cette compréhension approfondie devra être déjà montrée au niveau de la note conceptuelle. Au cours de la phase de mise en route et tout au long de la mise en œuvre du programme, il est attendu des opérateurs qu'ils réévaluent et affinent les activités envisagées afin de s'assurer qu'elles soient bien adaptées aux principales cibles identifiées, mais également qu'elles répondent aux attentes des communautés.

5.1. Situation de référence

Les opérateurs sont tenus d'établir la situation de référence (baseline) dans leurs zones respectives d'intervention. La même méthodologie sera utilisée pour établir la situation finale (endline) à la fin du programme.

Dans le cas où des données fiables et actualisées existent appartenant à la même zone ou à une autre de caractéristiques similaires, l'UE encouragera leur utilisation afin d'éviter des doublons et des enquêtes qui accaparent des ressources et n'apportent pas de valeur ajoutée.

5.2. Approche participative et communautaire

Le travail de diagnostic participatif initial et l'implication active des organisations de base communautaire doit permettre de développer la capacité collective des communautés à contribuer activement à répondre à leurs besoins en santé, donc à renforcer leur propre résilience et renforcer durablement leur santé. Ce travail doit aboutir à l'identification par les communautés des actions prioritaires à mener pour améliorer la santé des individus et de la communauté dans son ensemble et à leur implication directe dans la mise en œuvre des interventions.

5.3. Analyse multirisque

Les activités proposées devront se justifier sur la base d'un diagnostic des capacités existantes d'anticipation et de réponse, et d'une analyse des différents aléas et risques auxquels les communautés ciblées peuvent être exposées. Cette analyse multirisque qui prend en considération les risques aux différents niveaux de l'intervention (institutionnel, politique, social, etc.) doit se faire en partant du niveau local (ménages et collines) jusqu'au niveau du district et la province sanitaire. Il faudra toujours garder en considération l'approche Ne pas nuire (voir section 2 : considérations générales).

6. Risques et mesures d'atténuation dans la mise en œuvre des actions

Vu la situation, il est essentiel que les **principaux risques** qui peuvent entraver / retarder la mise en œuvre des activités soient pris en compte dès la phase de conception du programme. Principaux risques identifiés (liste non exhaustive) :

- La dégradation des conditions sécuritaires dans les zones d'intervention (par exemple barrages par les forces armées ou les milices locales lors du passage des véhicules dans certaines villes ou d'autres). Cela entraînerait une limitation et/ou une interdiction d'accès de la zone pour le personnel des opérateurs (risque de retard, explosion des coûts, voire une suspension des activités).
- Des contraintes administratives supplémentaires non prévues ou un manque de participation des autorités à différents niveaux comme par exemple, à travers la mise en place d'interdictions de visite aux formations sanitaires, des limitations quant au type de personnel autorisé et non autorisé à conduire les interventions, ou des sujets des formations, etc.
- Des événements politiques majeurs qui puissent avoir un effet déstabilisateur sur les communautés et la capacité des partenaires à travailler de manière constructive avec elles.
- Des inondations et des aléas climatiques qui pourraient aggraver l'état des routes en saison de pluies et/ou détruire des ponts dans les zones d'intervention, ce qui peut compromettre l'accès à ces zones (retard d'exécution).
- Une implication faible de la part des populations bénéficiaires dans les activités prévues pourrait ralentir l'avancement des activités.
- Des retards ou ruptures dans la livraison d'intrants santé essentiels.
- Une forte inflation des prix ou des difficultés d'approvisionnement conduirait à des difficultés pour recevoir des services de santé qui sont payants, et pourrait retarder le démarrage des activités et accroître la vulnérabilité des bénéficiaires.

Dans ces cas, des **mesures d'atténuation** doivent être prises en considération (liste non exhaustive):

- Pour éviter d'éventuelles contraintes administratives, les opérateurs chargés de la mise en œuvre de l'action veilleront avec attention à impliquer les autorités dans toutes les phases des projets, en poursuivant une politique de confiance et de transparence et mettant en œuvre des stratégies d'appropriation. En fonction des besoins, des ateliers participatifs et des campagnes

de sensibilisation seront organisés de manière continue. Les groupes cibles seront accompagnés par un travail de proximité.

