

# RAPPORT DE MISE EN OEUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE ET LA GRATUITE DES SOINS POUR L'ANNEE 2017

## CELLULE TECHNIQUE NATIONALE FBP



VERSION FINALE

MAI 2018

## Remerciements

Au cours de l'année 2017, la mise en œuvre du FBP/Gratuité s'est déroulée de manière satisfaisante avec notamment le début de la mise en œuvre du FBP Seconde Génération centré le renforcement de la qualité des soins et la levée des principaux goulots d'étranglement du système de santé.

La Cellule Technique Nationale FBP remercie vivement la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Dr NIJIMBERE Josiane, qui n'a ménagé aucun effort pour soutenir la mise en œuvre du FBP et qui a pu mobiliser des ressources additionnelles auprès du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers.

Des remerciements appuyés s'adressent au Gouvernement du Burundi pour son engagement sans faille dans la mise en œuvre du FBP et pour l'augmentation progressive de sa contribution financière à la mise en œuvre du FBP couplé à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

La Cellule Technique Nationale FBP tient également à remercier tous les cadres et agents du MSPLS, en particulier le Secrétaire Permanent, l'Inspecteur Général de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA, le Directeur Général des Ressources, le Directeur Général de la Planification, les Directeurs des différents départements et programmes de santé ainsi que les cadres et agents du niveau central pour leur implication dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du FBP/Gratuité.

L'implication des acteurs du niveau opérationnel est incontournable pour la réussite de la mise en œuvre du FBP. La CT FBP apprécie à sa juste valeur les efforts consentis par les prestataires des Centres de Santé et des Hôpitaux, les Comités de Santé, les associations locales, les Groupements d'agents de santé communautaire, les Bureaux de District Sanitaire, les Ecoles paramédicales, les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation et les Bureaux Provinciaux de Santé.

Les partenaires techniques et financiers ont largement appuyé techniquement et financièrement la mise en œuvre du FBP. Nos remerciements s'adressent à la Banque Mondiale qui a démarré en 2017 un nouveau projet dénommé KIRA qui va financer le FBP jusqu'en 2022, à l'Union européenne à travers la coopération belge. D'autres partenaires à savoir la KFW et GAVI Alliance ont annoncé leur appui à partir de 2018.

La CT FBP élargie a contribué aux réflexions sur les défis de mise en œuvre du FBP et a apporté des orientations stratégiques pour une mise en œuvre plus efficace. Son travail a été apprécié à plus d'un titre.

La CT FBP mérite également des encouragements et des remerciements pour le travail accompli au cours de l'année 2017. Cette équipe est coordonnée par le Dr KAMANA Jean et est composée de Dr BASENYA Olivier, Dr SEHEYE Emmanuel, Dr NDINDURWAHA Thaddée, Mme HAKIZIMANA Claudine, Mme NITEREKA Rose et Mr HASHAZIMARI Jean Marie.

Enfin, de vifs remerciements sont adressés aux membres de la Commission chargée d'élaborer le rapport annuel FBP/Gratuité 2017 qui ont travaillé sans ménagement à Bujumbura et lors d'une retraite organisée à Kayanza du 02 au 06 avril 2018. Sous la Coordination générale de Dr KAMANA Jean (CT FBP) et la Présidence de Dr BASENYA Olivier (CT FBP), cette Commission était

constituée en outre de Dr NDINDURWAHA Thaddée (CT FBP), Dr SEHEYE Emmanuel (CT FBP), Monsieur HASHAZIMARI Jean Marie (CT FBP), Madame HAKIZIMANA Claudine (CT FBP), Madame NITEREKA Rose (CT FBP), Dr NDAYISABA Dismas (SP), Dr NDEREYIMANA Alexis (DGSSLS), Dr NIYONKURU Jacques (DODS), Dr NDAYISHIMIYE Juvénal (ONG CORDAID), , Dr NGIRIGI Liboire (UE/PASS/CTB), Dr Abdoulaye Mahaman Sani (UE/PASS/CTB), Monsieur BARIGENZA Louis (DSNIS), Madame BARIVUMA Eugénie (DSNIS), Madame NIYUNGEKO Jacqueline (DGP), Monsieur NKINDIYABARIMAKURINDA Sublime (DGP), Monsieur ITANGISHAKA Théodomir (DGR), Monsieur NKIZWANAYO Sylvestre (KIRA/Banque Mondiale), Monsieur SAKAGANWA Jean Pierre (KIRA/Banque Mondiale), Monsieur NSHIMIRIMANA Jean Claude (KIRA/Banque Mondiale) et Monsieur KAVUYIMBO Venant (KIRA/Banque Mondiale).

