



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

RAPPORT FINAL

TITRE DE LA PRESTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION.

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.

Pays : Burundi

Secteur et sous –secteur CAD : Santé-appui institutionnel

Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

Agences d'exécution : BTCCTB

Nbre d'experts en coopération internationale de la CTB : un

Durée de la prestation (selon AS/CS) : 36 mois

Date de démarrage de la prestation :
Selon AS/CS : 01-09-2008 (AS)
Effective : Début effectif : 30-10-2008

Date de clôture de la prestation :
Selon AS/CS : CS : 31-03-2012
Effective : 31-08-2011

Modalités de gestion de la prestation : cogestion

Budget total de la prestation : 973.831 euros

Période couverte par le rapport : 36 mois

Annexes		Oui	Non
1.	Résumé des résultats	X	
2.	Etat des recettes et dépenses de l'année sous revue	X	
3.	Taux de déboursement de la prestation	X	
4.	Personnel de la prestation	X	
5.	Sous-traitance et appels d'offres	X	
6.	Equipements	X	
7.	Formations	X	
8.	Bailleurs de fonds		

Liste des abréviations

APIMS :	Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique
APIP :	Projet d'Appui Ponctuel aux Institutions Publiques
APSK (ou APS) :	Projet d'appui à la Province Sanitaire de Kirundo
ARFP :	Projet d'appui aux réformes paramédicales
ATI :	Assistant Technique International
BDS :	Bureau de District Sanitaire
BPS :	Bureau Provincial de la Santé
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CM :	Conseil des Ministres
COSA :	Comité de santé
CPPE:	Comprehensive Participatory Planning and Evaluation
CS ou CdS:	Centre de Santé
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CPSD :	Comité des Partenaires pour la Santé et le Développement
CTB :	Coopération Technique Belge
CTI :	Conseiller Technique International
CT :	Cellule Technique (FBP)
DAO :	Dossier d'appel d'offres
DBA :	Direction du Budget Approvisionnement
DELCO :	Délégué à la cogestion
DGD :	Directorat Général de la Coopération au Développement
DGR :	Direction Générale Ressources
DGSP :	Direction Générale de la Santé Publique
DI :	Directeur d'intervention
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DTF :	Document Technique et Financier
DS :	District Sanitaire
ECD :	Equipe Cadre de District
EGS :	Etats Généraux de la Santé
EPISTAT :	Service Epidémiologie et Statistiques du Ministère de la Santé Publique
EPM :	Ecole paramédicale
ESP-ULB :	Ecole de santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles
FBP :	Financement basé sur la Performance
FOSA:	Formations sanitaires

GT :	Groupe thématique
HD :	Hôpital de district
IEC:	Information, Education, Communication
IHP+ :	International Health Partnership
INSP :	Institut National de Santé Publique
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MI :	Mémoire institutionnelle
MFP :	Ministère de la Fonction Publique
MSPLS:	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
NC :	Niveau central
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAA :	Plan Annuel des Activités
PAISS :	Programme d'Appui au secteur de la Santé Publique au Burundi
PCA :	Paquet complémentaire d'activités (au niveau de la référence)
PIC :	Programme Indicatif de Coopération
PMA :	Paquet minimum d'activités (au niveau des CDS)
PNDP :	Politique Nationale de Développement Sanitaire
PNS :	Politique Nationale de Santé
PS :	Province sanitaire
PTF :	Partenaire Technique et Financier
RA :	Recherche-Action
RAC :	Revue annuelle conjointe
SIS ou SNIS :	Système (National) d'Information Sanitaire
SMCL :	Structure Mixte de Concertation Locale
SP:	Secrétariat permanent
SPT:	Stratégie "Plainte-Traitement"
SWAp:	Sector-Wide Approach
SWOT:	Strength and Weaknesses Opportunities and Threats
UGP :	Unité de Gestion de Projet

PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION

Appréciez la pertinence et la performance de la prestation en utilisant les appréciations suivantes:

- | |
|--|
| <p>1. - Très satisfaisant
2. - Satisfaisant
3. - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
4. - Non satisfaisant
X. - Sans objet</p> |
|--|

Inscrivez vos réponses dans la colonne correspondant à votre rôle dans l'exécution de la prestation :

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERTINENCE ¹ (cf. PRIMA, §70, p.19)		
1. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?		2
2. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport à la politique belge de développement? Indiquez votre score par rapport aux trois thèmes ci-dessous :		2
a) Genre : 3 b) Environnement : 4 c) Economie sociale : 1		
3. Les objectifs de la prestation étaient-ils toujours pertinents ?		3
4. La prestation a-t-elle répondu aux besoins des groupes cibles?		2

¹ Selon le PRIMA, §70, p.19, il s'agit "d'apprécier si les choix des objectifs, les choix des groupes cibles et des organes locaux d'exécution restent pertinents et cohérents par rapport aux principes généraux relatifs à une aide efficace et efficiente, ainsi que par rapport à l'application des politiques et stratégies locales, régionales, internationales et belges de développement ».

5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'est-elle appuyée sur les organes locaux d'exécution appropriés?		1
--	--	---

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERFORMANCE² (PRIMA, §71, pp.19-20)		
1. Les résultats obtenus par la prestation ont-ils contribué à la réalisation de ses objectifs ³ ? (efficacité)		2
2. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)		3
3. Les modalités de gestion de la prestation ont-elle été appropriées? (efficacité)		3
4. Les ressources de la prestation ont-elles été suffisantes sur le plan de (efficacité) :		4
a. Ressources financières?		4
b. Ressources humaines ?		3
c. Matériel et équipements ?		3
5. Les ressources de la prestation ont-elles été utilisées efficacement et optimisées pour obtenir les résultats attendus? (efficacité)		2
6. La prestation a-t-elle été satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficacité)		2
7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la		3

² Selon le PRIMA, §71, pp. 19-20, il convient « d'apprécier et de mesurer les performances convenues dans les phases de préparation selon les 4 critères et les indicateurs établis pendant la formulation. (Les 4 critères sont efficacité, efficacité, respect des délais et qualité du personnel).

³ voir annexe 1 pour plus de détails

prestation. (respect des délais)		
----------------------------------	--	--

Indiquez votre appréciation globale de la prestation *en utilisant les appréciations suivantes*:

- | |
|---|
| <p>1 - Très satisfaisant
 2 - Satisfaisant
 3 - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
 4 - Non satisfaisant
 X - Sans objet</p> |
|---|

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Appréciation globale de la prestation		2 (parfois 3)

Expliquez les raisons de votre appréciation, qui peut dépasser le cadre strict des critères de pertinence et de performance ci-dessus et être différente de l'appréciation donnée pour ceux-ci.
(1 page max)

Le rapport final du projet APIMS a la particularité que le projet se termine le 31 août 2011. Simultanément le nouveau 'programme d'appui institutionnel au secteur de la santé' au Burundi=PAISS, démarre au cours du premier trimestre 2011. Nous avons dès le Q1 de 2011 une double comptabilité et double signature (mandats de signatures pour le PAISS, DI et Delco), et à harmoniser et rendre cohérent un nombre restant d'activités du projet APIMS et des activités liés aux résultats du volet central du PAISS.

Les scores de satisfaisant et de non satisfaisant avec quelques lueurs d'espoir, se basent sur la grande difficulté à évaluer un appui institutionnel. Un nombre de résultats visibles et vérifiables ont pu être obtenus mais la pérennisation de ces résultats se mesure que des années après. En plus le résultat obtenu, par exemple la signature du Décret Présidentiel portant organisation et fonctionnement du MSPLS, dessinant un nouvel organigramme, un nouvel règlement d'ordre intérieur, intégrant des nouveaux outils comme la planification, le suivi et l'évaluation, ne signifie pas que les attitudes de leadership, management, communication, délégation changent. L'organigramme et les textes ne font pas encore d'une bureaucratie centralisée et verticaliste, une bureaucratie décentralisée et horizontaliste. Ceci n'est qu'un exemple parmi d'autres résultats immédiats comme une salle d'archives, un nouveau site web, un centre de documentation, qui ne nous indiquent pas à l'heure de ce bilan final si les attitudes et habitudes de bien classer et archiver des documents se poursuivra.

Transmettre des compétences ne réussit que si la façon de les transmettre est imprégnée de respect mutuel, de franchise d'opinion, d'humour. Allier le cœur et la méthode, l'engagement et la compétence, sont LES atouts majeurs pour tenter d'obtenir des résultats durables, signifiant l'impact de ces résultats. L'assistance technique ne doit pas clironner ses compétences, toujours perfectibles par ailleurs, mais témoigner de son attitude de complicité indépendante envers son partenaire.

L'appui institutionnel est une recherche sur l'autre et le soi, une action vers l'autre du soi.

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Le Directeur Général de la Santé : Dr Liboire Ngirigi.	Le délégué à la cogestion : Dr Réginald Moreels.

DEUXIÈME PARTIE : RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION.

1. Si nécessaire, décrivez l'objectif Spécifique et les Résultats Intermédiaires de la prestation, tels que mentionnés dans le document de projet ainsi que les changements opérés (quand, comment et pourquoi)

- a. Avant de décrire l'objectif spécifique et les 5 résultats qui en découlent, un aperçu du **contexte du secteur de la santé** s'impose.

Les grandes réformes du secteur de la santé sont la décentralisation du système de santé vers le **district sanitaire**, pivot du système de santé ; le financement basé sur la performance'-FBP, qui est un outil de motivation du personnel soignant et peut améliorer le fonctionnement du système et la qualité des soins. La tendance actuelle au MSPLS est que l'outil de la performance commence à dominer tout le système et que le district sanitaire comme moteur des soins proches de la communauté et intégrés, globaux et continus risquent de se réduire aux performances et leurs indicateurs; d'autres réformes parallèles sont la réforme de la gestion des ressources humaines vers une décentralisation ; le renforcement du système d'information sanitaire et la construction d'un système national d'information sanitaire ; l'élaboration de stratégies nationales de mutualisation des soins vers une couverture universelle des soins ; l'élaboration de stratégies d'intégration des maladies mentales, des maladies chroniques ; la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, spécialement les actions nationales ou régionales de sensibilisation, prévention et de traitement du paludisme, de la tuberculose, du VIH-Sida, des campagnes de rattrapage PEV, la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle, néonatale et infantile par une meilleure couverture des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence dans les Hôpitaux de district-HD ; l'appui à l'amélioration des soins cliniques par les Stratégies-Plainte-Traitement pour les CdS et les guides diagnostiques et thérapeutiques pour les HD, et d'accueil du patient et du malade ; la future réforme de la CAMEBU. Un cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement-CPSD est fonctionnel, et la Coopération Belge, plus particulièrement la DGD-Ambassade en est le chef de file en 2011.

L'assistance technique s'y implique, mais trop de réformes sont menées en parallèle, les réunions se chevauchent et se ressemblent, les rapports s'accumulent, les mails s'entrecroisent et disparaissent de la mémoire, les agendas se superposent, les imprévus deviennent une coutume etc...

En tout cas l'AT, la seule présente en appui institutionnel mise à part le projet de réforme des formations paramédicales ayant son bureau au Ministère, est très souvent sollicitée, et s'intègre ainsi dans ce laboratoire qu'est une institution publique dans un pays encore fragile et en phase de post conflit. L'AT a essayé de sonder et de comprendre tout au long de ces 3 années les vraies imbrications professionnelles et personnelles des collègues de travail. Elle a en tout cas essayé de

comprendre et de pénétrer avec le respect et la discrétion nécessaire la culture de la communication très particulière des gens, l'importance de l'appartenance de collines, de partis politiques, les blessures guéries tant bien que mal de la guerre. L'AT a enfin essayé de comprendre et apprécier l'installation de la confiance réciproque et la chaleur relationnelle des collègues.

- b. Objectif Spécifique : « **Les activités de planification, de coordination, de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP** »

Le lien entre résultats et objectif spécifique, les points sensibles, les points d'attention, le non prévu, le non prévisible, l'harmonisation, peut se disséquer dans le texte qui suit (leur séparation est artificielle) :

Résultat 1 : L'organisation interne du MSPLS et les interactions entre services est améliorée.

