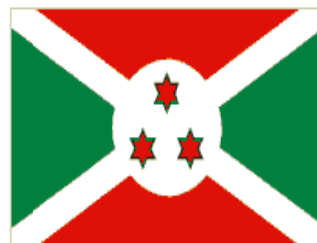


REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Eclaircissements demandés par le CEI sur la nouvelle proposition RSS 2013-15 de GAVI.

Août 2012

Question n°1 : Fournir des informations réalistes et spécifiques au sujet de la manière dont les activités à soutenir par d'importantes dépenses en capital, des primes et des paiements basés sur la performance seront viables à long terme.

Réponse1 :

A. Viabilité à long terme des investissements importants en capital et en ressources humaines

Les investissements importants en capital et en ressources humaines dont il est question dans la présente proposition sont liés à l'acquisition de la chaîne de froid (frigos photovoltaïques, groupes électrogènes...), à la gestion des déchets biomédicaux, (Destructeurs des seringues, construction des incinérateurs...) et à la dotation du matériel roulant pour la supervision aux Bureaux Provinciaux de santé et Bureaux de Districts Sanitaires. Ces investissements importants en capital sont aussi liés au paiement des primes et salaires des membres de l'unité de gestion RSS.

Tenant compte des avantages que des frigos photovoltaïques offrent sur le plan écologique et préservation de l'environnement ainsi que les moindres exigences dans l'entretien de ces derniers, la contre partie gouvernementale pourra subvenir au besoin d'entretien. Cette contre partie gouvernementale prendra la relève à long terme pour remplacer et entretenir les différents équipements et matériels qui seront fournis dans le cadre de cette proposition. Signalons que le Gouvernement, dans sa lettre n° numéro121/VP2/1254/2012 du 11 juin 2012, s'est engagé à accroître progressivement son budget alloué aux services d'immunisation (lettre en annexe). Dans cette même lettre, le Gouvernement du Burundi demande au MSPLS de préparer d'urgence un Projet de Loi ou d'Arrêté portant création d'un Fonds National pour la vaccination pour que dans le futur le pays puisse s'acheter les vaccins sur ses propres ressources.

Quant aux ressources humaines, l'unité de gestion RSS-GAVI est constituée des fonctionnaires de l'Etat qui recevront des primes de performance et seront appuyés par des experts qui recevront des salaires dans le cadre de ce projet. Ce besoin de renforcement de l'unité de gestion est motivé par l'extension de la zone d'intervention (6 provinces au lieu de 4 provinces de l'actuel projet).

A l'échéance du projet, les experts recrutés dans le cadre dudit projet auront transféré des compétences requises aux fonctionnaires membres de l'unité de gestion RSS. La poursuite des interventions de l'unité de gestion sera assurée par lesdits fonctionnaires qui vont continuer à percevoir des primes s'inscrivant dans la politique de contractualisation du personnel de santé.

S'agissant de la viabilité de ces investissements, la réforme de décentralisation introduite dans le système de santé du Burundi insiste sur le renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires. Cela signifie que celles-ci devront dans le futur planifier aussi bien leurs activités que leurs ressources (mobilisation, acquisition et utilisation). D'ailleurs l'un des critères de la performance (qui est rémunéré dans le cadre du FBP) consiste en une planification aussi bien programmatique que budgétaire, y compris pour les investissements (amélioration des infrastructures, acquisition des équipements essentiels) pour la production des services de qualité à offrir aux bénéficiaires.

Dans cet ordre d'idée le dernier compact qui vient d'être signé par le Gouvernement/Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA et ses partenaires stipule que les dons de matériel aux formations sanitaires seront exceptionnels ces dernières étant appelés à prévoir et acheter ceux dont ils ont besoin pour fonctionner.

Cela est de nature à rassurer quant à la consolidation et à la pérennisation des acquis que représente ce lot d'équipement dans la mesure où une fois le matériel reçu par les formations sanitaires devra, par le biais d'une planification des investissements et une provision pour l'amortissement (exigé dans la nouvelle approche) ils pourront le moment venu acquérir de nouveaux équipements sur des fonds générés en interne.

Dans cette optique, la Cellule nationale technique du Financement Basé sur la Performance (FBP) vient de travailler avec les différents programmes nationaux de santé pour revisiter les outils de planification de ces derniers afin de dégager le matériel dont l'acquisition peut continuer à être fourni en nature et ceux qui devront être achetés par les FOSA elles-mêmes à partir des fonds générés par différentes sources notamment via le FBP et les frais des usagers. Les équipements essentiels rentreront progressivement dans cette deuxième catégorie et pourront être remplacés sans avoir recours à d'aussi gros financements extérieurs.

b) La viabilité de la stratégie de Financement basé sur la performance est soutenue par les éléments suivants :

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) a été adoptée comme stratégie nationale dans le secteur de la santé. En effet, en 2006, le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions a élaboré et validé une Politique Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé qui constitue le cadre de référence des relations contractuelles. En outre, le Financement basé sur la performance est le 7^e axe stratégique du Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2011-2015 et a également été intégré dans le Cadre Stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté. Tous ces éléments indiquent que le FBP est reconnu comme priorité nationale par le Gouvernement ;

Le Gouvernement du Burundi a intégré dans son Budget annuel une ligne budgétaire dénommée « Financement Basé sur la Performance » depuis 2010. A la fin de l'année 2011, le Gouvernement est la principale source de financement du FBP et son apport représente 52% du coût total de la mise en œuvre du FBP à l'échelle nationale ;

Le Gouvernement du Burundi s'est engagé à augmenter sa contribution au FBP avec une augmentation annuelle correspondant à 1,4% de tout le Budget général de l'Etat ;

Le FBP étant une priorité nationale et dans le cadre de la déclaration de Paris qui prône l'alignement sur les priorités nationales, les Partenaires Techniques et Financiers participent au financement de la stratégie FBP. Nous citerons notamment :

- la Banque Mondiale avec un appui de 18 millions USD de 2010 à 2012 ; un nouveau projet de 25 millions USD de 2013 à 2015 ; un appui du Trust fund de 15 millions USD de 2012 à 2015 ; un projet de renforcement de laboratoire avec une composante FBP pour un montant de près de 3 millions USD ;
- La commission européenne à travers le projet Amagara Meza dispose d'un budget de près de 8 millions d'euros pour 4 ans (2012-2015) ;
- La Coopération Belge avec un appui de 1.200.000 Euros par an pendant 4 ans ;
- USAID à travers l'ONG FHI 360 appui le FBP en contractualisant les indicateurs VIH/SIDA dans certaines Provinces pour un montant de près de 500.000 USD par an ;
- GAVI alliance à travers son projet « RSS » qui dispose pour l'année 2012 d'un budget de près de 1.300.000 USD ;

- Le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA continue la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des PTF pour un appui plus important et continu de la stratégie FBP . Nous pouvons citer à titre d'exemple :
 - ✓ La CLINTON FOUNDATION a accepté d'appuyer la mise en œuvre du FBP à l'échelle de l'East African Community dont fait partie le Burundi et les montants de cet appui restent à préciser ;
 - ✓ Une délégation du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA conduite par la Ministre a séjourné à Washington DC (USA) du 11 au 15 Juin 2012 pour mobiliser des ressources supplémentaires auprès de la Banque Mondiale ;
 - ✓ Une délégation du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA conduite par la Ministre a séjourné à Tunis (TUNISIE) du 04 au 05 Juillet 2012 pour entre autres mobiliser des ressources pour le FBP auprès de la Banque Africaine de Développement ;
 - ✓ Le gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA continue également la mobilisation des ressources auprès des partenaires traditionnels et des nouveaux partenaires.

Les succès au niveau national et international enregistrés par la stratégie FBP du Burundi constituent des atouts pour mobiliser plus de ressources et en assurer ainsi la pérennité. En effet, le FBP a contribué à améliorer l'utilisation et de la qualité des soins, de renforcement du système de santé et du partenariat public-privé, de plus grande participation communautaire. En outre, plusieurs Pays africains ont déjà fait des voyages d'études pour s'inspirer de l'expérience du Burundi ;

Le FBP au niveau communautaire constitue un nouveau chantier au Burundi et le constat a été fait que l'implication plus poussée de la communauté permettra d'atteindre plus rapidement des résultats d'impact en termes de morbidité et de mortalité. Une expérience pilote de FBP Communautaire est en cours dans une Province et le Gouvernement et les PTF sont prêts à appuyer et financer la généralisation du FBP Communautaire à l'échelle nationale.

A la phase actuelle, le Financement Basé sur la Performance (FBP) a été étendu (avril 2010) dans toutes les provinces du pays et il s'observe que les mêmes activités de l'intervention produisent généralement les mêmes résultats. L'heure actuelle est à l'extension du FBP vers le niveau communautaire et aussi vers d'autres ministères.