- Les risques de forte inflation des prix seront évalués dans le cadre des activités régulières de surveillance qui seront réalisées sur les régions d'intervention par les opérateurs, de sorte à prendre à temps des décisions programmatiques adéquates, si nécessaire, en concertation avec l'autorité contractante.

7. Bénéficiaires : Description et Ciblage

Groupes cibles prioritaires

Compte tenu du caractère du secteur, les actions devront forcément être menées auprès de l'ensemble de la population afin de contribuer à atteindre la couverture universelle et à l'amélioration de la santé communautaire dans son ensemble.

Toutefois, des ciblage par vulnérabilité seront nécessaires selon les interventions proposées (voir interventions ciblant déplacés, réfugiés et retournés et communautés hôtes ainsi que des interventions priorisant des soins de santé pour les femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de 5 ans).

Harmonisation des approches de ciblage

La sélection des zones bénéficiaires sera faite dans le cadre d'une approche communautaire sur la base de critères de vulnérabilité à la santé et des déterminants sociaux de la santé. Elle devra inclure toutes les populations présentes dans la zone, y compris personnes déplacées et retournées. Il conviendra de rappeler que les interventions agissant au niveau du district sanitaire doivent davantage couvrir l'ensemble du district ainsi que autant que possible tous les districts de la province. De même, il est bien entendu demandé de toujours prendre en compte le mapping des interventions existantes pour éviter des doublons.

En début de phase de mise en route, les opérateurs devront s'accorder, dans la mesure du possible, avec les services techniques concernés, sur une harmonisation des approches de ciblage et des approches communautaires. Le ciblage des bénéficiaires devant être efficace et transparent, il est demandé de préciser les critères d'inclusion et d'atténuer les risques d'exclusion en tenant compte des groupes prioritaires.

Désagrégation des bénéficiaires

Dans les propositions (revues au terme de la phase de mise en route) et les rapports d'activités, les opérateurs sont tenus de détailler les nombres de bénéficiaires directs et indirects, par activité, par groupe cible, par zone, par sexe et par âge. Chaque proposition devra clairement identifier les bénéficiaires directs et indirects selon les modalités suivantes :

- *Bénéficiaires directs* - Indiquer le nombre de personnes directement touchées par les interventions, ainsi que la part de la population de la zone couverte.
- *Bénéficiaires indirects* - Indiquer le nombre d'habitants des zones réelles d'intervention (ou des groupes concernés par l'action pour une population nomade), à savoir la population d'une

commune si tous les villages y sont concernés, ou le nombre d'habitants des seuls villages concernés. Si des activités de réduction des urgences sont réalisées au niveau d'une zone, l'ensemble de la population de la zone peut être considérée comme bénéficiaires indirects.

8. Questions transversales

8.1. Redevabilité

Les opérateurs sont invités, au cours de la phase de mise en route, à explorer de manière innovante les canaux de communication pouvant être activés et renforcés pour permettre des échanges fluides d'information et la mise en place de mécanismes de plainte et de remontée d'information fonctionnels. De tels mécanismes doivent pouvoir informer un suivi et un ajustement en temps réel du programme et présupposent une capacité managériale interne à chaque opérateur pour traiter l'information en provenance du terrain et décider des actions nécessaires.

Ces échanges d'information concernent tous les acteurs impliqués dans le programme : l'autorité contractante (l'UE), les opérateurs ainsi que les bénéficiaires.

8.2. Environnement

Dans la conception et la mise en œuvre des activités si pertinent les opérateurs prendront en compte le changement climatique (atténuation et adaptation) et de manière plus générale l'environnement (protection de l'environnement et gestion des ressources naturelles). L'un des exemples applicables sur la santé serait autour la gestion des déchets sanitaires.

8.3. Promotion de capital humain et social

La dimension éducative (capital humain) est essentielle et incontournable et devra être intégrée dans cette action à travers les formations prévues dans tous les volets et les interventions proposées. On privilégiera aussi, autant que possible, les liens santé éducation et les interventions dans les écoles (santé scolaire).