- a. L'amélioration des outils de fonctionnement du MSPLS s'est concrétisée dans un premier temps par la suggestion documentée concernant la planification des activités multiples du Ministère, un tableau de bord annuel, un document sur la technique de réunion etc. Constatant que ces apports ne s'approprièrent pas par les cadres du Ministère, l'APIMS a décidé de passer à une vitesse supérieure, qui s'est concrétisée par une formation des cadres au leadership/management par une institution de formation Africaine (Bénin), au courant des premiers mois 2011. Une belle opportunité fut ainsi créée d'améliorer les outils de fonctionnement au sein du niveau central et périphérique du MSPLS. Bien que la formation fût de très bonne qualité et fort participative, les personnes qui l'ont suivi étaient toutes des responsables du niveau périphérique ou des conseillers du niveau central. Aucun haut cadre ou cadre moyen n'a suivi ce cours même de façon ponctuelle. Ceci reste une énigme, et ne présage pas de grands changements d'attitude dans la gestion future plus participative et horizontaliste du nouveau MSPLS. Les raisons ne peuvent pas qu'être d'ordre d'agenda, les cours étant organisés mi-temps pour permettre aux cadres de pouvoir en plus exécuter leurs tâches journalières. L'équipe de l'évaluation finale pourra se pencher sur les raisons 'non dites' de cette absence de leaders actuels et futurs du MSPLS. En plus, nous avons insisté sur l'importance de cette formation, car un nombre de pratiques de leadership et management s'intégreront dans le rapportage (indicateurs) du financement basé sur la performance au niveau central. De toute façon un manuel de gestion est mis à la disposition des cadres, cela ne dit encore rien sur les changements potentiels des cadres. en tant que leaders entraînant leurs équipes. L'élaboration d'outils de fonctionnement, aussi simples et difficiles en même temps, comme des tableaux d'agenda de réunions, ateliers, absences, déplacements à l'intérieur ou extérieur du pays, de techniques de réunion et suivi des PV mis à la disposition par l'AT aux cadres du Ministère sont proposés, mais la réunionite non planifiée reste présente.

Le point d'attention : Vu le peu d'intérêt des cadres pour ces aspects de leadership/management et vu que ces méthodes de gestion de services seront traduits en indicateurs d'activités et processus dans le FBP du niveau central (cf. l'expertise CTB intégrée dans la cellule nationale FBP-2 ans, 2011-2013), l'AT pense et suggère que cette formation puisse se répéter.

- b. La mémoire institutionnelle est entrée du stade d'expérimentation à une mise en place

d'une stratégie pour les années futures, car nécessaire d'intégrer dans un plan d'activités du PAISS. Un grand nombre de services, la DGSP, le Cabinet, la DGR, la DRH, l'INSP ont été mis à niveau ou sont en cours de classement et d'archivage correct sous la formation et l'accompagnement d'un formateur archiviste-documentaliste en contrat temporaire au projet. Ces classements se sont réalisés avec des contrats de primes temporaires de performance dans une durée limitée. Un service de documentation est aussi fonctionnel et est géré avec le logiciel WINISIS. Le nouveau site du MSPLS a été lancé début juin 2011. Une grande salle d'archivage a été rénovée de fond en comble et abrite déjà de nombreux documents sur des étagères en fer forgé, construites par une association d'ex enfants de la rue. Le point d'attention reste dans la durabilité des bonnes pratiques de classement-archivage, vu que la prime à la motivation a disparue ? L'accompagnement du formateur y jouera un grand rôle dans la poursuite de la MI dans le PAISS. Les appuis en classement-archivage doivent démarrer par des projets pilotes dans un BPS, BDS, HD et CdS des provinces de Kirundo et Muramvya dans le second semestre 2011 et tout au long de 2012-13. Des formations décentralisées de formateurs doivent accompagner ce processus.

Le point d'attention : après le démarrage et les réalisations énoncées ci-haut, l'élaboration d'une stratégie concise pour la MI des 3 prochaines années est impérative et la rédaction est en cours par l'AT APIMS.

- c. L'adoption du Décret Présidentiel par le Conseil des Ministres fin 2010, initiant une profonde réforme de l'organisation et du fonctionnement du MSPLS-NC et déconcentré, en mettant l'accent sur la planification, le suivi, l'évaluation, et la supervision NC, renforçant donc le rôle régulateur, normatif du NC d'un MSPLS, est un acquis du projet. Ce Décret est à la signature du Président, vu qu'avant cette signature, la loi sur la réforme administrative (avec la création du Secrétariat Général Permanent au sein de chaque Ministère, norme de l'EAC), se devait d'être votée par l'Assemblée Nationale et adoptée en CM. Cela s'est fait au cours d'avril 2011. Le Décret est le fruit d'un audit institutionnel et organisationnel du MSPLS. Dans un premier temps des TDR furent élaborés intégrant une méthodologie d'analyse institutionnelle et organisationnelle, une équipe fut sélectionnée (AEDES) après les procédures d'un marché public. Il y eut 3 missions d'une équipe multidisciplinaire de consultants internationaux et nationaux étalées sur une année de travail avec des rapports intermédiaires et un rapport final (mars 2010). Ensuite une cellule restreinte de haut cadres et le juriste du MSPLS ont adapté les recommandations de l'audit et la proposition d'un nouvel organigramme et méthode de fonctionnement transversal s'est réunie très régulièrement et l'AT a été intégrée dans cette cellule restreinte du et de la Ministre (2). Cette cellule a produit un 'Décret portant organisation et fonctionnement du MSPLS' qui sera mis en pratique une fois le Décret signé. L'intégration de l'ex MSLS dans le MSP aboutissant à un programme national intégré de lutte contre les Sida-PNLS au sein du MSPLS (direction des programmes de santé) et gardant le SEP-CNLS au sein de la Présidence a permis de faire passer le Décret au CM. Les points les plus importants de la nouvelle organisation sont la création d'un SGP, d'une Direction Générale de la Planification, Suivi et Evaluation, intégrant Epistat et le SIS, une intégration plus poussée des programmes de santé dans la DG des Services de Santé, l'addition de la responsabilité de la promotion des mutuelles communautaires, volet demande des soins jumelé avec offre des soins. Le changement proposé mais non encore traduit dans la réalité, sont les Comités de Gestion attachés à chaque niveau hiérarchique de façon à transversaliser les différents volets du secteur de la santé, tant au niveau central qu'au et avec le niveau périphérique, provinces et districts de santé.

Le point d'attention : accompagner la réforme durant les prochaines années. Ce sera la tâche de l'AT du Volet 1 et 2 du PAISS 2011-2015. La préparation se fait

par l'AT actuelle APIMS, également coordinatrice du lancement du PAISS. Car un changement d'ordinogramme ne signifie nullement un changement de fonctionnement, tout au plus le premier peut impulser le second. Chaque changement au sein d'une institution, association, d'une société est générée de l'intérieur, jamais imposée par des acteurs externes, aussi bien intégrés soient-ils. Une AT peut témoigner de bonnes pratiques, peut les partager pour discussion, mais là s'arrête son rôle. Sinon nous retombons dans des attitudes néocolonialistes et paternalistes, qui ne seraient de toute façon pas tolérées par nos partenaires Burundais.

- d. Enfin le FBP à lancer au niveau central, et financé au démarrage par le volet 1 du PAISS, est appuyé par l'arrivée de l'expert international (via le fonds d'expertise belgo-burundais) début février 2011. L'étude préliminaire, réalisé début 2010 par une expertise via l'AT APIMS, est prête à être exploitée et approfondie avec les autres acteurs, dont la BM, principal bailleur de fonds du FBP à l'échelle nationale périphérique, la gratuité des soins incluse. Les négociations d'un FBP au NC seront encore nombreuses de façon à introduire une méthode validée par le MSPLS et la Ministre intégrée dans le manuel national du FBP qui est révisé en juin 2011. Vu le gap financier actuel et prévisionnel 1 an après le démarrage du FBP au niveau national, les PTF peuvent se montrer réticents à démarrer un processus pour un nombre redondant de fonctionnaires au NC. Les conditions préalables minimum sont : l'instauration du nouvel organigramme du MSPLS, le redéploiement du personnel (mai, juin 2011) et la sélection d'unités de prestation éligibles à être contractualisées. Un FBP est enclenché au sein du projet de réforme des écoles paramédicales (devenant le volet 3 du PAISS) et les résultats préliminaires mi 2012 seront intéressants à analyser pour l'ensemble du FBP-NC.

Point d'attention : la comparaison avec la légende du tonneau des Danaïdes n'est pas fortuite...Le meilleur fonctionnement attendu par le FBP ne dépend pas uniquement de la prime contractuelle, mais aussi de l'ardeur au travail, l'éthique publique, et des compétences des fonctionnaires. Le niveau salarial qui est en fait la base de tout emploi doit être encore revu à la hausse, afin d'éviter que la prime ne devienne un salaire déguisé.

Résultat 2 : Les interactions et la communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique-DS sont renforcées.

Les activités ci-dessous valent la peine d'être mentionnées pour atteindre un tant soit peu l'objectif spécifique.

1. Les visites de terrain, la relation étroite, suivie et professionnalisée entre APIMS et l'équipe du projet d'Appui à la Province Sanitaire de Kirundo-APSK, la relation d'information mutuelle ponctuelle avec le projet paramédical, permettent déjà de jeter de bonnes bases pour la synergie entre les 3 volets du PAISS. Elle ne peut que renforcer les relations entre le niveau périphérique (district et province), qui est la base stratégique et opérationnelle de la gestion décentralisée du système de santé. Enfin elle appuie une offre des soins de santé plus performants sur le moyen terme, une plus grande accessibilité aux soins (par le biais de notre appui aux systèmes alternatifs du financement du secteur de la santé), et transmet ces meilleures pratiques au niveau central, qui doit les valider et les normer au niveau national.
2. Le lancement d'un sous projet assez novateur et créatif de formation et d'accompagnement de cadres de tous les échelons du système à devenir des *tuteurs des équipes cadre de district-ECD*, est porteur d'espoir qui demandera à être vérifié et évalué après au moins 3 ans. Cette formation initiale, cadrée dans la

Convention entre l'Ecole de Santé Publique-ESP de l'Université de Bruxelles-ULB et l'Institut National de Santé Publique-INSP du Burundi (formant les A1, avec labo de référence pour les TBC multi résistantes, CD 4, labo d'analyse de qualité des médicaments..) signée en 2007, a débuté pendant 4 semaines en Q4 2010, a été poursuivie en mars et avril 2011. Elle se décline en 2 activités : d'une part la formation en Apprentissage par Problèmes-APP, un outil pédagogique dynamique et participatif, suivie d'une formation en gestion, planification au sein du district sanitaire. Dans la seconde période la formation en APP a été approfondie, ainsi que la formation en gestion qui s'est aussi ciblée sur la supervision, la gestion des déchets et la gestion financière. 20 cadres ont reçu le brevet de tuteur des ECD des mains de la Ministre mi-mai 2011. Un nouveau sous projet pluriannuel de 3 ans est introduit en juin 2011. Un Accord Cadre de Partenariat entre la CTB-ULB-INSP de 3 ans est signé et traduit en des Accords d'Exécution Annuels, dont le premier couvre la période juin 2011-juin 2012. L'accompagnement sur le terrain démarre dans 6 districts pilotes (provinces de Kirundo et Muramvya). Il démarre par la formation en APP des équipes cadre de district par des tuteurs diplômés encadrés par 3 encadreurs de l'INSP. 2 manuels de planification et supervision, intégrant la méthode APP, ont été rédigés par l'ULB-INSP en juillet 2011, et sont mis en pratique dans les 6 DS pilotes à partir de septembre, octobre 2011. Cet accompagnement se poursuit durant 2012, et d'autres DS seront inclus en 2012. L'objectif est de couvrir d'ici 2013-14-15 les 45 DS avec une équipe de tuteurs ECD compétente et performante.

Point d'attention : ce sous projet, qui est inspiré par la foi d'investir dès à présent dans des cadres Burundais pouvant eux-mêmes transmettre beaucoup mieux leurs expériences à leurs semblables, est une activité qui traversera encore beaucoup de hauts et de bas, et le succès final n'est pas garanti. Mais le remplacement progressif de l'AT internationale par une AT nationale est inéluctable, et c'est dans cet esprit-là que cette initiative a été lancée, n'a reçu que très peu de soutien des PTF au début, mais s'ancre de plus en plus dans le système de mise en place des DS et sera même appliquée par d'autres PTF comme le nouveau programme 10-ième FED-UE, Amagara Mwiza.

3. La collaboration entre les différents projets CTB avec l'OMS, le projet Santé Plus et le programme d'appui au système de santé (PASS-Ngozi) de la Coopération Suisse pour une formation de 10 infirmiers titulaires et leurs adjoints en stratégies plainte traitement-SPT (Q1-Q2 2011), est aussi un exemple de collaboration entre Partenaires Techniques et Financiers-PTF afin d'harmoniser des méthodes pour améliorer la qualité des consultations curatives des CdS et de rationaliser la prescription des médicaments essentiels génériques. De la même façon, l'implication de nos projets APIMS et APSK dans les processus d'harmonisation des outils de gestion des DS, adaptés et améliorés par l'équipe de S+-UE, est un nouvel exemple d'appui au rôle normatif et coordinateur du NC du MSPLS.
4. L'implication et le soutien conceptuel, logistique et financier au premier exercice de planification ascendante des DS et PS vers le NC début 2010 pour le Plan annuel des activités 2010-PAA dans le cadre du PNDS 2006-2010, est un autre exemple d'une activité qui aide à la planification ascendante du PAA national. Cependant les PAA des DS ne se sont pas révélés pratiques et utilisables pour les ECD, qui ne se sont que basés sur les rapports trimestriels du FBP des Bureaux de district/BDS, Bureaux provinciaux/BPS et Formations sanitaires/FOSA.
5. L'AT s'est très sérieusement investi dans l'élaboration (avec une équipe

restreinte du Groupe Thématique Décentralisation) d'un 'Guide opérationnel du District Sanitaire'. La version 04 (165 p..) a été envoyée aux cadres et la Ministre, ainsi qu'aux PTF pour poursuivre le travail devant aboutir à un Guide DS validé et diffusé au sein du MSPLS et les 45 DS.

