

# Plateforme de financement des systèmes de santé

## Soutien pour le renforcement des systèmes de santé

### FORMULAIRE COMMUN DE PROPOSITION

Ce formulaire commun est destiné aux candidats souhaitant demander un soutien auprès de GAVI et/ou du Fonds mondial pour le renforcement des systèmes de santé.

**Les demandes de financement du renforcement des systèmes de santé adressées au Fonds mondial par l'intermédiaire du formulaire commun de proposition et conformément aux directives ne peuvent être soumises qu'après le lancement de la documentation relative aux candidatures le 15 août 2011.**

Ce formulaire comporte trois parties :

- Partie A - Résumé du soutien demandé et coordonnées du candidat
- Partie B - Éligibilité du candidat
- Partie C - Détails de la proposition

Tous les candidats sont invités à lire et à suivre les directives jointes afin de remplir correctement ce formulaire.

#### Partie A - Résumé du soutien demandé et coordonnées du candidat

Candidat :	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida		
Pays :	Burundi		
Région de l'OMS :	Afrique		
Titre de la proposition :	Renforcement du Système de santé pour une meilleure performance des services de vaccination		
Date de début proposée :	Janvier/2013		
Durée du soutien demande :	Trois ans		
Financement demandé :	Montant demandé à GAVI :	12 900 000	Montant demandé au Fonds mondial :
Devise :	<input checked="" type="radio"/> USD		<input type="radio"/> EUR

Interlocuteurs	
Nom	Dr NGIRIGI Liboire
Fonction	Directeur Général des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
Adresse postale	B.P. : 1820 Bujumbura
Téléphone	Fixe : (+257) 22 24 25 42 ; Mobile : (+257) 77 73 58 97
Fax	(+257) 22 22 91 96
Adresses électroniques	<a href="mailto:ngirigi@yahoo.fr">ngirigi@yahoo.fr</a>

Résumé
→.
<p>En s'inspirant du Plan Pluri Annuel Complet du PEV 2011 – 2015 et du Plan National de Développement Sanitaire 2011 – 2015 , le projet s'est fixé comme but de Réduire la morbi-mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination en assurant l'accessibilité de la population aux services de vaccination de qualité en vue d'une meilleure utilisation .Les Objectifs , les domaines de prestation et les activités du projet sont les suivants :</p> <p><b>Objectif 1 : Renforcer les capacités d'offre des prestations et l'utilisation des services de vaccination de qualité</b></p> <p><b>Domaine 1.1: Activités et services communautaires - prestation, utilisation et qualité : multiplier</b> et distribuer des livrets des agents de santé communautaire.</p> <p><b>Domaine 1.2: Planification stratégique et opérationnelle :</b> organiser des missions d'appui aux équipes cadre de 19 districts sanitaires appuyées par RSS GAVI pour l'analyse et la micro planification dans le cadre de la stratégie "Atteindre Chaque District " (ACD) chaque année par le PEV et les partenaires.</p> <p><b>Domaine 1.3: Ressources financières:</b> participer au financement des coûts opérationnels des campagnes de suivi de la vaccination contre la rougeole, des Journées locales de vaccination contre la poliomyélite, des Semaines Santé Mère Enfant et contribuer au financement des frais d'organisation de la Semaine Africaine de Vaccination (SAV).</p> <p><b>Domaine 1.4: Sensibilisation, communication et mobilisation sociale :</b> produire des outils de communication et de mobilisation sociale pour améliorer la demande et l'utilisation des services de vaccination, acheter les équipements pour produire les outils de communication, acheter et renouveler par an les consommables, organiser semestriellement une campagne de sensibilisation pour la mobilisation sociale pour la stratégie "ACD" payer les frais de déplacement des ASC lors des campagnes de mobilisation sociale dans le cadre de la stratégie "ACD " et contribuer à l'organisation du lancement du nouveau vaccin Rotavirus .</p> <p><b>Domaine 1.5: Enquêtes, recherche et évaluation :</b> organiser des réunions semestrielles d'évaluation sur la gestion et la qualité des vaccins dans 45 DS et contractualiser les associations locales des aires de responsabilité des centres de santé appuyées par GAVI pour la réalisation des enquêtes de satisfaction communautaire des services de vaccination.</p> <p><b>Domaine 1.6: Gestion des achats et de la chaîne logistique :</b> acheter des réfrigérateurs photovoltaïques pour les formations sanitaires confessionnelles et privées</p>
Formulaire commun de proposition de renforcement des systèmes de santé

**Domaine 1.7: Personnel de santé:** former et/ou recycler les gestionnaires des DS, les médecins chefs de DS et les superviseurs polyvalents sur la gestion des vaccins et sur l'approche "ACD, former l'équipe nationale d'Intervention Rapide (ENIR), les unités des DS et BPS ainsi que les titulaires des CDS sur les nouveaux outils de surveillance des maladies à potentiel épidémique

**Objectif 2 : Contractualiser les structures de santé périphériques et les OBC en vue d'améliorer la performance des services de vaccination des districts à faible taux de couverture vaccinale**

- **Domaine 2.1: Ressources financières :** contribuer à la contractualisation de 223 OBC des aires de responsabilité des centres de santé et de six agences d'encadrement dans les six provinces appuyées par GAVI.
- **Domaine 2.2: Financement des soins de santé :** contribuer à l'achat des performances des 223 CDS à travers les prestations relatives aux indicateurs « enfants complètement vaccinés » et « femmes enceintes vaccinées contre le tétanos ».

**Objectif 3 : Assurer l'accès aux vaccins et une gestion rationnelle de la chaîne d'approvisionnement, de la logistique et de la sécurité des produits et équipements médicaux**

- **Domaine 3.1: Ressources matérielles - infrastructure et produits de première nécessité :** contribuer à l'achat et à la distribution des MIILDA pour les 19 BDS appuyés par et acheter les kits d'outils de travail pour les ASC.
- **Domaine 3.2: Gestion des achats et de la chaîne logistique :** acheter 25 groupes électrogènes de 10 KVA pour les DS , assurer la maintenance de la chaîne de froid des 6 provinces appuyées GAVI , acheter un groupe électrogène de 40 KVA pour le PEV et 13380 litres de pétrole pour les frigos des CDS de la zone d'intervention , payer une police d'assurance annuelle contre l'incendie des dépôts du PEV, acheter 19 camionnettes double cabine pour l'approvisionnement, la supervision et les activités de vaccination supplémentaires des CDS par les Bureaux des Districts Sanitaires des 6 provinces, assurer trimestriellement la maintenance des 19 camionnettes double cabine , acheter pour le PEV 4 camionnettes double cabine pour la supervision des les activités de vaccination et le suivi de la surveillance des maladies cibles du PEV et payer la police d'assurance des 19 camionnettes double cabine
- **Domaine 3.3: Infrastructures:** Réhabiliter, en 2013, les stocks et les bureaux du PEV qui abriteront aussi l'unité de gestion de RSS/GAVI et acheter des destructeurs des seringues pour 223 CDS des 19 BDS appuyés par GAVI

**Objectif 4 : Renforcer le Système d'Information Sanitaire et de suivi et évaluation des interventions communautaires**

**Domaine 4.1: Suivi et documentation des interventions communautaires et gouvernementales :** harmoniser les outils de collecte des données au niveau communautaire, élaborer les outils de collecte des données du SIS issues de la communauté et de l'état-civil, contribuer à la réalisation d'une enquête CAP sur les performances du PEV et organiser un atelier national de validation des outils de collecte du niveau communautaire

**Domaine 4.2: Collecte régulière, analyse et traitement des données :** multiplier et diffuser par an 735 outils de collecte des données révisées des centres de santé

**Domaine 4.3: Personnel de santé:** Former le personnel chargé du SIS sur les outils révisés de collecte des données.

**Domaine 4.4: Enquêtes, recherche et évaluation:** mener une enquête de la couverture vaccinale

**Domaine 4.5: Gestion et organisation des établissements :** actualiser le plan de gestion des déchets biomédicaux

**Objectif 5 : Assurer la gestion du programme.**

**Domaine 5.1: Gérance et gouvernance:** Assurer le fonctionnement et le renforcement des capacités techniques de l'Unité de gestion RSS/GAVI.

Les objectifs et les activités clés ci haut décrits pour le renforcement du système de santé amélioreront la performance des services du programme d'immunisation en mettant un accent particulier sur l'équité dans l'accès universel aux services d'immunisation. Ce projet permettra d'atteindre les populations marginalisées ou défavorisées telles que : l'éthnie batwa, les non atteints, les femmes et les enfants des travailleurs saisonniers ou migrants. En outre, la qualité et l'intégration des services au niveau opérationnel, l'implication effective de des communautés, l'utilisation efficiente des ressources et la fiabilité de l'information sanitaire seront renforcées.

Le budget demandé à GAVI Alliance est de 12.900.000USD.

La mise en œuvre du projet KARADIRIDIMBA sera assurée par les formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé publics, privés et confessionnels) ainsi que les organisations et les intervenants communautaires de la zone d'intervention du projet. Le suivi des performances dans la mise en œuvre du projet sera assuré par le biais des mécanismes de coordination en place tout en respectant le circuit défini du SNIS.

## Partie B - Éligibilité du candidat

Si cette candidature comprend une demande adressée au Fonds mondial, veuillez compléter la section concernant les critères de recevabilité et les autres exigences disponible [à cet endroit](#).

Si une demande est adressée à GAVI par le biais de cette candidature, veuillez cliquer [ici](#) pour vous assurer de l'éligibilité du candidat au soutien de GAVI.

Tableau 1 : Financement du RSS

	GAVI	Banque mondiale		Ambassade de Belgique	UNFPA	CE	
<b>Calendrier</b>	2007-2012	2009-2014	2012-2017	2010-2013	2010-2014	2011-2014	2011-2015
<b>Montant du financement</b>	8 251 000 USD	39 800 000 USD	15 000 000 USD	25 000 000 Euro	16 500 000 USD	1 034 000 EURO	25 000 000 EURO
<b>Domaines de soutien</b>	Tous les six piliers du RSS	Prestations de services, Financement de la santé, Leadership et gouvernance	Prestations de services, Système d'information sanitaire, Financement de la santé, Personnel de santé	Tous les six piliers	Tous les piliers sauf financement de la santé	Tous les piliers sauf infrastructures	Tous les piliers
<b>Situation géographique</b>	Dans 4 provinces cibles (Bururi, Gitega, Kayanza et Mwaro)	Tout le pays	Tout le pays	Tout le pays	Tout le pays	Bururi, Bubanza, Bujumbura rural, Makamba, Rutana, Ruyigi, Karusi, Cankuzo	Bururi, Bubanza, Bujumbura rural, Makamba, Rutana, Ruyigi, Karusi, Cankuzo

Tableau 1 : Financement du RSS (Suite)

	GIZ	USAID	UNICEF	OMS	Gouvernement du Burundi	Coopération Suisse	Coopération néerlandaise
<b>Calendrier</b>	2012-2015	2011-2014	2010-2014	2011-2013	2011-2015	2011-2013	2011-2015
<b>Montant du financement</b>	4 000 000 EURO	72 130 922 USD	36 650 000 USD	723 313 USD	4 577 973 USD	9 479 220 Francs suisse	19 553 563 EURO

nt							
<b>Domaines de soutien</b>	Prestations de services et professionnels de santé	Prestation des services et infrastructures	Tous les piliers sauf financement de la santé et leadership et gouvernance	Tous les piliers sauf infrastructures	Tous les six piliers	Tous les piliers	Tous les six piliers
<b>Situation géographique</b>	Tout le pays	Tout le pays	Tout le pays	Tout le pays	Tout le pays	Province NGOZI	Tout le pays

NB : Les contributions des partenaires en RSS se trouvant dans le tableau ci-haut ne concernent pas uniquement l'immunisation sauf la part du Gouvernement qui est destinée au financement du PEV

## Partie C - Détails de la proposition

### 1. Mise au point de la proposition

#### 1.1 Résumé du processus de mise au point de la proposition

→ Veuillez indiquer le rôle joué par le Comité de coordination du secteur de la santé et/ou par l'instance de coordination nationale dans la mise au point de la proposition. Décrivez également le soutien qu'ont apporté d'autres groupes parties prenantes, notamment la société civile, le secteur privé, les populations clés et les populations à ce jour laissées pour compte, marginalisées ou autrement défavorisées. Décrivez la direction, la gestion, la coordination et le suivi stratégique de la mise au point de la proposition.

#### **UNE PAGE MAXIMUM**

La procédure d'élaboration de la présente proposition a été coordonnée conjointement par le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD) qui a intégré le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) et le CCM Burundi jusqu'à l'annonce du retrait du Fonds Mondial au Round 11. Le lancement des appels à proposition a été largement diffusé auprès des acteurs publics, privés et associatifs par le CCM en date du 26 Aout 2011 (Annexe : n°6) par le biais d'un communiqué officiel à travers les différents canaux médiatiques de la presse écrite et orale. Au préalable, l'autorisation de préparer et de soumettre la présente proposition a été accordée par le CCM dans sa séance en assemblée générale du 26 juillet 2011 (Annexe n°7) après analyse d'une note conceptuelle élaborée à cet effet et approbation par le CPSD dans sa réunion ordinaire du 23 septembre 2011 (Annexe n°8). La Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, Présidente du CCM et du CPSD a mis en place, en date du 26 Août 2011, un comité technique élargi de rédaction des propositions au Round 11 multisectoriel chargé de conduire tout le processus d'élaboration de la proposition et ayant parmi ses 4 comités celui chargé de la rédaction du Round 11 RSS. Celui-ci est composé à son tour par 3 sous comités dont un comité de coordination, une équipe technique de rédaction de la proposition et un comité de relecture (Annexe n°9). La composition de ces comités a tenu compte de l'implication de la société civile qui a participé à toutes les étapes du processus d'élaboration de la proposition. Il faut noter aussi que les membres de la société civile participent à l'organe qui a coordonné et suivi stratégiquement le processus de préparation de la proposition à

savoir le CPSD. Un calendrier reprenant les diverses étapes de préparation de la proposition a été établi par le CCM dans l'assemblée générale (Annexe n°10).

Après le retrait du Fonds Mondial au Round 11, la suite du processus de préparation de la proposition RSS a été coordonnée par le CPSD.