9. Gouvernance

En matière de gouvernance et de coordination avec les autorités et services techniques, il est rappelé que le principe fondamental est de construire – dans la mesure du possible et toujours en considérant l'extrême volatilité de la situation actuelle – sur l'existant et de contribuer au renforcement des structures présentes. En aucun cas il ne s'agira de créer de nouveaux comités ou plateformes de coordination avec les autorités et services techniques (mise à part, éventuellement, du pilotage du programme). Les opérateurs devront collaborer et concerter les actions avec les dispositifs de pilotage de la santé existants au niveau des BDS, BPS et au niveau central (notamment DODS⁴⁶ et DP⁴⁷ et des programmes clés y relatifs tels que le PNSR⁴⁸ sans exclure des autres directions

⁴⁶ Direction de l'Offre et la Demande des Services, Ministère de la Santé

⁴⁷ Direction de la Planification, Ministère de la Santé

⁴⁸ Programme National Santé de la Reproduction

concernées par les actions proposées telle que la Cellule Technique du FBP ou la DSNIS⁴⁹ par exemple) et les Ministères concernés par les interventions multisectorielles (par exemple dans l'éducation) ainsi qu'avec les plateformes sectorielles existantes et les groupes thématiques existants⁵⁰.

Démarche harmonisée

En matière de gouvernance locale, la phase de mise en route doit permettre de clarifier les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes dans les zones d'intervention : autorités, services techniques, communautés, organisations locales, opérateur et d'autres acteurs si pertinents. Pour chaque type d'activité, un tableau présentant les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes devra être établi et validé de manière participative. Il est attendu des opérateurs qu'ils contribuent au renforcement des capacités de coordination, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des autorités et des services techniques à tous les échelons dans leurs zones d'intervention.

Préparation aux crises et gestion du risque de catastrophe

La préparation aux crises et la gestion du risque de catastrophe naturelle passe, sur le court et le moyen terme, par une amélioration du système d'alerte précoce, de la mise en cohérence des données de l'alerte avec la réponse, ainsi que de la capacité à adapter les interventions pour passer d'un mode de développement à un mode d'urgence (plans de contingence) et de la capacité à mobiliser des ressources supplémentaires (fonds de contingence). Sur le plus long terme, les démarches de protection et de renforcement des ressources naturelles, de cohésion communautaire et de prévention des conflits peuvent également être intégrées dans les logiques d'intervention des opérateurs.

Protection⁵¹

La protection doit être intégrée dans les interventions proposées. La protection est déjà un volet principal de l'action sur tous les résultats (notamment sur le résultat 2 et 3) mais il faudra la considérer également de façon transversale (*protection mainstreaming*) comme une approche intégrée qui demande une capacité de surveillance, un travail en réseaux avec des acteurs spécialisés, une attention aux événements politiques, aux menaces, aux risques, aux biens de la communauté, au renforcement des capacités et un contrôle et un reporting efficace. Les activités développées devront donc considérer la fragilité du contexte et s'adapter à tout changement éventuel de la situation.

10. Suivi, évaluation, apprentissage et capitalisation

⁴⁹ Direction du Système National d'Information Sanitaire

⁵⁰ Toujours prenant en considération l'application de l'article 96 du mars 2016 pour lequel l'UE a suspendu tout le support direct à l'administration burundaise.

⁵¹ Définition de la protection du CICR : "toutes les activités visant à obtenir le plein respect des droits de la personne conformément à la lettre et à l'esprit des corpus juridiques pertinents"

10.1. Suivi, évaluation et capitalisation au sein de chaque projet

Tel que déjà expliqué (voir section 5.1), les opérateurs sont tenus de dresser eux-mêmes la situation de référence (*baseline*) et la situation finale (*endline*) dans leurs districts sanitaires d'intervention.

Toutefois, ils pourront utiliser des données disponibles s'il y en a des récentes et fiables (et si réellement extrapolables) sans besoin de répéter des enquêtes déjà faites. Tout au long du programme, il est attendu que les opérateurs puissent suivre les réalisations et les adapter en conséquence.