*Ci-dessous une photo de famille de la Commission ayant élaboré le rapport annuel FBP/Gratuité 2017 à Kayanza*



## Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des abréviations .....	6
Introduction.....	9
Résumé .....	11
CHAPITRE I : EVOLUTION DU CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU FBP AU BURUNDI.....	14
CHAPITRE II : UTILISATION ET QUALITE DES SERVICES DE SANTE.....	15
II.1. Formations sanitaires sous contrat principal.....	15
II.2. Formations sanitaires avec contrat secondaire .....	16
II.3. Utilisation des services de santé (évolution des indicateurs clés contractualisés) .....	16
II.4. Qualité des prestations fournies par les formations sanitaires.....	30
II.5. Score moyen de performance au niveau des entités de régulation.....	37
II.6. Evaluation improvisée de la qualité technique des Hôpitaux .....	37
II.7. Qualité des données produites dans la mise en œuvre du FBP .....	41
II.8. Mise en œuvre de la composante FBP du projet EAPHLN.....	43
CHAPITRE III : SYNTHESE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS ISSUS DES .....	46
RAPPORTS DE VERIFICATION ET CONTRE VERIFICATION .....	46
III.1. Analyse des rapports de la vérification des formations sanitaires.....	46
III.2. Analyse des rapports de la vérification communautaire .....	50
III.3. Evaluation des performances des unités de prestation du niveau intermédiaire et50 périphérique .....	50
III.4. Evaluation de la performance des sous unités du niveau Central (CT FBP, DGR, DGSSLS_et DGP) .....	52
III.5. Analyse des rapports de la contre-vérification.....	53
III.6. Analyse des rapports des audits techniques et financiers .....	54
III.6.1 Audits techniques.....	54
III.6.2 Audits financiers.....	56
CHAPITRE IV : SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP .....	57
IV.1. Suivi des recommandations du rapport annuel FBP 2015 .....	57
IV.2. Système de planification et rapportage sur le FBP.....	57
IV.3. Coordination de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux .....	57
IV.3.1. Ateliers semestriels de suivi de la mise en œuvre du FBP.....	58
IV.3.2. Organisation des réunions de la CT FBP Elargie .....	59
IV.3.3. Autres activités de suivi-évaluation .....	59
CHAPITRE V : DOCUMENTATION ET RECHERCHE ACTION .....	62

V.1. Bulletins trimestriels sur la mise en œuvre du FBP .....	62
V.2. Communications sur la mise en œuvre du FBP au Burundi .....	62
V.3. Préparation et organisation des activités de lancement du projet KIRA .....	64
V.4. Organisation d'un atelier médias sur les enjeux du projet KIRA.....	65
CHAPITRE VI : CONTRIBUTION DU FBP AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE .....	66
VI.1. Disponibilité des ressources humaines .....	66
VI.2. Disponibilité des médicaments.....	67
VI.3. Système d'information sanitaire .....	69
VI.4. Gouvernance, Leadership et Participation communautaire .....	71
VI.5. Financement et autonomie de gestion .....	72
VI. 6. Infrastructures et équipements.....	73
CHAPITRE VII : FINANCEMENT DE LA STRATEGIE FBP.....	75
VII.1. Besoins, sources et gap de financement .....	75
VII.2. Utilisation des budgets prévisionnels par Province.....	76
VII.3. Dépenses affectées aux indicateurs quantité versus qualité .....	79
VII.4. Dépenses par paquet de services (PMA et PCA) .....	82
VII.5. Dépenses par type de service (préventif, curatif, santé de la reproduction) .....	83
VII.6. Dépenses affectées aux indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de 5 ans et les femmes enceintes .....	85
VII.7. Paiements FBP par indicateur au cours de l'année 2017 .....	87
VII.8. Subsidés des organes de régulation et autres entités (primes de performance) .....	90
VII.9. Autres dépenses liées à la mise en œuvre du FBP .....	91
VII.10. Dépenses globales pour la mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2017 ...	92
VII.11. Le cofinancement du FBP .....	93
VII.12. Motivation financière des prestataires de soins .....	95
CHAPITRE VIII : PRINCIPALES CONTRAINTES ET OPPORTUNITES DANS LA MISE EN ŒUVRE ...	97
DU FBP .....	97
VIII.1. Forces et Opportunités.....	97
VIII.2. Contraintes et Faiblesses.....	98
CHAPITRE IX : RECOMMANDATIONS.....	100
CONCLUSION .....	102
ANNEXE.....	103

**Liste des abbréviations**

<b>ARV</b>	AntiRétroviraux
<b>ASC</b>	Agents de Santé Communautaire
<b>ASLM</b>	African Society of Laboratory Medecine
<b>ASLO</b>	Association Locale
<b>BDD FBP</b>	Base des données du Financement Basé sur la Performance
<b>BDS</b>	Bureau de District Sanitaire
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Santé
<b>CAMEBU</b>	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, des Dispositifs Médicaux et des Produits et Matériels de Laboratoire du Burundi
<b>CDS</b>	Centre de Santé
<b>CHUK</b>	Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CPoN</b>	Consultation Post Natale
<b>CPSD</b>	Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement
<b>CPVV</b>	Comité Provincial de Vérification et de Validation
<b>CT-FBP</b>	Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance
<b>DGP</b>	Direction Générale de la Planification
<b>DGR</b>	Direction Générale des Ressources
<b>DGSSLS</b>	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA
<b>DHIS2</b>	District Health Information System 2
<b>DODS</b>	Direction de l'Offre et de la Demande de Soins
<b>DPML</b>	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
<b>DSNIS</b>	Direction du Système National d'Information Sanitaire
<b>EAPHLN</b>	East African Public Health Laboratory Network
<b>ENABEL</b>	Coopération Belge
<b>FBP</b>	Financement Basé sur la Performance
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire

<b>GASC</b>	Groupement d'Agents de Santé Communautaire
<b>Hab</b>	Habitants
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>HN</b>	Hôpital National
<b>iCCM</b>	Integrated Community Case Management
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>ISTEEBU</b>	Institut de Statistiques et d'études économiques du Burundi
<b>MSPLS</b>	Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
<b>NC</b>	Nouvelle Consultation
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PAA</b>	Plan d'Action Annuel
<b>PADSS</b>	Projet d'Appui au Développement du Système de Santé
<b>PAS</b>	Plan d'Action Semestriel
<b>PCA</b>	Paquet Complémentaire d'Activités
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
<b>PF</b>	Planning Familial
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine
<b>RBF</b>	Results Based Financing
<b>SQG</b>	Score de Qualité Globale
<b>SQP</b>	Score de Qualité Perçue
<b>SQT</b>	Score de Qualité Technique
<b>SIS</b>	Système d'Information Sanitaire

<b>SLIPTA</b>	Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation
<b>SPT</b>	Stratégie Plainte Traitement
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>USD</b>	United States Dollars
<b>VAT</b>	Vaccin AntiTétanique
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine/Syndrome ImmunoDéficientaire Acquis

## Introduction

Le FBP associé à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et qui accouchent est mis en œuvre à l'échelle nationale depuis 2010. Des goulots d'étranglement ont été observés lors de la mise en œuvre, notamment : (i) le niveau de qualité des soins qui reste encore insuffisant malgré des améliorations observées, (ii) la faiblesse de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et autres intrants à l'origine de ruptures de stocks au niveau des formations sanitaires, (iii) l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé surtout au niveau périphérique, (iv) l'insuffisance d'implication du niveau communautaire dans la gestion des problèmes de santé.

L'année 2017 a démarré avec le FBP Seconde génération centré principalement sur le renforcement de la qualité des soins, l'implication plus accrue du niveau communautaire à travers le FBP Communautaire, la poursuite de la contractualisation des écoles paramédicales pour améliorer la production des infirmiers de qualité, la contractualisation des services du niveau central du MSPLS, le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour une meilleure mise en œuvre du FBP et une collecte des données plus efficace et plus fiable.

Le rapport annuel FBP 2016 sur la mise en œuvre du FBP/Gratuité a proposé un certain nombre de recommandations pertinentes dont certaines ne sont pas encore mises en œuvre. Il s'agit notamment des recommandations suivantes :

- ✓ Mettre en œuvre la nouvelle tarification des prestations sanitaires basée sur les coûts réels ;
- ✓ Assurer la disponibilité et le respect du contenu du manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux ;
- ✓ Assurer le respect des plans d'extension de la couverture sanitaire pour juguler le développement peu contrôlé des formations sanitaires ;
- ✓ Assurer la mise en œuvre des plans d'action annuel et semestriel des formations sanitaires ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments.

La mise en œuvre de ces recommandations devrait se faire dans les meilleurs délais pour contribuer à lever certains goulots d'étranglement qui empêchent une plus grande performance du système de santé. Il sied cependant de souligner que pour ce qui est de la révision de la tarification des prestations médicales, une étude des coûts de soins a été programmé en 2018 afin d'orienter ladite révision.

La rédaction de ce rapport a été effectuée par une commission mise en place par la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et dont les membres sont issus de la CT-FBP, de la CT FBP Elargie et des certains partenaires appuyant la mise en œuvre du FBP.

Cette équipe a exploité la base de données FBP en ligne pour analyser les données sur les prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires ainsi que les données financières. D'autres documents ont été utilisés dans la rédaction de ce rapport, notamment les rapports trimestriels de la CT-FBP, les rapports d'évaluation de la performance des organes de régulation, les rapports d'évaluation de la qualité technique des formations sanitaires, les rapports d'évaluation de la performance des laboratoires impliqués dans le projet EAPHLN, les

rapports d'enquête communautaire, les rapports mensuels de validation des prestations élaborés par les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation, le rapport de contre vérification portant sur le deuxième semestre 2016, les rapports d'audit technique et financier réalisés par l'Agence Belge pour le Développement.

Le rapport annuel FBP et gratuité des soins 2017 a été analysé puis validé par la Cellule Technique Nationale FBP élargie en sa séance du 3 Mai 2018.

## Résumé

Le Financement Basé sur la Performance couplé à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et qui accouchent est mis en œuvre au Burundi à l'échelle nationale depuis Avril 2010 et a donné des résultats appréciables au niveau de l'utilisation des services de santé, de la qualité des soins avec une contribution au renforcement du système de santé de manière globale.