Le CPSD a été régulièrement tenu informé lors des réunions du 23 septembre et du 28 octobre 2011, de l'évolution de la préparation relative à la présente proposition (Annexes n°11 et 12). Ce dernier a approuvé la proposition et autorisé sa soumission à GAVI en date du 26 mars 2012 (Annexe n°13).

Le processus de préparation a été largement appuyé par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), à travers une assistance technique de leurs professionnels et d'un consultant sur financement de la Banque Mondiale.

La collecte de l'information, la compilation et l'analyse des besoins de renforcement du système de santé ont été effectuées sur base des données provenant de diverses sources dont les plus importantes sont: le rapport d'analyse situationnelle dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2011-2015, le PNDS 2011-2015, le Plan Pluri Annuel Complet du PEV (PPAC 2011-2015), le CDMT 2011-2013, le rapport d'évaluation du PNDS 2006-2010, la cartographie des ressources humaines en santé 2010, les rapports d'évaluation de la qualité des services dans les Formations Sanitaires (FOSA) du Burundi, les Joint Report Forms (JRF 2005-2010), les rapports de situation annuelle de RSS-GAVI (RAS 2005-2010), le rapport d'analyse des besoins et capacités des organisations de la société civile intervenant en matière de santé, EDS 2010, plan stratégique du Système National d'Informations Sanitaires, annuaire statistique 2010, manuel des procédures du financement basé sur les performances.

Le budget du PNDS 2011-2015 renferme toutes les sources de financement potentielles nationales et extérieures y compris l'appui de GAVI ALLIANCE. La période de mise en œuvre de la présente proposition (2013-2015) est bien couverte par le PNDS en vigueur. Le cycle financier de la subvention demandée correspond aussi intégralement au cycle financier du pays qui va de janvier à décembre de chaque année (Annexe n°14 : Loi budgétaire établissant les échéanciers et les budgets nationaux). Les budgets annuels accordés par GAVI dans le cadre de cette proposition seront inscrits dans les budgets annuels du pays.

L'assurance de la qualité du document de proposition a bénéficié de l'analyse critique et des recommandations formulées lors de l'atelier de revue par les pairs organisé à HARARE par l'OMS, Fonds Mondial et GAVI en date du 13 au 16 décembre 2011, du comité de relecture, des unités de l'Equipe d'Appui Inter pays de l'OMS en Afrique centrale et du CPSD. Le comité technique a successivement pris en compte les critiques et intégré les recommandations des uns et des autres et a vérifié à l'aide d'une liste de contrôle que les critères d'éligibilité établis par GAVI ALLIANCE sont satisfaits. Par la suite, le CPSD a apporté son soutien et autorisé la transmission de la proposition à GAVI.

## 1.2 Résumé du processus décisionnel

→ *Veillez résumer la façon dont les décisions clés ont été prises dans le cadre de la mise au point de la proposition.*

### **UNE PAGE MAXIMUM**

Les décisions concernant la formulation de la présente proposition RSS à GAVI ont été prises successivement par le CCM et le CPSD jusqu'à la date de retrait du Fonds mondial au Round 11. La suite a été assurée par le CPSD seul. Il convient de souligner que les décisions au sein du CPSD sont prises par consensus conformément à ses termes de référence (Annexe n°15: TDR CPSD). Le processus d'élaboration de la présente proposition s'est référé au Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté 2<sup>ème</sup> génération (CSLP 2) qui est l'outil de planification stratégique auquel se réfèrent tous les secteurs. De façon spécifique au secteur de la santé, la préparation de la proposition s'est référée au PNDS 2011 – 2015. Les objectifs et les activités retenues dans le cadre de cette proposition sont une traduction opérationnelle de ceux du PNDS 2011 - 2015. C'est lors de la réunion du CPSD tenue en date du 23 Septembre 2011 que les critères de définition des objectifs RSS ont été établis et sont les suivants: l'urgence présumée des interventions correspondantes, la faisabilité, l'état de leur mise en œuvre antérieure, l'absence ou l'insuffisance de ressources y allouées, l'impact attendu sur les maladies cibles du programme d'immunisation. (Annexe n°11)

Les objectifs choisis ont été puisés dans le Plan Pluri Annuel du PEV (PPAC 2011-2015) approuvé par le CPSD en date du 11 mai 2011 (Annexe n°16).

Le PPAC (2011-2015) s'est lui-même référé à la Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination (GIVS 2006-2015) et a pour but de contribuer à l'amélioration des résultats relatifs à l'immunisation. Les objectifs retenus ont

été présentés et approuvés par le comité élargi avant l'élaboration du cadre logique. En plus, le PNDS 2011-2015 a pris en compte les défis exprimés dans l'actuel PPAC car celui-ci avait précédé son élaboration.

La coordination de mise en œuvre des activités sera confiée à l'unité de gestion des fonds GAVI/RSS du MSPLS. La mise en œuvre effective des activités sera confiée aux Formations sanitaires (FOSA), Bureaux de Districts Sanitaires (BDS), Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) ainsi qu'aux acteurs communautaires. Ces derniers ont déjà une expérience éprouvée dans la mise en œuvre des programmes de santé mais le renforcement de leurs capacités sera poursuivi dans le cadre de cet appui.

Le suivi stratégique des activités sera assuré par le CPSD qui dispose des groupes thématiques dont un chargé du suivi évaluation qui analyse les rapports de suivi du programme. Les rapports de situation annuelle du soutien RSS de GAVI sont analysés par le groupe thématique financement et approuvés par le CPSD décisionnel.

Il existe une relation étroite entre le processus décisionnel dans le cadre de l'élaboration de cette proposition et les processus décisionnels appliqués dans le secteur de la santé. En effet, la prise de décision durant ce processus a été du ressort du CPSD qui est l'organe décisionnel du secteur de la santé. Par ailleurs, le CPSD, organe de décision du secteur de la santé qui existe depuis 2007 et qui a toujours coordonné et suivi stratégiquement toutes les interventions de renforcement du système de santé, a bénéficié de l'éclairage technique du comité restreint de rédaction du Round 11 RSS dont la mise en place a été nécessitée par le Round 11. La composition de ce comité est multisectorielle avec l'implication de la Société civile représentée par 4 membres issus des organisations communautaires, à inspiration religieuse, privées et Organisations Non Gouvernementales (ONG).

## 2. État du système national de santé

### 2.1 a) Secteur national de la santé

→ Veuillez présenter brièvement le secteur national de la santé, à savoir les secteurs privé et public agissant aux niveaux communautaire, sous-national et national.

### 2.1 b) Stratégie ou plan national en matière de santé

→ Veuillez mettre en avant les buts et les objectifs de la stratégie ou du plan national en matière de santé.

### 2.1 c) Politiques ou stratégies de renforcement des systèmes de santé

→ Veuillez décrire les politiques ou les stratégies visant à renforcer des composantes spécifiques du système de santé pertinentes dans le cadre de cette proposition (par exemple, les ressources humaines dédiées à la santé, les systèmes de gestion des achats et des stocks, le développement des infrastructures sanitaires, les systèmes d'information sur la gestion de la santé, le financement de la santé, la coordination des donateurs, le renforcement des systèmes communautaires, etc.)

## QUATRE PAGES MAXIMUM

### 2.1 a) Secteur national de la santé

Au Burundi, la situation sanitaire reste préoccupante et marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 49 ans dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes<sup>1</sup>. Le taux brut de mortalité est estimé à 16,5 pour 1000 avec un ratio de mortalité maternelle de 500 pour 100 000 naissances vivantes<sup>2</sup> selon EDS 2010 et ce ratio diffère de celui figurant dans le PNDS 2011 - 2015 qui est de 866 selon le RGPH 2008, un taux de mortalité infantile de 59 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 96 pour 1000 naissances vivantes<sup>3</sup>.

Les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans sont les infections respiratoires dont la plus fréquente est la pneumonie (22,4% en 2009, les maladies diarrhéiques (9%), la malnutrition chronique qui affecte surtout les enfants de moins de 5 ans (58%). **Concernant la mortalité, la pneumonie vient en premier lieu avec 29% suivi par la diarrhée (21%) et le paludisme (10%)<sup>4</sup>.**

La lutte contre **les maladies évitables par la vaccination** reste une priorité dans le système de santé. L'enquête EDSB 2010 montre que les résultats de vaccination de routine dépassent 85% pour la plupart des antigènes. Les enfants complètement vaccinés atteignent un taux de 83% selon la même enquête. Cette bonne couverture nationale cache des disparités entre les districts sanitaires. En effet, 4 districts sanitaires (DS) sur 45 (8.8%)<sup>5</sup> n'atteignaient pas 80 % de la couverture vaccinale pour le pentavalent 3 et 10 DS (22%) n'atteignaient pas 80 % de couverture en VAR.

**Le système de santé au Burundi** est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, le secrétariat permanent, une Inspection Générale de la Santé, trois Directions Générales, 3 institutions personnalisées, 13 départements, 9 programmes de santé et les services connexes. Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de

1 Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

2 Enquête Démographique et de santé du Burundi 2010, données préliminaire (EDSB 2010)

3 EDSB, 2010

4 UNICEF, Country Profile, 2010

5 Plan Pluri Annuel Complet du PEV 2011

santé (BPS). Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle. Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 63 hôpitaux (dont 41 publics, 8 confessionnels et 14 privés lucratifs) et 735 centres de santé<sup>6</sup> (dont 423 publics, 105 confessionnels et 207 privés lucratifs) répartis sur les 129 communes du pays. Un district couvre 2 à 3 communes regroupant entre 100 000 à 150 000 habitants. Le secteur privé occupe une place de choix dans le secteur de la santé Burundais. En effet, on compte 35% d'hôpitaux, 42% de centres de santé, 84% écoles de formations paramédicales sont du secteur privé et confessionnel. Les communautés sont impliquées dans le système de santé à travers les organisations à base communautaires (OBC) ; les comités de santé ainsi que les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté (sensibilisation, prise en charge, soutien et récupération des abandons)

Le fonctionnement du **réseau des soins** s'articule autour de trois niveaux : le niveau de base, le niveau de première référence et le niveau de référence nationale. Un paquet d'activités est défini pour chaque niveau couvrant les soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs.

L'accessibilité géographique est satisfaisante puisque la population en général (80%)<sup>7</sup> peut accéder à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains.

Concernant les ressources humaines en santé, l'effectif total de 15.941 agents se répartit entre 5.957 infirmiers, 418 médecins et stagiaires, 16 sages femmes, 827 autres personnels paramédicaux qualifiés et 8.739 autres effectifs. En ce qui concerne les médecins, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin par 19.231 habitants alors que la norme de l'OMS préconise un ratio de 1 médecin par 10.000 habitants est très éloigné de cette réalité. Le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec un infirmier par 1349 habitants (la norme de l'OMS étant d'un infirmier par 3 000 habitants). Signalons que plus de 50.5% de médecins et de 21%<sup>8</sup> d'infirmiers exercent à Bujumbura.

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2007, les sources de financement du secteur de la santé sont : 17% publiques (les ministères y compris les fonds IPPTE et les entités publiques), 43%<sup>9</sup> privées (dont 40% pour les ménages et le reste par les associations, les ONG confessionnelles et non-confessionnelles, les entreprises) et 40% de l'aide extérieure.

La Mutuelle de la fonction publique (MFP) couvre les fonctionnaires de l'Etat et leurs ayants droits soit 10%<sup>10</sup> de la population burundaise. La Carte de l'Assistance Médicale (CAM) a été initiée par le Gouvernement du Burundi en 1984 au profit de certaines populations à faible revenu. Les initiatives d'assurance et de mutuelles privées commencent à voir le jour, même si elles ne représentent que 0.1% de la dépense de la santé<sup>11</sup> en 2007

## **2.1 b) Stratégie ou plan national en matière de santé**

L'élaboration du PNDS 2011-2015 a fait l'objet d'un processus participatif ayant impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, les partenaires techniques et financiers, la société civile. Les différents documents produits ont été régulièrement validés par un Comité de Pilotage du PNDS et par le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement de la Santé (CPSD). Ces instances de coordination, planification et de suivi du processus sont constituées de cadres de la santé et des secteurs connexes du gouvernement, des PTF, des ONG/Associations du secteur privé. Le CPSD constitue un cadre de dialogue permanent entre tous les acteurs du système de santé y compris

<sup>6</sup> EPISTAT : Annuaire statistique, 2011

<sup>7</sup> Enquête PETS, 2008

<sup>8</sup> Enquête PETS, 2008

<sup>9</sup> Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

<sup>10</sup> Comptes nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

<sup>11</sup> Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

la société civile. Il se réunit une fois par mois en réunion ordinaire. Il organise chaque année une revue conjointe de la mise en œuvre de la stratégie nationale. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé 2005-2015, le Burundi a vient d'élaborer son PNDS 2011-2015.

Le PNDS2011-2015 a pour but d'améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé<sup>12</sup>.

L'amélioration de la santé de la population passera par l'atteinte de trois(3) objectifs généraux en rapport avec les OMD 4, 5 et 6: (i) Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (ii) Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (iii) Contribuer à la réduction de la morbi mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles; L'objectif sectoriel est *d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation.*

L'immunisation est une des priorités du PNDS qui est prise en compte dans l'axe stratégique « Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé » avec un accent particulier sur le renforcement des activités de prévention par la vaccination y compris l'introduction de nouveaux vaccins.

En vue d'arrimer le Cadre de Dépense à Moyen Terme 2011 – 2013 au PNDS, des concordances ont été établies entre les concepts structurant du PNDS (objectifs, axes stratégiques, résultats attendus et actions) et les éléments clés de l'architecture des CDMT. Ainsi, les piliers du PNDS sont fondus dans le concept d' «axe stratégique» du CDMT, celui des axes stratégiques du PNDS se retrouvent dans les «programmes» du CDMT, celui de «résultats attendus» est assimilable au «sous programme» et celui d'actions au «projet».

### **2.1 c) Politiques ou stratégies de renforcement des systèmes de santé**

Le Burundi dispose d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé sur la période 2010 –2014 ayant pour objectif général d'améliorer la gestion des ressources humaines et d'augmenter leur disponibilité et leur qualification. Les objectifs spécifiques visent entre autre l'amélioration de la couverture dans les zones les plus reculées en vue d'atteindre les meilleurs résultats sanitaires en général et dans le domaine de l'immunisation en particulier. La stratégie de financement basée sur les performances compte parmi ses objectifs la motivation du personnel en vue de s'assurer de leur stabilité dans le secteur et partant l'amélioration des indicateurs liés à la vaccination.