Les interventions de cette proposition visent à contribuer pour permettre au Burundi, sur le moyen et le long terme, de pouvoir subvenir aux besoins de son système de santé. Le système de financement basé sur la performance part du principe que les prestations des formations sanitaires s'améliorent au fur et à mesure que ces dernières perçoivent des subsides, induisant une dynamique de production de soins de qualité. Il est donc indispensable de produire une stimulation constante sur le long terme en vue d'assurer la durabilité des performances.

L'expérience dans la mise en œuvre du système de financement basé sur la performance dans différents pays a montré des résultats rapides avec un allègement important des coûts de santé en particulier pour les pauvres. Le FBP ne permet pas uniquement aux formations sanitaires de couvrir des frais de fonctionnement pour pouvoir exécuter les stratégies mais aussi d'atteindre les cibles et de constituer un fond de roulement pour la pérennisation du système.

Par ailleurs, dans le cadre de la présente action et dans sa collaboration étroite avec le Gouvernement, cela constitue un plaidoyer à l'intention des autorités politiques, administratives et des instances de la société civile en s'appuyant sur le document de politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé pour assurer un financement futur et pérenne de cette approche d'achat des services de vaccination. Le Ministère des Finances, à l'instar de l'expérience concluante d'autres pays, pourra être en mesure de prendre la relève.

La viabilité politique sera sans aucun doute assurée au regard de l'attitude actuelle du Gouvernement du Burundi envers le FBP. Il est encourageant de voir comment l'approche FBP du Gouvernement Burundais a été saluée au niveau international, ce qui constitue une incitation supplémentaire pour renforcer cette politique. En effet, l'influence du FBP sur la politique du Gouvernement burundais commence à se manifester : la Présidence de la République du Burundi préconise que chaque cadre de l'Etat, à quelque niveau que ce soit, fasse un plan d'action, et rende compte, tous les 6 mois de son niveau de performance. A partir du secteur de la santé, l'approche est en train d'être généralisée dans d'autres secteurs et cela présage un futur prometteur pour celle-ci. La société civile burundaise aussi ne cesse d'exiger du Gouvernement la transparence, l'efficacité et l'efficience. Ce sont ces mêmes valeurs que prône le FBP ce qui fait un levier politique. Cependant, même si l'implémentation du FBP semble être un acquis, quelques possibilités de risques méritent l'attention et concernent : la sécurité dans le pays, la croissance économique, l'engagement des PTF à contribuer au financement du FBP.

De façon générale, l'impact attendu peut être envisagé sous trois angles :

- **Impact au niveau politique** : le renforcement de la décentralisation et le renforcement des réformes sectorielles enclenchées par le MSPLS comme l'approche district, la gratuité des soins aux groupes vulnérables et le FBP communautaire.
- **Impact au niveau social** : la satisfaction des usagers, mesurée à travers les enquêtes communautaires, est une dimension nouvelle dans le secteur de la santé en général et en particulier les services de vaccination qui garantissent l'organisation des services en réponses aux attentes de la population.
- **Au niveau économique** : l'impact attendu est l'efficience, l'efficacité dans l'allocation des moyens, la bonne gouvernance et la transparence dans la gestion.

Question n°2 : La proposition doit expliquer pourquoi l'extension de 4 à 6 provinces répondra aux besoins de vaccination et comment les activités menées sous le couvert de l'appui HSS actuel ont permis de progresser.

Réponse 2 :

- a) Les raisons qui ont guidé l'extension de la zone d'intervention RSS-GAVI à deux nouvelles provinces sanitaires (Kirundo, Bujumbura rural) avaient été fournies lors de la réunion de validation de ladite proposition par le CPSD en date du 26 mars 2012 même si cela n'apparaît pas dans le compte rendu de cette réunion.

Le choix des deux provinces supplémentaires a été motivé par les éléments suivants :

- faible taux de couverture vaccinale,

- la présence répétitive des épidémies de rougeole,
- l'absence des partenaires appuyant spécifiquement les services d'immunisation.

Considérant les taux de couverture vaccinale dans les provinces sanitaires de Kirundo et Bujumbura rural (nouvelles provinces d'extension de l'appui GAVI au RSS), comme illustré dans le tableau ci-dessous, ces taux sont très faibles comparativement aux moyennes nationales en Pentavalent 3 et VAR et aux couvertures des autres provinces.

Rappelons aussi que, comme illustré dans le tableau ci-dessous, les deux provinces ci-haut citées ont connu des épisodes d'épidémies de rougeole en 2009 et 2010 dans la province de Bujumbura rural et en 2010-2011 à Kirundo.

Tableau n° 1 : Couverture vaccinale dans les provinces sanitaires hors zone RSS-GAVI (2010)

N°	Provinces sanitaires	Pentavalent 3	VAR
1	BUBANZA	105	108
2	BUJUMBURA MAIRIE	104	90
3	BUJUMBURA RURAL	77	72
4	CANKUZO	113	100
5	CIBITOKÉ	99	89
6	KARUSI	85	88
7	KIRUNDO	89	79
8	MAKAMBA	116	107
9	MURAMVYA	99	96
10	MUYINGA	111	106
11	NGOZI	90	91
12	RUTANA	96	93
13	RUYIGI	97	92
Taux moyen national		96	92

Source : JRF 2010

En outre, ces deux provinces sont appuyées par d'autres partenaires au développement dont la CTB pour Kirundo et la CE pour Bujumbura rural. Ils interviennent essentiellement dans l'appui au développement sanitaire dans les deux provinces avec peu d'accent sur les services d'immunisation.

La présente proposition viendra renforcer les activités RSS en ciblant particulièrement les activités en rapport avec l'immunisation.

- b) Progrès des activités menées avec l'actuel appui de GAVI au RSS.

Avec l'actuel appui de GAVI au RSS, des progrès très significatifs ont été observés dans les domaines suivants :

- Renforcement des capacités techniques du personnel de santé, des comités de santé et des ASC en matière de soins obstétricaux d'urgence complets et de base ainsi qu'en techniques d'anesthésie. Les membres des COSA et les ASC se trouvant dans la zone d'intervention de RSS-GAVI ont été formés sur la participation communautaire. Ces activités ont contribué à l'augmentation du nombre de femmes enceintes césariées et à l'amélioration de la qualité des services de maternité ainsi qu'à l'augmentation des accouchements assistés.

- Dans le domaine de renforcement de l'organisation et de la gestion des services de santé, le projet a aussi appuyé les BPS et BDS dans leur fonctionnement surtout dans leurs activités de supervision et d'approvisionnement en médicaments, vaccins et autres matériels. En plus de cela, le projet contribue dans le financement des formations sanitaires personnel basé sur les performances. Ces activités ont contribué à l'amélioration de la qualité des services et l'amélioration de l'accessibilité des soins par la population. Le fonctionnement des BDS et BPS est aussi facilité et avec la nouvelle approche de financement basé sur les performances, le personnel de santé est motivé, stabilisé et donne des services de qualité. Le matériel roulant octroyé aux districts et provinces sanitaires appuyés par l'actuel financement a permis à ces formations sanitaires de ne plus connaître des ruptures de stocks de médicaments et vaccins et les supervisions sont effectuées d'une façon régulière.
- Au niveau du renforcement des interventions de santé maternelle et infantile, en vue de réduire le taux de mortalité due aux accouchements non assistés, le projet contribue dans l'entretien des ambulances et l'achat du carburant pour les références et le système de communication entre les CDS et hôpitaux a été mis en place grâce à l'actuel soutien de GAVI au RSS. Cela a eu comme retombées l'augmentation du taux d'accouchements assistés et du taux de référence des autres malades référées et de surcroît tout cela contribue à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile.

En plus de cela, le projet contribue deux fois chaque année dans l'organisation des SSME (Semaines dédiées à la Santé de la Mère et de l'Enfant) et les mères qui amènent leurs enfants pour la vaccination contre le rougeole reçoivent des MII achetées par le projet cela pour les motiver à terminer le calendrier vaccinal.

Des formations à l'endroit des prestataires et des techniciens de santé communautaire ont été réalisées dans le domaine de la PCIME communautaire.

Les districts sanitaires à basse couverture vaccinale ont bénéficié d'un appui financier de RSS-GAVI en vue de récupérer les abandons et de mobiliser la population en faveur de la vaccination par l'approche ACD. Les résultats ont été que le nombre d'enfants complètement vaccinés a été revu à la hausse.

Le tableau ci-dessous montre comment la couverture vaccinale a évolué depuis 2005, une de base du projet, en la comparant avec les données de 2010.