Au cours de l'année 2017, la synthèse des principaux résultats observés dans la mise en œuvre du FBP associé à la gratuité des soins est indiquée ci-dessous :

### Principaux résultats observés en 2017

- ✓ Une baisse de l'utilisation des services de santé : le nombre de nouveaux contacts par habitant par an est passé de 1,8 à 1,7 de 2016 à 2017. Les consultations des enfants de moins de 5 ans ont également baissé passant de 5,5 à 4,9 NC/Hab/an de 2016 à 2017. Cette baisse pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016 ;
- ✓ La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est restée quasi stationnaire entre 2016 (74,6%) et 2017 (74%) ;
- ✓ Le taux d'enfants complètement vaccinés a baissé passant de 94,8% en 2016 à 85,5% en 2017. Cette baisse nécessite des investigations plus poussées pour en comprendre les raisons ;
- ✓ Le score moyen de qualité technique au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux nationaux a fortement baissé. En effet ce score est passé de 76% à 67% pour les centres de santé et de 90% à 80% pour les hôpitaux nationaux entre 2016 et 2017. Au niveau des Hôpitaux de district on constate une légère augmentation passant de 84% en 2016 à 89% en 2017. La diminution du score de qualité technique des CDS est liée au changement des équipes évaluatrices pour le quatrième trimestre 2017. La baisse du score de qualité technique au niveau des hôpitaux nationaux est probablement liée à la révision de la grille de qualité technique à partir du début de l'année 2017 ;
- ✓ Au niveau du SIS de routine, le taux de complétude et le taux de promptitude des données sont respectivement de 92,3% et 74,6% ;
- ✓ Le financement de la mise en œuvre du FBP en 2017 :
  - Le paiement aux formations sanitaires, aux organes de régulations, aux autres entités de mise en œuvre du FBP ainsi que les coûts opérationnels s'élèvent à 29 421 318 USD, soit 3 USD/per capita/an. Le paiement aux formations sanitaires, organes de régulation et autres entités représente 92,30% du budget et les coûts opérationnels 7,70% ;
  - La première source de financement du FBP/Gratuité pour l'année 2017 est la Banque Mondiale (42,23%), suivi de l'Union européenne via la coopération belge (42,09%) puis du Gouvernement (15,68%). La baisse relative de la part du Gouvernement de 37% à 15,68% de 2016 à 2017 ne signifie en aucune façon une baisse de la contribution de l'Etat. En effet, cette contribution a augmenté à hauteur de 5% de 2016 à 2017 mais la grande proportion du budget de l'Etat prévu pour l'année 2017 (11 707 284 297 Fbu sur les 18 888 388 497 prévus) a été utilisé pour payer tous les arriérés des formations sanitaires de l'année 2016 ;
  - 86,49% du budget FBP pour l'année 2017 a été consommé par les formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).

### Principales contraintes relevées en 2017

- ✓ Le niveau de qualité des soins est toujours insuffisant malgré des progrès atteints les années antérieures. La faiblesse dans la prise en charge clinique et le non respect ou la non utilisation des protocoles de prise en charge des pathologies au niveau périphérique nécessitent des améliorations. Par ailleurs, une culture de qualité n'est pas encore installée au niveau des formations sanitaires et il manque au niveau national une stratégie d'assurance qualité même si son élaboration a démarré en Décembre 2017 ;
- ✓ Les différents protocoles de prise en charge (PCIME clinique, SPT, Malnutrition, VIH, VBG, Paludisme, Maladies chroniques non transmissibles,) ne sont pas disponibles dans certaines FOSA, ou sont dépassés (Paludisme) et/ou ne sont pas correctement appliqués ;
- ✓ Faible niveau d'investissement des Centres de Santé malgré la disponibilité des ressources financières suffisantes. En effet, d'une part, les procédures de passation des marchés semblent bloquer la réalisation d'investissements et l'achat de médicaments pourtant nécessaire pour assurer une qualité des prestations acceptables. D'autre part, certains Districts Sanitaires ont tendance à bloquer les initiatives d'investissement des Centres de Santé ;
- ✓ Faible encadrement/supervision des Centres de Santé par les Bureaux de District Sanitaire ;
- ✓ Faible implication des BDS dans les séances d'audit clinique et des décès maternels au niveau des Hôpitaux de District ;
- ✓ Persistance du chevauchement entre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) résultant des insuffisances des mécanismes de référence et contre référence : l'accès aux soins au niveau des hôpitaux n'est pas encore conditionné par une référence du niveau Centre de Santé ;
- ✓ Problématique de gestion financière et de respect des procédures administratives, financières et comptables au niveau des formations sanitaires : non disponibilité du manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau de certaines FOSA et non respect du prescrit dudit manuel ;
- ✓ La lourdeur des procédures de la chaîne d'approvisionnement en médicaments (procédures de passation des marchés) et des ruptures de stock au niveau de la Centrale d'Achat des médicaments entraînant des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ L'insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau des formations sanitaires surtout dans les zones périphériques. Cette situation est accentuée par une instruction du niveau central empêchant les formations sanitaires de recruter du personnel additionnel, pour éviter de grever le budget destiné aux soins de santé du personnel du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA ;
- ✓ La tarification des prestations sanitaires est devenue obsolète. Une proposition d'une nouvelle tarification basée sur une étude des coûts de soins a été faite mais n'est pas encore mise en application.