Dans le secteur pharmaceutique, le gouvernement est entrain d'élaborer des documents politiques et législatifs suivants : Politique Pharmaceutique Nationale et la loi pharmaceutique Nationale. L'homologation et l'enregistrement des produits pharmaceutiques et vaccins figureront dans leurs textes d'applications. Dans le cadre de l'amélioration de la gestion des stocks des médicaments en général et des vaccins en particulier, la stratégie FBP a retenu un indicateur relatif à la surveillance des ruptures des stocks dans les formations sanitaires et les pharmacies de districts.

En vue d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé y compris la vaccination en faveur des groupes les plus vulnérables, le gouvernement a adopté une politique de gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans, des césariennes, accouchements et pathologies liées à la grossesse.

Le Burundi dispose d'une politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé et a opté pour une stratégie de financement basé sur les performances depuis 2006. Cette stratégie vise à atteindre cinq objectifs dont celui de renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de

<sup>12</sup> MSP, *Politique Nationale de la Santé 2005 – 2015*, Septembre 2004

santé. Le FBP permet d'impliquer les organisations à base communautaires (OBC) dans les activités de vaccinations d'une part et de tenir compte des points de vue de la population dans la gestion et la résolution des problèmes de santé d'autre part.

En 2010, le gouvernement a couplé le FBP avec la gratuité en vue d'améliorer la gestion du remboursement des factures de cette dernière. Cette stratégie a été mise à échelle à partir du 01 Avril 2010.

Un Plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) 2011 – 2015 existe et a quatre axes stratégiques: I) renforcement de la coordination, de la planification et du leadership; II), renforcement des ressources humaines, financières, des équipements et des infrastructures; III), amélioration des sources, de la gestion et de la qualité des données sanitaires; et IV) amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire. La mise en œuvre de cette stratégie contribue à la performance des activités du PEV notamment par l'amélioration de la qualité, promptitude et complétude des données épidémiologiques et statistiques en général y compris celles du PEV.

La Politique Nationale en matière de Santé donne la priorité à la couverture géographique équitable en infrastructures et équipements sanitaires. En effet plus de 80% de la population ont accès aux services de santé à moins de cinq kilomètres de marche ; situation favorisant l'utilisation de services de vaccination.

Au niveau national, il existe un Groupe de Coordination des Partenaires (GCP) qui est une instance politique et stratégique de haut niveau regroupant tous les secteurs nationaux et les partenaires au développement ayant comme organe technique le Comité National de Coordination des Aides (CNCA). Au niveau du secteur santé, le Gouvernement a mis en place un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) qui constitue un cadre de dialogue permanent entre tous les acteurs du système de santé y compris la société civile. Le CPSD est un cadre statutaire pour toutes les décisions concernant le financement des programmes nationaux de santé y compris le PEV. La santé communautaire au Burundi est une nouvelle approche de promotion de la santé. Pour asseoir cette approche, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA vient de valider lors d'un atelier national organisé en fin septembre 2011 un document d'orientations stratégiques en santé communautaire. Ces orientations stratégiques ont pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la santé des populations par le renforcement de l'implication des communautés dans la prise en charge de leur santé. Les objectifs spécifiques poursuivis sont notamment: ((i) Améliorer le système de planification, mise en œuvre, coordination et évaluation-suivi des actions de santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) Augmenter l'engagement des communautés par la participation des acteurs communautaires, des associations de la société civile et des représentants des groupes vulnérables et marginalisés dont les Batwa et des partenaires en vue d'améliorer la santé communautaire aux niveaux des ménages et des collectivités; (iii) Accroître l'accès et l'utilisation des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réhabilitation en améliorant leur disponibilité et leur accessibilité pour la population en général et des groupes vulnérables et marginalisés en particulier. L'atteinte de ces objectifs permet l'amélioration de l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination.

La décentralisation du système de santé par la mise en place de 45 districts sanitaires est une des grandes réformes initiées par le Gouvernement et constitue l'unité opérationnelle du système de soins. Le district sanitaire regroupe le niveau communautaire, les centres de santé(CDS) et l'hôpital de district qui est l'hôpital de première référence.

## 2.2 Principales contraintes des systèmes de santé

→ *Veillez décrire les principales contraintes pesant sur les systèmes de santé au niveau national, sous-national et communautaire, qui empêchent votre pays d'atteindre les trois Objectifs de développement du Millénaire relatifs*

à la santé (4, 5 et 6), de faciliter l'accès à l'immunisation et d'alléger la charge de morbidité du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme (au moins deux de ces maladies). Indiquez les contraintes affectant les populations clés et les autres populations laissées pour compte, marginalisées ou autrement défavorisées, notamment les obstacles liés au genre.

## **DEUX PAGES MAXIMUM**

### **Leadership et gouvernance :**

Au niveau national, provincial et district, on note des insuffisances dans les mécanismes de contrôle de la gestion des biens publics. L'allocation inéquitable ainsi qu'une gestion inefficace des ressources constituent également les principales contraintes dans ce domaine. Sur le plan institutionnel et juridique, le manque et la méconnaissance de certains textes législatifs et réglementaires, tels que les documents de mise en œuvre des districts sanitaires, les textes et lois régissant le système d'information sanitaire sont aussi des difficultés observées dans le domaine de la gouvernance. Les capacités techniques limitées affectent également la mise en œuvre des différentes réformes à tous les niveaux y compris la décentralisation (faible capacité des équipes cadre du district et des acteurs communautaires). Le niveau communautaire n'est pas encore suffisamment intégré dans la pyramide sanitaire. Suite à l'absence des textes régissant l'organisation et le rôle des acteurs communautaires, on note une confusion sur les attributions entre les Comités de Santé (COSA) et les Agents de Santé Communautaire (ASC), une faiblesse dans la coordination des relais communautaires et acteurs communautaires. En outre, on enregistre une multitude des ASC gérés par différents programmes, une concurrence entre différents acteurs communautaires ainsi qu'un manque de capacités de plaidoyer des organisations de la société civile.

### **Production et gestion des ressources humaines**

De façon générale, on constate que dans les régions les plus défavorisées, il n'y a souvent qu'un seul médecin et les CDS sont encore tenus par des auxiliaires de santé. La faible motivation du personnel liée à l'environnement du travail et la forte mobilité du personnel constituent des autres principales contraintes dans ce domaine. Les nouveaux médecins de district et les titulaires de centre de santé nécessitent des sessions de formations de mise à niveau. On note une insuffisance qualitative du personnel paramédical qui s'explique en partie par l'absence ou l'insuffisance d'encadrement au niveau des établissements d'enseignement public et privé. Dans l'ensemble, il n'y a pas de plan national de formation continue pour le personnel du secteur santé. Enfin, l'inégale répartition géographique du personnel reste un défi à relever.

### **Système de financement de la santé**

La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est encore insuffisante (11.9% en 2011) par rapport aux normes (15%) préconisées par l'accord d'Abuja selon les statistiques sectorielles produites par le Ministère des finances. La pérennité du financement de la stratégie FBP reste préoccupante et le gap de financement est estimé entre 10 et 30 millions de dollars pour l'année 2012<sup>13</sup>.

### **Système d'information sanitaire et suivi et évaluation:**

La Direction du SNIS souffre d'insuffisance de moyens matériels, financiers et humains pour assurer sa mission de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau province et district sanitaire, on note une faible capacité d'analyse et d'interprétation des données. La gestion des données dans les hôpitaux est confrontée à des difficultés relatives à l'inadaptation des supports internes, à l'insuffisance de remplissage des outils de collecte (naissances,

<sup>13</sup> Rapport de mission d'évaluation conjointe du FBP au Burundi, octobre 2010

décès, cas d'épidémie et couvertures sanitaires). Il y a également une absence d'un système d'archivage des données et l'insuffisance de rétro-information entre différents niveaux. Le rapport hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique dont la rougeole, la méningite à méningocoque etc... accuse un certain retard suite au manque de moyens de communication efficace. Il en est de même pour le rapport de morbi-mortalité des maladies sous surveillance qui est transmis mensuellement. Les ateliers semestriels et annuels d'évaluations des données avec les provinces sanitaires, districts sanitaires, des programmes et projets ne sont pas tenus régulièrement. Au niveau communautaire, il n'existe pas de système de collecte et de traitement des données de routine. On note également un manque d'outils de collecte des données harmonisés qui permettraient d'apprécier les performances au niveau communautaire..

### **Système de gestion des achats et des stocks et de logistique**

Les contraintes majeures dans ce domaine sont : la forte dépendance au financement extérieur pour l'achat des médicaments et des vaccins ; la faible capacité de stockage et de gestion à tous les niveaux, le manque ou la vétusté de moyens d'approvisionnement (logistique) ; la rupture intempestive de courant électrique constituant un problème au maintien de la chaîne de froid et de conservation des vaccins et l'insuffisance dans la surveillance ainsi que la notification des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI) constituant un défi pour la sécurité des injections.

### **Prestation de services**

Au niveau national, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure un défi. Au niveau provincial et district, les Hôpitaux de District Sanitaire (HDS) offrent à la fois le paquet minimum d'activités et le paquet complémentaire qui est parfois incomplet. Au niveau communautaire, les capacités d'offre des prestations et d'utilisation des services de vaccinations de qualité sont encore insuffisantes. En effet le paquet minimum d'activités reste encore non défini, non harmonisé et non coordonné suite au manque d'une stratégie nationale de développement des activités à base communautaire. On note également la faible capacité technique des Equipes Cadres de District pour la micro planification dans le cadre de la stratégie « Atteindre Chaque District ». En matière d'IEC/CCC, on constate également un manque de coordination au sein des structures de communication à tous les niveaux; une faible communication pour orienter les actions de changement de comportement.

En définitive, l'analyse du système de santé actuel dégage des contraintes liées aux différentes composantes du système de santé qui limitent les performances du programme d'immunisation. Il s'agit notamment de l'iniquité dans l'accès universel, de la faible participation communautaire, de l'insuffisance des ressources et de leur utilisation inefficace, de la non exhaustivité et de la fiabilité limitée de l'information sanitaire.

Les populations clés telles que les marginalisées ou défavorisées qui sont : l'ethnie batwa, les non atteints, les femmes et les enfants des travailleurs saisonniers ou migrants ( des pêcheurs, des orpailleurs ;les occupants des forêts rencontrent des contraintes spécifiques à eux qui sont : la stigmatisation, la pauvreté, l'ignorance, accessibilité physique pour ne citer que celles-là .

### **2.3 Efforts actuellement menés pour le renforcement des systèmes de santé**

→ *Veillez décrire les efforts actuellement menés pour le renforcement des systèmes de santé dans le pays, soutenus par des ressources extérieures et/ou locales, en vue de surmonter les principales contraintes des systèmes de santé décrites ci-dessus.*

**TROIS PAGES MAXIMUM**

## **Un système de leadership et de la gouvernance**

En ce qui concerne la gestion des finances publiques, des réformes ont été entreprises, des procédures et des systèmes de gestion ont été améliorés par l'actualisation des textes organiques (La loi organique sur les finances publiques, Code des Marchés publics, Code des Douanes) et d'un système de gestion de l'information des finances publiques. Le renforcement de la cellule chargée du contrôle interne au sein du MSPLS, sont des opportunités pour assurer la transparence et la bonne gestion. Dans l'accord de financement signé en 2009 entre le gouvernement et la Banque Mondiale, des audits financiers des structures de santé ont été initiés. La société civile s'implique de façon engagée à la lutte contre la malversation économique. Il s'agit notamment l'Organisation de Lutte Contre la Corruption et les Malversations Economiques (OLUCOME), l'Observatoire de l'Action Gouvernemental (OAG), Parole et Action pour le Réveil des Consciences et l'Evolution des Mentalités (PARCEM)...

Concernant les allocations non équitables des ressources le Burundi en collaboration avec ses partenaires a élaboré, en 2008, les comptes nationaux de la santé et les cadres de dépenses en moyen terme 2009-2011 et 2011-2013, instruments qui permettent d'identifier et de corriger les inégales répartitions des ressources. En outre les normes sanitaires élaborées en 2008 sont en cours de mise à jour afin de produire des plans d'extension de couverture et des cartes sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

En terme de régulation et normalisation du secteur, un pas a été franchi à travers l'adoption des textes réglementant le secteur de la santé notamment : le manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP, le manuel des procédures sur la santé communautaire, le guide opérationnel des Districts sanitaires etc. Des initiatives de participation communautaire dans la gestion des problèmes de santé ont été développées avec la mise en place des comités de santé élus (avec l'appui des différents partenaires), des Agences d'encadrement des acteurs communautaires (Appui de la Banque Mondiale). Dans le cadre de la coordination de la mise en œuvre du FBP, une cellule technique élargie aux PTFs et à la société civile a été mise en place.

Dans le cadre du renforcement des capacités techniques et managériales, les différents niveaux du MSPLS et les acteurs communautaires bénéficient des appuis techniques et des missions conjointes de suivi et évaluation des différentes réformes et des activités du programme de vaccination par différents partenaires techniques et financiers.

## **Ressources humaines**

Les mesures actuelles de renforcement de système de santé dans ce domaine sont :La disponibilité d'une politique et d'un plan de développement des ressources humaines de santé avec un axe de décentralisation de la gestion des ressources humaines, d'une cartographie des ressources humaines pour la santé, d'une base de données des ressources humaines gérée au niveau de tous les districts sanitaires et d'un observatoire des ressources humaines. Les partenaires clés ayant soutenu les activités ci-dessus sont la Coopération Suisse et l'OMS. La production des médecins généralistes et des infirmiers est aujourd'hui satisfaisante. Depuis que l'approche FBP est appliquée à l'échelle nationale, la couverture pour ces deux catégories du personnel s'est sensiblement améliorée même dans les zones reculées. Les partenaires clés qui soutiennent le PBF sont la Banque Mondiale, CTB, UE, GAVI Alliance, Heath Net TPO, Fonds Mondial, USAID etc. GAVI-RSS applique PBF dans cinq districts sanitaires. En outre le Gouvernement a pris d'autres mesures de motivation qui sont entre autres la subvention des soins de santé du personnel, les dispositions particulières du statut général de la fonction publique qui accorde des primes et indemnités spécifiques au personnel de la santé. Les efforts menés dans l'équipement des formations sanitaires et la construction des homes pour le personnel soignant œuvrant dans les formations sanitaires enclavées, contribuent également à la motivation du personnel. Enfin, le MSPLS appuyé par les PTF organise des formations de renforcement de capacités techniques du personnel de la santé en général et celui du PEV en particulier.