6. Enfin l'appui à l'équipe technique permanente nommée par la Ministre pour préparer et conduire le processus d'élaboration du nouveau PNDS 2011-2015 sous le pilotage du Comité de Pilotage MSPLS-PTF, a été une activité bien suivie de l'équipe d'AT APIMS.

*MAIS.....le malade reste le grand absent des discussions et réunions multiples. Les soins cliniques allant de l'accueil du patient à l'anamnèse, examen clinique et traitement rationnel issu de la consultation curative n'est quasiment jamais à l'ordre du jour. C'est hautement regrettable, et pourtant l'AT des projets CTB met un accent particulier sur cet aspect. Les AT n'ont hélas, c'est très dommageable pour le futur de la CTB, pas le temps et l'espace nécessaires pour s'approfondir dans leur **réel mandat d'aider à ce que les gens soient mieux traités**. Ni plus ni moins. Par les procédures MP, les rapports compliqués, les template qui se succèdent mais ne se ressemblent jamais..., l'assistant technique n'a souvent pas les capacités à monter ses capacités. Que nos responsables en soient avertis.*

Résultat 3 : le cadre de travail entre le MSP et les autres partenaires / acteurs (ONG, agences d'exécution, mutuelles, autres) est clarifié et intensifié.

- a. L'AT a joué le rôle de facilitateur entre des ONG (MSF, Horizon ea.) et la cellule de crise du MSPLS en cas d'épidémies de choléra et de paludisme. Par contre les contacts avec les programmes dits verticaux a été ponctuel et superficiel, vu leur agendas et le petit degré d'intégration de leurs activités dans le système de santé. Le contact avec Epistat a été entretenu de façon régulière (cf. expertise internationale de 2008-2010) et l'expertise perlée. Vu l'intégration du SIS dans le volet 1 du PAISS l'AT s'est particulièrement occupé de rendre cette transition aussi opérationnelle que possible, et le doublement des missions de l'expertise perlée (aspects information sanitaire et santé publique) en 2011, l'appui à l'équipe Epistat qui est bien dirigée, est assurée. De nouvelles activités sont lancées au premier semestre 2011 via des marchés publics pour l'appropriation du GESIS et la maintenance du parc informatique du SIS au niveau national. La formulation d'un nouvel appui au SNIS qui intégrera le PAISS permet de renforcer un SNIS à partir de début 2012.
- b. L'AT s'est dès le démarrage de l'APIMS fort intéressé aux mutuelles communautaires déjà fonctionnelles au Burundi. L'AT a été intégrée dans la commission technique pour la mise en place de mutuelles communautaires au MSPLS. Des contacts assez réguliers ont eu lieu entre l'AT et la DG de la Protection Sociale, intégrée au Ministère de la Fonction Publique. En plus l'AT est en contact avec la nouvelle plateforme des mutuelles communautaires qui se sont regroupées en ce groupe de concertation. Un appel d'offres international a été publié en mai 2011 qui concerne une étude de faisabilité pour une couverture universelle au Burundi. Vu les procédures une première mission d'une équipe multidisciplinaire est prévue pour octobre 2011. La Ministre et les plus hautes autorités du pays ont sollicité en tout cas l'appui à la mise en place de cette couverture universelle dans les années futures. Cela pourrait se réaliser grâce au solde restant des 8 millions

d'euros (après la formulation du SNIS) de l'enveloppe globale des 25 millions d'euros de 2011-2014.

Résultat 4 : la concertation avec les autres partenaires / bailleurs (coopérations bilatérales et multilatérales, autres) principalement à travers le comité des partenaires à la santé et au développement (CPSD) est plus efficace.

La Coopération Belge est le chef de file des partenaires techniques et financiers, qui sont regroupés depuis 2008 dans un Comité de Concertation pour la Santé et le Développement-CPSD. L'AT appuie depuis 1,5 an le fonctionnement pratique et logistique du secrétariat permanent de ce CPSD. De très nombreux contacts et collaboration ponctuelles ont eu lieu entre l'AT APIMS et des PTF, principalement l'OMS, l'UE, la BM, la Coopération Suisse, Unicef. Vu le grand nombre de personnes qui s'occupent du Sida, l'AT n'a eu que des contacts ponctuels avec les organisations et les unités de la lutte sectorielle contre le Sida.

Résultat 5 : l'interaction entre le MSP et les autres ministères en ce qui concerne les aspects de la planification stratégique et budgétaire du MSP est plus structurée.

- a. L'AT APIMS a essayé à maintes reprises à sensibiliser le service de l'information, éducation et communication-IEC du MSPLS pour lancer une campagne de sensibilisation de la sécurité routière. Car les accidents de la voie publique sont très nombreux dans le pays lié à divers facteurs de mauvaise conduite, bonnes routes, manque de contrôle technique et policier du matériel roulant etc. Les AVP sont devenu un problème de santé publique. Ces contacts ne se sont pas concrétisés durant l'APIMS mais l'idée fait du chemin. Si le MSPLS prend le lead dans cette problématique de santé, les contacts avec les autres Ministères se feront plus facilement, vu les multiples dimensions des AVP et les Ministères concernés, dont le Ministère de la Sécurité Publique, de l'Intérieur.
- b. De façon générale les thèmes du genre et environnement n'ont pas été pris en compte de façon séparée, car ils s'intègrent de principe dans la gestion du projet APIMS. Il est cependant difficile de promouvoir l'environnement comme thème transversal de la coopération Belge, vu les masses de papier à rédiger et imprimer avec des copies multiples. Ex : devoir à chaque achat, petit ou grand, obtenir 3 pro forma consomme déjà un nombre de litres d'essence et est coresponsable de la pollution de l'air extérieur... Les agences ne se rendent pas compte ce que les procédures et le nombre impressionnant de documents manuscrits qui doivent justifier chaque opération, consomment des milliers de tonnes de papier...

2. Dans quelle mesure l'objectif spécifique de la prestation a-t-il été atteint, en fonction des indicateurs retenus ? Dans quelle mesure les résultats intermédiaires de la prestation ont-ils été atteints, en fonction des indicateurs retenus ?

Indicateurs	Baseline	Progrès	Impact
Inventaire des problèmes résolus dans le fonctionnement du MSPLS, depuis la mise en place de la cellule d'expertise et de coordination	Au démarrage il n'y avait pas de cellule, elle fut créée en Q1 2009, n'a fonctionné que pour des jetons de présence, n'avait aucun ancrage institutionnel et a donc été abolie (cf. SMCL 2009)	Néant vu l'abolition du comité de pilotage. Mais cela étant dit, un nombre de problèmes, au MSPLS sont soit résolus (MI, Décret, connexions internet, VSAT, site web, formation des	Vu l'abolition précoce de cette cellule d'expertise, l'équipe APIMS collabore étroitement avec des personnes plus qu'avec des services. Cette collaboration interpersonnelle a permis de résoudre déjà des masses de problèmes grands et petits. L'équipe APIMS remarque qu'après près de

		cadres du MSPLS, formation des tuteurs des ECD à l'INSP.	3 années 'd'intégration' (qui en fait restera toujours partielle, vu le nombre d'activités du MSPLS), la communication formelle ET informelle a augmenté de façon significative. Le fait que l'AT soit systématiquement incluse dans les comités de pilotage (PNDS 2, FBP, pilotage PNDS, décret portant réforme du MSPLS-NC, décentralisation, mutuelles) nommés par les Ministres, est un acquis important d'appropriation de l'AT et de ses suggestions et propositions de textes etc. L'équipe APIMS est considérée par les cadres, les 2 Ministres qui se sont succédé, comme membre à part entière de leur Ministère. Cette intégration a un impact sur les propositions et suggestions tant techniques que plus politiques de l'AT en binôme avec son Directeur d'Intervention, DGSP, mais l'équilibre entre l'intégration et l'autonomie requise par l'agence employeur, la CTB et la coopération Belge n'est pas évidente à tout moment. En plus l'AT a dû apprendre à sonder, comprendre, apprécier la manière de communiquer de ses partenaires Burundais, comprendre les complicités entre les cadres et fonctionnaires, apprendre leur façon de la prise de décision et leur méthodes de fonctionnement dans un milieu manquant de moyens. En tout cas le jeu en vaut la chandelle, et cette dimension des relations humaines dans l'échange de compétences et d'expériences réciproques est une grande et riche expérience.
Degré de satisfaction du personnel au niveau central et provincial par rapport à la communication au sein du MSP et l'encadrement global du personnel	Comment évaluer un indicateur quasi intime à chaque fonctionnaire. D'autant plus que les personnes sont très discrètes et ne se livrent pas facilement ? Cet indicateur doit être mesuré par l'équipe de l'évaluation finale sous forme	IL n'y a eu aucun incident entre un fonctionnaire et l'AT et l'équipe APIMS, mais la chasse aux primes, per diem est une pression continue, ce qui rend parfois le travail assez fatiguant et pas très motivant. Cette contrainte de	Le commentaire ci-haut s'applique aussi à cet indicateur. Faire un plaisir, octroyer une faveur, intervenir pour une formation etc. sont des facteurs qui augmentent le degré de satisfaction du personnel qui entoure le projet. Ne céder à aucune pression pour une faveur mal placée ou peu transparente reste un grand

	d'enquêtes et d'interviews avec des cadres collègues partenaires et aussi des membres du personnel des niveaux logistiques et administratifs.	devoir tout monnayer et payer jusqu'aux formations pour y assister, est difficile à approprier, mais peut se justifier par l'échelle salariale très modeste dans le pays.	défi dans une ambiance où les commissions de tous genres deviennent quasi institutionnalisées.
Progrès par rapport aux éléments essentiels dans un Swap (une vision commune ; un cadre stratégique unique ; une harmonisation du dialogue politique, la planification, le financement, le S/E, le renforcement des capacités)	<p>Pas de politique sectorielle réelle au début du projet fin 2008, à part les 2 décisions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La création du CPSD fin 2008. 2. La signature d'un mémorandum d'entente (MOU) février 2008 entre MSP et PTF (17 signataires). 	<p>Réunions régulières du CPSD mais manque de suivi des décisions.</p> <p>La tenue de RAC=revues annuelles conjointes 2008, 2009,2010 avec une nette amélioration dans la préparation, organisation et teneur des discussions.</p> <p>La coopération Belge-DGD devient chef de file du secteur santé en 2010, reconduit pour 2011 avec une coprésidence de l'OMS très présente et efficace.</p> <p>La tentative de créer un fonds commun santé avec la CTB, DFID et l'UE a échoué, vu que le pays n'est pas encore éligible pour une aide budgétaire (cf. CPIA et les 5 piliers d'éligibilité de l'UE) et vu un nombre de malentendus entre certaines personnes des PTF concernés. Ceci malgré une excellente collaboration entre l'AT de l'UE et l'AT de la CTB au MSPLS.</p>	<p>L'impact d'APIMS a été limité vu que la DGD-Ambassade a repris le rôle de chef de file des PTF, Alors que dans la première année et demi, l'AT APIMS était le 'point focal quasi naturel' de tous les PTF qui collaborent avec le MSPLS, vu sa présence physique, opérationnelle et logistique dans l'enceinte du Ministère.</p>

3. Décrivez le système de suivi-évaluation qui a été mis en place lors de la mise en œuvre de la prestation.

Le suivi du projet est assuré par diverses procédures :

1. Les planifications trimestrielles Q1, Q2, Q3, Q4.
2. Les rapports annuels.
3. Le rapport mi- terme (n'a pas été réalisé, vu les planifications et reportages annuels, trimestriels).
4. Un audit financier mi- projet.

L'évaluation du projet est assurée par les activités suivantes :

1. Les missions de back-up réalisées par l'équipe du service EST (expertise sectorielle et thématique) du siège de la CTB à Bruxelles.
2. Les SMCL (structures mixtes de concertation locale) qui sont de facto les comités de pilotage du projet est qui se tiennent une à deux fois/année.
3. L'évaluation finale qui fait sa mission dans le dernier trimestre de la période du projet (l'équipe d'évaluation fera son évaluation pour les 3 projets santé CTB en une seule et unique mission, vu la clôture rapprochée dans le temps entre les 3 projets et leur transition dans le PAISS).