### Principales recommandations

En vue d'améliorer la mise en œuvre du FBP, les recommandations suivantes sont formulées :

- ✓ Mobiliser auprès du Gouvernement, des PTFs traditionnels et nouveaux, des financements supplémentaires pour la mise en œuvre du FBP au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Mettre en place des mécanismes permettant de faciliter la réalisation des investissements des formations sanitaires en vue d'améliorer l'offre de soins (Direction Générale des Ressources) ;

- ✓ Réaliser une étude des coûts des soins de santé (Direction Générale de la Planification) ;
- ✓ Actualiser les tarifs des prestations médicales et paramédicales sur base d'une étude actualisée des coûts de soins de santé (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Mettre en œuvre la nouvelle tarification des prestations sanitaires basée sur les coûts réels (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Elaborer une stratégie nationale d'assurance qualité dans le secteur de la santé (DODS) ;
- ✓ Rendre disponible au niveau des formations les protocoles actualisés de prise en charge comme celui de la PCIME clinique, Stratégie Plainte Traitement (SPT), Malnutrition, VIH, VBG, Paludisme, Maladies chroniques non transmissibles (DODS) ;
- ✓ Assurer la disponibilité et le respect du contenu du manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux (Direction Générale des Ressources) ;
- ✓ Renforcer les capacités en gestion financière au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Rendre disponible le manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau des formations sanitaires (Direction Générale des Ressources) ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments (DPML) ;
- ✓ Recruter le personnel qualifié en conformité avec les normes sanitaires au niveau des formations sanitaires (Direction des Ressources Humaines).

## CHAPITRE I : EVOLUTION DU CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU FBP AU BURUNDI

Au cours de l'année 2017, des modifications sont intervenues dans les modalités de mise en œuvre du FBP. Ces modifications sont les suivantes :

- ❖ Au niveau des Centres de Santé, des Hôpitaux de District et des Hôpitaux Nationaux: révision à la hausse du bonus qualité qui est passé de 25% à 40% des fonds FBP gagnés au cours d'un trimestre sur les prestations quantitatives.
- ❖ Révision des grilles d'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé, des Hôpitaux de District et des Hôpitaux Nationaux pour les adapter aux nouveaux protocoles de prise en charge des pathologies.
- ❖ Au niveau des Hôpitaux de District et des Hôpitaux Nationaux: la suppression de certains indicateurs quantitatifs non relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes afin de pouvoir augmenter le poids de la qualité.

Ces indicateurs sont:

- ✓ Nouvelle Consultation Curative par un médecin pour les 5 ans et plus
- ✓ Contre référence arrivée au Centre de Santé
- ✓ Une journée d'hospitalisation pour les 5 ans et plus
- ✓ Dépistage volontaire du VIH/SIDA
- ✓ Nombre de clients ARV suivi semestriellement
- ✓ Cas d'Infections sexuellement transmissibles traitées
- ✓ Circoncision masculine
- ✓ PF: Nouvelles + Anciennes Acceptantes pour les pilules et les injectables
- ❖ Au niveau des centres de Santé: la réduction de 10% des tarifs de certains indicateurs non relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes afin de pouvoir augmenter le poids de la qualité.

Ces indicateurs sont:

- ✓ Nouvelle Consultation Curative pour les 5 ans et plus
- ✓ Une journée d'hospitalisation pour les 5 ans et plus
- ✓ Référence et patient arrivé à l'Hôpital
- ✓ Enfants complètement vaccinés
- ✓ Femmes enceintes complètement vaccinés contre le tétanos
- ✓ Dépistage volontaire du VIH/SIDA
- ✓ Nombre de nouveaux cas sous ARV
- ✓ Nombre de clients ARV suivi semestriellement
- ✓ Cas d'Infections sexuellement transmissibles traitées
- ✓ Dépistage des cas de tuberculose positifs
- ✓ Nombre de cas de tuberculose positifs traités et guéris
- ❖ Au niveau des Centres de Santé: ajout de l'indicateur "dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans"
- ❖ Au niveau des Hôpitaux: ajout de deux nouveaux indicateurs quantitatifs:
  - ✓ Nouvelle consultation curative pour malnutrition aiguë sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 5 ans
  - ✓ Journées d'hospitalisation pour malnutrition aiguë sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 5 ans
- ❖ Révision des grilles d'évaluation de la performance des Bureaux de District Sanitaire, des Bureaux Provinciaux de Santé, des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation, de la CT FBP et de la sous unité DGR en charge du suivi des paiements FBP

- ❖ Reprise de la contractualisation des unités de prestation du niveau central à partir du 4<sup>e</sup> trimestre 2017.

## CHAPITRE II : UTILISATION ET QUALITE DES SERVICES DE SANTE

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) a adopté et mis en œuvre le FBP comme une des stratégies visant l'amélioration de l'utilisation et l'accessibilité aux services de soins de qualité. Dans ce cadre, les FOSA publiques et confessionnelles remplissant les conditions exigées par les normes du MSPLS et qui acceptent la mission publique d'offrir des soins de qualité à la population ainsi que l'application de la politique de gratuité de soins en faveur des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et celles qui accouchent, ont signé des contrats principaux de performance avec les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV) pour les CDS et les Hôpitaux de District. Quant aux Hôpitaux Nationaux, ils ont signé leur contrat de performance avec la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA, conformément au manuel des procédures FBP.