Le personnel ciblé pour le PEV est le titulaire du CDS ainsi que le gestionnaire de vaccin. Cette activité est soutenue par les fonds SSV et d'autres partenaires tels que l'USAID.

### **Systeme de financement de la santé**

Le cadrage macroéconomique 2011-2014 montre que le secteur de la santé constitue une priorité du Gouvernement, la part des dépenses de l'Etat hors dette allouée au secteur de la santé passe de 11.7% en 2010 à 14.9% en 2014<sup>14</sup>. En vue d'accroître l'accès aux soins de certaines catégories de personnes vulnérables, le Gouvernement burundais a décidé en mai 2006 de mettre en place la politique de gratuité des soins au bénéfice des enfants âgés de moins de 5 ans et des soins liés à la grossesse et à l'accouchement dans les formations sanitaires publiques et assimilées.

Afin d'assurer la viabilité du FBP, le Gouvernement s'est engagé à allouer chaque année, 1,4% du budget national de l'Etat à la gratuité qui représente 50% du coût du FBP. Le MSPLS est entrain de mener des efforts allant dans le sens de rationaliser la politique de gratuité des soins, de mobiliser des ressources financières supplémentaires et de réduire les tarifs unitaires de certains indicateurs.

Le gouvernement est entrain de restructurer et de généraliser l'utilisation de la Carte d'Assistance Médicale instaurée depuis 1984 pour réduire la charge des dépenses de santé sur les ménages et ainsi améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé.

Le MSPLS à travers les appuis des partenaires financiers (CTB, BM, CE) est entrain de mener des actions de renforcement des capacités en matière de gestion financière à tous les niveaux. Il s'agira entre autre de former les ECD en matière de gestion des finances et de la comptabilité et les titulaires des centres de santé dans l'utilisation des outils de gestion des finances.

### **Systeme d'information Sanitaire**

La loi statistique N°1/17 du 25 septembre portant organisation du système statistique au pays a été mise en place. Elle a été suivie par la nomination des membres du conseil national de l'information statistique et ceux du comité technique de l'information statistique. Un plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire (2011-2015) a été validé par toutes les parties prenantes afin d'améliorer la performance du SNIS pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 et des OMD liés directement à la santé. Il s'agit de l'élaboration d'un dictionnaire de métadonnées, l'acquisition du matériel adéquat à tous les niveaux, le renforcement des capacités du personnel en matière d'utilisation de l'outil informatique, de l'analyse et de l'interprétation des données. Le service de l'EPISTAT vient d'être remplacé par une Direction du SNIS dont la mission est de coordonner la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion de l'information sanitaire à tous les niveaux.

Le MSPLS vient de mettre à jour le canevas de collecte des données de routine dans les formations sanitaires publiques, privées et conventionnelles de manière participative et en essayant d'intégrer le plus possible d'indicateurs des programmes spécifiques dont le PEV.

Un plan national de communication a été élaboré et validé pour assurer la cohérence des communication, la coordination et l'orientation des différents acteurs en matière de santé en général et de l'immunisation en particulier; Les fonds GAVI RSS appuient dans l'acquisition et la maintenance de l'outil informatique ainsi que le renforcement des capacités techniques des utilisateurs dans sa zone d'intervention. La CTB intervient à partir de septembre 2011 pour assurer la maintenance curative et préventive de l'outil informatique à tous les niveaux pour une période d'une année. Un document de projet d'appui du SNIS par la CTB a été validé le 07 octobre 2011, ce projet compte appuyer le renforcement des capacités pour le SNIS dont la production des outils de collecte des données y compris ceux du niveau communautaire.

<sup>14</sup> note de cadrage budgétaire 2012-2014

## **Système de Gestion des achats et des stocks et de logistique**

La décentralisation de la chaîne de froid au niveau des Districts sanitaires qui est appuyée par UNICEF (33 congélateurs, 24 réfrigérateurs), GAVI RSS (17 Générateurs au chef lieu des provinces, 120 frigos SIBIR, pétrole dans tous les CDS), USAID (19 frigos et 5 congélateurs). Quant à l'approvisionnement GAVI RSS a doté 12 districts des véhicules d'approvisionnement avec leurs carburants et maintenance jusque fin 2011. Pour la gestion des stocks et la sécurité des injections, GAVI SSV appuie la formation des titulaires de centre de santé et les gestionnaires des stocks. L'OMS apporte un appui logistique pour toutes les activités en rapport avec la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

### **Prestations de services**

Les normes sanitaires au niveau opérationnel définissant le paquet minimum d'activités au niveau CDS et le paquet complémentaire d'activités au niveau des hôpitaux de districts sanitaires ont été validées en 2008. Ces paquets comprennent des soins et services préventifs y compris les services de vaccination. Un processus de mise à jour des normes sanitaires et d'élaboration des plans d'extension de la couverture en infrastructures, ressources humaines et équipement médical est en cours afin d'améliorer l'accessibilité géographique de toute la population aux services de santé. Des efforts d'amélioration de la qualité des soins ont été observés avec la mise en œuvre du FBP. Le partenariat public-privé est une réalité dans le secteur de la santé. En effet, 35% de formations sanitaires confessionnelles et privées ont signé des conventions avec les MSPLS. Dans les structures privées, les acteurs intègrent les soins préventifs et promotionnels dans les prestations. Ces structures signent des contrats avec le MSPLS dans le cadre de la mise en œuvre FBP. Les OSC interviennent dans les activités de vaccination.

La stratégie de communication au niveau communautaire est soutenue par le programme national de la santé de la reproduction et autres partenaires.

En matière de lutte contre les maladies transmissibles, le rapport de surveillance des maladies à potentiel épidémique est transmis hebdomadairement du niveau opérationnel au niveau central (à la direction du SNIS). Les données sont par la suite traitées, analysées et partagées entre le service de préparation et de réponse aux urgences de santé et l'OMS.

Concernant le paquet communautaire, un document d'orientations stratégiques en santé communautaire vient d'être élaboré. Actuellement la communauté est impliquée dans le système de soins à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des CDS. Elle est représentée également par les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté. Le Groupe de Soins (GS) est une stratégie communautaire basée sur le bénévolat, pour diffuser des messages essentiels de santé aux ménages. Les bénévoles sont sélectionnés par la communauté sur recommandation du chef de village et organisés en groupes de dix à douze membres. Ils/elles élisent en leur sein un responsable reconnu comme modèle dans la communauté et qui est appelée « Mère Leader ou Mère Lumière ». Les Mères Leaders forment à leur tour des groupes de soins de dix « Mères Leaders » ou plus. Des méthodes culturellement adaptées sont utilisées pour renforcer leurs capacités comme agents de changement de comportement dans la communauté. Ce Groupe de soins pourra être étendu et utilisé pour les activités de vaccination.

En matière d'IEC/ CCC, les activités au niveau central sont réalisées à travers le service IEC qui prépare et diffuse des magazines en kirundi deux fois par semaine à travers le contrat de prestation de services signé entre le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA et la Radio télévision Nationale du Burundi, dont certains concernent le programme d'immunisation.

Au niveau intermédiaire et périphérique, les Coordonnateurs Provinciaux de Promotion de la Santé coordonnent les activités de communication et de promotion de la santé en général et de l'immunisation

en particulier. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les associations locales communautaires sont impliquées régulièrement dans la vérification communautaire des prestations des formations sanitaires et dans l'évaluation de la qualité perçue et la satisfaction des bénéficiaires des services de santé (Appuyée par la Banque Mondiale, Commission Européennes, Cordaid, Health Net TPO et CTB).

Concernant l'utilisation du soutien GAVI Alliance aux Organisations de la Société Civile (OSC) type A, il y a eu identification de toutes les OSC intervenant dans le domaine d'immunisation et renforcement du système de santé suivie d'un recrutement de quatre représentants de ces OSC. Concernant le type B, les fonds ont permis la réalisation des activités suivantes : (i) l'amélioration de la couverture vaccinale dans les structures de soins des quatre OSC financées par GAVI, (ii) l'appui aux associations de santé communautaire et aux volontaires de la Croix-Rouge pour la mobilisation et la sensibilisation en faveur de la vaccination, (iii) la formation des ASC, des Leaders religieux et communautaires ainsi que des prestataires des soins dans le domaine de la vaccination, (iv) l'acquisition des outils de sensibilisation en faveur de la vaccination ainsi que les outils de travail (parapluie, bottes, etc...)

Grâce à tous ces efforts ci-dessus décrits, la couverture vaccinale est très satisfaisante dépassant plus de 90% pour les principaux antigènes selon le rapport annuel du PEV 2010. L'enquête nationale PMS 2009 a montré que les taux de couverture vaccinale étaient supérieurs à 80% pour les principaux antigènes<sup>15</sup> (Polio3 :87,3%, DTC3 ou penta 3 : 95,4% et VAR : 94,3%). L'enquête EDS 2010 montre également que les résultats de vaccination de routine dépassent 85% pour la plupart des antigènes. Les enfants complètement vaccinés atteignent un taux de 83% selon la même enquête.

---

<sup>15</sup> EDSB, 2010

### 3. Objectifs de renforcement des systèmes de santé

#### 3.1 Objectifs de RSS à réaliser dans le cadre de cette proposition

→ Veuillez décrire les objectifs de renforcement des systèmes de santé à réaliser dans le cadre de cette proposition et expliquez leur relation avec les informations fournies dans la section 2 (État du système national de santé). Veuillez expliquer comment les objectifs proposés à GAVI amélioreront les résultats sanitaires en matière d'immunisation et comment les objectifs proposés au Fonds mondial amélioreront les résultats sanitaires pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (au moins deux de ces maladies).

#### DEUX PAGES MAXIMUM

La relation entre les objectifs de la présente proposition et ceux du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 et du Plan Pluri Annuel Complet du PEV 2011 – 2015 est ci - après décrite :

- i) Le premier objectif : « renforcer les capacités d'offre des prestations et utilisation des services de vaccination de qualité » va contribuer à la mise en œuvre du PNDS 2011 – 2015 à travers son premier axe stratégique « **Renforcement des prestations de soins et de services de sante (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé** »<sup>16</sup>. Cet objectif contribuera en outre à relever les défis exprimés dans le PPAC 2011 – 2015 et dans l'analyse situationnelle du PNDS 2011 – 2015 comme décrit dans la section 2 de la présente proposition.
- ii) Le deuxième objectif : « Contractualiser les structures de santé périphérique et les organisations à base communautaire en vue d'améliorer la performance des services de vaccination des districts à faible taux de couverture vaccinale » s'arrime à l'axe 7 du PNDS 2011 – 2015 '**Renforcement et pérennisation du FBP associe a la gratuité des soins**' et de la stratégie de '**Poursuivre la contractualisation de la performance**' du PPAC 2011 – 2015.
- iii) Le troisième objectif : « Assurer l'accès aux vaccins et une gestion rationnelle de la chaîne d'approvisionnement, de la logistique et la sécurité des produits et équipements médicaux » s'inscrit dans la réalisation de l'axe « **La disponibilité et l'accessibilité de la population aux médicaments et autres produits de sante de qualité** » du PNDS 2011 – 2015 et des stratégies : « **Extension de la Mise en œuvre de l'approche « ACD » dans tous les districts, Introduction du vaccin contre le pneumocoque, Introduction du vaccin de la deuxième dose de rougeole et le vaccin contre le rotavirus dans le PEV de routine sur le territoire national, Amélioration de la gestion des vaccins, Amélioration de la capacité de stockage, Amélioration du système de maintenance de la chaine de froid, Renforcement de la capacité sur la sécurité des injections** » du PPAC 2011 – 2015.
- iv) Le quatrième objectif : « Renforcer le Système d'Information Sanitaire et de suivi et évaluation des interventions communautaires » est en phase avec le sixième axe « **Renforcement des systèmes d'information sanitaire, de Planification et de suivi et évaluation** » du PNDS 2011-2015 et les stratégies : « **Amélioration du suivi des MAPI, Renforcement de la capacité du personnel en gestion des données, amélioration du système de communication, Renforcement du système de surveillance passive et active des PFA** » du PPAC 2011-2015
- v) Le cinquième objectif : « Assurer la gestion du programme prend racine dans le cinquième axe « **Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé** » du PNDS 2011-2015 » et contribuera à l'atteinte de l'objectif : « **Améliorer l'efficacité de la coordination et de la gestion du programme** » du PPAC 2011-2015.

A toutes fins utiles, ces objectifs proposés dans la proposition vont participer à lever les défis ayant trait avec l'immunisation qui sont soulevés dans le PNDS 2011-2015 et passeront par la réalisation des activités en rapport avec le renforcement des capacités techniques dans l'offre des services à travers le système de santé, du système d'information sanitaire, des interventions communautaires, de la stratégie de communication, de la gestion des achats et de la chaîne logistique et de l'accessibilité aux produits

<sup>16</sup> Plan National de Développement Sanitaire 2011 - 2015

de qualité dans les services de vaccination. Outre les défis du PNDS, cette proposition va aussi concourir à surmonter les contraintes identifiées dans le PPAC 2011-2015.

La présente proposition prendra le relais de l'actuelle qui va jusqu'à la fin de l'année en cours..

Certaines activités planifiées dans la présente proposition visent à atteindre les mêmes résultats que celles mises en œuvre dans l'actuelle proposition. Elle poursuivra à :

- Contribuer au financement des coûts opérationnels des campagnes de suivi de la vaccination contre la rougeole , des Semaines Santé Mère Enfant et des semaines africaines de vaccination (SAV)
- Contribuer à l'achat et à la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) destinées aux mères qui amènent leurs enfants à la vaccination contre la rougeole ;
- Renforcer l'approvisionnement, la supervision et les activités de vaccination supplémentaires en renouvelant le parc automobile des Districts sanitaires, à assurer leur maintenance et le paiement de la police d'assurance ;
- Financer l'organisation de l'approche ACD « Atteindre Chaque District » dans des districts sanitaires à basse couverture vaccinale ;
- Acheter des kits d'outils de travail composés de : téléphone portable, mégaphone, vélo, parapluie, dossards, bottines, veste imperméable, porte documents

Les deux dernières activités ci-haut mentionnées se retrouvent tant dans l'actuelle proposition RSS GAVI que dans le volet Soutien de GAVI aux Organisations de la Société Civile (OSC).