Tableau n°2 : Couverture vaccinale dans les provinces sanitaires se trouvant dans zone RSS-GAVI (2010)

Provinces sanitaires	pentavalent 3		VAR	
	2005 ¹	2010 ²	2005 ³	2010 ⁴
Bururi	75	83,6	75	93,6
Gitega	80	97	82	91
Kayanza	78	89	87	88,6
Mwaro	73	80,5	75	80,5
Moyennes nationales	83	96	78	92

¹ EPISTAT 2005

² JRF 2010

³ EPISTAT 2005

⁴ JRF 2010

Ce tableau montre des progrès significatifs entre 2005 et 2010 suite aux efforts des interventions financées par GAVI en matière de vaccination. Ces taux de couverture seront encore plus performants à la fin du projet RSS-GAVI (fin 2012).

Question n°3 :

Fournir des informations plus précises sur les rôles et les responsabilités de la société civile dans la mise en œuvre des activités proposées. Il ne s'agit pas seulement des OSC représentés au CPSD, mais surtout des OSC et des organisations à base communautaire qui sont supposées mettre en place de nombreuses activités dans la communauté. Rien dans la proposition ne permet de savoir si ces OSC et OBC ont été associés à la planification et à la préparation de la proposition ou comment ils l'ont été

Rôle et responsabilité de la société civile dans la mise en œuvre :

Comme c'est indiquée dans la proposition, section 2.1 a) : les communautés sont impliquées dans le système de santé à travers les Comités de Santé, les organisations à base communautaires (OBC) ; ainsi que les relais communautaires (ASC et volontaires) qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté (sensibilisation, prise en charge, soutien et récupération des abandons).

Le domaine 2.1 ressources financières de la proposition stipule que la contribution des OBC va se faire à travers la contractualisation de 223 organisations à base communautaire des aires de responsabilité des centres de santé des districts ciblés à raison d'une OBC par centre de santé. Ils seront chargés de la réalisation du paquet communautaire comprenant les prestations (distribution), références (récupération abandons, orientation) et la mobilisation communautaire et sensibilisation pour la vaccination.

L'implication des OBC n'exclue pas le rôle des ASC dans les actions porte à porte de communication et de sensibilisation interpersonnelle. Elle vient renforcer la capacité de la communauté à s'organiser et à être responsable de sa santé. En effet, au niveau de chaque zone de responsabilité du CDS, le manuel des procédures sur la santé communautaire prévoit de recruter un ASC par sous colline. L'OBC va travailler en collaboration avec les ASC de l'aire de responsabilité. C'est dans ce cadre que les ASC formés par le projet RSS GAVI vont poursuivre leurs activités et continueront à mettre en œuvre les capacités requises sur financement de l'actuel financement RSS-GAVI. Ils auront aussi droit à un recyclage pour les anciens ASC et une formation pour les nouveaux qui seront élus avec le futur financement RSS-GAVI 2013-2015.

Par ailleurs, le manuel de procédures en santé communautaire validé en juin 2012 prévoit l'organisation des ASC en association ou coopératives pour plus d'efficacité et de pérennité de leurs interventions.

Les agences d'encadrement joueront un rôle important dans l'identification des besoins en formation et renforcement des capacités des OBC, des COSA et des ASC, appui aux OBC dans la planification opérationnelle, la mise en œuvre, le suivi et le rapportage des

interventions communautaires en collaboration avec les Districts sanitaires et les centres de santé.

En effet, MSPLS a recruté depuis septembre 2011 dans toutes les provinces des OSC responsables de l'encadrement des OBC œuvrant dans les aires d'attraction de chaque centre de santé pour améliorer la demande des services de santé offerts dans les FOSA dans le cadre du Financement basé sur la performance.

Les Agences d'encadrement sont chargées entre autres activités de renforcer les capacités des OBC, COSA et ASC dans le cadre du FBP :

à mieux s'organiser,

à signer des contrats avec les formations sanitaires (CDS et Hôpitaux),

à accroître la demande de services de santé primaires et

à promouvoir /de multiplier les comportements sains et responsables en matière de santé au sein de la communauté surtout au niveau des femmes et des enfants de moins de 5 ans,

à promouvoir /de multiplier les comportements sains et responsables en matière de santé au sein de la communauté auprès des groupes pauvres et vulnérables.

Promouvoir les approches de santé préventive et développer la compétence sociale en matière de santé

A mener un plaidoyer permanent auprès des décideurs et administratifs pour susciter un leadership fort dans la mobilisation et la responsabilisation communautaires dans la prise en charge des questions de santé des populations en général et de la vaccination en particulier

Capacité des OSC dans la mise œuvre des activités de vaccination :

Quant à la capacité des OSC à fournir des services de vaccination et à organiser des activités communautaires;

Les OSC ont une longue expérience dans les prestations de soins de santé et/ou communautaires en matière de santé en général et dans les services de vaccination et immunisation en particulier. Certaines d'entre elles ont une très longue expérience de terrain en matière de prestation de service de santé et de la vaccination en particulier.

A titre d'exemple, CED – CARITAS BURUNDI possède un réseau de 86 centres de santé Confessionnels repartis sur tout le territoire national et a une expérience de terrain depuis 1962; la CEPBU qui représente 26 centres de santé confessionnels dans 10 provinces sur les 17 a une expérience de terrain depuis 1963;

Au niveau national ; les OSC possèdent 25% de FOSA des OSC

Dans le communautaire ; les OSC sont impliquées dans la mobilisation de la population et l'encadrement des OBC. La plupart d'entre elles possèdent des réseaux bénévoles actifs dans la mobilisation. A titre d'exemple ; la croix rouge du Burundi possède un réseau 350 000 volontaires réparties sur tout le territoire national ; l'Alliance Burundaise contre le SIDA et de promotion de la santé encadre depuis 2002 les OSC /OBC dans toutes les provinces sanitaires et les OBC, COSA et ASC dans 8 provinces; CED – CARITAS BURUNDI encadre 80 OBC œuvrant dans la lutte contre le Paludisme dans 10 provinces sur les 17.

Participation des OSC dans le processus de rédaction :

Comme il est indiqué dans Il y a eu trois niveaux de participation dans le processus de formulation de la proposition : le comité restreint de rédaction, le Comité technique élargie ainsi que le CPSD.

La composition de ces comités restreint est multisectorielle avec l'implication de la Société civile à des niveaux appréciables.

Au sein du Comité restreint, 5 représentants des organisations communautaires, des organisations à inspiration religieuse, des privées et Organisations Non Gouvernementales

(ONG) et œuvrant dans le secteur de la santé et de la vaccination ont activement été impliquées dans toutes les étapes de la formulation de la présente proposition.

Spécifiquement, les Organisations représentant les acteurs communautaires de la société civile dans le comité restreint étaient :

- l'Alliance Burundaise contre le SIDA et de promotion de la santé qui regroupe 436 OSC/OBC engagées dans la lutte contre le SIDA et la santé communautaire
- CED –CARITAS BURUNDI qui représente un réseau de 86 centres de santé Confessionnels du territoire nationale
- la CEPBU qui représente 26 centres de santé confessionnels dans 10 provinces sur les 17.
- CRS et CORDAID, ONG internationales impliquées dans le renforcement et l'encadrement des OBC en matière de santé..

CORDAID est entrain d'exécuter en collaboration avec le MSPLS un projet pilote dans le cadre du financement basé sur la performance au niveau communautaire. En outre il finance et accompagne les acteurs (niveau intermédiaire et périphérique) de la mise en œuvre du financement basé sur la performance au niveau des FOSA dans 11 provinces sur les 17.

Toutes ces OSC disposent et/ ou encadrent des réseaux d'acteurs communautaires engagés dans la santé communautaire en général et qui appuient les activités de mobilisation et sensibilisation pour la vaccination.

Le Comité technique élargie est également multisectoriel et les OSC et OBC ont été largement représenté par 38 membres provenant de 27 OSC représentatives (ABS, PSI, AEB, Cordaid, REMUA, SOS Médicaments (Mutuelle de santé communautaire), RBP+, SWA Burundi, NE, ANSS, RENAJES, CAFOB, CPAJ, OPDAS, GIPA, UPHB, FVS, ABUBEF, CED CARITAS, APECOS, HUMURE, Associations des Pères Jésuites/ Service Jezu Mwiza, CAPES+, CNEB, COSYBU et CRS).

Au niveau de l'équipe technique de relecture, 5 OSC étaient représentées ledit comité. Il s'agissait de Cordaid, Associations des Pères Jésuites/ Service Jezu Mwiza, ABS, SOS Médicaments et CRS).