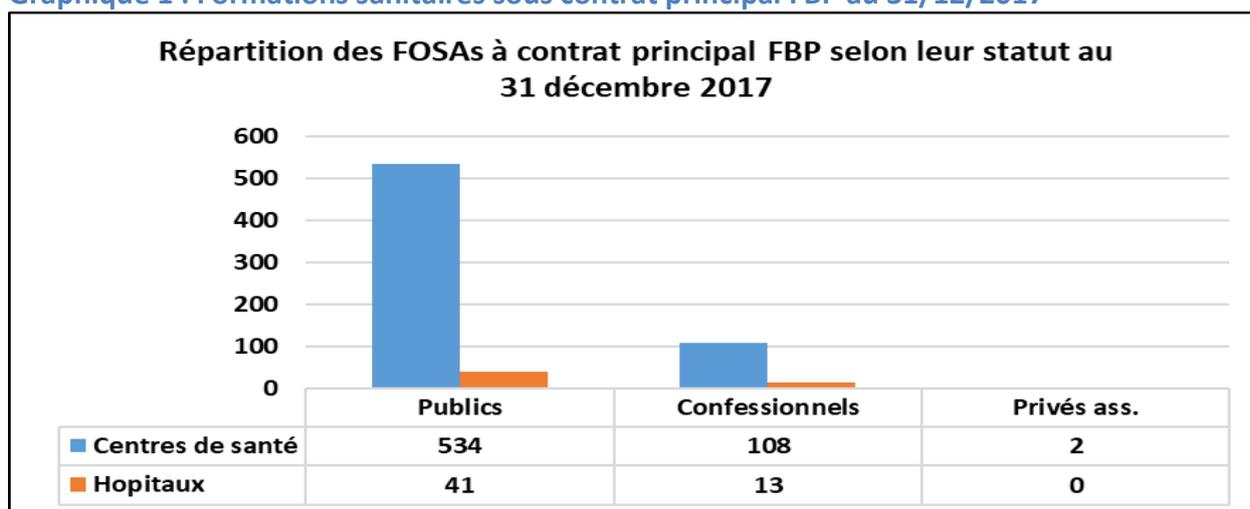
Les structures ayant signé le contrat principal peuvent négocier et signer des contrats secondaires soit avec certaines FOSA publiques n'ayant pas encore le paquet minimum requis ou avec des FOSA confessionnelles, privées et associatives se trouvant dans leur aire de responsabilité.

Les entités chargées de la vérification quantitative et qualitative ont produit des rapports périodiques qui ont été par la suite saisis dans la base de données FBP. Ce chapitre présente une analyse synthétique des données en rapport avec les prestations des FOSA et des entités de mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2017.

### II.1. Formations sanitaires sous contrat principal

A la fin de l'année 2017, les formations sanitaires (FOSA) qui disposaient d'un contrat principal dans le cadre du FBP étaient au nombre de 698 dont 643 CDS (534 publics, 108 confessionnels et 2 privés associatifs) et 54 hôpitaux (41 publics et 13 confessionnels).

**Graphique 1 : Formations sanitaires sous contrat principal FBP au 31/12/2017**

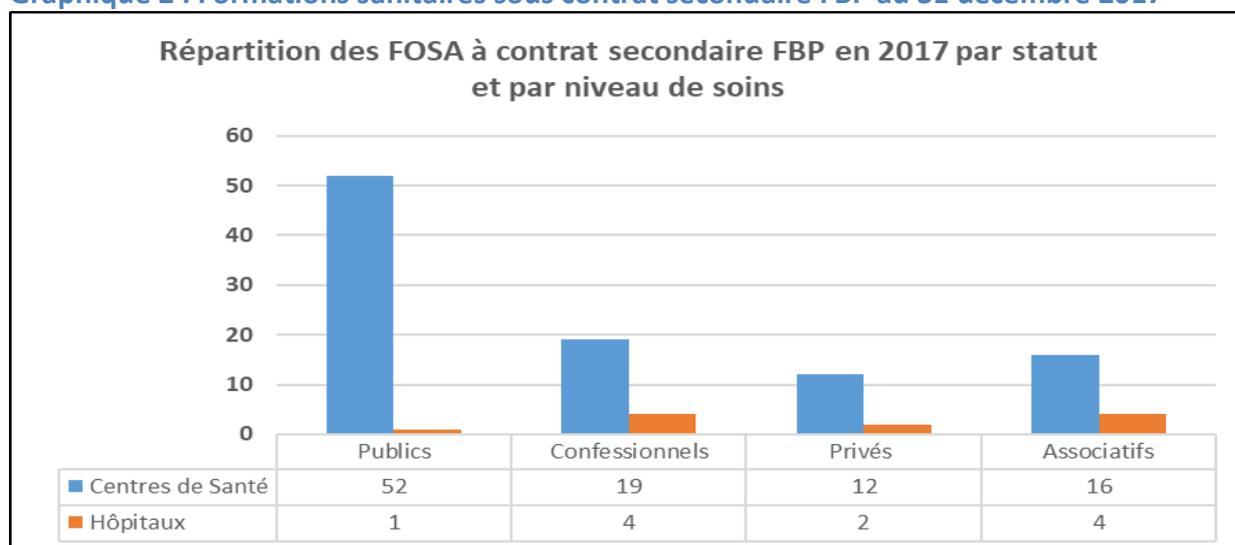


Les formations sanitaires avec contrat principal étaient en majorité publiques (82,4%) ; les structures confessionnelles représentent 17,3% et les privées associatives 0,3% comme le montre le graphique ci-dessus.