De même, et tel qu'également déjà expliqué (voir section 2), le cadre logique figurant dans cette note est le cadre logique base du volet santé de la mesure d'appui à la résilience. Chaque opérateur devra suivre ce cadre selon ses volets d'interventions et utiliser en préférence les indicateurs proposés afin d'avoir une base commune de suivi-évaluation et de faciliter la communication sur le projet. S'agissant du cadre logique pour le volet santé de la mesure d'appui à la résilience, il comprend des indicateurs reflétant les objectifs et les résultats attendus pour ce volet. Les opérateurs peuvent donc utiliser seulement une partie de ces indicateurs, notamment ceux qui sont pertinents à la proposition présentée. Les opérateurs pourront toujours compléter ce cadre logique avec des indicateurs reflétant les spécificités de leurs interventions.

Les valeurs de référence et les cibles des indicateurs communs et spécifiques à chaque action seront définies au cours de la phase de mise en route. Les cibles fixées devront faire références aux cibles nationales ou internationales lorsqu'elles existent (pour les indicateurs anthropométriques par exemple). Pour les données issues des enquêtes nationales (DHS, SMART, statistiques agricoles, IPC, etc.) qui ne seraient pas encore disponibles, il faudra indiquer le document de référence qui sera utilisé.

10.2. Assistance technique externe

En plus du point précédent, un système de suivi robuste sera mis en place au niveau de l'ensemble du volet santé de la mesure d'appui à la résilience avec l'appui d'une assistance technique externe financée par l'UE. Les opérateurs retenus seront tenus d'harmoniser, entre eux et avec les services techniques concernés, les éléments clés de leurs interventions tels que les approches méthodologiques, les appuis aux cadres techniques, etc.

En ce sens, un groupe de travail inter-opérateurs devra se mettre en place afin d'assurer, entre autres aspects, l'harmonisation des approches, les méthodologies du système de suivi-évaluation tout au long de la préparation des propositions complètes, de la phase de mise en route et de leur mise en œuvre. Ce processus favorisera également une capitalisation commune des expériences et des bonnes pratiques. L'assistance technique mobilisée par l'UE appuiera et encadrera ce processus.

10.3. Recherche évaluative / mesure de la résilience

Dans le cadre du système de suivi et évaluation du programme, des recherches évaluatives devront être effectuées par les opérateurs afin de mieux déterminer les mécanismes par lesquels le programme, au travers de ces différentes approches, agit sur la santé de la population. Il faudra promouvoir le partage des études menées et les conclusions au niveau des journaux ou magazines spécialisés (publication).

11. Conduite du programme

11.1. Comité de pilotage

Dans la mesure du possible, l'autorité contractante (UE) s'assurera qu'un comité de pilotage du volet santé de la mesure d'appui à la résilience soit défini au niveau national d'ici la fin de la phase de mise en route ainsi qu'au niveau des districts sanitaires/provinces d'intervention. Son rôle portera sur l'orientation générale du programme, sur la facilitation des relations avec le gouvernement et pourra permettre le déblocage de goulots d'étranglement éventuels. Sa composition et ses termes de référence seront précisés au cours de la phase de mise en route. Pour ce faire, l'UE aura l'appui de l'assistance technique externe.

11.2. Coordination inter-opérateurs

La coordination inter-opérateurs est essentielle pour garantir la cohérence, lisibilité et visibilité du programme. Elle doit garantir une fluidité des échanges d'informations et de données entre opérateurs et avec les autres parties prenantes. Une clarification de la structure organisationnelle inter-opérateurs est nécessaire. Un document inter-opérateurs sera élaboré, avec l'aide de l'autorité contractante et de l'assistance technique externe engagée par l'UE, au terme de la phase de mise en route.

Les ressources nécessaires à une telle coordination au niveau de chaque opérateur doivent cependant être budgétisées dans les actions proposées.

12. Annexe : cadre logique commun (de référence)

Ces indicateurs représentent une liste générale indicative (pas obligatoire). Ils seront à appliquer, chiffrer et adapter selon la zone/districts d'intervention et les volets spécifiques de l'action proposée. Des indicateurs complémentaires peuvent être également proposés selon l'action toujours en veillant à leur harmonisation avec les plans nationaux et les standards internationaux.

APPENDICE I – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif général	Contribuer à pallier l'impact socio-économique négatif de la crise politico sécuritaire sur la population burundaise en renforçant sa capacité de résilience et en assurant la continuité et la qualité des services de base essentiels.					