Quelques OSC et OBC sont aussi représentées dans le CPSD. Il s'agit du CED CARITAS, PSI, Cordaid, BAS, RBP+, IMC/Bdi, MEMISA Belgique, OPDE, MSF Belgique, HealthNetTPO, FNAS,

Question n°4 : Réduire la part du budget alloué aux coûts de planification et d'administration

Réponse n°4 :

Tableau n°3 : Réduction de la part du budget alloué aux coûts de planification et d'administration

- On a révisé la classification des activités par catégorie de coût de façon suivante :

Activités	L'ancienne catégorie de coût	La nouvelle catégorie de coût
Multiplier et distribuer 6000 livrets des agents de santé communautaire (à raison de 1 livret pour chacun des 6000 ASC)	Matériel de communication	Matériel de communication

Multiplier et distribuer 735 livrets DAGADAGA sur la PCIME communautaire pour les Organisations à base communautaire (à raison d'1 livret pour chacune des organisations à base communautaire)	Matériel de communication	Matériel de communication
Organiser des missions d'appui aux équipes cadre de 19 districts sanitaires appuyées par RSS GAVI (En 2013:une mission réunissant 6 districts de Bujumbura Rural et Bururi, en 2014: une mission regroupant 6 districts de Mwaro et Gitega, en 2015: une mission pour 7 districts de Kayanza et Kirundo) avec chaque fois 4 personnes par district pour l'analyse et la microplanification dans le cadre de la stratégie "atteindre chaque district " chaque année par le PEV et les partenaires	Planification et administration	Planification et administration
Participer au financement des coûts opérationnels des campagnes de suivi de la vaccination contre la rougeole : 50% des coûts opérationnels pour la campagne de suivi de 2015	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Participer au financement des coûts opérationnels des Journées locales de vaccination contre la poliomyélite de 2013, 2014 et 2015 à la hauteur de 45% des coûts opérationnels	Planification et administration	Suivi et évaluation (S&E)
Participer au financement des coûts opérationnels des Semaines Santé Mère Enfant de 2013, 2014 et 2015 à la hauteur de 32% des coûts opérationnels	Planification et administration	Matériel de communication
Contribuer au financement des frais d'organisation de la Semaine africaine de vaccination (SAV) en 2013, 2014 et 2015	Planification et administration	Matériel de communication
Produire des outils de communication et de mobilisation sociale (microprogrammes de radio, films éducatifs, boîtes à image, dépliants,...) pour améliorer la demande et l'utilisation des services de vaccination	Matériel de communication	Matériel de communication
Acheter les équipements (ordinateurs de montage, camera, enregistreur, microphone,...) pour produire les outils de communication pour améliorer la demande et l'utilisation des services de vaccination	Matériel de communication	Matériel de communication
Acheter et renouveler par an les consommables (cassettes, CD, DVD, disquettes) des équipements de communication pour améliorer la demande et l'utilisation des services de vaccination	Matériel de communication	Matériel de communication
Organiser semestriellement une campagne de sensibilisation d'un jour pour la mobilisation sociale pour la stratégie "atteindre chaque district" (à raison d'une séance de 100 participants par semestre à partir septembre 2013)	Planification et administration	Matériel de communication
Payer les frais de déplacement des 6 000 agents de santé communautaire (à raison de 2 agents pour chacune des 3000 collines) pendant 5 jours pour la mobilisation sociale dans le cadre de la stratégie "atteindre chaque district "	Planification et administration	Planification et administration
Contribuer à l'organisation du lancement du nouveau vaccin rotavirus	Planification et administration	Planification et administration
Organiser 2 réunions semestrielles de deux jours d'évaluation sur la gestion et la qualité des vaccins de 45 gestionnaires à partir de 2014	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)

Contractualiser par trimestre 223 Associations Locales des aires de responsabilité des centres de santé des 6 provinces appuyées par GAVI pour la réalisation des enquêtes communautaires de vérification du niveau de satisfaction par rapport aux services de vaccination pour l'année 2013	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Acheter 50 réfrigérateurs photovoltaïques pour les formations sanitaires confessionnelles et privées au troisième trimestre de l'année 2013	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Former et/ou recycler 90 gestionnaires (à raison de 2 participant pour chacun des 45 districts sanitaires) à la gestion des médicaments, des vaccins et des consommables de laboratoire en 3 sessions de 30 participants chacune (la durée de chaque session étant de 5 jours)	Formation	Formation
Former en 6 sessions de 30 participants en 5 jours chacune: 45 médecins chefs de district sanitaires et 135 superviseurs polyvalents des districts sanitaires sur l'approche "atteindre chaque district "/ "atteindre chaque enfant"(En 2013: 2 sessions au 4 ème trimestre, en 2014: 2 sessions au T2 et 2 au T4 de la même année en 5 jours pour chacune des sessions)	Formation	Formation
Former, en 2013, 10 formateurs de l'Equipe Nationale d'Intervention Rapide (ENIR) en une session de 5 jours sur les nouveaux outils de surveillance des maladies à potentiel épidémique (SIMR).	Formation	Formation
Former 45 formateurs de BDS et 17 BPS pendant 5 jours sur les nouveaux outils de surveillance des maladies à potentiel épidémique (SIMR). en 2 séances de 31 personnes chacune au 3ème et 4 ème trimestre de 2013	Formation	Formation
Former dans un atelier au niveau des districts les titulaires des CDS pendant 5 jours sur la surveillance des maladies à potentiel épidémique (Un atelier de 5jours de 17 participants dans chacun des 22 districts au T4 de 2013 et dans les 23 autres districts le 1er trimestre de l'année 2014)	Formation	Formation
Former deux cents prestataires des centres de santé et hôpitaux privés sur la gestion des déchets biomédicaux en cinq ateliers de 5jours a raison de 40 participants par atelier	Planification et administration	Formation
Contribuer trimestriellement à la poursuite de la contractualisation des 6 agences d'encadrement des OBC pour les interventions communautaires relatives à la vaccination dans les 6 provinces appuyées par GAVI pour l'année 2013.	Formation	Planification et administration
Contractualiser 223 organisations à base communautaire des aires de responsabilité des centres de santé sur la réalisation du paquet communautaire comprenant les prestations (distribution), références (récupération abandons, orientation) et la sensibilisation intégrée (planification familiale, vaccination, paludisme, tuberculose et VIH) pour l'année 2013	Planification et administration	Planification et administration
Contribuer à l'achat des performances des 223 CDS à travers les prestations relatives aux indicateurs "enfants complètement vaccinés" et "femmes	Planification et administration	Planification et administration

enceintes vaccinées contre le tétanos" de l'année 2013 à partir du 2ème trimestre		
Contribuer au paiement du bonus de qualité des 223 centres de santé des 19 BDS appuyés par GAVI pour améliorer la qualité des services de vaccination de l'année 2013 à partir du 2ème trimestre	Produits et équipements médicaux	Planification et administration
Contribuer à l'achat et à la distribution de 150000 moustiquaires (à raison de 50 000 par an) imprégnés d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) pour les 19 BDS appuyés par GAVI en 2013, 2014 et 2015	Infrastructure et autres équipements	Produits et équipements médicaux
Acheter 6000 kits d'outils de travail composés de : téléphone portable, mégaphone, vélo, parapluie, dossards, bottines, veste imperméable, porte documents (à raison d'un kit pour chacun des ASC) en 2013	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter 25 groupes électrogènes de 10 KVA pour appuyer la décentralisation de la gestion des vaccins au niveau des DS en 2013	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Assurer trimestriellement la maintenance de la chaîne de froid de toutes les 6 provinces de la zone d'intervention de GAVI à partir de 2014	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter un groupe électrogène de 40 KVA pour le PEV en 2014	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter trimestriellement 13380 l de pétrole (à raison de 60l par centre de santé et par trimestre) pour les frigos des 223 centres de santé de la zone d'intervention de GAVI à partir de 2014 jusqu'en 2015	Frais fixes	Frais fixes
Payer une police d'assurance annuelle contre l'incendie des dépôts du PEV	Frais fixes	Frais fixes
Acheter 25 camionnettes double cabine pour l'approvisionnement, la supervision et les activités de vaccination supplémentaires des centres de santé par les Bureaux des Districts Sanitaires des provinces Gitega (4 BDS), Bururi (3BDS), Kayanza (3BDS), Mwaro (2BDS), Buja rural (3BDS) et Kirundo (4BDS) et 6 BPS en 2013	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Assurer trimestriellement la maintenance des 25 camionnettes double cabine à partir du 4ième trimestre de 2013 jusqu'en fin 2015	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter pour le PEV 4 camionnettes double cabine pour la supervision des activités de vaccination et le suivi de la surveillance des maladies cibles du PEV	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Payer trimestriellement la police d'assurance des 25 camionnettes double cabine à partir du 4 ème trimestre de 2013 jusqu'en fin 2015	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Réhabiliter, en 2013, les stocks et les bureaux du PEV qui abriteront aussi l'unité de gestion de RSS/GAVI	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter des destructeurs des seringues pour 223 centres de santé des 19 BDS appuyés par GAVI au 2ème trimestre de 2014	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Recruter un consultant national pour l'harmonisation des outils de collecte des données au niveau communautaire pendant un mois	Assistance technique et de gestion	Assistance technique et de gestion