## II.2. Formations sanitaires avec contrat secondaire

Les formations sanitaires qui avaient un contrat secondaire FBP au 31/12/2017 se présentent comme indiqué dans le tableau suivant :

**Graphique 2 : Formations sanitaires sous contrat secondaire FBP au 31 décembre 2017**



Les formations sanitaires publiques avec contrat secondaire représentent 49% de tous les contrats secondaires, les confessionnelles 21%, les privées 12% et les FOSA associatives 18%. Le grand nombre de contrats secondaires publics s'explique par un développement peu contrôlé des formations sanitaires publiques ne remplissant pas souvent les conditions exigées pour bénéficier d'un contrat principal. Elles sont alors malgré tout intégrées dans le cadre du FBP sous le statut de contrat secondaire.

**Au total, au 31 Décembre 2017, 808 formations sanitaires étaient sous un contrat FBP dont 698 avec un contrat principal et 110 avec un contrat secondaire.**

## II.3. Utilisation des services de santé (évolution des indicateurs clés contractualisés)

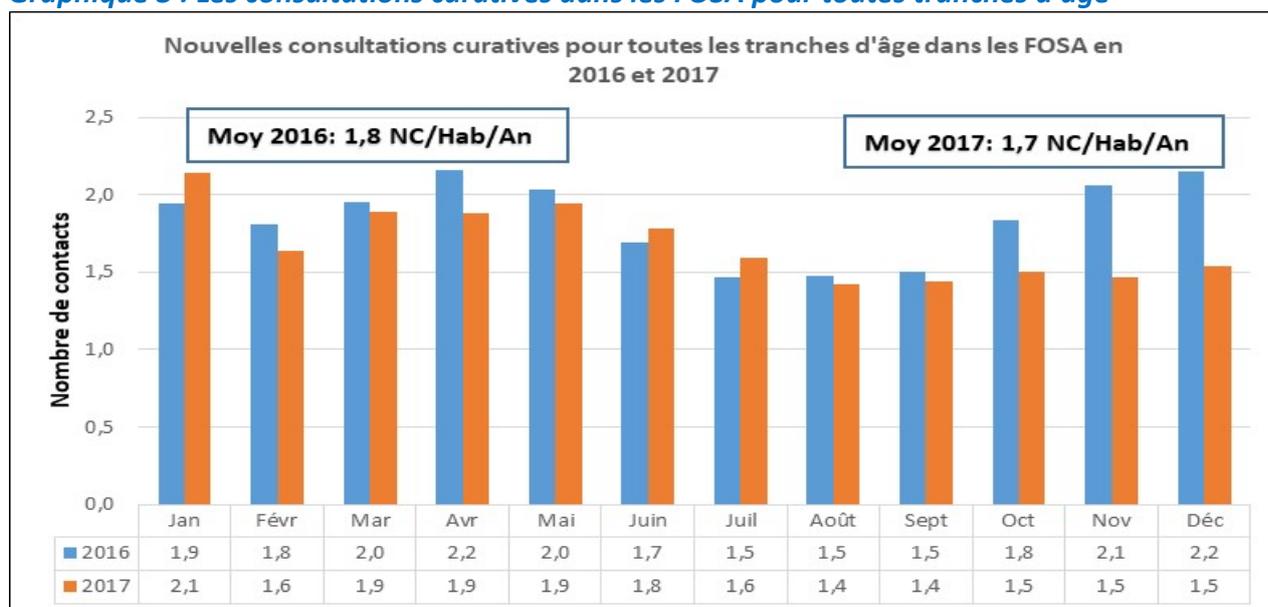
Ce chapitre présente l'évolution de certains indicateurs clés au cours des deux dernières années 2016 et 2017.

### II.3.1. Utilisation des services de consultation curative

La consultation curative correspond au contact d'un sujet malade avec une structure de soins pour un épisode de maladie nécessitant ou non une hospitalisation/hébergement. Les analyses ci-dessous supposent que 90% de la population devraient visiter les CDS au moins une fois par an pour les sujets de plus de 5 ans et deux fois par an pour les moins de 5 ans. Dans les mêmes conditions, 10% de la population devraient visiter les Hôpitaux. Les graphiques présentés portent sur les données des prestations sanitaires par tranches d'âges au niveau de toutes les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux), ensuite les données désagrégées au niveau des Centres de Santé puis au niveau des Hôpitaux.