Les documents mentionnés ci-dessus sont à la disposition au secrétariat de l'APIMS.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET ANALYSES.

1. Quels sont les problèmes et questions majeurs qui ont influencé l'exécution de la prestation et comment la prestation a-t-il tenté de les résoudre ?

- a. De façon générale, l'appui institutionnel est une recherche-action permanente. Le sujet de recherche est comment engendrer un changement tant au niveau opérationnel qu'au niveau de la gestion des comportements des fonctionnaires. Les activités qui en découlent ne peuvent réussir que si l'assistance technique s'est intégrée à un certain seuil de respect mutuel, d'écoute et captation des inquiétudes et problèmes du partenaire, d'opportunité de prise de parole et de position dans les réformes et stratégies planifiées et exécutées dans le secteur de la santé. L'évaluation opérationnelle est résumée dans ces types de rapport annuel et le rapport final de l'intervention. Ceci se retrouve dans le rapport narratif des 5 résultats à obtenir dans le cadre de l'objectif spécifique ainsi que dans les indicateurs de résultats déclinés en activités réalisées ou non réalisées.

L'évaluation analytique cependant, pouvant analyser les différentes dimensions et facteurs oui ou non déterminants sur le processus de changement d'une institution publique comme le MSPLS, et placer cette analyse dans un contexte culturel et politique de phase post conflit, la vraie stabilité politique et sécuritaire postélectorale n'étant pas encore présente, est éminemment difficile, voire quasi approximative de facto. L'impact bien que rempli dans un tableau, est loin d'être une certitude ni dans le moyen ou le long terme. Cela dépendra des compétences et du savoir-faire de l'AT qui succèdera à l'AT actuel et des facteurs environnants dans les années que couvre le nouveau programme d'appui institutionnel au secteur santé-PAISS 2011-2014.

Les relations et attitudes humaines sont d'une importance capitale. Elles doivent garder l'équilibre entre redevabilité et proximité de l'AT et de l'équipe. L'AT est redevable vis-à-vis de 3 instances différentes et pas toujours en accord : le Ministère de la Santé du Burundi, son employeur la CTB et la Coopération Belge en tant que représentant la politique du Ministre de la Coopération du Gouvernement fédéral Belge. Garder cet équilibre n'est pas aisé. L'AT APIMS et Coordinateur du PAISS (2011) a clairement choisi la voie d'un appui intégré au MSPLS, en dialogue soutenu avec le Résident Représentant de la CTB, et informant régulièrement l'Ambassade Belge. Le fait que l'Ambassade est devenue chef de file ce rôle d'information n'a plus lieu d'être. L'AT comme seul blanc au MSPLS a clairement choisi le partage journalier du travail avec les cadres et autres fonctionnaires du MSPLS. Cet équilibre a connu ses propres moments d'intensité, ses difficultés, ses succès et ses échecs, en plus de moments de pressions amicales qui ont toujours été traitées avec tact, franchise et prise de décision en toute transparence.

L'expérience de cet appui institutionnel s'est avérée très intéressante, mais une équipe doit au bout de quelques années (3 ans nous paraissent une bonne échéance) changer sinon intégration devient absorption dans l'institution. L'indépendance de pensée et d'action s'effrite, l'appropriation au sein de l'institution risque de devenir absorption dans l'institution. L'AT dans un pays fragile et/ou post conflit joue le rôle de 'substitution suggestive', rien de plus, rien de moins. Suggérer et de temps en temps se substituer à une tâche d'un cadre ou d'une direction du Ministère font le pain quotidien de l'AT.

- b. L'audit institutionnel et organisationnel a été un processus de longue, très longue haleine,

depuis l'élaboration des TDR, le DAO, la sélection et l'attribution du marché à un bureau international de consultants, les 3 phases, les restitutions avec le MSPLS et les PTF, pour aboutir à 2 rapports intermédiaires et à un rapport final en avril 2010. Processus qui a duré 1,5 an (fin 2008 à avril 2010, date du rapport final).

Heureusement un nouveau 'Décret Présidentiel portant organisation et fonctionnement du MSPLS' en est sorti et est soumis à la signature du Président ce mois de juin 2011. Ceci ne porte que sur une réforme du niveau central du secteur santé (la dernière date de 25 ans), mais n'engage pas encore de facto le processus transformationnel formulé dans le DTF comme une des missions principales de l'assistance technique. Changer les comportements est une autre paire de manches que modifier une structure et un organigramme. L'audit doit donc avoir un suivi, une planification de ce suivi et bien qu'élaboré par l'AT actuel, le nouvel AT doit en endosser le démarrage réel, donnant ainsi un élan et une créativité à l'assistance technique du volet central du PAISS.

- c. La construction d'une mémoire institutionnelle d'un Ministère, quel qu'il soit et où qu'il se trouve, pays riche ou pauvre, stable ou fragile, est un travail de Titans. Le DTF formulant cette activité ne s'est pas rendu compte de ce qu'elle demandait et imposait. Nous en référons à quelques photos prises de la salle d'archives et d'autres services...Le classement-archivage est en plus un travail qui n'intéresse personne, ni les fonctionnaires, à quelques exceptions près de gens consciencieux et d'un directeur des ressources humaines compétent qui s'y est intéressé. Les partenaires techniques et financiers, mis à part l'OMS, ne trouvent non plus cette mémoire très passionnante et surtout non prioritaire dans un pays fragile qu'est encore le Burundi. Nous avons, AT et AT junior, avec l'appui documentaliste-archiviste national compétent, d'abord du sensibiliser les cadres du Ministère, avant de pouvoir ne fut ce que déplacer ou détruire un document. Le MSPLS a aussi une culture du 'tout garder', et cela complique vraiment beaucoup la poursuite des classements en plus du manque de place vu qu'on conserve tout ! Nous avons mis en place un système original et novateur de paiement pour performance (P4P). Les secrétaires des directions et services déjà formés au classement des documents devaient travailler des heures supplémentaires, et furent ainsi primés pour ces heures de classement (rattrapage de classement remontant parfois à 4 décennies précédentes !!). Les primes étaient soit un versement individuel mensuel, soit un montant global pour toute l'équipe divisée selon le travail réalisé entre les membres de cette équipe. Cette seconde méthode nous a semblé la plus équitable, les discussions d'attribution des primes, se négociant entre les secrétaires et leur chef. Une fois la formation accompagnée par le formateur terminée et le classement de rattrapage des documents réalisée, la prime s'est arrêtée, vu que les documents entrants tous les jours sont censés être classés selon la méthode apprise. Après un à deux mois l'équipe APIMS a constaté que, malgré l'insistance répétée du formateur, les secrétaires ne classaient plus du tout selon cette méthode mais poursuivaient leurs habitudes d'antan. La raison en est l'absence de prime !!! Déception et questionnement à propos de cette initiative innovante, le croûtage collant des habitudes du fonctionnaire, phénomène assez répandu partout au monde, ayant pris le dessus.
- d. Le financement basé sur la performance-FBP n'est pas encore mis en place au niveau central du MSPLS. Une analyse a cependant été réalisée par un AT national, haut cadre du Ministère, et appuyé par l'AT, et a permis de tracer les grandes lignes d'une future contractualisation. Une expertise internationale CTB vient depuis janvier 2011 appuyer la Cellule Technique FBP à mettre en route cette stratégie P4P au niveau central. Celle-ci devra impérativement répondre à deux conditions : la mise en place effective du nouveau cadre institutionnel et organisationnel du Ministère (cf. décret ci-haut) d'une part, d'autre part une réaffectation-mutation vers la périphérie d'une grande partie des fonctionnaires.

- Le MSPLS NC semble compter depuis le second semestre 2010 plus de 700 personnes !!!! Impossible de contractualiser des fonctionnaires en si grand nombre, la majorité étant des administratifs et des logistiques, dont un grand nombre n'ont même pas de bureaux, ni de connexion internet etc. Le projet a au moins fait installer des connexions pour les hauts cadres et le ou la Ministre et son cabinet durant l'année 2010. Mais cette installation et le fonctionnement n'ont pas été performants dus à de nombreux problèmes techniques et le manque de présence professionnelle d'une équipe ICT au sein du MSPLS.
- e. L'appui à la DG Ressources s'est par manque de propositions du partenaire réduit à l'installation en matériel bureautique et informatique de la direction des infrastructures et équipements et IEC (service d'information, éducation, communication).
 - f. L'implication de l'AT dans la mise en place des districts sanitaires s'est concrétisée et continue à le faire en collaborant activement à l'harmonisation des outils de planification, de supervision, de gestion des médicaments essentiels (MEG), de gestion financière, outils déjà existants au MSPLS depuis 2005, mais revus, corrigés et adaptés aux connaissances et compétences du personnel des districts et des formations sanitaires-FOSA (CdS-centres de santé et HD-hôpitaux de district) par l'OMS, Santé Plus (actif dans 6 provinces), la Coopération Suisse et autres PTF ou ONG (Memisa, MSF...). L'élaboration du 'guide opérationnel du district sanitaire au Burundi' est également une tâche avec forte implication de l'AT. Un draft version 04, élaborée en très grande partie par l'AT et l'apport de nombreuses sources de documentation, a été rendue au GT Décentralisation fin mai 2011 (165 pages). Toutes ces activités dans le cadre des districts sanitaires se font en relation étroite, soutenue et permanente avec l'AT du projet APS Kirundo dont la collaboration mutuelle tant au niveau professionnel qu'humain fut exemplaire.
 - g. L'AT joue le rôle de facilitateur entre les ONG (MSF, Horizon ea.) et la cellule d'alerte du MSPLS en cas d'épidémies (choléra et paludisme). Les contacts avec les programmes de santé dits verticaux sont corrects mais superficiels. Le contact avec Epistat-SIS se faisait par l'expertise CTB et l'équipe d'Epistat, l'assistance technique perlée, et cet appui est à l'heure actuelle en phase de transition vers l'intégration dans le PAISS (résultat 3).
 - h. L'AT ne s'est pas du tout impliquée dans les contacts avec les autres Ministères, d'une part par la surcharge de travail du projet et de ses 2 premiers résultats à obtenir, d'autre part parce que les Ministères ne sont pas encore réellement en synergie et les opportunités d'actions communes ne s'étant pas encore présentées. Peut-être la nouvelle AT du PAISS pourra-t-elle s'investir à sensibiliser le MSPLS, le Ministère de l'Intérieur, la police, les services de contrôle technique etc. pour une action d'envergure de réduction de risques et accidents sur la voie publique ???!

2. Quelles sont les causes des écarts par rapport aux résultats attendus ?

Les réponses sont incluses dans la description des points saillants détaillés ci-dessus.

3. Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience de la prestation? Faites une réponse détaillée sur les plans de l'impact et de la durabilité des résultats.

Cette question implique une analyse des progrès réalisés et les impacts potentiels induits.

Le lien entre résultats et objectif spécifique (« Les activités de planification, de coordination, de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP »), les points sensibles, les points d'attention, le non prévu, le non prévisible, l'harmonisation sont tous des éléments de leçons apprises (leur séparation est artificielle) :

Résultat 1 :

1. La formation des cadres au leadership/management par une institution de formation Africaine (Bénin) au courant des prochains mois 2011 est un moyen potentiel d'amélioration des outils de fonctionnement au sein du niveau central et périphérique du MSPLS. La raison d'une formation tellement tardive dans le projet est d'une part la non appropriation des outils s'ils sont présentées de façon ponctuelle aux cadres, trouvant ces outils 'superflus' pour leur niveau de responsabilité et d'autre part la construction lente et progressive du tissu de respect et de confiance mutuelle indispensable à la bonne marche d'une assistance technique, plus conseillère qu'assistante. Cette relation de confiance est le fil rouge à travers tout un mandat d'appui institutionnel, les meilleures compétences ne pouvant être transmises sans ce type de relation, et ce type de relation ne pouvant être basé sur une incompetence de l'assistance technique. La définition de l'AT comme 'substitution suggestive' se transformant en 'suggestion substitutive' est une des clés d'un possible succès et d'appropriation de l'intervention et peut fonder des bonnes bases pour un programme futur plus durable. Cependant il est nécessaire, voire indispensable de changer de personnes et profils de l'AT tout au long de ce long processus d'appui institutionnel.
Point d'attention : Changer les attitudes ne se dicte pas, est assez prétentieux, par contre '*ne pas dire haut et fort ce que l'on fait, mais témoigner humblement de ce qu'on est*' est porteur d'un message transformationnel.
2. La mémoire institutionnelle est encore à un stade trop précoce pour prétendre à un changement de méthode de classement par les secrétariats des directions et services. Certains locaux sont en effet débarrassés et ordonnés mais est-ce durable si l'AT remarque avec le formateur que les habitudes prises se perdent pour non prolongation d'une prime de performance qui avait été clairement négociée comme prime de rattrapage de classement des documents et livres du service en étant en même temps formés, autre facteur de fierté et de motivation....
Point d'attention : comment pérenniser la méthode dans le travail routinier sans prime supplémentaire ? Un plan stratégique et d'activités sont élaborés pour l'extension de la MI durant la durée du PAISS. La nouvelle AT sera en charge de la mise en œuvre durant les 3 années à venir.
3. L'adoption du Décret Présidentiel initiant en 2011, espérons-le, une profonde réforme de l'organisation et du fonctionnement du MSPLS-NC et déconcentré, en mettant l'accent sur la planification, le suivi, l'évaluation, et la supervision NC, renforçant donc le rôle régulateur, normatif du NC d'un MSPLS, est un acquis du projet. Cet acquis est le fruit d'un travail conceptuel des TDR établissant une méthodologie d'analyse institutionnelle et organisationnelle, des missions régulières d'une équipe multidisciplinaire de consultants internationaux et nationaux, et un travail diplomatique ensuite pour traduire les conclusions de l'analyse en un Décret Présidentiel avec des conseils de négociation de points litigieux à prévoir au Conseil des Ministres. L'intégration de l'ex MSLS dans le

MSP aboutissant à un programme national intégré de lutte contre les Sida-PNLS au sein du MSPLS (direction des programmes de santé) et gardant le SEP-CNLS au sein de la Présidence a permis de faire passer le Décret au CM. L'adoption de l'amendement sur la loi de la réforme administrative créant les secrétariats permanents au sein de chaque ministère s'est concrétisé en un Décret du 16-05-11, portant organisation et fonctionnement d'un Secrétariat et un Décret portant organisation et fonctionnement d'un Cabinet Ministériel du 16-05-2011. Le Décret avec l'intégration de ces 2 Décrets est envoyé à la Présidence début juin et sera signé d'une façon imminente.