Organiser un atelier de trois jours pour 19 participants pour l'élaboration des outils de collecte des données du SIS issues de la communauté et de l'état-civil.	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Contribuer à la réalisation d'une enquête CAP sur les performances du PEV à hauteur de 50% du coût total	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Organiser un atelier national de validation des outils de collecte du niveau communautaire pour 50 participants pendant 2 jours	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Multiplier et diffuser par an 735 exemplaires d'outil de collecte des données révisé des centres de santé	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Former le personnel chargé du Système d'Information Sanitaire au niveau des CDS par les équipes cadre de district pendant trois ateliers de 30 participants pour 5 jours sur les outils révisés de collecte des données (2 personnes par districts=90)	Formation	Formation
Recruter deux consultants nationaux pendant 30 jours pour mener une enquête de la couverture vaccinale en 2015	Assistance technique et de Gestion	Assistance technique et de Gestion
Payer les frais de 10 enquêteurs locaux pendant 15 jours pour l'enquête de la couverture vaccinale en 2015	Assistance technique et de Gestion	Assistance technique et de Gestion
Recruter un consultant national pour actualiser le plan de gestion des déchets biomédicaux pendant quinze jours	Assistance technique et de Gestion	Assistance technique et de Gestion
Assurer le paiement des primes de l'unité de gestion RSS/GAVI et les salaires des experts en gestion administration en suivi et évaluation et en passation des marchés publics à recruter	Ressources humaines	Ressources humaines
Assurer le fonctionnement de l'unité de gestion RSS/GAVI	Frais fixes	Frais fixes
Organiser des missions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre des interventions dans les 6 provinces appuyées par GAVI	Suivi et évaluation (S&E)	Suivi et évaluation (S&E)
Acheter 4 véhicules de l'unité de gestion l'unité de gestion RSS/GAVI	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter 9 kits informatiques pour compléter le parc informatique existant de l'unité de gestion RSS/GAVI	Infrastructure et autres équipements	Infrastructure et autres équipements
Acheter 6 ordinateurs portables pour l'unité de gestion RSS/GAVI	Assistance technique et de Gestion	Infrastructure et autres équipements
Acheter 2 photocopieuses pour l'unité de gestion RSS/GAVI	Assistance technique et de Gestion	Infrastructure et autres équipements
Equiper les bureaux de l'unité de gestion RSS/GAVI	Assistance technique et de Gestion	Infrastructure et autres équipements
Recruter un bureau pour évaluer la performance de mise en œuvre technique du projet RSS/GAVI	Assistance technique et de Gestion	Assistance technique et de Gestion
Recruter un bureau pour l'audit financier du projet RSS/GAVI	Assistance technique et de Gestion	Planification et administration

Tableau n°4: Le changement de la catégorie de coûts

Catégorie de cout	L'ancienne version	La nouvelle version
Matériel de communication	1.02%	7%
Planification et administration	48.72%	43%
Suivi et évaluation (S&E)	5.46%	6%
Infrastructure et autres équipements	18.81%	22%
Formation	6.38%	3%
Produits et équipements médicaux	10.23%	10%
Frais fixes	3.14%	3%
Assistance technique et de Gestion	1.71%	1%
Ressources humaines	4.53%	5%

La catégorie planification et administration garde toujours la plus grande proportion du fait qu'il inclue les coûts relatifs au PBF qui font plus de 30% du budget total. Nous noterons également que les définitions des catégories des coûts fournies par les directives de GAVI ne couvrent pas exactement les coûts assignés pour le PBF.

Notons aussi que quelques modifications ont été effectuées au niveau des coûts comme suit :

- On a augmenté la participation au financement des coûts opérationnels des Semaines Santé Mère Enfant de 2013, 2014 et 2015 à la hauteur de 18% à 32% des coûts opérationnels
- On a augmenté la participation au financement des coûts opérationnels des Journées locales de vaccination contre la poliomyélite de 2013, 2014 et 2015 à la hauteur de 26% à 45% des coûts opérationnels
- On a augmenté le nombre de camionnette de 19 à 25 pour inclure aussi 6 camionnettes pour les 6 Bureaux des six provinces sanitaires se trouvant dans la nouvelle zone d'intervention de RSS-GAVI en 2013
- Sachant que on a augmenté le nombre des véhicules, on a actualisé/augmenté les coûts relatifs à la maintenance ainsi que la police d'assurance.
- On a révisé et réduit le coût du bonus paiement de qualité des 223 centres de santé des 19 BDS appuyés par GAVI pour améliorer la qualité des services de vaccination de l'année 2013
- On a maintenu l'activité d'achat des moustiquaires pour des raisons évoquées dans la réponse à la question n° 5

C'est ainsi que le budget global de la nouvelle proposition a changé passant de 12 900 000 USD à 12 896 989 USD.

Question n°5 : Supprimer le poste moustiquaires dans le budget: nous notons qu'il existe d'autres sources; par exemple, le Burundi a récemment reçu 6,4 M de moustiquaires de la part du Fonds mondial

Réponse n°5 :

Le pays trouve très nécessaire l'appui de GAVI dans l'achat de moustiquaires parce que les besoins en Moustiquaires restent importants.

En outre, dans le cadre de la subvention au round 9, le Fonds Mondial a contribué lors de la phase 1 à l'achat et à la distribution des Moustiquaires qui ont été distribuées lors de la campagne de distribution de masse de 2011. La phase 2 de cette subvention vient d'être approuvée par le Fonds Mondial et une grande quantité de moustiquaires (environ 5 millions) seront achetées et distribuées lors de la campagne de masse qui sera organisée en 2014.

Soulignons qu'entre les campagnes, il y a toujours de nouveaux ménages qui se forment et d'autres qui ont de nouvelles naissances.

Selon l'étude qui a été menée au Burundi en 2009 sur les conditions d'utilisation de la moustiquaire, les résultats ont montré que la durée d'efficacité varie entre 3 et 4 ans. Tenant compte des conditions de vie de la population burundaise comme l'a montré les résultats de l'EDS de 2010, 31 % des habitations burundaises sont en paille et 58 % de la population font la cuisine dans la maison d'habitation dont 91% font la cuisine avec comme combustible le bois, il y a lieu de penser que les moustiquaires ne peuvent pas durer plus de 2 ans dans notre pays quelque soit la marque.

Les trois raisons citées ci-dessus (nouveaux ménages, nouvelles naissances et condition de vie de la population), nous poussent à dire que d'autres financements pour l'achat des moustiquaires sont nécessaires. Malgré l'apport important du fonds Mondial en moustiquaires, il est à noter que pour maintenir un taux de couverture à un niveau adéquat en vue d'assurer une meilleure prévention du paludisme, la stratégie de distribution de routine à travers les services de vaccination et de consultation prénatale doit être poursuivie et le pays est appelé à mobiliser des ressources supplémentaires pour poursuivre cette stratégie à laquelle les subventions du Fonds Mondial n'interviennent pas pour le moment dans notre pays (actuellement assurée par l'UNICEF, USAID et GAVI).

La stratégie nationale étant de donner une moustiquaire pour deux personnes, dans le cadre de maintenir la couverture universelle (une moustiquaire pour deux personnes) le MSPLS en collaboration avec ses partenaires (UNICEF, USAID, GAVI ALLIANCE) distribue régulièrement (à travers les activités de routines des formations sanitaires) les moustiquaires aux femmes enceintes qui viennent pour la première consultation prénatale et aux enfants de 9 mois qui viennent pour la vaccination contre la rougeole. GAVI ALLIANCE contribuera donc à acheter les moustiquaires qui seront distribuées en routine afin de motiver les mères pour amener leurs enfants pour recevoir le vaccin contre la rougeole. Cela devra contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale dans la nouvelle zone d'intervention de RSS-GAVI.

C'est pour cela que nous vous demandons de garder dans la nouvelle proposition, la rubrique moustiquaires pour couvrir les groupes cibles ci-haut cités dans les provinces concernées en prenant comme référence les tableaux ci-dessous des prévisions des moustiquaires de 2013 à 2015.

Les tableaux ci-dessous montrent les besoins en MILDA de 2013 à 2015.