<p>Objectif(s) spécifique(s): Effet(s) direct(s)</p>	<p>1. Contribuer à accroître l'accessibilité universelle à des services de santé de qualité (en particulier paquet minimum et paquet complémentaire), y inclus la santé sexuelle et reproductive et répondre aux besoins spécifiques en matière de santé des populations en situation de crise.</p>	<p>1.1 Réduction du ratio de mortalité maternelle</p> <p>1.2. Réduction du ratio de mortalité de moins de 5 ans</p> <p>1.3 Réduction du ratio de mortalité infantile</p> <p>1.4. Augmentation de score qualité dans les districts sanitaires (centres de santé et hôpitaux de district)</p> <p>1.5. Satisfaction de la population avec les soins de santé reçus</p> <p>1.6. Taux de mortalité hospitalière</p> <p>1.7. Proportion des alertes d'épidémie qui ont été évaluées dans les 48 heures</p> <p>1.8. Amélioration du taux de besoins satisfaits en SONU pour les FOSAs couvertes par les interventions</p>	<p>1.1. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 712/100.000NV</p> <p>1.2. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 83 ‰</p> <p>1.3. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 55 ‰</p> <p>1.4. Niveau 2015 (PNDS étendu): 67% (CdS) et 76% (HD)</p> <p>1.5. A déterminer par projet</p> <p>1.6. A déterminer par projet</p> <p>1.6. A déterminer par projet</p> <p>1.7. A déterminer par projet</p> <p>1.8. A déterminer par projet; 2015: 48,5%</p>	<p>1.1. Cible 2018 PNDS : 583/100.000 NV – à actualiser avec EDSB-III et nouveau PNDS</p> <p>1.2. Cible 2018 PNDS : 66‰ – à actualiser avec EDSB-III et nouveau PNDS</p> <p>1.3. Cible 2018 PNDS : 46‰ – à actualiser avec EDSB-III et nouveau PNDS</p> <p>1.4. Cible 2018 PNDS: 100% (CdS et HD)</p> <p>1.5. A déterminer par projet</p> <p>1.6. A déterminer par projet (toujours <5%)</p> <p>1.7. La valeur toujours devra augmenter en relation à la valeur de référence</p> <p>1.8. A déterminer par projet, cible PNSR 2018: 80%</p>	<p>EDSB</p> <p>Estimations du Groupe Inter agence- données PNSR</p> <p>Base de données FBP, CT-FBP</p> <p>Données du projet (selon zones d'intervention)</p>	
<p>Note de cadrage : Mesure d'appui à la résilience des populations du Burundi.</p>		<p>Santé</p>	<p>36</p>			

Produits	R.1.1. Le pourcentage de la population ayant accès à un système de santé avec une qualité des services améliorée augmente ainsi que leur satisfaction avec les soins reçus	1.1.1. Nombre de structures sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de médicaments essentiels et consommables//et-ou Nombre de jours de ruptures de stock de médicaments traceurs essentiels dans les structures sanitaires	1.1.1. Niveau 2011 : 53,30% (CdS) ; 74,40% (hôpitaux). Niveau 2015 : pas disponible	1.1.1. Cible 2018 PNDS : 100% ou 0 jours de rupture (CdS et hopitaux)	DPML CAMEBU Enquête FOSA Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.1.2. Taux d'incidence du paludisme (et/ou de réduction de la mortalité lié au paludisme)	1.1.2. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 55%	1.1.2. Cible 2018 PNDS : 50% à actualiser avec nouveau PNDS	Annuaire statistique PNILP Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.1.3. Taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (poids-pour-âge)	1.1.3. EDSB III: 29%	1.1.3. Cible à déterminer	PRONIANUT Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.1.4. Taux de couverture/ du dépistage/prise en charge de la MAS/MAM	1.1.4. EDSB III: 4% MAM, 1% MAS A compléter avec les	1.1.4 Cibles à déterminer pour le projet selon zone d'intervention visant surtout à une	PRONIANUT Données du projet (selon	