Le point d'attention : accompagner la réforme durant les prochaines années. Ce sera la tâche de l'AT du Volet 1 et 2 du PAISS 2011-2015. La préparation se fait par l'AT actuelle APIMS, également coordinatrice du démarrage du PAISS.

4. Enfin le FBP à lancer au niveau central, et financé au démarrage par le volet 1 du PAISS, connaît un coup d'accélérateur grâce à l'arrivée de l'expert international (via le fonds d'expertise belgo-burundais) début février 2011. L'étude préliminaire de 2010 est approfondie et transformée en critères et indicateurs adéquats. Les négociations d'un FBP au NC sont en cours avec le MSPLS au plus haut niveau à propos des conditions d'éligibilité 'd'unités de prestation' à contractualiser. Vu le gap financier actuel et prévisionnel 14 mois après le démarrage et la mise à échelle nationale du FBP au niveau périphérique, les PTF commencent à se montrer réticents à démarrer le processus pour un nombre redondant de fonctionnaires au NC. Deux conditions minimales sont cependant requises pour la CTB : la mise en place effective du nouveau cadre institutionnel et organisationnel du Ministère (cf. décret ci-haut) d'une part, d'autre part un effort de redéploiement vers la périphérie d'une grande partie des fonctionnaires. Le MSPLS NC semble compter depuis le second semestre 2010 plus de 700 personnes ! Impossible de contractualiser des fonctionnaires en si grand nombre, la majorité étant des administratifs et des logistiques, dont un grand nombre n'ont même pas de bureaux, ni de connexion internet etc. Le projet a depuis 2009 au moins fait installer des connexions pour les hauts cadres et le ou la Ministre et son cabinet durant l'année 2010. Mais cette installation et le fonctionnement n'ont pas été performants dus à de nombreux problèmes techniques liées aux distributeurs et le manque de présence professionnelle d'une équipe ICT au sein du MSPLS. Une mise à niveau des plateaux techniques des unités de prestation éligibles, et la réponse à la demande de services ou directions pour des formations supplémentaires en gestion, planification etc. est prévue dans un des résultats (5) du PAISS.

Point d'attention : la comparaison avec la légende du tonneau des Danaïdes n'est pas fortuite et la pérennisation du FBP est un des gros débats au sein du secteur santé dans un futur proche...En tout cas le MSPLS s'est engagé dans cette stratégie et ne la modifiera pas, sauf si le déficit du budget pour la santé venant de l'état et des PTF devient trop importante. D'autres pistes de financement alternatif doivent être étudiées dès à présent afin de pourvoir le secteur de la santé d'un budget réaliste, motivant et trouvant son équilibre entre les besoins de l'offre et la demande de soins.

Résultat 2 :

4. Les visites de terrain, la relation étroite, suivie et professionnalisée entre APIMS et APSK, la relation d'information mutuelle régulière avec le projet paramédical, permettent déjà de jeter de bonnes bases pour la synergie entre les 3 volets du PAISS, et plus spécifiquement le renforcement des relations entre le niveau périphérique et le niveau central normatif et régulateur du système en tant que tel.

5. Le lancement d'un projet assez novateur et créatif de formation et d'accompagnement de cadres de tous les échelons du système de santé à devenir des tuteurs des équipes cadre de district-ECD, est porteur d'un espoir qui demandera à être vérifié et évalué après au moins 3 ans. Cette formation initiale, cadrée dans la Convention entre l'ESP-ULB et l'INSP-BDI (formant les A1, avec labo de référence pour les TBC multi résistantes, CD 4, labo d'analyse de qualité des médicaments..) signée en 2007, a débuté pendant 4 semaines en Q4 2010, s'est terminée par des formations complémentaires en APP et gestion en mars-avril 2011 et par la remise de 'brevets de tuteur des ECD' le 05-05-11. Il s'en suit un nouveau projet pluriannuel de 3 ans, qui doit se concrétiser dans un accord de partenariat entre l'INSP-ULB-CTB pour les 3 ans, durée du PAISS, et dans des accords d'exécution annuels juin 2011-juin 2012 etc. entre d'une part la CTB-INSP et la CTB-ULB.
6. La collaboration entre les différents projets CTB avec l'OMS, le projet Santé Plus-UE et le programme d'appui au système de santé (PASS-Ngozi) de la Coopération Suisse pour une formation de 10 infirmiers titulaires et leurs adjoints en stratégies plainte traitement-SPT (Q1 2011), est aussi un exemple d'harmonisation d'outils pour l'amélioration des soins cliniques et de rationalisation dans les prescriptions des médicaments. De la même façon, l'implication des projets APIMS et APSK dans l'harmonisation des outils de gestion, adaptés et améliorés par l'équipe de S+-UE, est un nouvel exemple d'appui au rôle normatif et coordinateur du NC du MSPLS. Le passage de l'utilisation des SPT dans les plus de 700 CdS est prévue au second semestre de 2012, car de nombreuses formations en SPT à tous les MCD et MDP et superviseurs du DS, ainsi qu'aux infirmiers titulaires et adjoints des CdS devront être organisées au niveau des 17 provinces sanitaires du pays.
7. L'implication et le soutien conceptuel, logistique et financier au premier exercice de planification ascendante des DS et PS vers le NC, début 2010 pour le Plan annuel des activités 2010 dans le cadre du PNDS 2006-2010, est un autre exemple d'une activité qui a aidé à la planification au sein du système tout entier. Cependant ces PAA des DS ne se sont pas révélés pratiques, utilisables pour les ECD, qui se sont basés sur les rapports trimestriels à faire pour toucher la part du FBP pour leur Bureaux de district/BDS, Bureaux provinciaux/BPS et Formations sanitaires/FOSA et ne suivent que très sommairement leur PAA durant l'année en cours. En 2011 les PAA n'ont pas été refaits, sauf dans les provinces appuyées par S+, et c'est sur base de ces canevas de planification stratégique et opérationnelle de ces DS appuyés par S+, qu'un canevas de planification harmonisé (stratégique selon le PNDS et opérationnelle selon le PMA du DS), fut validé en mars 2011 par le NC du MSPLS.
8. Enfin l'appui à l'équipe technique permanente nommée par la Ministre pour conduire le processus d'élaboration du nouveau PNDS 2011-2015 sous le pilotage du Comité de Pilotage MSPLS-PTF, est devenue une activité majeure du premier semestre 2011. Une analyse situationnelle a été réalisée par l'équipe technique permanente, l'élaboration des orientations sur base des défis ainsi que la déclinaison en activités s'est élaborée dans 2 retraites à Ngozi et Gitega, et au mois de mai-juin une équipe d'experts internationaux soutient l'élaboration d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme-CDMT. La prévision est que le PNDS 2011-2015 puisse être validé par la Ministre durant un atelier national en juillet 2011.

Résultats 3+4+5 :

A part les contacts formels avec des organisations de la société civile et les nombreuses visites à l'APIMS pour jouer l'intermédiaire entre elles et la DGSP ou un autre service, il n'y a pas d'autres activités. Idem pour les résultats 4 et 5.

De façon générale les thèmes du genre et environnement n'ont pas été pris en compte de façon séparée, car ils s'intègrent de principe dans la gestion du projet APIMS. Il est cependant difficile de promouvoir l'environnement comme thème transversal de la coopération Belge, vu les masses de papier à rédiger et imprimer avec des copies multiples. En plus devoir à chaque achat, petit ou grand, obtenir 3 pro forma consomme déjà un nombre de litres d'essence et est coresponsable de la pollution de l'air extérieur. Cette incohérence entre le non-respect pour l'environnement dans les aspects administratifs des projets et programmes de la Coopération Belge et les intentions d'insérer l'environnement comme thème transversal méritent d'être soulignés et demandent à être clarifié par les responsables de la Coopération Belge et l'Agence Belge de Développement.

4. Selon vous, comment la prestation a-t-elle été perçue par les groupes cibles ?

La perception est, vu la complexité d'une institution publique dans un pays fragile et sortant d'un long conflit, une mesure très subjective et dépend du degré de sympathie ou d'antipathie que suscite l'AT et son équipe. Ceci ne peut être mesuré tant soit peu d'une façon objective, d'une part par le rapport d'évaluation de l'AT par le Résident Représentant (qui capte bien évidemment les points forts et faibles du projet et de son équipe), d'autre part par l'équipe de l'évaluation finale. Cette dernière peut faire, par le biais d'un bref questionnaire semi-ouvert, des interviews chez un nombre de personnes du MSPLS, à différents degrés de l'échelle hiérarchique. Dans le pays et au niveau du personnel soignant des districts les provinces de Kirundo et de Muramvya ont été les plus côtoyées par l'AT APIMS et les contacts tant professionnels que humains ont toujours, à aucune exception, été riches et chaleureux.

Logique d'intervention	Efficienc	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique			
Résultat 1	B	B	X
Résultat 2	B	B	X
Résultat 3	B	B	X
Résultat 4	C	C	X
Résultat 5	C	C	X

A : très satisfaisant.

B : satisfaisant.

C : moins ou peu satisfaisant.

5. Quels ont été les résultats du suivi-évaluation ou du monitoring et des éventuels audits et contrôles? Comment les recommandations de ceux-ci ont-elles été prises en compte ?

Un audit externe a été réalisé fin 2009 et ce rapport ci-dessous est de février 2010. Donc un résultat faible. Avec l'accord du service personnel de la représentation CTB et négociation avec l'intéressé, le comptable a été muté dans un autre tâche d'un autre projet. Une nouvelle comptable recrutée l'a remplacé en avril 2010. Elle s'est attelée, appuyée par une attention accrue de l'AT et de son équipe, à améliorer les points faibles de la gestion financière et administrative du projet.

Nous insérons dans les tableaux suivants les recommandations à suivre et les réponses du comptable APIMS. Un texte d'ordre général y est ajouté en guise d'introduction.

La check-list du 31-05-2011 est intégrée afin de démontrer le stade actuel et final de la gestion financière et administrative du projet.

Ainsi une comparaison peut être effectuée par l'équipe d'évaluation finale.

BDI 07 04011: appui institutionnel au ministère de la santé

Principales caractéristiques:	Principales constatations et recommandations
CS 28/4/08 – 36 mois	<ul style="list-style-type: none"> □ Risques spécifiques: <ul style="list-style-type: none"> □ Néant □ Appréciation générale: faible <ul style="list-style-type: none"> □ TVA: pas de déclaration introduite, demande d'exonération pour des achats effectués en août / comptabilisation TVA incluse □ Dossier MP incomplet □ Aucun inventaire des contrats □ Erreur d'imputation comptable (ligne budgétaire) □ Pas de déclaration communiquée concernant les primes payées □ Acquisition de PC remise aux fonctionnaires sans acte de donation ni reprise à l'inventaire □ Non respect des procédures d'achat □ Demande d'exonération de TVA après le 1/7 □ Pas de contrôle budgétaire entre le budget par diem et les dépenses réelles □ Caisse > 200.000 Fbu (1.067.050 Fbu) □ Avances pour formation incorrectement comptabilisées
Régie et cogestion	
Budget CTB: 900.000€	
Taux de réalisation: 31%	
Exécution	
Audit financier: néant	

Plan d'action de suivi des recommandations

1. Introduction

Les recommandations des audits externes constituent une évaluation a posteriori de la performance du système de contrôle interne de la CTB. Outre le caractère légal de ces audits (certification des

comptes), ces recommandations sont une opportunité d'amélioration et font, dès lors, l'objet d'un suivi attentif de la part des acteurs financiers de la CTB.