Tableau n°5 : Estimation des besoins en MIILDA pour l'année 2013

		0-11 mois:2013	Besoins en MIILDA	Femmes enceintes attendues:2013	Besoins en MIILDA
District	Pop.2013	3,70%		4.800 %	
Bubanza	186 769	6 910	6 910	8 965	8 965
Mpanda	193 810	7 171	7 171	9 303	9 303
Nord	280 253	10 369	10 369	13 452	13 452
Centre	138 953	5 141	5 141	6 670	6 670
Sud	140 553	5 200	5 200	6 747	6 747
Kabezi	207 117	7 663	7 663	9 942	9 942
Rwibaga	116 192	4 299	4 299	5 577	5 577
Isale	302 616	11 197	11 197	14 526	14 526
Bururi	127 564	4 720	4 720	6 123	6 123
Matana	224 958	8 323	8 323	10 798	10 798
Rumonge	293 760	10 869	10 869	14 100	14 100
Cankuzo	136 462	5 049	5 049	6 550	6 550
Muroro	121 225	4 485	4 485	5 819	5 819
Cibitoke	258 807	9 576	9 576	12 423	12 423
Mabayi	259 596	9 605	9 605	12 461	12 461
Gitega	256 730	9 499	9 499	12 323	12 323
Kibuye	214 815	7 948	7 948	10 311	10 311
Mutaho	195 615	7 238	7 238	9 390	9 390
Ryansoro	149 369	5 527	5 527	7 170	7 170
Buhiga	260 539	9 640	9 640	12 506	12 506
Nyabikere	230 709	8 536	8 536	11 074	11 074
Kayanza	244 819	9 058	9 058	11 751	11 751
Musema	224 892	8 321	8 321	10 795	10 795
Gohombo	189 404	7 008	7 008	9 091	9 091
Kirundo	205 329	7 597	7 597	9 856	9 856
Mukenke	139 772	5 172	5 172	6 709	6 709

Vumbi	198 520	7 345	7 345	9 529	9 529
Busoni	163 732	6 058	6 058	7 859	7 859
Makamba	201 948	7 472	7 472	9 694	9 694
Nyanza-lac	283 201	10 478	10 478	13 594	13 594
Muramvya	165 898	6 138	6 138	7 963	7 963
Kiganda	163 528	6 051	6 051	7 849	7 849
Muyinga	265 919	9 839	9 839	12 764	12 764
Gashoho	201 925	7 471	7 471	9 692	9 692
Giteranyi	279 358	10 336	10 336	13 409	13 409
Kibumbu	161 694	5 983	5 983	7 761	7 761
Fota	145 838	5 396	5 396	7 000	7 000
Ngozi	279 265	10 333	10 333	13 405	13 405
Kirembe	266 622	9 865	9 865	12 798	12 798
Buye	198 014	7 327	7 327	9 505	9 505
Rutana	181 210	6 705	6 705	8 698	8 698
Gihofi	194 289	7 189	7 189	9 326	9 326
Butezi	115 251	4 264	4 264	5 532	5 532
Kinyinya	229 721	8 500	8 500	11 027	11 027
Ruyigi	105 984	3 921	3 921	5 087	5 087
	9 102 548	336 794	336 794	436 922	436 922

Total Moustiquaires 773 716

Moustiquaires pour les urgences ou catastrophes 77 372

Total Moustiquaires pour 2013 : 851 088

Source : Rapport annuel PNLIP 2011

Tableau n°6 : Estimation des besoins en MIILDA pour l'année 2014

District	Pop.2014	0-11 mois:2014 3,70%	Besoins en MIILDA	Femmes enceintes attendues:2014 4.800 %	Besoins en MIILDA
Bubanza	191 252	7 076	7 076	9 180	9 180
Mpanda	198 462	7 343	7 343	9 526	9 526
Nord	286 979	10 618	10 618	13 775	13 775
Centre	142 288	5 265	5 265	6 830	6 830
Sud	143 926	5 325	5 325	6 908	6 908
Kabezi	212 088	7 847	7 847	10 180	10 180
Rwibaga	116 257	4 302	4 302	5 580	5 580
Isale	309 879	11 466	11 466	14 874	14 874
Bururi	130 626	4 833	4 833	6 270	6 270
Matana	230 357	8 523	8 523	11 057	11 057
Rumonge	300 810	11 130	11 130	14 439	14 439
Cankuzo	139 737	5 170	5 170	6 707	6 707
Murore	124 134	4 593	4 593	5 958	5 958
Cibitoke	265 018	9 806	9 806	12 721	12 721
Mabayi	265 826	9 836	9 836	12 760	12 760
Gitega	262 892	9 727	9 727	12 619	12 619
Kibuye	219 971	8 139	8 139	10 559	10 559
Mutaho	200 310	7 411	7 411	9 615	9 615
Ryansoro	152 954	5 659	5 659	7 342	7 342
Buhiga	266 938	9 877	9 877	12 813	12 813
Nyabikere	236 246	8 741	8 741	11 340	11 340
Kayanza	250 695	9 276	9 276	12 033	12 033
Musema	230 289	8 521	8 521	11 054	11 054
Gohombo	193 950	7 176	7 176	9 310	9 310
Kirundo	210 257	7 780	7 780	10 092	10 092
Mukenke	143 126	5 296	5 296	6 870	6 870
Vumbi	203 284	7 522	7 522	9 758	9 758
Busoni	167 662	6 203	6 203	8 048	8 048
Makamba	206 795	7 651	7 651	9 926	9 926

			7 651	9 926	
Nyanza-lac	289 997	10 730	10 730	13 920	13 920
Muramvya	169 880	6 286	6 286	8 154	8 154
Kiganda	167 452	6 196	6 196	8 038	8 038
Muyinga	272 302	10 075	10 075	13 070	13 070
Gashoho	170 753	6 318	6 318	8 196	8 196
Giteranyi	286 063	10 584	10 584	13 731	13 731
Kibumbu	165 574	6 126	6 126	7 948	7 948
Fota	149 338	5 526	5 526	7 168	7 168
Ngozi	285 968	10 581	10 581	13 726	13 726
Kiremba	273 021	10 102	10 102	13 105	13 105
Buye	202 766	7 502	7 502	9 733	9 733
Rutana	185 559	6 866	6 866	8 907	8 907
Gihofi	198 952	7 361	7 361	9 550	9 550
Butezi	118 017	4 367	4 367	5 665	5 665
Kinyinya	235 234	8 704	8 704	11 291	11 291
Ruyigi	108 528	4 016	4 016	5 209	5 209
	9 282 413	343 449	343 449	445 556	445 556

789

Total 005
Moustiquaires pour les urgences
/catastrophes naturelles 78 901
Total moustiquaires pour 2014 867 906
Source : Rapport annuel PNLIP 2011

Tableau n°7 : Estimation des besoins en MIILDA pour l'année 2015

		0-11 mois:2014	Besoins en MIILDA	Femmes enceintes attendues:2014	Besoins en MIILDA
District	Pop. 2015	3,70%		4.800%	
Bubanza	195 842	7 246	7 246	9 400	9 400
Mpanda	203 225	7 519	7 519	9 755	9 755
Nord	293 867	10 873	10 873	14 106	14 106
Centre	145 703	5 265	5 265	6 994	6 994
Sud	147 381	5 453	5 453	7 074	7 074
Kabezi	217 178	8 036	8 036	10 425	10 425
Rwibaga	119 047	4 405	4 405	5 714	5 714
Isale	317 316	11 741	11 741	15 231	15 231
Bururi	133 761	4 949	4 949	6 421	6 421
Matana	235 886	8 728	8 728	11 323	11 323
Rumonge	308 030	11 397	11 397	14 785	14 785
Cankuzo	143 091	5 294	5 294	6 868	6 868
Murore	127 114	4 703	4 703	6 101	6 101
Cibitoke	271 379	10 041	10 041	13 026	13 026
Mabayi	272 206	10 072	10 072	13 066	13 066
Gitega	269 201	9 960	9 960	12 922	12 922
Kibuye	225 250	8 334	8 334	10 812	10 812
Mutaho	205 117	7 589	7 589	9 846	9 846
Ryansoro	156 625	5 795	5 795	7 518	7 518
Buhiga	273 345	10 114	10 114	13 121	13 121
Nyabikere	241 916	8 951	8 951	11 612	11 612
Kayanza	256 711	9 498	9 498	12 322	12 322
Musema	235 816	8 725	8 725	11 319	11 319
Gohombo	198 605	7 348	7 348	9 533	9 533
Kirundo	215 303	7 966	7 966	10 335	10 335
Mukenke	146 561	5 423	5 423	7 035	7 035
Vumbi	208 163	7 702	7 702	9 992	9 992
Busoni	171 686	6 352	6 352	8 241	8 241

Makamba	211 758	7 835	7 835	10 164	10 164
Nyanza-lac	296 957	10 987	10 987	14 254	14 254
Muramvya	173 957	6 436	6 436	8 350	8 350
Kiganda	171 471	6 344	6 344	8 231	8 231
Muyinga	278 837	10 317	10 317	13 384	13 384
Gashoho	174 851	6 469	6 469	8 393	8 393
Giteranyi	292 929	10 838	10 838	14 061	14 061
Kibumbu	169 548	62 733	62 733	8 138	8 138
Fota	152 922	5 658	5 658	7 340	7 340
Ngozi	292 831	10 835	10 835	14 056	14 056
Kiremba	279 573	10 344	10 344	13 420	13 420
Buye	207 633	7 682	7 682	9 966	9 966
Rutana	190 013	7 030	7 030	8 907	8 907
Gihofi	203 726	7 538	7 538	9 779	9 779
Butezi	120 849	4 471	4 471	5 801	5 801
Kinyinya	240 880	8 913	8 913	11 562	11 562
Ruyigi	111 132	4 112	4 112	5 334	5 334
	9 505 190	408 025	408 025	456 035	456 035

Total moustiquaires : 864 061

Moustiquaires pour les urgences /catastrophes naturelles : 86 406

Total moustiquaires pour 2015 : 950 467

Source : Rapport annuel PNLIP 2011

Question n°6: Expliquer comment les activités RSS proposées réduiront les obstacles liés au genre en matière d'accès à la vaccination.