			résultats SMART. SQUEAC pour la couverture	augmentation de la prise en charge de la MAS et du dépistage systématique	zones d'intervention)	
		1.1.5. Proportion des FOSA assurant la prise en charge nutritionnelle selon approche CMAM	1.1.5. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 40,50%	1.1.5. Cible 2018 PNDS : 60% à actualiser avec nouveau PNDS		
		1.1.6. Paquet de soins minimum et complémentaire complet et de qualité (à déterminer la mesure de la qualité) au niveau des formations sanitaires	1.1.6. À déterminer par le projet	1.1.6. Cibles à déterminer pour le projet	Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.1.7. Qualité des ordonnances: Proportion des ordonnances qui sont conformes aux directives nationales ou internationales de traitement et diagnostic	1.1.7. À déterminer par le projet	1.1.7. Cibles à déterminer pour le projet	Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.1.8. Taux de mortalité aux services pédiatriques	1.1.8. À déterminer	1.1.8. Cible à actualiser avec nouveau PNDS mais toujours <1.5%	Données du projet (selon zones d'intervention) MSPLS	
		1.1.9. Augmentation du taux d'exécution	1.1.9. À déterminer	1.1.9. Selon projet mais	Données du	

		des plans d'action des formations sanitaires	par le projet	visant une augmentation nette	projet (selon zones d'intervention)	
Produits	R.1.2. L'accès de la population en général, et plus particulièrement des jeunes, des adolescents et des femmes à des programmes de santé sexuelle et reproductive holistiques et de qualité est renforcé	1.2.1. Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	1.2.1. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 1,30%	1.2.1. Cible 2018 PNDS : 1% à actualiser avec nouveau PNDS (mais toujours <1%)	PNSR Estimation Groupe Interagence	
		1.2.2. Taux de mortalité néonatale	1.2.2. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 30‰	1.2.2. Cible 2018 PNDS : 25‰ à actualiser avec nouveau PNDS (mais toujours <1%)	PNSR Estimation Groupe Interagence	
		1.2.3. Taux de prévalence contraceptive	1.2.3. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 37,40%	1.2.3. Cible 2018 PNSR : 45% à actualiser avec nouveau PNDS	PNSR Annuaire statistique	
		1.2.4. Augmentation du % d'accouchements assistés par un personnel qualifié	1.2.4. Niveau 2015 (PNDS étendu) : 77,90%	1.2.4. Cible 2018 PNDS : 80% à actualiser avec nouveau PNDS	DSNIS	
		1.2.5. Proportion des femmes enceintes qui ont été référées et ont reçu des soins obstétriques d'urgence.	1.2.5. À déterminer par le projet	1.2.5. À déterminer par le projet (visant une augmentation)	Données du projet (selon zones d'intervention)	

		1.2.6. Réduction de la proportion des adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréative	1.2.6. Niveau 2010 : 11%	1.2.6. Cible 2018 PNSR : 8% à actualiser avec nouveau PNDS	PNSR Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.2.7. Accroître le taux de couverture de CPN 4	1.2.7. Niveau 2015: 34,7%	1.2.7. Cible 2018 PNSR: 50% à actualiser avec nouveau PNDS	PNSR Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.2.8. Augmentation de l'utilisation des CPoN	1.2.8. Niveau 2015: 60,4%	1.2.8. Cible 2018: 80% à actualiser avec nouveau PNDS	PNSR Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.2.9. Proportion des survivantes de violence sexuelle qui ont reçu une assistance médicale de qualité dans les 72 heures et en ligne avec les	1.2.9. À déterminer par le projet	1.2.9. À déterminer par le projet	Données du projet (selon zones d'intervention)	

		protocoles nationaux/internationaux				
Objectif(s) spécifique(s): Effet(s) direct(s)	R.1.3. La capacité du système de santé de fournir une réponse de qualité aux situations humanitaires qui concernent la santé publique et aux urgences sanitaires est augmentée	1.3.1. Pourcentage des réponses épidémiques efficaces et conformes aux normes nationales et de l'OMS	1.3.1. À déterminer par le projet	1.3.1. À déterminer par le projet (visant une augmentation)	Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.3.2. Augmentation d'interventions chirurgicales essentielles réalisées avec qualité selon PMA et PCA	1.3.2. À déterminer par le projet	1.3.2. À déterminer par le projet (visant une augmentation)	Données du projet (selon zones d'intervention)	
		1.3.3. Nombre total de jours où les stocks d'urgence (contingence) n'étaient pas en place et disponibles	1.3.2. À déterminer par le projet	1.3.2. À déterminer par le projet (visant une réduction)	Données du projet (selon zones d'intervention)	