Pour tout rapport d'audit externe d'un pays, un **plan d'action de suivi des recommandations (1)** est élaboré et présenté au Comité d'Audit. Ce plan est un outil de communication vers les membres du Comité d'Audit des actions stratégiques prises par la CTB pour contribuer à améliorer la gestion financière des projets. Il comprendra également une argumentation sur les recommandations des auditeurs qui ne constitueraient pas une priorité court terme pour la CTB.

La construction de ce plan est pilotée par le service 'contrôlant' qui coordonne les apports des différents responsables : au niveau du siège (Ressources humaines, Juridique, Informatique) et au niveau du terrain (Représentation et Projets).

Trimestriellement, un **rapport de suivi du plan d'action (2)** est élaboré et présenté aux membres du Comité d'Audit permettant de suivre l'évolution des actions planifiées.

Le plan d'action est structuré de la manière suivante :

Il contient trois parties calquées sur la structure d'analyse des auditeurs externes :

1. Partie I : Recommandations générales
2. Partie I: Recommandations relatives à la Représentation
3. Partie III : Recommandations relatives aux Projets

Chaque partie est composée de deux colonnes, l'une reprenant les recommandations des auditeurs et leur contexte, l'autre reprenant les actions à entreprendre par le Siège (HQ), la Représentation (RR) et le Projet (PROJ).

Le rapport de suivi du plan d'action reprend dans la colonne « actions » les activités réalisées et celles à venir (à réaliser).

2. Recommandations projet BDI0704011

Recommandations	Actions / Justifications
<u>Recommandation 48 :</u> Gestion du classement Le manuel des procédures communique une liste des documents à reprendre dans les dossiers de marchés publics. Nous recommandons son utilisation afin d'avoir des dossiers complets.	HQ
	RR
	PROJ Le classement est mis en route très récemment selon le manuel des procédures
<u>recommandation 49 :</u> Inventaire des contrats Nous recommandons d'établir un inventaire	HQ
	RR

exhaustif de tous les contrats signés par le projet, de les référencer et d'établir un tableau récapitulatif.	PROJ Enregistrement exhaustif à faire au cours de ce mois de février 2010 (non réalisé jusqu'aujourd'hui)
<u>recommandation 50 :</u> Respect du plafond de caisse Les limites de caisse décidées par la représentation doivent être respectées.	HQ
	RR
	PROJ Solde actuellement réduit
<u>Recommandation 51 :</u> Gestion d'inventaire L'inventaire communiqué reprend le matériel utilisé par les membres du projet. Il ne reprend pas le matériel acheté et mis à disposition du ministère. Même oralement les utilisateurs de ce matériel n'ont pas pu être identifiés.	HQ
	RR
	PROJ Inventaire des immobilisations en cours d'actualisation (chaque trimestre).
<u>Recommandation 52 :</u> Gestion des formations Le projet organise des formations. Une avance est alors octroyée à l'organisateur sur base du budget. Cette avance est retirée par chèque à la banque et entrée en caisse. La sortie de caisse à l'organisateur n'est pas enregistrée ; seules les dépenses effectives après la formation et à la réception des pièces sont comptabilisées. Chaque sortie de caisse doit être comptabilisée. Nous recommandons également de réaliser un suivi budgétaire sur ce type de dépenses.	HQ
	RR
	PROJ Recommandation bien enregistrée, actuellement toutes les étapes sont enregistrées et suivi budgétaire effectué.
<u>Recommandation 53 :</u> Sondage – à corriger A0101 :	HQ
	RR

<p>Les primes de motivation des archivistes du mois de 11/8 au 10/9 ont été imputées en A0101 alors que l'imputation correcte est la ligne A0102 (ligne utilisée pour les autres mois).</p> <p>La décision du montant à octroyer (150.000 Fbu/ mois/personne) ne nous a pas été communiquée.</p> <p>Cette ligne inclut l'achat de 2 ordinateurs (impact 2.648€ - GT 497 du 10/8/09) mis à disposition des fonctionnaires. Ce matériel n'est pas répertorié à l'inventaire et ne fait pas l'objet d'une remise officielle. La procédure suivie est une demande de 3 pro forma.</p> <p>Le montant a été comptabilisé TVA incluse. Le montant de la TVA doit être imputé sur la ligne TVA à récupérer – cogestion et doit faire l'objet d'une demande de restitution.</p> <p>Des honoraires ont été payés (GT 494 et 492, respectivement 686€ et 228€) sans qu'aucune demande d'offre n'ait été faite. Aucun terme de référence ne nous a été communiqué. Aucun contrat n'a été signé. Il existe uniquement une pro forma.</p> <p>GT 110 et 111 : un contrat de service a été signé pour une formation de 2,5 jours. 65 pauses café ont été facturées mais seuls 32 codes ont été livrés à la formation. Nous n'avons pas reçu d'explications et nous n'avons pas reçu de liste de participants.</p> <p>A0102 : GT 498 du 12/8. Bien que datée d'après juillet 2009, une demande d'exonération à la TVA a été introduite plutôt que la déduction demandée ex post.</p> <p>A0104 : Les per diem ont été comptabilisés par bénéficiaire, ce qui rend impossible toute comparaison avec le budget.</p>	<p>PROJ Imputation budgétaire pour les primes de l'archiviste est corrigée dans la comptabilité du mois de janvier 2010.</p> <p>La décision a été prise par le DI et le Delco.</p> <p>Les 2 ordinateurs portables étaient achetés pour l'utilisation des cadres du Ministère et n'ont pas été transférés. L'un est mis à la disposition du consultant formateur de la mémoire institutionnelle (contrat de 6 mois) et reste à la disposition du Projet et un autre a été volé au mois d'Août 2009. Ils sont repris dans l'inventaire actualisé de ce mois de février 2010.</p> <p>Correction effectuée dans compta 01/2010 suivant facture détaillée du fournisseur et demande de restitution à faire au mois de 02/2010.</p> <p>Ces honoraires servent aux consultations juridiques ad hoc demandés par le DI et Delco pour des dossiers spécifiques de marchés publics du projet APIMS. Chaque consultation juridique pour l'accompagnement d'un MP est précédée d'un devis avec activités détaillées. Le choix du juriste appartient aux DI et Delco.</p> <p>La liste des participants est à chercher à la Direction Générale des Ressources du MINISANTE qui avait assuré la supervision de la formation</p> <p>Pas d'action pcq exonération déjà accordé par le Ministère des Finances suivant la lettre de commande du fournisseur conformément à sa soumission du 22/05/2009 et la convention spécifique du projet en son article 8</p> <p>Remarque bien enregistrée par le projet</p>
--	---

Check-list : juin 2011.

Gestion Budgétaire

Changements Budgétaires

<i>Le budget dans FIT correspond-il au budget officiellement validé (Convention Spécifique / Echange de lettres)?</i>	oui	
<i>Les changements budgétaires approuvés par la SMCL sont-ils correctement entrés dans FIT?</i>	oui	
<i>La dernière proposition de changement budgétaire est-elle dressée selon les directives (à compléter seulement pour les changements budgétaires après 2008)?</i>	oui	
<i>La dernière proposition de changement budgétaire a-t-elle introduite à temps - trois semaines à l'avance (à compléter seulement pour les changements budgétaires après 2008)?</i>	oui	

Suivi du Budget

<i>Le projet fait-il régulièrement un suivi budgétaire?</i>	au moins une fois par mois	
<i>Les rapports de suivi budgétaire FIT sont-ils utilisés?</i>	oui	
<i>Le projet suit-il ses engagements?</i>	oui	
<i>Les rapports de suivi budgétaire sont-ils classés?</i>	oui	
<i>Le projet vérifie-t-il le solde budgétaire disponible avant de valider une dépense?</i>	oui	
<i>Le projet fournit-il les rapports de suivi budgétaire au SMCL?</i>	oui	

6. Quelles recommandations faites-vous pour la consolidation et l'appropriation de l'après-projet (les politiques à suivre ou à mettre en œuvre, les ressources nationales nécessaires, la responsabilisation des groupes cible, la manière d'appliquer les recommandations...)

La meilleure recommandation est de poursuivre le projet. Cela se réalise par la transition du projet ainsi que des autres projets santé CTB dans un Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé-PAISS 2011-2014. Ce programme intègre et étend les 3 projets actuels, y intègre l'expertise antérieure au SIS, et augmente l'ambition de ses résultats par de nouvelles activités. Ci-dessous est repris le tableau qui poursuit et étend les activités de l'APIMS et les place en synergie avec les autres volets du PAISS. Pour rappel le PAISS comprend 3 volets complémentaires : un volet central, un volet périphérique, un volet ressources humaines.

Volet 1 : Appui à la gouvernance au niveau central															
Activités	Tâches/Sous-activités	Timing des tâches/sous-activités												Responsable	Commentaires/Risques liés à la tâche/sous-activité
		m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12		
Résultat 1. Les réformes institutionnelles sont appuyées (1 890 000 EUR)															
Activités par Résultat															
R1/A1 : Appuyer la mise en œuvre des recommandations adoptées de l'audit sur la restructuration du niveau central (NC) du MSP					5000			7500			7500				

	<p>1. Appuyer la fonctionnalité et la logistique de l'installation des nouvelles structures du NC+ appui aux nouveaux comités de gestion, par des formations ciblées à déterminer.</p> <p>2. Appui à l'installation de la DG planification et</p>													<p>Ce résultat dépendra totalement de la mise en place des nouvelles structures et de la oui ou non adoption de nouvelles attitudes de fonctionnement .</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

R1/A2 : Appuyer la coordination des départements et des partenaires du MSP et le renforcement des compétences				2000			5000			5000			
	1.Appui au CPSD.												Cf. APIMS-A01-4+ A401.
	2. Plan de formation des cadres du MS PLS (+ bourses?).												Poursuite des formations ciblées-MP, leadership/management ea. Synergie avec volet 3 (R.A. 12. 3)
	3. Appui à des ateliers et réunions internes du MS PLS .												

R1/A3 : Améliorer les infrastructures et les équipements du niveau central et des 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie								35000			45000				Avec tous volets.
	1. Réhabilitations et équipements NC.														Dépend d'un plan d'infrastructures du NC et de l'arrivée de l'ATI ing.
	2. ATI mi-temps en infrastructure et ICT (régie).														A discuter les priorités de travail avec volet 2 et 3.

R1/A4 : Développer au sein du MS P une mémoire institutionnelle							30000			30000			
	1. Poursuite du classement-archivage de documents du MS PLS-NC et + classement-archivage pilote dans une province MU,KIR.périphérique + une école paramédicale (formations-accompagnement initial et suivi).												Poursuite APIMS A102. Manque de motivation pour cette activité et absence de compétences en classement au niveau du pays. Avec tous volets.

	2. Poursuite appui centre docu., web avec intranet, bulletin annuel/sémiestriel MS PLS (plus tard-2012...)													Poursuite APIMS A102, la mise à jour du site MS PLS et l'utilisation rationnelle de l'intranet seront les défis majeurs de cette activité.
Résultat 2. Le processus de planification est renforcé et soutenu (195 000 EUR)														
		m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	
R2/A1 Définir et contribuer à la mise en place d'un processus de planification ascendante et participative					5000			5000			15000			

	<p>Appui technique à la planification stratégique et opérationnelle au NC et DS< formations, ateliers, diffusion guide opérationnel APP et planification-gestion, soutien aux missions d'accompagnement par les futurs tuteurs des ECD.</p>													<p>Poursuite de la formation et accompagnement des tuteurs des ECD-INSP. Avec tous volets.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>R2/A3 Elaborer un document de stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) et un guide national d'opérationnalisation du DS (GNODS) et son application dans les 5 DS de Muramvya et de Bujumbura Mairie</p>								5000			10000			
	<p>1. Appui à l'élaboration de la politique sectorielle (Compact-IHP+).</p>													

	2.Appui à la rédaction, ateliers de validation régionaux et national d'un guide opérationnel du DS, et diffusion à large échelle de ce guide validé par le MSPLS (cf. R2/A1).													Dépend du processus participatif d'élaboration du guide et des possibilités de cofinancement d'autres PTF. Avec tous les volets.
	3. Appui à la mise en pratique du guide dans les provinces Kirundo, Muramvya (+ Buja-Mairie).													Avec volet 2.
Résultat 3. Le SNIS est fonctionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, permettant une prise de décision et une planification continue basées sur des données fiables ainsi qu'une évaluation du niveau opérationnel par le Ministère (772 000 EUR)														
		m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	
Activités par Résultat														

R3/A1 Etablir un plan stratégique de continuation de la transformation de l'EPISTAT en SNIS								10000			5000			
R3/A2+A3 Soutenir la fonctionnalité du SNIS				30000				40000			50000			

	<p>1. Etablir un plan stratégique du SNIS futur, y incluant une analyse organisationnelle du SIS actuel- Epistat par une consultance internationale en SP-SIS.</p>													<p>Cette consultance se fera dans le cadre de l'extension de l'expertise perle à un spécialiste SIS-SP.</p>
	<p>2. Mobiliser des ressources pour l'appui SNIS.</p>													<p>Difficile, beaucoup de promesses en l'air. La cartographie devra être élaborée avec l'OMS.</p>

	3 Expertise régionale en SP-SIS (régie).													L'expertise perlée sera renforcée en 2011, ensuite ATI sur base du nouveau projet SNIS-2012.
	4. Expertise internationale perlée mise en place outils du SIS (régie).													Appel restreint à candidatures en cours.
	5. Maintenance du parc informatique du SIS dans le pays.													DAO en cours.