D'autres activités de la présente proposition, sans pour autant être les mêmes, viennent en compléter celles planifiées dans la proposition en cours. Il est à signaler que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, en plus de l'appui de GAVI Alliance, a d'autres Partenaires Techniques et Financiers qui appuient le volet « Renforcement du système de santé » en rapport avec l'immunisation. Tous ces partenaires travaillent en synergie en vue de Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

## SIX PAGES MAXIMUM

### 3.2 a) Description narrative des activités programmatiques

Le but de cette proposition est de rendre solide le système national de santé en général et le système de santé de la zone d'intervention en particulier afin de servir de socle à l'amélioration et au maintien durable des performances du programme et des services de vaccination. (voir le but dans le cadre logique et voir son alignement avec le PNDS).

Objectif 1 : Renforcer les capacités d'offre des prestations et utilisation des services de vaccination de qualité

Cet objectif vise l'amélioration de l'offre et de la demande des services de vaccination en agissant à travers les domaines ci après :

#### Domaine 1.1: Activités et services communautaires - prestation, utilisation et qualité

- Multiplier et distribuer 6000 livrets des agents de santé communautaire (à raison de 1 livret pour chacun des 6000 ASC)
- 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)

#### Domaine 1.2: Planification stratégique et opérationnelle

- Organiser des missions d'appui aux équipes cadre de 19 districts sanitaires appuyées par GAVI RSS (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 7districts de Kayanza et Kirundo) avec chaque fois 4 personnes par district pour l'analyse et la micro planification dans le cadre de la stratégie "atteindre chaque district " chaque année par le PEV et les partenaires

#### Domaine 1.3: Ressources financières

- 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
- Participer au financement des coûts opérationnels des Journées locales de vaccination contre la poliomyélite de 2013, 2014 et 2015 à la hauteur de 30% des coûts opérationnels
- Participer au financement des coûts opérationnels des Semaines Santé Mère Enfant de 2013, 2014 et 2015 à la hauteur de 24% des coûts opérationnels
- Contribuer au financement des frais d'organisation de la Semaine africaine de vaccination (SAV) en 2013, 2014 et 2015

#### Domaine 1.4: Sensibilisation, communication et mobilisation sociale

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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) ;
- 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 " ;

- Contribuer à l'organisation du lancement du nouveau vaccin Rotavirus.

#### **Domaine 1.5: Enquêtes, recherche et évaluation**

- Organiser 2 réunions semestrielles de deux jours d'évaluation sur la gestion et la qualité des vaccins de 45 gestionnaires à partir de 2014
- Contractualiser par trimestre 223 Associations Locales (ASLO) des aires de responsabilité des centres de santé des 6 provinces appuyées par GAVI RSS pour la réalisation des enquêtes communautaires de vérification du niveau de satisfaction par rapport aux services de vaccination pour l'année 2013

#### **Domaine 1.6: Gestion des achats et de la chaîne logistique**

- Acheter 50 réfrigérateurs photovoltaïques pour les formations sanitaires confessionnelles et privées au troisième trimestre de l'année 2013

#### **Domaine 1.7: Personnel de santé**

- Former et/ou recycler 90 gestionnaires (à raison de 2 participants 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)
- 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<sup>ème</sup> trimestre, en 2014 : 2 sessions au 2<sup>ème</sup> Trimestre et 2 autres au 4<sup>ème</sup> Trimestre de la même année en 5 jours pour chacune des sessions).
- 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).
- Former 45 formateurs des 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 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre de 2013
- 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 5 jours de 17 participants dans chacun des 22 districts au 4<sup>ème</sup> trimestre de 2013 et dans les 23 autres districts le 1<sup>er</sup> trimestre de l'année 2014)

Objectif 2 : Contractualiser les structures de santé périphériques et les organisations à base communautaire en vue d'améliorer la performance des services de vaccination des districts à faible taux de couverture vaccinale

#### **Domaine 2.1: Ressources financières**

- 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 RSS pour l'année 2013.
- 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

#### **Domaine 2.2: Financement des soins de santé**

- Contribuer à l'achat des performances des 223 CDS à travers les prestations relatives aux indicateurs "enfants complètement vaccinés" et "femmes enceintes vaccinées contre le tétanos" de l'année 2013 à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre
- Contribuer au paiement du bonus de qualité des 223 centres de santé des 19 BDS appuyés par GAVI RSS pour améliorer la qualité des services de vaccination de l'année 2013 à partir du 2<sup>ème</sup>

trimestre

Objectif 3 : Assurer l'accès aux vaccins et une gestion rationnelle de la chaîne d'approvisionnement, de la logistique et la sécurité des produits et équipements médicaux.

**Domaine 3.1: Ressources matérielles - infrastructure et produits de première nécessité (dont produits médicaux et autres produits/technologies)**

- 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 (MIILDA) pour les 19 BDS appuyés par GAVI en 2013, 2014 et 2015
- 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

**Domaine 3.2: Gestion des achats et de la chaîne logistique**

- Acheter 25 groupes électrogènes de 10 KVA pour appuyer la décentralisation de la gestion des vaccins au niveau des DS en 2013
- Assurer trimestriellement la maintenance de la chaîne de froid de toutes les 6 provinces de la zone d'intervention de GAVI RSS à partir de 2014
- Acheter un groupe électrogène de 40 KVA pour le PEV en 2014
- 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 RSS à partir de 2014 jusqu'en 2015
- Payer une police d'assurance annuelle contre l'incendie des dépôts du PEV
- Acheter 19 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 (3 BDS), Kayanza (3 BDS), Mwaro (2 BDS), Buja rural (3 BDS) et Kirundo (4 BDS) en 2013
- Assurer trimestriellement la maintenance des 19 camionnettes double cabine à partir du 4<sup>ème</sup> trimestre de 2013 jusqu'en fin 2015
- 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
- Payer trimestriellement la police d'assurance des 19 camionnettes double cabine à partir du 4<sup>ème</sup> trimestre de 2013 jusqu'en fin 2015

**Domaine 3.3: Infrastructures**

- Réhabiliter, en 2013, les stocks et les bureaux du PEV qui abriteront aussi l'unité de gestion de RSS/GAVI
- Acheter des destructeurs des seringues pour 223 centres de santé des 19 BDS appuyés par GAVI au 2<sup>ème</sup> trimestre de 2014

Objectif 4 : Renforcer le Système d'Information Sanitaire et de suivi et évaluation des interventions communautaires

**Domaine 4.1: Suivi et documentation des interventions communautaires et gouvernementales**

- Recruter un consultant national pour l'harmonisation des outils de collecte des données au niveau communautaire pendant un mois ;
- 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 ;
- Contribuer à la réalisation d'une enquête CAP sur les performances du PEV à hauteur de 18% du coût total ;
- Organiser un atelier national de validation des outils de collecte du niveau communautaire pour 50 participants pendant 2 jours.

#### **Domaine 4.2: Collecte régulière, analyse et traitement des données**

- Multiplier et diffuser par an 735 outils de collecte des données révisées des centres de santé

#### **Domaine 4.3: Personnel de santé**

- 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)
- Former deux cents prestataires des centres de santé et hôpitaux privés sur la gestion des déchets biomédicaux pendant en cinq ateliers de 5 jours à raison de 40 participants par atelier

#### **Domaine 4.4: Enquêtes, recherche et évaluation**

- Recruter deux consultants nationaux pendant 30 jours pour mener une enquête de la couverture vaccinale en 2015
- Payer les frais de 10 enquêteurs locaux pendant 15 jours pour l'enquête de la couverture vaccinale en 2015

#### **Domaine 4.5: Gestion et organisation des établissements**

- Recruter un consultant national pour actualiser le plan de gestion des déchets biomédicaux pendant quinze jours

Objectif 5 : Assurer la gestion du programme.

#### **Domaine 4.5: Gérance et gouvernance**

- 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
- Assurer le fonctionnement de l'unité de gestion RSS/GAVI
- Organiser des missions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre des interventions dans les 6 provinces appuyées par GAVI
- Acheter 4 véhicules de l'unité de gestion l'unité de gestion RSS/GAVI
- Acheter 9 kits informatiques pour compléter le parc informatique existant de l'unité de gestion RSS/GAVI
- Acheter 6 ordinateurs portables pour l'unité de gestion RSS/GAVI
- Acheter 2 photocopieuses pour l'unité de gestion RSS/GAVI
- Equiper les bureaux de l'unité de gestion RSS/GAVI
- Recruter un bureau pour évaluer la performance de mise en œuvre technique du projet RSS/GAVI R11
- Recruter un bureau pour l'audit financier du projet RSS/GAVI R11

#### **3.2b) Cadre logique**

Le cadre logique de cette proposition compte 5 objectifs respectivement en rapport avec le renforcement de l'offre et utilisation des services de vaccination, la contractualisation des services de santé et du niveau communautaire, l'accès et la sécurité des produits de vaccination, le renforcement du SIS ainsi que la gouvernance et la gérance du programme. Pour chaque objectif, les activités qui seront mises en œuvre sont définies par domaine de prestation de services et leur suivi sera assuré à l'aide des indicateurs de résultats, d'effet et d'impact tel que présenté dans le cadre logique en annexe.

#### **3.2c) Éléments concrets et/ou leçons tirées**

- L'intégration d'autres interventions de santé maternelle et infantile aux activités de vaccination a fortement contribué à l'accroissement de la demande et l'utilisation de ces services. Les activités régulièrement intégrées aux campagnes de vaccination sont la promotion des pratiques familiales clés (allaitement maternel exclusif, le lavage des mains, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée

d'insecticide), le déparasitage à l'albendazol, la supplémentation à la vitamine A. L'intégration de ces interventions est d'un meilleur coût- efficacité prouvé pour la réduction de la morbi-mortalité infanto juvénile.

- La mise en œuvre de l'approche « ACD » a permis l'amélioration des taux de couverture vaccinale de routine et sera poursuivie pour la récupération des abandons et le renforcement des liens entre les services de vaccination et la communauté.
- Les activités de communication pour le développement ont régulièrement été réalisées aussi bien pour le PEV de routine que lors de l'introduction des nouveaux vaccins (Hib, Hep B, pneumo) avec des résultats satisfaisants. Ces activités seront reprises lors des campagnes de suivi et lors de l'introduction des nouveaux vaccins (Rotavirus).
- Le coût des nouveaux vaccins introduits dans le PEV de routine devenant de plus en plus élevé, il importe de maîtriser les pertes de ces vaccins tout en assurant la sécurité ainsi que celle des bénéficiaires, la formation, le recyclage des prestataires sur la gestion. L'utilisation des vaccins s'avère donc d'une importance capitale et doit être soutenue.
- L'achat des performances des structures de soins et des OBC a contribué à l'amélioration de la qualité des services de santé, à l'amélioration des performances des services de santé et à la motivation des prestataires. Cette initiative sera soutenue à travers cette proposition.
- La vaccination doit s'établir sur une infrastructure sanitaire solide et s'appuyer sur la surveillance et le suivi. La logistique du PEV nécessite un constant renouvellement pour répondre aux normes tout en tenant compte de l'introduction des nouveaux vaccins. Aussi le matériel acheté dans ce domaine contribue à la réalisation des interventions des autres programmes de santé.

L'organisation des cadres de coordination et de concertation avec les autres partenaires intervenant sur terrain a permis de prévenir des chevauchements éventuels dans la mise en œuvre du projet RSS-GAVI.

### 3.3. Principaux bénéficiaires

→ Veuillez décrire dans quelle mesure les activités proposées sous chaque objectif contribuent à l'équité (de genre, géographique, économique), touchent les populations laissées pour compte, mal desservies et marginalisées par le biais de l'instauration de services sanitaires et soutiennent les populations les plus démunies et les autres populations défavorisées. Indiquez également toutes les actions entreprises pour réduire la stigmatisation et la discrimination dont ces populations font l'objet.

### DEUX PAGES MAXIMUM

Le présent projet devra couvrir 19 districts sanitaires à faible taux de couverture vaccinale et sans partenaires appuyant les services d'immunisation. Ils sont répartis dans 6 provinces sanitaires sur le total de 19 provinces sanitaires du pays. Ces districts sanitaires sont :

1. Province Bujumbura Rural : DS Kabezi, DS Rushubi et DS Rwibaga
2. Province Bururi : DS Rumonge, DS Bururi et DS Matana
3. Province Gitega : DS Mutaho, DS Ryansoro, DS Gitega et DS Kibuye
4. Province Kayanza : DS Gahombo, DS Kayanza et DS Musema
5. Province Kirundo : DS Vumbi, DS Busoni, DS Mukenke et DS Kirundo
6. Province Mwaro : DS Kibumbu et DS Fota

La population cible de ce projet est composée de tous les enfants de 0 à 11 mois et de toutes les femmes en âge de procréer de ces districts sanitaires. Aucune contribution financière de la population de ces DS appuyés ne sera demandée. La mise à contribution des OBC vise à atteindre toutes les catégories de la population des différents endroits de cette zone d'intervention. L'approche ACD sera organisée en faveur de toutes les catégories de populations difficiles à atteindre et/ou connaissant d'autres barrières (culturelles et religieuses). Dans ces zones il n'y a pas de population stigmatisée, discriminée et/ou marginalisée en ce qui concerne la vaccination.

## 4. Suivi et évaluation des performances

### 4.1 Plan national de suivi et d'évaluation et cadre de performance

→ Veuillez présenter votre plan national de suivi et d'évaluation en annexe 3 et le cadre de performance pour cette proposition en annexe 4.

### 4.2 a) Modalités de suivi et d'évaluation

→ Veuillez décrire de quelle manière le cadre de performance de cette proposition utilise les indicateurs nationaux, les outils de collecte de données et les systèmes d'établissement de rapports existants.

### 4.2 b) Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation

→ Veuillez décrire les activités de renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation à financer dans le cadre de cette proposition.