Réponse n°6 :

D'une manière générale, il n'y a pas de barrières liées au genre en matière d'accès à la vaccination en témoignent les données de l'EDSB II de 2010. Cependant, une très faible proportion de la population de femmes et d'enfants des travailleurs saisonniers ou migrants (données non disponibles) échappe parfois aux activités de vaccination. Ce projet compte les rattraper pendant les stratégies avancées de vaccination et pendant les différentes campagnes auxquelles la présente proposition va contribuer. Cette catégorie défavorisée sera aussi identifiée et sensibilisée avec l'appui des ASC et des OBC à travers l'approche ACD. Dans cette approche ACD, il y aura aussi la

création des sites avancés en faveur des populations difficiles d'accès. Un accent particulier sera mis sur la sensibilisation des communautés ayant des barrières culturelles ou religieuses afin de les amener à se faire vacciner.

Au point 6 du rapport d'analyse du Comité d'Examen Indépendant, il est évoqué des affirmations contradictoires par rapport à l'accès aux services de vaccination. Dans toutes les formations sanitaires du pays offrant les services de vaccination, il n'existe pas une discrimination basée ni sur le genre ni sur n'importe quelle catégorie des populations. Certains groupes de populations sont confrontés à certains obstacles géographiques, culturels et religieux. Les activités ci-haut citées en rapport avec l'ACD vont justement permettre à atteindre ces groupes de populations.

Question n°7:

Fournir des éclaircissements sur la manière dont les activités RSS proposées soutiendront l'égalité de couverture (justifier le choix de 6 provinces et de 19 districts de santé et la manière dont le travail dans ces zones améliorera l'égalité d'accès aux services de vaccination pour les populations les plus précarisées et les plus difficiles à atteindre).

Réponse n°7 :

En partie la question est répondue au point 2 ci-dessus notamment en rapport avec le choix des 6 provinces avec leurs 19 districts sanitaires (l'égalité de couverture géographique).

Le projet permettra d'atteindre les groupes de populations confrontées à certains obstacles géographiques, culturels et religieux à travers les activités suivantes : le renforcement de la mise en œuvre de l'approche ACD, l'implication effective des communautés en matière de vaccination, l'identification et la sensibilisation des populations difficile d'accès ainsi que l'organisation des campagnes de vaccination de masse. Ces activités auront à relever la couverture vaccinale dans les provinces/districts sanitaires où elle est faible et où manquent les partenaires en matière d'immunisation.

Question n°8: Fournir une analyse de la pénurie d'équipements de conservation des vaccins et fournir les plans pour remédier à ces lacunes.

Réponse n°8 :

L'analyse de la pénurie d'équipements de conservation des vaccins a été faite l'année dernière quand le Burundi a révisé le PPAC 2011-2015.

Tableau n° 8 : Estimation des besoins en chaîne de froid au niveau des districts sanitaires

District	Capacité positive nette de stockage en 2010	Nombre de réfrigérateurs MK404(135 litres) nécessaires de 2011 à 2015			
		1	2	3	Total
Bubanza	108	X			1
Mpanda	0		X		2
Nord	0			X	3
Centre	169				0
Sud	0	X			1
Kabezi	108	X			1
Rwibaga	0	X			1
Isale	0			X	1
Bururi	169				0
Matana	108	X			1
Rumonge	108		X		2
Cankuzo	0	X			1
Murore	0	X			1
Cibitoke	108		X		2
Mabayi	0		X		2
Gitega	792				0
Kibuye	0		X		2
Mutaho	0		X		2
Ryansoro	0	X			1
Buhiga	108		X		2
Nyabikere	0		X		2
Kayanza	372				0

Musema	0		X		2
Gohombo	0		X		2
Kirundo	108	X			1
Mukenke	0		X		1
Vumbi	0		X		2
Busoni	0		X		2
Makamba	264				0
Nyanza-lac	0			X	3
Muramvya	15	X			1
Kiganda	0		X		2
Muyinga	372				0
Gashoho	0		X		2
Giteranyi	0			X	3
Kibumbu	337				0
Fota	0	X			1
Ngozi	372				0
Kiremba	0			X	3
Buye	0		X		2
Rutana	264				0
Gihofi	0		X		2
Butezi	0	X			1
Kinyinya	0		X		2
Ruyigi	108				0
	0	13	17	5	62

Source : PPAC 2011-2015

Tableau n° 9 : Situation de la chaîne de froid au niveau des centres de santé

DISTRICTS	nombre de CDS	CDS qui vaccinent	CDS avec frigo	CDS sans frigo
BUBANZA	15	12	7	5
MPANDA	21	11	5	6
ZONE NORD	36	9	6	3
ZONE CENTRE	31	5	5	-
ZONE SUD	21	4	4	-
KABEZI	13	10	7	3
RWIBAGA	10	10	6	4
ISALE	34	18	6	12
BURURI	21	19	12	7
MATANA	23	20	10	10
RUMONGE	37	20	13	7
CANKUZO	12	12	6	6
MURORE	11	11	5	6
CIBITOKÉ	20	12	10	2
MABAYI	33	20	13	7
GITEGA	21	11	8	3
KIBUYE	11	11	5	6
MUTAHO	6	6	6	-
RYANSORO	11	11	7	4
BUHIGA	10	10	10	-
NYABIKERE	11	11	8	3
KAYANZA	16	10	8	2
MUSEMA	12	11	7	4
GAHOMBO	12	12	6	6
KIRUNDO	14	12	5	7
MUKENKE	9	9	6	3

VUMBI	11	11	5	6
BUSONI	9	9	5	4
MAKAMBA	23	17	12	5
NYANZA-LAC	20	13	8	5
MURAMVYA	12	11	8	3
KIGANDA	8	7	6	1
MUYINGA	20	16	8	8
GASHOHO	11	10	9	1
GITERANYI	10	9	8	1
KIBUMBU	15	12	12	-
FOTA	10	10	10	-
NGOZI	28	15	9	6
KIREMBA	14	14	7	7
BUYE	10	10	8	2
RUTANA	16	16	12	4
GIHOFI	20	16	15	1
BUTEZI	8	8	8	-
KINYINYA	9	9	7	2
RUYIGI	10	10	7	3
Total	735	530	355	175

Source : PPAC 2011-2015

Les tableaux ci-haut montrent la situation de la conservation des vaccins au niveau des bureaux de districts sanitaires et au niveau des CDS. Les gaps sont également identifiés. L'UNICEF et le PEV sur (financement GAVI volet SSV) ont déjà acheté 213 réfrigérateurs en 2011 qui ont été distribués dans les BDS et CDS qui étaient dans le besoin, les FOSA publiques ayant été prioritaires. Malgré cela, le gap reste observé en matériels de conservation des vaccins. Afin de combler le gap, le programme d'immunisation prévoit d'équiper les BDS et CDS en congélateurs et réfrigérateurs pour la conservation des vaccins en tenant compte de ces besoins. Le nouveau projet va aussi contribuer à combler le gap en dotant certaines FOSA de réfrigérateurs *photovoltaïques*, (non pas les réfrigérateurs à kérosène comme dit dans le rapport d'analyse du CEI), en privilégiant les structures privées à but non lucratif qui assurent les services de vaccination.

En vue de palier aux problèmes de coupures intempestives de courant électrique, ce projet compte doter les BDS de groupes électrogènes pour la conservation des vaccins. Du pétrole sera aussi acheté par le nouveau projet RSS de GAVI pour le fonctionnement des réfrigérateurs mixtes qui sont dans les CDS se trouvant dans la zone d'intervention RSS de GAVI.

Question n°9: Fournir les résultats de l'évaluation réalisée après l'introduction (2011/12) de PCV13.

Réponse n°9:

Nous tenons à vous informer que l'introduction du PCV 13 a eu lieu le 20 septembre 2011 sur tout le territoire national. Tous les DS ont déjà intégré dans leurs rapports les données en rapport avec le PCV 13. L'évaluation post introduction vient d'avoir lieu mais les résultats définitifs ne sont pas encore sortis.

Question n°10 : Remédier aux autres faiblesses comme souligné ci-dessus.