	6. Expertise nationale permanente en gestion statistique du SIS-Epistat (cogestion).													CDD prolongé en 2012. Evaluation réalisée.
	7. Appui à l'élaboration du canevas de routine hôpital de district et ensuite hopitaux régionaux et nationaux.											1. UGP Vol 1. 2. Expertise perlée int. Et ATN+équipe Epistat.	1. UGP Vol 1. 2. Expertise perlée int. Et ATN+équipe Epistat.	Equipe Epistat+ ATN+Expertise perlée+équipe technique médecins des hôpitaux. Avec volet 2.

	8. Equipement des HD, BDS et BPS en matériel informatique pour suivi de l'utilisation des outils GESIS dans les BDS et BPS et HD, prioritairement pour les 2 DS de Muramvya (et Buja rural dans la seconde moitié de l'année).												L'équipement et les missions d'accompagnement du GESIS et analyse des données pour le nouveau du SIS-HD se concentrera sur les BDS. Avec volet 2.
	9. Appui gestionnaires SIS dans les provinces MU, KIRU, BuMai.												Cf. ATN et expertise perlée-analyse des données. Avec volet 2.
R3/A4 Co-organiser la revue annuelle du système de santé										7500			

1. Appui à la formation-accompagnement des tuteurs des ECD brevetés (priorité du R4).													Un nouveau sous-projet de formation-accompagnement des tuteurs des ECD pluriannuel est en cours de délaboration-février 2011. Avec tous volets.
2. Appui à des activités issues du GT DC.													Avec volet 2.
3. Elaboration de guides pédagogiques harmonisés de formations.													Dépend des modules déjà existants, et la nécessité de nouveaux modules. Avec tous volets.

	4. Appui ponctuel à des missions d'accompagnement et supervisions et leurs restitutions au niveau de DS et des provinces MU, KIRU, BMAI.													Avec volet 2.
R4/A2 Contribuer à la réalisation d'un plan de renforcement du PCA des DS en chirurgie de base et obstétricale					12500			10000			10000			

1. Rédaction de TDR pour une stratégie nationale de SCOB dans les DS non couverts par les SCOB en coordination avec des chirurgiens nationaux, un expert chir international et le PNSR.													DAO pour prestation de services Q1 2011. Avec tous les volets.
2. Redaction-adaptation, diffusion d'un guide national de la chirurgie de district.													Avec tous les volets.

	3. Faire l'inventaire des besoins de matériel dans les blocs opératoires et services d'appui de l'HD.													Avec tous les volets.
	4. Débuter les formations en SCOB fin 2011 dans des HR et Hôpitaux nationaux, suivi du monitoring semestriels-trimestriels.													Avec volet 2.

R4/A3
Contribuer à une amélioration de qualité de la prise en charge des malades à tous les niveaux

1. Appui à la finalisation de protocoles de prise en charge clinique pour les infirmiers des CdS (SPT) et les médecins des HD.

						7500				10000			Le processus SPT débute janvier 2011, 4 mois de phase test-10 CdS-évaluation- formations et appropriation MSPLS. Avec tous les volets.

	2. Appui au monitoring et à l'évaluation de l'utilisation de ces modules.													Avec tous les volets.
	3. Contribuer au développement des soins mentaux (formations, équipement...)													Ce petit appui peut être soit logistique soit conceptuel. Avec tous les volets.
Résultat 5. Le système de santé est financé sur base d'un système de financement unique, maximisant l'équité, la solidarité et l'accessibilité des soins (1.070 000 EUR)														
		m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	
Activités par Résultat														

<p>R5/A1 Appuyer le démarrage du FBP au niveau central sous l'encadrement de l'Expert International recruté sur fond de l'expertise belge</p>														
	<p>1. Mise en place des procédures pour le démarrage du FBP au NC du MSPLS.</p>				5000			?			?			<p>Cf. expert international CT FBP. Avec tous volets.</p>
	<p>2. Appuyer le monitoring, le contrôle et l'évaluation annuelle/semestrielle du processus du FBP au NC.</p>													<p>Cf. expert international CT FBP. Avec tous volets.</p>

R5/A2 : Contribuer à définir un cadre opérationnel de mise en place de mutuelles de santé pour le secteur informel.					5000			25000			25000			
	1. Elaborer les TDR d'une mission exploratoire pour une stratégie nationale du financement alternatif des soins de santé: carte assurance maladie, mutuelles communautaires...Mise en place d'une équipe technique mixte nationale-régionale-internationale.													Le processus des TDR, le DAO, les appels à candidats, l'analyse et la sélection durent environ 6 mois...Avec volet 2.

	<p>2. Appui à un ou deux projets pilotes dans les provinces MU, KIRU, BMAI, pour tester différents scénarios sur base du document de stratégie proposée.</p>												<p>Début fin 2011-début 2012, parallèle à une nouvelle identification-formulation d'un projet MUSA. Avec volet 2.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

7. Conclusions :

- a) L'appui au sein d'une institution publique, le fait de se retrouver au cœur d'un système sectoriel, de pouvoir participer à l'élaboration, d'une façon bien modeste par ailleurs, d'une politique de santé avec d'autres collègues et partenaires est en soi une expérience de vie assez particulière et très enrichissante.
- b) Travailler dans l'administratif éloigne du malade et de la population et de ses réels problèmes. L'impact sur les pauvres et les exclus est lointain et très indirect. L'appui à la gouvernance globale et sectorielle d'un pays fragile et émergent n'est qu'un aspect du but final de tout développement, un monde juste et équitable. La vision de la CTB pourrait devenir la spécialisation dans ce domaine particulier de la coopération internationale. Y introduire l'appui à l'économie sociale et informelle pour des travaux bien spécifiques à haute main d'œuvre (pavage, construction, équipements artisanaux, routes etc.) permettrait d'y ajouter une dimension même modeste de réduction d'un tant soit peu de pauvreté. En tout cas l'agence Belge de développement se doit de définir le plus vite possible une vision d'avenir, c'est une urgence pour les personnes qui s'y engagent.
- c) Le malade reste le grand absent des discussions et réunions multiples. Les soins cliniques allant de l'accueil du patient à l'anamnèse, examen clinique et traitement rationnel issu de la consultation curative n'est quasiment jamais à l'ordre du jour. C'est hautement regrettable, et pourtant l'AT des projets CTB met un accent particulier sur cet aspect. Les AT du secteur santé n'ont hélas pas le temps et l'espace nécessaires pour s'approfondir dans leur réel mandat d'aider à ce que les gens soient mieux traités. Les procédures MP, les rapportages compliqués, les Template qui se succèdent mais ne se ressemblent jamais...handicapent la transmission mutuelle des compétences entre les assistants techniques et les collègues partenaires.

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Le Directeur Général de la Santé : Dr Liboire Ngirigi.	Le délégué à la cogestion : Dr Réginald Moreels.

TROISIEME PARTIE. ANNEXES.

Annexes
Annexe 1 Résumé des résultats
Annexe 2 Etat des recettes et dépenses
Annexe 3 Taux de déboursement de la prestation
Annexe 4 Personnel de la prestation
Annexe 5 Sous traitances
Annexe 6 Equipements
Annexe 7 Formations
Annexe 8 Bailleurs de fonds

ANNEXE 1. Résumé des résultats et des activités (en fonction du cadre logique)

Les résultats sont clairement et in extenso décrits et commentés de façon critique dans les textes ci-dessus. Il nous est impossible de les mettre dans ce tableau trop étroit.

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
RI. 1.		
RI. 2.		
RI. N.		
Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)	
RI.1. Activité 1 Activité 2 Activité 3		
RI.2. Activité 1 Activité 2 Activité3		
RI.N. Activité 1 Activité 2 Activité N		

ANNEXE 2: ETAT DES DEPENSES AU 31 JUILLET 2011

	Description des postes budgétaires	COUT TOTAL CONTRIBUTION BELGE	DEPENSES CUMULEES
--	---	--------------------------------------	--------------------------

Résultat 1 : Organisation interne du MSP et les interactions entre les différentes Direction au niveau central du MSP sont renforcées

A0101	Elaborer et mettre à la disposition de la cellule d'expertise et de coordination les méthodes et outils de travail nécessaire pour faciliter les interactions entre personnes et services	12 901.21 euros	12901.21 euros soit 100%
A0102	Mettre en place un système de gestion efficace de toute information utile pour le bon fonctionnement du ministère de la santé et du secteur de la santé en général, donc créer une mémoire institutionnelle avec une base de données électronique sur un serveur central et une bibliothèque bien organisée	90052.76 euros	85 256.29 euro Soit 95%
A0103	Accompagner le processus d'effectuer, à la demande du MSP, un audit organisationnel et institutionnel et à tous les niveaux du système national de santé dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services aux différents niveaux du MSP par rapport à leurs missions attribuées	630 euros	632.52euros soit 100%
A0104	Accompagner la cellule d'expertise et de coordination pour devenir « une organisation prenante »	82097.79 euros	76 724.81euro Soit93%
A0105	Faciliter le travail d'un groupe de travail qui élaborera un document conceptuel avec des stratégies opérationnelles pour améliorer la disponibilité (en nombre adéquat) de personne motivé et performant au niveau central du MSP	11 700 euros	10 008.33 euros Soit 86%
A0106	Appuyer la cellule d'expertise et de coordination pour que le niveau de central ait un plan opérationnel annuel et un rapport annuel (suivant un format standard) qui intègrent aussi les différents appuis en expertise au MSP	1 500 euros	1 256.95 euros soit 84%
A0107	Appuyer la DG Ressource à renforcer une gestion transparente et rationnelle des ressource matérielles au niveau central du MSP	10 800 euros	7 463.69 euros Soit 69%
	Sous-total Résultat 1	209 681.76 euros	194 243.80 euros Soit 93%

Résultat 2 : Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (province) et le niveau opérationnel (district de santé) sont renforcées

A0201	Appuyer le MSP à assurer que tous les services en particulier tous les superviseurs dans ces services s'approprient le système de supervision intégrée et formative développé par le Ministère de la santé	99 199.89 euros	93 331.95 euros soit 94%
-------	--	-----------------	--------------------------

A0202	Faciliter l'organisation d'un échange et une réflexe commune à travers des ateliers de travail semestriels au niveau de la région (4 par an) et au niveau central (1 par an)	58 800 euros	58 803.12 euros Soit 100%
A0203	Assurer l'élaboration des outils de travail pour encourager et structurer la documentation et expérience sur terrain	-	
A0204	Assurer a travers les visites de terrain que les méthodes et outils de travail développés au niveau central pour faciliter les interactions entre personnes et services ainsi que la dynamique d'auto évaluation soient diffusé set appropriées par les équipe provinciales	6 840 euros	4 979.90 euro Soit 72%
A0205	Contribuer à travers une participation au groupe de contractualisation une recherche action sur comment optimiser les forces de la contractualisation du niveau opérationnels et diminuer les effets pervers	-	
Sous-total Résultat 2		164 839.89 euros	157 114.97 euros Soit 95%
Résultat 3 : Le cadre de travail avec le MSP et les autres pays partenaire			
A0301	Appuyer le MSP à avoir un inventaire à jours et opérationnel des activités des différents acteurs afin qu'il puisse pleinement jouer son rôle de coordinateurs	-	
A0302	Faciliter une concertation régulière entre le MSP et les auteurs opérationnels	600euros	319.39 euros Soit 53%
A0303	Assurer que les provinces organisent la participation des acteurs opérationnels au développement des plans opérationnels	-	
Sous-total Résultat 3		600 euro	319.93 euro Soit 53 %
Résultat 4 : La concertation avec les autres partenaires/bailleurs (coopération bilatérales et multilatéral, autres) principalement à travers le comité des partenaires à la santé et au développement(CPSD) est plus efficaces			
A0401	Appuyer la cellule d'expertise et de coordination à augmenter la qualité du débat dans le CPSD ainsi que sa performance a travers un bon de suivi	1 200 euros	37.11 euros soit 3%
Sous-total Résultat 4		1200 euros	37.11 euros Sot 3%
Résultat 5 : Interaction entre le MSP et les autres ministères en ce qui concerne les aspects de la planification stratégique et budgétaire du MSP et plus structurée			
A0501	Assurer la préparation et la tenu de réunions régulières entre le MSP et le Ministère du plan et (ad hoc) le ministère des relations étrangères	2 400 euros	789.48 euros Soit 33%