## TROIS PAGES MAXIMUM

### 4.1 Plan national de suivi et d'évaluation et cadre de performance

Le plan national de suivi et d'évaluation dénommé Cadre du Suivi et Evaluation (CSE) du PNDS 2011-2015 (Annexe n° 3) :

- fait un bref rappel du contexte et des objectifs du PNDS ;
- explique les facteurs ayant justifié l'exigence d'un CSE ;
- présente les cadres nationaux et internationaux conditionnant les orientations du PNDS 2011-2015 ;
- présente les indicateurs sélectionnés pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2011-2015 ;
- présente les objectifs du PNDS 2011-2015, et précise ceux visés par le présent cadre de suivi et évaluation ;
- présente ce qu'il est convenu d'appeler les cadres de suivi et évaluation (cadre conceptuel, cadre stratégique, cadre logique), la stratégie envisagée au regard de ces facteurs, et le tableau synoptique du plan simplifié (cadre logique) ;
- expose le circuit des données aboutissant au renseignement des indicateurs ;
- précise les cadres et mécanismes institutionnels par lesquels le CSE devrait être mis en œuvre ;
- propose un plan d'action et un budget pour la mise en œuvre de ce CSE.

Il a été élaboré en tenant compte des objectifs et orientations stratégiques du PNDS 2011-2015, dans une démarche de Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Ce cadre permet d'apprécier les performances et les objectifs du PNDS par rapport aux résultats attendus en termes de produits, effets et impacts.

Le cadre de performance pour cette proposition (Annexe 4) comprend quatre objectifs et dix indicateurs programmatiques dont cinq pour le premier objectif, deux pour le second, un pour le troisième et deux pour le dernier objectif. Il comprend en outre deux indicateurs d'effet et un indicateur d'impact. Ces indicateurs sont retenus pour le suivi de la performance du projet sur sa période de mise en œuvre s'étalant de janvier 2013 à décembre 2015. Ce cadre de performance permettra de mesurer l'atteinte des résultats par rapport aux cibles fixées par indicateur.

### 4.2. a) Modalités de suivi et d'évaluation

Le système national actuel de suivi et évaluation est alimenté à partir des FOSA (centres de santé et hôpitaux de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> référence) et les quelques informations sur les prestations communautaires par les CDS via les techniciens de promotion de la santé qui encadrent les acteurs communautaires de leurs aires de responsabilité. Celui-ci renseigne surtout les indicateurs de suivi du Plan de Suivi Evaluation du PNDS 2011-2015 y compris les données de la mise en œuvre de la présente proposition. Les données collectées à partir des organisations et intervenants communautaires sont consolidées avec celles du secteur public à partir des CDS.

Les données des CDS et des hôpitaux sont respectivement collectées par l'infirmier responsable et le chargé du SIS de la formation sanitaire sur la base des registres standards de collecte des données et canevas de rapport. Au niveau des BDS et BPS, les données sont compilées et traitées par un agent chargé du SIS et transmises à la direction du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS).

Les indicateurs du cadre de performance du projet que le pays soumet à GAVI sont inspirés du Cadre National de Suivi et Evaluation. Ils seront utilisés dans le suivi de la performance de la mise en œuvre du projet. Les outils de collecte des données qui seront utilisés par les intervenants dans la mise en œuvre sont ceux qui sont en vigueur dans le système national de suivi et évaluation.

Le circuit de rapportage des informations sanitaires, du niveau communautaire et périphérique au niveau intermédiaire puis au niveau national, sera emprunté par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet pour l'établissement des rapports sur les résultats du soutien RSS.

Pour assurer la qualité des rapports des FOSA, les équipes cadres de districts se réunissent mensuellement pour l'analyse des rapports SIS des CDS. Les comités provinciaux de vérification des données statistiques procèdent à la vérification des indicateurs FBP parmi lesquels deux indicateurs en rapport avec l'immunisation (enfants complètement vaccinés et femmes vaccinées au VAT). Ces rapports sont ensuite transmis au niveau central où ils sont analysés par la Direction du SNIS en collaboration avec les chargés de suivi et évaluation des programmes de santé.

Le circuit inverse, du niveau central au niveau intermédiaire puis périphérique et communautaire, adopté pour le contrôle de la qualité des rapports, sera également utilisé dans les modalités du suivi des réalisations du projet.

La Direction du SNIS prépare des annuaires statistiques qui sont soumis pour analyse aux intervenants clés de tous les niveaux avant d'être présentés pour validation au groupe thématique suivi et évaluation du CPSD.

L'établissement des rapports de mise en œuvre de la présente proposition se conformera au circuit susmentionné et l'approbation sera assurée par le CPSD avant sa transmission à GAVI Alliance.

Cependant, il est utile de conforter les capacités de l'Unité de Gestion du projet RSS de GAVI par un expert en suivi et évaluation. Ce dernier sera appelé à être proactif pour que les éléments de rapport relatif au projet soient de qualité et rendu en temps utile par rapport aux échéances du cadre de performance.

#### **4.2 b) Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation**

Le système national de suivi et évaluation a été évalué à l'occasion de l'évaluation du PNDS 2006-2010 dont le rapport a été publié au mois de juillet 2010. Les faiblesses du système du suivi et évaluation constatées au cours de cette évaluation sont les suivantes :

- Système d'informations sanitaires fragmenté ;
- Manque d'exhaustivité dans la collecte des informations sur les services de santé ;
- Bases de données non fiables à cause des données manquantes surtout dans les domaines d'infrastructures, équipements, budget, ressources humaines, médicaments et consommables ;
- Données issues d'inventaires ou d'enquêtes non communiquées au système d'informations sanitaires pour des fins d'exploitation ;
- Collecte parallèle de données par les programmes verticaux qui échappe par conséquent à la direction du SNIS.

En plus des faiblesses relevées dans l'évaluation du PNDS 2006-2010, l'analyse situationnelle faite dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2011-2015 a montré que les informations du niveau communautaire

ne sont pas systématiquement collectées et intégrées dans le système national d'informations sanitaires.

Le PNDS 2011-2015 a défini ses axes stratégiques dont le Système National d'Informations Sanitaires s'est inspiré pour définir les interventions correctrices des faiblesses ci-haut mentionnées et figurant dans son plan stratégique 2011-2015.

La mise en œuvre du plan stratégique du Système d'Informations Sanitaires bénéficie des appuis de différents partenaires comme la Coopération Technique Belgique (CTB), UNICEF, OMS, GAVI Alliance, USAID et d'autres qui contribuent dans la multiplication et la diffusion des outils de collecte de données.

Les nouveaux outils de collecte des données permettront de ventiler les données par âge et par sexe en vue de s'assurer d'un accès équitable aux services de vaccination.

Dans le cadre de cette proposition, le soutien demandé à GAVI Alliance pour renforcer le système de suivi et évaluation est de **325 321 dollars américains** et porte essentiellement sur l'harmonisation des outils de collecte des données sanitaires du niveau communautaire, la multiplication et la diffusion des outils de collecte des données des CDS, le renforcement des capacités du personnel en charge du SNIS à tous les niveaux du système de santé et sur l'assistance technique d'un expert en suivi et évaluation.

Ces fonds demandés permettront de développer les activités retenues pour le renforcement du système de suivi et évaluation qui sont regroupées dans les objectifs 4 et 5. Ces activités, au nombre de huit sous le 4<sup>ème</sup> objectif, contribueront au renforcement du suivi et évaluation tant du niveau communautaire en ce qui concerne la collecte des données que du Système d'Informations Sanitaires de routine.

Pour l'objectif 4, il s'agit des activités suivantes :

- Recruter un consultant national pour l'harmonisation des outils de collecte des données au niveau communautaire pendant un mois ;
- Organiser un atelier de trois jours pour 10 participants pour l'élaboration des outils de collecte des données du SIS issues de la communauté et de l'état-civil ;
- Organiser un atelier national de validation des outils de collecte du niveau communautaire pour 50 participants pendant 2 jours ;
- Multiplier et diffuser 2205 (735 par an) exemplaires d'outil de collecte des données révisé des centres de santé ;
- Former le personnel chargé du Système d'Information Sanitaire (SIS de routine et SIS communautaire) au niveau des BDS pendant 5 jours pour encadrer les CDS et les OBC sur la collecte des données (2 personnes pour chacun des 19 districts appuyés par GAVI) ;
- Recruter deux consultants nationaux pendant 30 jours pour mener une enquête de la couverture vaccinale en 2015 ;
- Payer les frais des enquêteurs locaux pour l'enquête de la couverture vaccinale en 2015 ;
- Contribuer à la réalisation d'une étude CAP sur les performances du PEV de routine.

Pour l'objectif 5, il est prévu de recruter un expert en suivi et évaluation qui non seulement appuiera l'unité de gestion dans le suivi et évaluation des réalisations du projet mais contribuera aussi au renforcement du système du suivi et évaluation.

La mise en œuvre de ces activités complètera les efforts des autres partenaires en vue d'assurer un suivi adéquat des interventions à tous les niveaux du système de santé y compris le niveau communautaire jusque là moins intégré.

## 5. Analyse des écarts, plan de travail et budget détaillés

→ Veuillez présenter un plan de travail et un budget détaillés en annexe 5.

### 5.2 Analyse des écarts financiers

→ Veuillez présenter une analyse des écarts financiers (et un tableau relatif au financement de contrepartie pour les candidats sollicitant un financement auprès du Fonds mondial).

### 5.3 Informations permettant d'expliquer et de justifier le budget proposé

→ Veuillez communiquer des informations supplémentaires sur les éléments suivants :

- efforts permettant de garantir un bon rapport coût/efficacité ;
- principaux postes de dépense ;
- coûts liés aux ressources humaines et autres coûts institutionnels significatifs.

## **DEUX PAGES MAXIMUM**

### 5.1 Plan de travail et budget détaillés

L'élaboration du plan de travail et du budget détaillé a tenu compte de la cohérence de la numérotation utilisée dans d'autres documents de cette proposition à savoir : le cadre logique et le cadre de performance.

La chronologie des activités et du budget sont séquencés par trimestre et l'échéance va de janvier 2013 à décembre 2015. Les coûts unitaires pour chaque activité sont tirés des hypothèses budgétaires pour la première année tandis que pour la deuxième et la troisième année, le taux d'inflation estimé à 9% (annexe 17) a été appliqué. L'estimation de ces coûts unitaires s'est inspirée de la budgétisation des activités similaires récemment réalisées. La détermination des honoraires et des perdiems appliqués dans cette proposition se réfère à l'arrêté N°120/VP1VP2/02 du 03 février 2006 portant fixation du barème et des modalités d'octroi des ordres et frais de mission officielle au décret présidentiel de 2006 (annexe18). La monnaie utilisée pour la budgétisation est le dollar et le taux moyen de change est celui appliqué par la BRB pour l'exercice 2011.

Le budget détaillé montre toutes les entités d'exécution, les catégories de coût et la source de financement de la présente proposition qui est GAVI Alliance.

### 5.2 Analyse des écarts financiers

L'analyse des écarts financiers a été faite par pilier RSS. La source utilisée pour cette analyse est le document de PPAC du PEV 2011-2015. Il a été établi pour chaque pilier les besoins (section A du fichier plan de travail et budget des feuilles « HSS Gap Analysis 1 à 6 », les ressources actuelles et planifiées du programme national (section B) ainsi que les ressources externes actuelles et planifiées autres que celles de GAVI Alliance (section C). L'architecture des composantes du PPAC ne correspondant pas aux six piliers RSS, les interventions de ces différentes composantes ont été reclassées en différents piliers. Le tableau en annexe n°19 relate en détails le classement des interventions du PPAC 2011-2015 en piliers RSS.

#### ✓ **Prestation des services**

Pour ce pilier, les montants nécessaires pour couvrir les besoins sont estimés à 56 225 748 dollars américains pour la période 2013-2015. L'écart financier qui reste à combler est de 44 677 535 USD sachant que le financement disponible est de 11 548 213 USD apporté par le Gouvernement, l'OMS et l'UNICEF.

#### ✓ **Professionnels de santé**

Les montants nécessaires pour couvrir les besoins en professionnels de santé sont de 9 502 942 USD l'écart financier pour ce pilier étant de 8 205 292 USD. Le financement disponible est de 1 297 650 USD pour la période 2013-2015 et provient de l'UNICEF et du Gouvernement.

✓ **Information, suivi et évaluation**

1 672 576 USD constituent les montants nécessaires pour couvrir les besoins en information, suivi et évaluation du PEV. L'écart financier au niveau de ce pilier est de 1 310 576 USD, le montant disponible étant de 362 000 USD qui est donné uniquement par l'UNICEF.

✓ **Ressources financières**

Les besoins en ressources financières à couvrir pour la période 2013-2015 sont 8 603 304 USD. L'écart financier pour ce volet est de 787 773 USD alors que le montant disponible est 7 815 531 USD. La totalité de ce montant est donnée par le Gouvernement.

✓ **Administration des services de santé et gouvernance**

Le montant total des besoins pour ce pilier est de 438 443 USD. L'écart financier est de 412 843 USD tandis que le montant disponible est de 25 600 USD financé par le Gouvernement.

✓ **Infrastructures**

Un montant de 3 164 837 USD est nécessaire pour couvrir les besoins en infrastructures pour la période 2011-2015. Alors que l'écart financier est de 3 121 342 USD, le montant disponible est 43 495 USD financé par l'UNICEF et le Gouvernement.

### **5.3 Informations permettant d'expliquer et de justifier le budget proposé**

L'élaboration de la présente proposition a veillé à l'adéquation technique et à la prise en compte des priorités en adoptant comme référence des interventions à développer celles du PPAC 2011-2015, du PNDS 2011-2015 validés par le CPSD. Le projet RSS-GAVI en cours de mise en œuvre couvre douze districts sanitaires. Il a enregistré des performances notoires dans la plupart des districts sanitaires en termes de couverture vaccinale. Il est donc utile de consolider ces acquis dans ces districts en développant des activités qui ont fait preuve d'efficacité dans les districts à faible couverture vaccinale et n'ayant pas de partenaires au développement. L'extension portera sur sept nouveaux districts sanitaires et on aura un total de 19 districts sanitaires dans la future zone d'intervention.