Réponse n°10:

En plus de 9 questions qui ont trouvé des réponses, un certain nombre d'autres faiblesses ont été soulevées et leurs réponses sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 10 : Les faiblesses et les réponses

Faiblesses	Réponse
<p>1. Une préoccupation légitime peut être formulée au sujet de la pression à laquelle est soumise la capacité actuelle au Burundi. Il y a 47 activités planifiées dans le plan d'action: lesquelles sont prioritaires, compte tenu des ressources humaines et autres impératifs? Un commentaire plus détaillé dans la proposition serait utile pour ce qui concerne la manière dont le soutien de GAVI sera plus efficace dans le contexte de ressources humaines limitées.</p>	<p>Les 47 activités proposées sont tirées d'une liste exhaustive et ont été choisies comme étant les plus prioritaires. Le soutien de GAVI sera d'autant plus efficace qu'il a déjà démontré de bons résultats avec la précédente proposition. Cette réussite l'a été grâce à une gestion axée sur les résultats, à une bonne analyse de la situation et identification des besoins prioritaires. Les activités choisies viennent pour répondre à des problèmes réels qui ont été identifiés avec le concours de tous les acteurs impliqués dans la vaccination</p> <p>GAVI a commence ses activités au Burundi en Avril 2007. Pendant ces cinq années on a établi un pool des ressources humaines qui sont bien préparés pour un travail efficace. En plus on a continuellement fourni des formations qui ont aidé améliorer la capacité et la productivité des ressources humaines. Ainsi, la présente proposition tirera également à profit les compétences acquises avec la précédente proposition en utilisant par exemple dans certaines prestations les ASC déjà formés.</p>
<p>2. La proposition ne s'intéresse que relativement peu aux faiblesses du système de la chaîne de distribution qui n'est adéquat qu'au niveau central. Ce problème est critique en raison de l'introduction de deux nouveaux vaccins pendant la période du nouveau soutien GAVI.</p>	<p>Dans notre pays, c'est le PEV qui est responsable pour assurer la distribution des vaccins. Aussitôt arrivés à l'aéroport international de Bujumbura, les vaccins sont immédiatement transportés vers le programme national de vaccination où se trouve la chaîne de froid pour la conservation de ces vaccins. Les districts sanitaires sont quant à eux chargés de les acheminer dans les CDS ou dans des congélateurs qui sont à leur disposition et les transportant dans des cool box. Il est à souligner que le Burundi est un petit pays ce qui fait le transport du niveau central au niveau districts sanitaires peut prendre au maximum 3 heures. La capacité de cette chaîne de froid au niveau périphérique(DS) est assez suffisante de manière que l'introduction de deux nouveaux vaccins ne peut pas causer un problème de conservation des vaccins à ce niveau.</p>

<p>3. La proposition entreprend une analyse du gap financier pour chacun des six pierres angulaires RSS (pour les intrants GoB, GAVI et des contributions d'autres partenaires de développement). Le déficit de financement total en 2013-2015 est estimé à environ 58,4 M USD. Le PPAC indique que le gap financier prévu en 2011-15 est de 6,3 M USD.</p>	<p>Dans le PPAC 2011-2015, le gap est calculé en tenant compte des besoins en matière de vaccination (activités directement liées à la vaccination) moins les financements assurés et probables tandis que la présente proposition a considéré les besoins en matière de renforcement du système de santé liés indirectement à l'immunisation moins les financements assurés ; C'est-à-dire que les financements probables pour le RSS sont comptés dans le gap financier raison pour laquelle le gap financier du RSS est de loin supérieur du gap du PPAC 2011-2015.</p>
<p>4. Fournir une information sur la valeur ajoutée potentielle de GAVI</p>	<p>Burundi est toujours un état fragile caractérisé par une grande nécessité financière pour assurer un bon fonctionnement de gouvernement. Ce gap financier touche profondément le provisionnement des vaccins essentiels pour le bien être des enfants. GAVI est un des instruments clé qui comble ce gap. A travers plusieurs de ses activités il appuie sensiblement le processus de vaccination au Burundi.</p>
<p>5. Expliquer le chevauchement entre GAVI et CE</p>	<p>C'est vrai que GAVI et CE interviennent dans deux provinces (Bururi et Bujumbura rural) mais dans des domaines d'intervention différents. La CE appuie d'une manière générale les structures sanitaires, sans se focaliser sur la vaccination. En plus, à travers le groupe thématique du financement qui représente tous les partenaires technique et financier sur le domaine de la santé au Burundi, GAVI et CE partagent leur information et coordonnent bien leurs activités respective afin d'éviter les duplications et chevauchements.</p>
<p>6. Dans le Cadre de performance, un certain nombre de cibles semblent quelque peu irréalistes et n'aligne pas toujours des indicateurs avec les DOA (par ex. DOA 1.3, 1.4, 1.5). Plusieurs composantes importantes du programme ne se retrouvent pas dans les indicateurs du cadre logique,</p>	<p>Comme vous allez le remarquer dans le cadre de performance et cadre logique, quelques modifications ont été effectuées au niveau des indicateurs programmatiques en essayant des les lier d'une façon réaliste aux activités et aux domaines de prestations de services planifiés. Quelques cibles ont été aussi corrigées l'alignement des indicateurs avec les domaines de prestations de services a été fait. Le cadre logique a aussi été adapté par rapport aux composantes importantes du programme. La feuille des hypothèses cibles a été également modifiée.</p>
<p>7. Dans le rapport du CEI de juillet 2011, des éclaircissements sur l'actuel financement RSS à propos du RSA 2010 au sujet des problèmes financiers soulevés par le rapport PTR : remédier aux divergences entre le bilan d'ouverture et les fonds RSS perçus et réconcilier les comptes. Un rapport de vérification au sujet des comptes 2010 est également nécessaire en guise d'éclaircissement à court terme.</p>	<p>Des éclaircissements satisfaisants ont été formulés et envoyés au secrétariat de GAVI. Ce dernier a accusé réception de ces éclaircissements et jugé satisfaisant les éclaircissements au sujet des problèmes financiers soulevés par le rapport PTR : remédier aux divergences entre le bilan d'ouverture et les fonds RSS perçus et réconcilier les comptes. Un rapport de vérification au sujet des comptes 2010 est été également envoyé au secrétariat de GAVI. Le pays vient de produire un autre RSA 2011 partie RSS qui a été examiné par le CEI dans sa session de mai 2012 et recommandé pour approbation sous réserve d'éclaircissements. Ces derniers ont été apportés de manière satisfaisante par le Burundi.</p>

<p>8. Pourquoi la nouvelle proposition met moins d'insistances sur le personnel médical de formation et plus d'attention pour la chaîne de distribution et la logistique</p>	<p>La nouvelle proposition planifie beaucoup d'activités en rapport avec l'aspect communautaire et vaccination (chaîne de distribution et logistique). Alors que l'actuel projet s'atèle beaucoup plus sur le domaine de santé maternelle (SOUNUB, SONUC et techniques d'anesthésie), la nouvelle proposition envisage aussi 7 activités destinées au renforcement des capacités du personnel médical spécifiquement liées à la vaccination. La stratégie actuelle du gouvernement de la République du Burundi est de renforcer les interventions communautaires dans le secteur de la santé en vue de compléter la réponse donnée au niveau du système de santé. Des documents d'orientation en santé communautaire ont été élaborés et la nouvelle proposition PTSS s'inscrit dans cette vision du Gouvernement. Dans le souci de rendre disponible les produits de vaccination tout près de la population bénéficiaire, la chaîne de froid et la logistique seront fortement pris en compte afin de faciliter l'accessibilité des vaccins à des populations difficiles d'accès et d'offrir des produits de très bonne qualité.</p>
<p>9. Le Burundi est l'un des pays dont le travail RSS est soutenu par GAVI afin de lui permettre d'introduire à la fois son RAS RSS et sa proposition d'un nouveau financement PFSS en mai 2012; GAVI entend s'assurer qu'il n'existe pas de gap de financement.</p>	<p>La première proposition RSS de GAVI avait comme période d'exécution 2007-20011. Mais le pays a connu un an de décalage ce qui permet au projet de prendre fin en 2012 au lieu de 2011. Dans son RSA 2011, le pays avait demandé à GAVI un financement d'un plan d'action RSS 2012 lequel plan d'action a été validé par le CCSS /CPSD en sa réunion ordinaire du mois de mars. Un transfert de 760 000 USD est attendu de la part de GAVI afin que le pays puisse clôturer le premier projet de GAVI pour le soutien au RSS. C'est ainsi qu'un gap financier existe parce que le plan d'actions RSS-GAVI 2012 avait comme source de financement le transfert attendu de la part de GAVI de 760 000 USD qui constitue 74% du budget global le reste étant le solde d'ouverture au 01 janvier 2012. Le gap financier pour l'exercice 2012 RSS-GAVI est donc 760 000 USD qui représente la dernière tranche du projet RSS-GAVI 2007-2011.</p>
<p>10. Les listes de signataires et des acronymes</p>	<p>La liste des signataires et acronymes se trouve en annexe</p>