A0502	Assurer le bon échange entre les appuis institutionnels offerts par la coopération belge ou d'autres bailleurs aux différents ministères	-	
Sous-total Résultat 5		2400 euro	789.48 euros Soit 33%
GRAND TOTAL		378 721.65 euros	352 504.75 euros Soit 93% au 31 juillet 2011

ANNEXE 3 : Taux de déboursement de la prestation au 30 juin 2011

Source de financement	Budget cumulé	Dépenses réelles cumulées	Taux de déboursement cumulé	Commentaires et remarques
Contribution belge directe (régie et cogestion)	976 831	895 710	92%	Le taux de déboursement sera à 98% après paiement de tous les engagements
- Régie	556 050	511 696	90%	
- Cogestion	410 781	384 013	93%	
Contribution Etat partenaire (Selon le DTF)	112840			
Contribution Fonds de contrepartie	N/A			
Autres	N/A			

ANNEXE 4 : Personnel de la prestation

Type de personnel (titre, nom et genre)	Durée de recrutement (date début et fin)	Commentaires (délais de recrutement, pertinence de la fonction ou du profil...)
1. Personnel national mis à disposition par le Pays Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur d'intervention (Il est DGSP a été changé 3 fois en fonction des nominations) - Les archivistes (en fonction des services à classer) - Un planton 	
2. Personnel d'appui recruté localement	<ul style="list-style-type: none"> - L'expert archiviste (du 1^{er} mars 2010 au 31/08/21011 - La comptable (du 1^{er} avril au 31 aout 2011 - Le chauffeur du 15 septembre 2011 au 31 aout 2011 	
3. Personnel d'encadrement recruté localement	N/A	
4. Personnel International (hors CTB)	N/A	
5. Personnel International CTB	<ul style="list-style-type: none"> - L'ATI - L'AT Junior 	

ANNEXE 5 : Sous-traitance et appels d'offres

(une fiche par sous-traitance) Marchés publics et conventions

Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi ou de publication	Pays partenaire	Code Navision prestation	Type de marché	Droit applicable	Date et heure de clôture	Date de passation	Budget prévu (€)	Attributaire
BDI/236	fournitures équipement informatique	23-avr-09	Burundi	BDI/07/4011	fournitures	burundais	22 mai 2009	CONTRAT EN COURS DE SIGNATURE	12 600,00 €	INFO-ELECTRONICS
BDI/237	appel à consultant individuel	18-mai-09	Burundi	BDI/07/4011	services	burundais	17/06/09	03/07/09	6 000,00 €	BNZIRA Libère
BDI/234	audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé Publique au Burundi	3/02/2009 (manifestation intérêt) 7 avril 2009 (DAO)	Burundi	BDI/07/4011	Services	Burundais	2/03/2009 à 9h (manifestation intérêt) 7 mai 2009 (offres)	12/06/2009	106 000,00 €	AEDES
BDI/316	Fourniture de 155 étagères, de type divers pour la salle d'archive	16/04/2010	Burundi	BDI/07/4011	fournitures	burundais	avr-10	mai-10	35 937,00 €	AHD
	Formation des équipes cadres de district		Belgique	BDI/07/4012	services				70 914,00 €	ULB
BDI/374	Formation en leader ship management des cadre du MSPLS	nov-11	Burundi	BDI/07/4011	services	burundais			26 950,00 €	Afrique conseil
	Formation des équipes cadres de district		Belgique		services				34 583,00	ULB

Résultats produits : Efficace dans tous les cas

DATE D'AQUISITION ET PREVUE	DESIGNATION	Fournisseur	Prix en €	Prix en BIF
18/05/2009	IMPRIMANTE LAZER JET P1005	VICOM	153,0000	250 000
02/10/2009	DISQUE DUR EXTERNE	SAITRADERS	141,1500	250 000
05/08/2009	CHAISE REMBOURET AVEC SIEGE EN TISSUS	ARTBAMBOU	20,2100	35 000
05/08/2009	CHAISE REMBOURET AVEC SIEGE EN TISSUS	ARTBAMBOU	20,2100	35 000
17/12/2009	IMPRIMANTE HP OFFICE JET J4580	INFOS-ELECTONICS	256,4700	450 000
15/07/2009	FAUTEUILS MOYEN DOSSIER SUR ROULETTES	PALAIS DES MEUBLES	129,1500	
10/08/2009	1ORDINATEUR DE BUREAU	MICROINFORM	925,31	1 460 000
03/03/2009	FAUTEUILS BAS DOSSIER AVEC ACCOUDOIRS ET ROULETTES	PALAIS DES MEUBLES	122,7400	193 000
11/05/2009	1 table an bois sans tiroirs	IKIBIRI	60,3000	100 000
11/05/2009	1table en bois à 3 tiroirs	IKIBIRI	72,3600	120 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
20/11/2008	TELEPHONE FIXE TELEMA	UCOM BURUNDI	85,0900	130 000
14/10/2008	IMPRIMANTE MULTIFONCTION HP L 7680	NETWORK EQUIPMENT TECHNOLOGY	415,65	655 838

14/10/2008	STABILISATEUR 1000VA	NETWORK EQUIPMENT TECHNOLOGY	55,83	88 089
14/10/2008	ONDULAIRE STABILISATEUR 650VA	NETWORK EQUIPMENT TECHNOLOGY	98,89	156 028
20/06/2009	1 DELL LATITUDE D631+ECRAN	Paieiment du siège	598,00	326 700
17/07/2009	1XTURION 64X2 TL60	Paieiment du siège	821,93	1 356 185
02/10/2009	DISQUE DUR EXTERNE	SAITRADERS	141,1500	250 000
25/11/2008	FAUTEUIL HAUT DOSSIER AVEC ROULETTES ET ACCOUDOIRS	PALAIS DES MEUBLES	149,22	236 000
25/11/2008	HAUT ARMOIRE SANS PORTE DE 170X40X40CM (20 CLASSEURS)	PALAIS DES MEUBLES	110,65	175 000
25/11/2008	HAUT ARMOIRE AVE3C 2 PORTES BATTANTES � CLE (40 CLASSEURS)	PALAIS DES MEUBLES	268,73	425 000
17/02/2009	TABLE DE 1,20 X 0,50 X 0,80 CM	ARBAMBOU BURUNDI	65,51	100 000
15/07/2009	CONNECTION de 75 X 75 CM	PALAIS DES MEUBLES	463,8800	790 000
06/08/2009	IMPRIMANTE MULTIFONCTION HP F4280	SOMECA	131,0300	271 400
28/12/2009	ORDINATEUR PORTABLE HP COMPAQ 610	SAITRADERS	684,8600	1 200 000
18/11/2009	ORDINATEUR HP COMPAQ DX 2390	INFOS-ELECTONICS	827,1500	1 500 000
22/02/2010	IMPRIMANTE HP OFFICE JET J 4580	INFOS-ELECTONICS	227,4681	392 000
12/08/2009	IMPRIMANTE BROTHER HL 2040	INFOS-ELECTONICS	227,4681	392 000

10/08/2009	ORDINATEUR PORTABLE TOSHIBA SATELITE L350	MICRO INFORM	1 126,3650	1 911 000
12/08/2009	ORDINATEUR HP COMPAQ DX 2390	INFOS-ELECTONICS	836,0000	1 470 000
12/08/2009	ORDINATEUR HP COMPAQ DX 2390	INFOS-ELECTONICS	836,0000	1 470 000
12/08/2009	ORDINATEUR HP COMPAQ DX 2390	INFOS-ELECTONICS	836,0000	1 470 000
12/08/2009	ONDULAIRE UPS de 800 VA	INFOS-ELECTONICS	102,3606	176 400
12/08/2009	ONDULAIRE UPS de 800 VA	INFOS-ELECTONICS	102,3606	176 400
12/08/2009	ONDULAIRE UPS de 800 VA	INFOS-ELECTONICS	102,3606	176 400
12/08/2009	ONDULAIRE UPS de 1500 VA	INFOS-ELECTONICS	255,9016	441 000
12/08/2009	IMPRIMANTE LASER JET M3035XS MFP	INFOS-ELECTONICS	5 971,0368	10 290 000
12/08/2009	IMPRIMANTE BROTHER HL 2040	INFOS-ELECTONICS	227,4681	392 000
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500

06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Chaise en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	26,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
06/11/2009	Table en eucalyptus	ARBAMBOU BURUNDI	56,0000	47 500
08/01/2009	SUZUKI GRAND VITARA	OLD EAST	17 900,00	29 535 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000

18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
18/01/2010	Etagère métallique de 5 rayons, 200 x 90x35 cm	AHD	127,56	220 000
23/07/2009	1 VELO OLYMPIA SPEED	UNITED TRADING	145,2400	254 000
10/05/2010	BUREAU DE 160*160*175CM	PALAIS DES MEUBLES	394,1917	525 425
10/05/2010	Haute armoire pour 20 classeurs	PALAIS DES MEUBLES	121,5507	162 017
10/05/2010	Armoire moyenne 15 classeurs	PALAIS DES MEUBLES	185,3228	247 020
10/05/2010	Armoire moyenne 30 classeurs	PALAIS DES MEUBLES	228,8851	305 085
23/06/2010	Mobilette pour AT Junior	GRUPE LADAK	665,36	1 000 000
27/10/2010	Projecteur avec écran de projection	MIKAI	992,79	1 690 000
19/10/2010	Photocopieur IR 1020	BUSTEC	975,23	1 650 000
25/10/2010	Imprimante pour la formation des ECD	BUSTEC	396,00	670 000
25/10/2010	Lap top DELL	ROBOSTIC SOLUTION	747,68	1 265 000
25/10/2010	Projecteur	ROBOSTIC SOLUTION	753,58	1 275 000
03/11/2010	Imprimante	ROBOSTIC SOLUTION	756,34	1 255 000
03/11/2010	Imprimante	ROBOSTIC SOLUTION	756,34	1 255 000
01/12/2010	Imprimante multifonction	ROBOSTIC SOLUTION	789,48	1 255 000
07/10/2010	Tél portable	O DIS		45 000
03/11/2010	Tél portable	O DIS	27,25	47 000
04/11/2010	Tél portable	O DIS	27,25	47 000
15/07/2009	1 TABLE DE 120 X 75 X 75 CM	PALAIS DES MEUBLES	463,8800	790 000

08/03/2011	Imprimante HP Laser Jet M1522nf	BUSTEC	706,55	1 200 000
08/03/2011	ORDINATEUR PORTABLE TOSHIBA SATELITE L350	BUSTEC	824,32	1 400 000
09/03/2011	Ordinateur portableHP	ROBOSTIC SOLUTION	777,77	1 350 000
31/03/2011	DISQUE DUR EXTERNE	VEM INFOR	208,73	
12/04/2011	Ecran d'ordinateur du DI	Computecs	246,54	
10/06/2011	Imprimante all in one	ROBOSTIC SOLUTION	1180	

Annexe 7. Formations

Type de formation	Pays, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet ,contenu et niveau
Stage	Belgique	Dr Paul BIZIMANA (Formateur des ECD)	Juin 2010	ULB, formation des ECD
Autres-	<ul style="list-style-type: none"> - Mali et Bourkinafasso - Belgique(Enverse) - DAKAR - Belgique 	<p>Dr NDAYITWAYEKO Salvator</p> <p>Dr Réginald Moreels(DELCO) Dr Léocadie NIVYINDIKA(IGSP)</p> <p>Dr Réginald Moreels(DELCO) Dr Manassé NIMPAGARITSE(TPO) Dr Hilaire NINTERETSE(Dir prog santé)</p> <p>Dr Réginald Moreels(DELCO)</p>	<p>Sept 2010</p> <p>Nov 2010</p> <p>Mars 2011</p> <p>Août 2010, juillet 2011</p>	<p>PNDS, équipe conjointe PNDS, (mission d'exploration)</p> <p>Congrès(AIMT)</p> <p>AFHGA</p> <p>Séminaire d'été (aide budgétaire)</p>

ANNEXE 8. Interventions des Bailleurs de fonds N/A

Interventions d'autres bailleurs de fonds sur le même projet ou dans des projets contribuant à un même objectif spécifique.

Bailleurs de fonds intervenant dans le même projet				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
N/A				
Bailleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
N/A				