Concernant l'efficacité, il est proposé dans le futur soutien de poursuivre les mêmes activités que celles du projet RSS en cours et du volet soutien aux OSC en mettant un accent particulier sur la vaccination notamment en intensifiant la participation communautaire pour améliorer la demande et l'utilisation des services de vaccination. Les résultats actuellement enregistrés en terme de couverture vaccinale prouvent l'efficacité des activités mises en œuvre qu'il est proposé de poursuivre et d'amplifier. Les activités se trouvant dans la présente proposition sont en cohérence avec les interventions retenues dans le PPAC 2011-2015. Le CPSD a veillé à ce que les objectifs soient en harmonie avec les axes stratégiques du PNDS 2011-2015.

La présente proposition a été développée dans le contexte des réformes en cours au sein du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA visant l'efficacité des activités à savoir l'intégration, la décentralisation, le financement basé sur les performances, etc. Ces approches visent à obtenir des résultats envisagés à moindre coût. Un maximum d'activités sera exécuté par les formations sanitaires au niveau communautaire encadrés par les équipes cadres des districts. La plupart des interventions sera réalisé par le niveau opérationnel (BDS, CDS et OBC) alors que le niveau central et intermédiaire assureront davantage la régulation. Les coûts unitaires utilisés dans le budget sont bien détaillés dans le fichier en annexe n°5 et se réfère aux coûts des interventions récemment mises en œuvre, et aux ordonnances et décrets en vigueur dans le pays.

Le financement demandé permettra d'obtenir des résultats qu'il ne sera pas possible d'atteindre parce que d'une part il faut poursuivre le soutien des douze districts couverts actuellement et les sept autres qui n'ont pas d'autres financement dans le domaine RSS relatif à l'immunisation. La duplication sera évitée à travers les différentes réunions de CPSD au niveau national et intermédiaire.

Les principaux postes de dépenses de la présente proposition sont : les prestations de services à hauteur de 44% et les ressources financières qui occupent 39% du budget global de la présente proposition. Le pilier de prestations des services comportent essentiellement les dépenses en rapport avec la sensibilisation et la mobilisation de la communauté en faveur de la vaccination, l'organisation des approches ACD dans différents districts sanitaires, l'achat des équipements et matériels didactiques, l'achat des matériels roulants et outils de communication et de mobilisation sociale ainsi que la

contractualisation des OBC pour les activités à base communautaire. Pour les ressources financières qui viennent en deuxième position, il s'agit essentiellement des activités en rapport avec le financement basé sur les performances au niveau des centres de santé, et les campagnes et journées de mobilisation, de vaccination de masse et l'organisation des semaines dédiées à la santé de la mère et de l'enfant. Ce poste de dépenses est jugé très important parce que les activités y relatives visent la motivation du personnel, la qualité des services et l'amélioration des performances et du fonctionnement des structures sanitaires au niveau provincial et district. Par ailleurs, le financement basé sur les performances est une des stratégies de la politique nationale et du PNDS 2011-2015 (en son quatrième axe stratégique), qui est actuellement mise à l'échelle. Les deux principaux postes de dépenses de ce futur projet RSS de GAVI ont pour but d'améliorer les performances des résultats du programme national d'immunisation.

Les coûts liés aux ressources humaines sont de deux sortes ; il y a d'abord les primes de performances qui seront attribués au personnel des CDS et des OBC se trouvant dans la zone d'intervention, aux fonctionnaires affectés à l'unité de gestion du projet et des salaires qui seront donnés aux trois experts recrutés pour appuyer l'unité de gestion.

Ces primes ont été établies sur base de la stratégie nationale en matière de contractualisation (FBP) et se réfèrent au manuel de procédures de gestion FBP (Annexe n°20).

En outre, les CDS et les OBC sont évalués par les Comités Provinciaux de Vérification et Validation chaque mois pour les indicateurs de quantité et chaque trimestre pour les indicateurs de qualité. S'agissant de l'unité de gestion du projet, son évaluation sera assurée par la commission indépendante d'évaluation des prestations de la Commission Technique/FBP qui a été nommée par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Ce dernier signera un contrat de performances avec l'unité de gestion du projet à l'instar des CDS et les OBC qui signent des contrats avec les médecins chefs de districts de leur ressort.

Les salaires des experts s'inspirent des salaires qui sont attribués aux experts d'autres partenaires du MSPLS pour des projets similaires (Banque Mondiale).

Une fois le soutien proposé terminé, les coûts récurrents seront pris en charge par le Gouvernement et ses partenaires.

Le budget global de la présente proposition apparaîtra dans le trésor public. De surcroît, le financement du secteur public dans le domaine d'immunisation apparaîtra dans le cadre des dépenses à moyen terme. Les autres coûts « institutionnels » ont été établis sur base des coûts antérieurement appliqués et à la fin du projet leurs coûts récurrents seront pris en charge par le Gouvernement et ses partenaires.

## 6. Modalités de mise en œuvre, capacités et suivi stratégique du programme

### 6.1 a) Entités d'exécution principales

-> Pour chaque entité d'exécution principale, veuillez lister les objectifs dont elles auront la charge. Veuillez indiquer le motif de leur nomination, y compris leurs capacités techniques, managériales et financières pour gérer et assurer le suivi stratégique de la mise en œuvre des objectifs, ainsi que leurs précédentes expériences en gestion de subventions du Fonds mondial et/ou de GAVI. Décrivez les obstacles susceptibles d'affecter les performances (référez-vous aux évaluations actuelles de capacité, le cas échéant) ainsi que les stratégies destinées à atténuer les problèmes rencontrés.

→ Veuillez copier-coller les tableaux ci-dessous s'il y a plus de deux entités d'exécution principales. Si une entité d'exécution principale intervient dans le cadre de plusieurs objectifs, indiquez tous les objectifs.

<b>Entité d'exécution principale :</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA à travers son unité de gestion du projet RSS-GAVI
<b>Objectif(s) :</b>	<p><b>Objectif 1 :</b> Renforcer les capacités d'offre des prestations et utilisation des services de vaccination de qualité.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> Contractualiser les structures de santé périphérique et les organisations à base communautaire en vue d'améliorer la performance des services de vaccination des districts à faible taux de couverture vaccinale</p> <p><b>Objectif 3 :</b> Assurer l'accès aux vaccins et une gestion rationnelle de la chaîne d'approvisionnement, de la logistique et la sécurité des produits et équipements médicaux.</p> <p><b>Objectif 4 :</b> Renforcer le Système d'Information Sanitaire et de suivi et évaluation des interventions communautaires</p> <p><b>Objectif 5 :</b> Assurer la gestion du programme</p>

→ Description des capacités techniques, managériales et financières des entités d'exécution principales.

### UNE DEMI-PAGE MAXIMUM

La coordination de la mise en œuvre du projet RSS-GAVI « KARADIRIDIMBA », sera confiée à l'actuelle unité de gestion du projet RSS-GAVI en cours. Cette unité jouit d'une expérience de 5 ans en gestion de projet. Cette équipe est composée de :

- 1) Un Coordonnateur, Master en économie de la santé ;
- 2) Un Coordonnateur adjoint, Médecin ;
- 3) Un assistant administratif, Bac + 4 en gestion des projets ;
- 4) Un comptable, Bac+ 2 en comptabilité
- 5) Une Secrétaire –caissière, Bac technique en secrétariat de direction

Cette équipe sera renforcée par le recrutement de trois autres experts en gestion financière, en suivi-évaluation et en passation des marchés.

L'actuelle unité a déjà mis en place des outils de gestion que sont : le manuel de procédures de gestion administratives, financières et comptables, un logiciel de comptabilité SAGE SAARI, des tableaux de bord pour la gestion du charroi, des équipements informatiques et bureautiques, des téléphones, un fax et une connexion internet. L'unité de gestion dispose de deux véhicules tout terrain pour la supervision de la zone d'intervention du projet RSS-GAVI.

<b>Entité d'exécution principale :</b>	
<b>Objectif(s) :</b>	1) 2) 3) etc.
→ Description des capacités techniques, managériales et financières des entités d'exécution principales.	
<p><b>UNE DEMI-PAGE MAXIMUM</b></p> <p>L'entité de mise en œuvre sera le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA dont l'unité de gestion du projet « KARADIRIDIMBA » assurera la coordination technique. Cette dernière organisera des réunions semestrielles de coordination des responsables des BPS, BDS et les agences d'encadrement des OBC se trouvant dans la zone d'intervention du projet sur la mise en œuvre des activités pour s'assurer de la performance et pour résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les acteurs de terrain. Elle participera par ailleurs de façon active aux réunions trimestrielles organisées par la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA pour la coordination de la mise en œuvre des politiques, stratégies et des programmes de santé au niveau de tous les BDS et BPS du pays.</p> <p>En outre, l'unité de gestion participera dans des réunions de coordination des partenaires qui sont organisées mensuellement au niveau des BDS et trimestriellement au niveau des BPS en vue d'harmoniser les interventions et créer une synergie entre différents intervenants publics et communautaires.</p> <p>Il est envisagé dans un très proche avenir la mise en place d'un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement au niveau provincial qui coordonnera la mise en œuvre des interventions du secteur de la santé dans les provinces y compris celles du projet «KARADIRIDIMBA ».</p>	

<b>6.1 b) Coordination entre les différentes entités d'exécution</b>
→ Veuillez indiquer les modalités de coordination a) entre plusieurs entités d'exécution principales, dans le cas où plusieurs sont désignées pour la proposition et b) entre chaque entité d'exécution principale désignée pour la proposition et ses sous-entités d'exécution.
<p><b>UNE PAGE MAXIMUM</b></p> <p>L'entité de mise en œuvre sera le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA dont l'unité de gestion du projet « KARADIRIDIMBA » qui dépendra directement de la Direction Générale des Services de santé et de la Lutte contre le SIDA assurera la coordination technique. Cette dernière organisera des réunions semestrielles de coordination des responsables des BPS, BDS et les agences d'encadrement des OBC se trouvant dans la zone d'intervention du projet sur la mise en œuvre des activités pour s'assurer de la performance et pour résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les acteurs de terrain. Elle participera par ailleurs de façon active aux réunions trimestrielles organisées par la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA pour la coordination de la mise en œuvre des politiques, stratégies et des programmes de santé au niveau de tous les BDS et BPS du pays. En outre, l'unité de gestion participera dans des réunions de coordination des partenaires qui sont organisées mensuellement au niveau des BDS et trimestriellement au niveau des BPS en vue d'harmoniser les interventions et créer une synergie entre différents intervenants publics et communautaires. Il est envisagé dans un très proche avenir la mise en place d'un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement au niveau provincial qui coordonnera la mise en œuvre des interventions du secteur de la santé dans les provinces y compris celles du projet «KARADIRIDIMBA ».</p>

**6.1 c) Sous-entités d'exécution (ne s'applique pas aux candidats auprès de GAVI)**

(i) D'autres départements, institutions ou organismes participeront-ils à la mise en œuvre en tant que sous-entités d'exécution ?

Oui → aller à la section 6.1 c) (iii) et 6.1 c) (iv)

Non → aller à la section 6.1 c) (ii)

(ii) Si non, pourquoi pas ?

**UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

(iii) Veuillez lister les sous-entités d'exécution identifiées et, pour chacune d'entre elles :

- précisez les rôles et responsabilités à remplir ;
- indiquez les expériences de mise en œuvre antérieures ;
- précisez la couverture géographique et résumez le champ d'application technique ;
- décrivez les obstacles susceptibles d'affecter les performances et les stratégies destinées à atténuer les problèmes rencontrés.

**DEUX PAGES MAXIMUM**

(iv) Si le secteur privé et/ou la société civile ne participent pas à la mise en œuvre, au niveau de la sous-entité d'exécution, ou si leur implication est limitée, veuillez expliquer pourquoi.

**UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

**6.1 d) Renforcement des capacités de mise en œuvre**

(a) Les candidats sont invités à inclure une demande de financement d'assistance technique, afin de renforcer les capacités et la qualité des services, qui doit s'appuyer sur un plan d'assistance technique. Dans le tableau ci-dessous, veuillez fournir un résumé du plan d'assistance technique.

→ Veuillez vous référer à la note d'information Renforcer la capacité de mise en œuvre pour plus d'informations générales et détaillées.

Objectif en matière d'assistance technique et/ou de gestion	Activité d'assistance technique et/ou de gestion	Bénéficiaire prévu de l'assistance technique et/ou de gestion	Durée estimée	Coût estimé → même devise que pour la proposition
<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités de l'unité de gestion du projet «KARADIRIDIMBA» en gestion financière, en suivi et évaluation et en passation de marchés</li> </ul>	Recruter et rémunérer les experts en gestion financière, en suivi et évaluation et en passation de marchés	Unité de gestion du projet	3 ans	270 000 USD
<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités des équipes cadres au niveau BPS et BDS de la zone d'intervention RSS-GAVI en matières gestion financière, en suivi et évaluation et en passation de marchés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des missions d'appui technique aux Equipes cadres des BPS et des BDS</li> </ul>	Equipes cadres des BPS et des BDS	3 ans	72 196 USD

(b) Veuillez décrire le processus d'identification des besoins d'assistance répertoriés dans le tableau ci-dessus.

**UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

Au cours de l'élaboration du présent projet, le comité technique a analysé les profils nécessaires pour la mise en œuvre efficace d'un projet et les a confrontés avec les compétences en place actuellement dans l'unité de gestion du projet RSS/GAVI. Le comité a constaté que l'unité de gestion doit être renforcée dans les domaines de la gestion financière, le suivi et l'évaluation ainsi que la passation des marchés. Le comité technique a proposé le recrutement des experts dans les domaines précités dont la charge (salaires ; frais de fonctionnement, frais de mission du renforcement des BPS et BDS) sera supportée par le soutien demandé à GAVI à travers le projet «KARADIRIDIMBA». Ce recrutement, comme les autres activités du projet, a été validé par le CPSD

(c) Si aucune demande d'assistance technique ne figure dans la proposition, veuillez fournir une justification ci-dessous.

**UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

## 6.2 Modalités de gestion financière

→ Veuillez indiquer :

- a) *les mécanismes de gestion financière suggérés pour cette proposition ;*
- b) *les processus et systèmes proposés pour une gestion financière efficace de cette proposition, notamment l'organisation et la capacité du service financier et les modalités suggérées pour la planification et la budgétisation, la trésorerie (gestion et décaissement des fonds), la comptabilité et la communication de l'information financière, le contrôle et l'audit internes, l'approvisionnement, la gestion des actifs et l'audit externe ;*
- c) *l'assistance technique proposée pour renforcer les capacités de gestion financière, dans le but de mener à bien les fonctions énumérées ci-dessus.*

### DEUX PAGES MAXIMUM

#### a) Les mécanismes de gestion financière suggérés pour cette proposition

Il existe un Aide-mémoire qui a été conjointement signé par le Gouvernement du Burundi (représenté par le Ministre des Finances et le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida) et GAVI Alliance (représenté par son Président Directeur Général) en date du 10 novembre 2010. Ce document définit les conditions et les procédures de gestion financière de toutes les subventions GAVI actuelles et futures en faveur du Gouvernement de la République du Burundi, incluant : le Soutien aux Services de Vaccination (SSV), le Renforcement des Systèmes de Santé (RSS), le soutien aux Organisations de la Société Civile (OSC) et toutes les futures subventions de lancement pour le Soutien aux Nouveaux Vaccins (SNV).

Toutes les procédures de gestion financière décrites dans cette proposition sont inspirées de l'Aide-mémoire ci-haut mentionnée et reste en vigueur.

Tous les fonds de la présente proposition seront soumis au Règlement Général de Gestion des Budgets Publics, et intégrés au budget national du Gouvernement du Burundi au sein d'un « budget d'affectation spéciale » (Section 3 du Règlement Général de Gestion des Budgets Publics). Tous les fonds RSS pour la présente proposition seront ainsi soumis aux mêmes règles et procédures que l'ensemble des fonds gérés par le Trésor Public, en utilisant sous réserve des exceptions prévues dans les dispositions en matière de « budgets d'affectation spéciale ». Ces fonds GAVI RSS seront versés sur un sous-compte du trésor ouvert à la Banque Centrale, et seront isolés des autres fonds gérés par le Trésor Public. Il faut noter que ce sous-compte servira aussi à d'autres programmes de financement GAVI, le plus important étant le SSV. Chaque programme fera l'objet de bilans séparés.

#### b) Les processus et systèmes de gestion financière

##### ➤ Planification et budgétisation

Les budgets RSS seront élaborés annuellement et échelonnés trimestriellement. Les plans d'action annuels et trimestriels budgétisés seront présentés au CPSD pour approbation avant que le budget du projet soit intégré dans le budget général de l'Etat et le déblocage des fonds du sous-compte du Trésor correspondant. Le plan d'action budgétisé doit être transmis à tous les membres du CPSD au moins deux semaines avant la date de la réunion trimestrielle.

##### ➤ Trésorerie (gestion et décaissement des fonds)

Sur autorisation du Ministre de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA et de celui des Finances, le transfert des fonds RSS sera effectué chaque semestre sur le compte du projet RSS-GAVI ouvert à la Banque Commerciale du Burundi (BANCOBU). Les fonds seront débloqués du sous-compte de Trésorerie avec la double signature du Ministre des Finances et du Ministre de la Santé publique et de Lutte contre le SIDA.

L'exécution des fonds RSS pourra être faite après autorisation écrite du Ministre de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA, à partir du compte ci-haut cité avec la double signature du Coordonnateur du projet GAVI-RSS et du Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA, dont les missions sont actuellement assurées par le Secrétaire Permanent.

➤ **Comptabilité et établissement de rapports financiers ;**

Dans la gestion du projet « KARADIRIDIMBA », la comptabilité sera tenue à l'aide du logiciel de comptabilité « SAGE SAARI » qui est jusque là utilisé dans le projet RSS en cours. Ce logiciel permet au projet de :

- produire facilement les journaux comptables et le plan comptable ;
- assurer une gestion budgétaire, gestion de stocks et facturation, gestion des ressources humaines, gestion des immobilisations ;
- éditer des états comptables;
- établir les salaires.

Le rapport financier des dépenses RSS, présenté conformément aux exigences de la Loi Organique des Finances Publiques, sera soumis au CPSD chaque trimestre et en fin d'année de programme.

Un rapport financier complet, couvrant l'intégralité de l'année du programme (autrement dit l'année civile), ainsi que toute période supplémentaire que le MSPLS a décidé d'inclure, sera soumis à GAVI Alliance, ainsi qu'un Rapport de Situation Annuelle (RAS) du Gouvernement du Burundi pour le programme annuel. Ce rapport financier devra être approuvé par le CPSD, sans toutefois nécessiter une certification par un cabinet d'audit externe.

➤ **Contrôle et audit internes**

Comme stipulé dans l'Aide Mémoire ci-haut mentionné, les dépenses concernant les fonds du projet RSS « KARADIRIDIMBA » seront soumises au contrôle de la Cour des Comptes, l'institution suprême d'audit du Gouvernement du Burundi et aux corps de contrôle de la gestion des finances publiques (Inspection Générale d'Etat). S'agissant de l'audit interne, la cellule de contrôle interne au Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le SIDA sera mise à contribution et le contrôle sera fait chaque fois que de besoin.

➤ **Approvisionnement**

Les approvisionnements seront assurés conformément à la loi sur les approvisionnements publics du Gouvernement du Burundi (adoptée en date du 2 février 2002). Toutefois le projet pourra passer certaines commandes spécifiques par le biais de l'Unicef si son circuit d'approvisionnement et son ratio qualité/prix présentent des avantages comparatifs. Signalons que tous les biens et services du projet seront exonérés de toutes taxes et droits de douanes.

➤ **Gestion des actifs**

Les fonds seront transférés à la Banque de la République du Burundi (BRB) par GAVI Alliance et seront par la suite virés à une Banque Commerciale (BANCOBU) qui accepte de générer des intérêts annuels après négociation. Ces intérêts seront ajoutés au solde à la fin de l'exercice et seront reprogrammés dans le budget du plan d'action annuel de l'exercice suivant approuvé par le CPSD. En plus des mécanismes de gestion efficace du charroi, des immobilisations et des stocks existants, la gestion est assurée à l'aide du logiciel SAGE SAARI et ceci sera poursuivi au cours de la mise en œuvre du projet « KARADIRIDIMBA ».

➤ **Audit externe**

Outre les contrôles exercés par la Cour des Comptes et ceux des corps de contrôle de la gestion des finances publiques, le programme RSS fera l'objet d'audits externes annuels assurés par un cabinet d'audit indépendant, comme décrit dans la section 3 (*Dispositions de gestion concernant les fonds RSS existants*) ci-dessus. Les rapports d'audit seront soumis au CPSD et à GAVI au plus tard dans les 6 mois suivant la clôture de l'exercice considéré.

Les détails en rapport avec le processus et système de gestion financière des fonds RSS-GAVI se trouvent dans le document d'Aide Mémoire sur la gestion financière des Programmes de financement GAVI en faveur du Burundi (annexe n°21)

### 6.3 Modalités de gouvernance et de suivi stratégique

→ Veuillez indiquer :

- a) *le ou les comités responsables de la gouvernance du soutien au renforcement des systèmes de santé dans le pays, ainsi que les rôles du Comité de coordination du secteur de la santé et de l'instance de coordination nationale. Il convient également de préciser en quoi les rôles de ces organes sont alignés sur les exigences du Fonds mondial ou de GAVI ;*
- b) *les mécanismes de coordination du soutien proposé avec d'autres activités et programmes de renforcement du système de santé ;*
- c) *les plans destinés à renforcer la gouvernance et le suivi stratégique (le cas échéant) ;*
- d) *les besoins en assistance technique pour l'amélioration des processus de gouvernance mentionnés ci-dessus.*

#### **UNE PAGE MAXIMUM**

- a) Le CPSD qui a intégré le CCIA est le seul comité responsable de la gouvernance du soutien RSS de GAVI. Ce comité assurera la coordination de tout le processus de gestion du projet RSS-GAVI et bénéficiera la lumière des groupes thématiques financement et suivi-évaluation qui auront à se prononcer sur les documents importants du projet comme les plans d'action budgétisés, les rapports financiers, les rapports de situation annuelle et les rapports de suivi-évaluation. Chaque année, le CPSD organise des visites de terrain à l'occasion de la revue annuelle conjointe de tous les intervenants dans le secteur de la santé. Les réalisations du projet seront revues à travers ce mécanisme. Les rôles du CPSD ci-haut décrits sont bien alignés aux directives de GAVI dans la mesure où l'Aide Mémoire GAVI-Gouvernement du Burundi en vigueur indique que les plans d'action budgétisés et les rapports de situation annuelle de RSS-GAVI doivent être approuvés par le CPSD.
- b) Pour mieux coordonner les activités du soutien RSS de GAVI demandé avec celles des autres programmes de renforcement du système de santé, un calendrier des activités annuelles du CPSD est présenté par le secrétariat du CPSD au début de chaque année pour approbation. Dans ce calendrier, tous les responsables de mise en œuvre des programmes sont invités à présenter leurs plans d'action budgétisés et leurs rapports de réalisation devant le CPSD. C'est dans ce cadre que l'unité de gestion du projet « KARADIRIDIMBA » présentera ses plans et rapports d'évaluation au CPSD. Les plans d'action budgétisés des différentes organisations de la société civile intervenant dans le secteur de la santé sont consolidés à travers les présentations faites par la Direction de la Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement (DPSHA).
- c) Le pays n'a pas prévu l'élaboration des plans de renforcement de la gouvernance et du suivi stratégique du futur soutien RSS de GAVI car les mécanismes de fonctionnement du CPSD assurent une gouvernance ainsi qu'un suivi stratégique efficace dans la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 ainsi que les projets qui en découlent.
- d) Il n'y a pas d'assistance technique demandée pour le renforcement de la gouvernance et du suivi stratégique dans le cadre du présent soutien.

## 7. Risques et conséquences involontaires

### 7.1 Risques majeurs

➔ *Veillez indiquer tout risque majeur « interne » (pouvant être contrôlé par les responsables de la mise en œuvre du soutien au renforcement des systèmes de santé) et « externe » (ne pouvant être contrôlé par eux) susceptible d'avoir un impact négatif sur la mise en œuvre et les performances des activités proposées.*

Risques	Stratégies d'atténuation
<b>Risques internes :</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Malversations financières (fraude et ou corruption)</li><li>2. Mobilité des responsables du projet au niveau de l'unité de gestion, du PEV et au niveau opérationnel.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mise en application, contrôle de gestion, manuel de procédure de la gestion des fonds publics.</li><li>2. Amélioration des conditions de travail pour la stabilisation des responsables concernés par le projet (prime, moyens de fonctionnement, supervision formative, formation en cours d'emploi...)</li></ol>
<b>Risques externes :</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Retard dans le transfert des fonds</li><li>2. Lourdeur administrative pour le décaissement des fonds de la banque centrale au compte du projet GAVI-RSS.</li><li>3. Aggravation de la crise financière suivie d'un arrêt éventuel du financement GAVI et/ou des partenaires impliqués dans les activités du Programme d'immunisation</li><li>4. Instabilité politique conduisant à l'insécurité généralisée</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Raccourcir le délai d'analyse des dossiers par le Secrétariat de GAVI à travers le comité indépendant d'examen</li><li>2. Alléger les procédures administratives pour le décaissement des fonds au niveau du MSPLS et celui des Finances</li><li>3. Non applicable</li><li>4. Non applicable</li></ol>

### 7.2 Conséquences involontaires

➔ *Veillez indiquer toute conséquence involontaire susceptible de se produire du fait de la mise en œuvre de la proposition, ainsi que les stratégies destinées à atténuer ces conséquences involontaires.*

#### UNE DEMI-PAGE MAXIMUM

Avec l'expérience du Projet GAVI en cours, on n'observe pas jusque là des conséquences involontaires susceptibles de se produire du fait de la mise en œuvre de la proposition.

**Annexes obligatoires**

→ Veuillez marquer d'une coche les annexes incluses

N°	Annexe	✓
1	Politique nationale, stratégie nationale ou autres documents joints à cette proposition, qui mettent en évidence les interventions stratégiques de renforcement des systèmes de santé (PNS 2005-2015) et PNDS 2011-2015)	✓
2	Cadre logique	✓
3	Plan national de suivi et d'évaluation	✓
4	Cadre de performance	✓
5	Analyse des écarts, plan de travail et budget détaillés	✓

**Annexes facultatives**

→ Veuillez marquer d'une coche les annexes incluses

N°	Annexe	✓
6	Communiqué pour appel à proposition auprès des acteurs publics, privés et associatifs par le CCM en date du 26 Aout 2011 (Hard copy)	✓
7	PV de l'Assemblée Générale du CCM du 26 juillet 2011 portant accord de préparer et soumettre la proposition (Hard copy)	✓
8	PV de la réunion ordinaire du CPSD du 23 septembre 2011	✓
9	Lettre de nomination des comités de formulation des propositions R11 du 26 août 2011 (Hard copy)	✓
10	PV de l'Assemblée générale du CCM pour la validation du le calendrier des étapes de préparation de la proposition (Hard copy)	✓
11	PV de la réunion CPSD du 23 septembre 2011	✓
12	PV de la réunion CPSD du 28 octobre 2011	✓
13	Présentation au CPSD de la proposition RSS-GAVI R11 dans sa séance du 2 mars 2012	✓
14	Loi budgétaire établissant les échéanciers et les budgets nationaux	✓
15	TDR CPSD	✓
16	PV de la réunion CPSD du 11 mai 2011 pour approbation du PPAC 2011-2015	✓
17	Lettre de cadrage macro économique 2012-2014 de la République du Burundi	✓
18	Arrêté N°120/VP1VP2/02 du 03 février 2006 portant fixation du barème et des modalités d'octroi des ordres et frais de mission officielle (hard copy)	✓

19	Tableau n°1 : Classement des interventions du PPAC 2011-2015 en piliers RSS.	✓
20	Manuel de procédures de gestion FBP	✓
21	Aide Mémoire sur la gestion financière des Programmes de financement GAVI en faveur du Burundi	✓
22	CDMT 2011-2013	✓
23	PNDS 2006-2010	✓
24	JRF 2009-2010	✓
25	PPAC 2011-2015	✓
26	CARTOGRAPHIE	✓
27	RAPPORT D'EVALUATION PNDS 2006-2010	✓
28	RAS 2007-2010 (voir site GAVI Alliance)	✓
29	PLAN STRATEGIQUE DU SNIS	✓
30	Validation au CPSD de la proposition RSS-GAVI R11 dans sa séance du 26 mars 2012	✓
31	EDSB 2010	✓