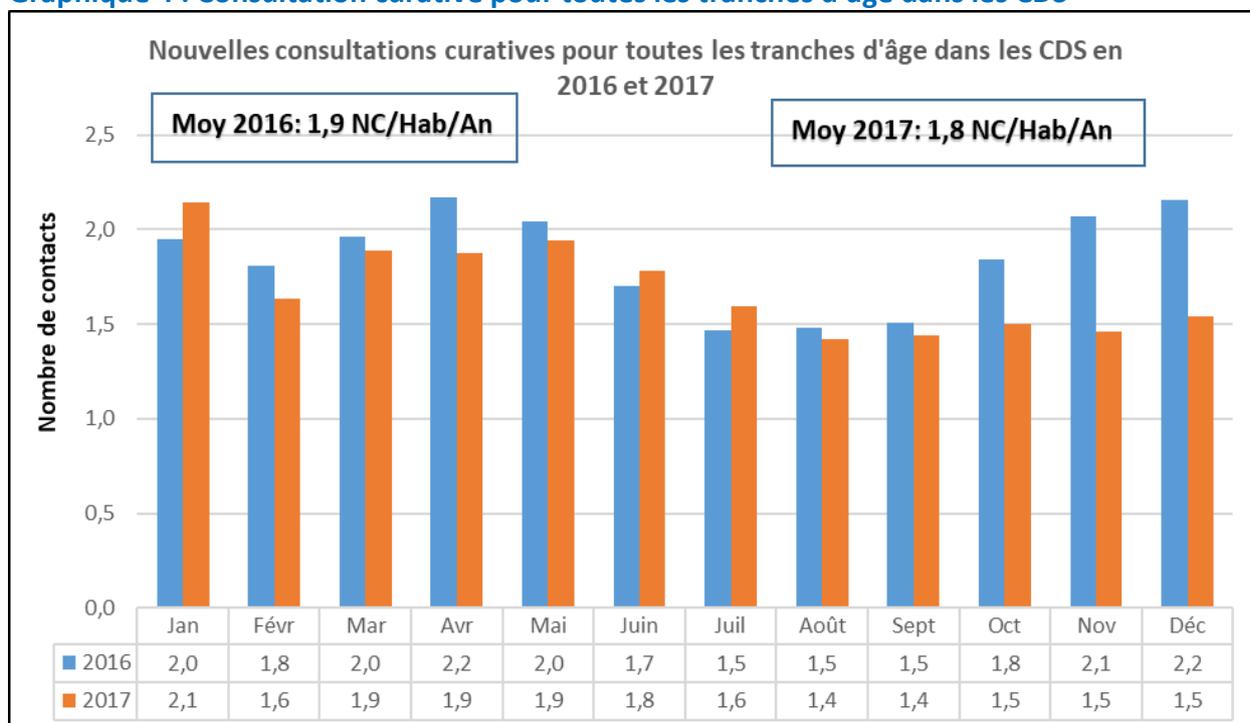
### II.3.1.1. Consultation curative pour toutes les tranches d'âge

**Graphique 3 : Les consultations curatives dans les FOSA pour toutes tranches d'âge**



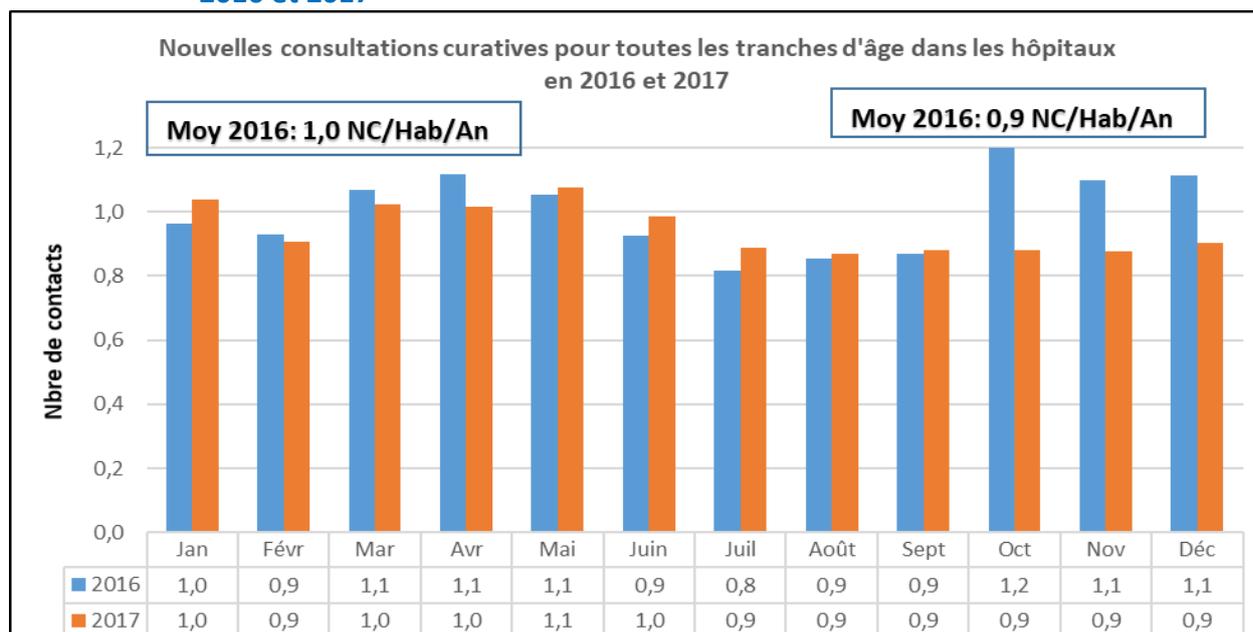
Le nombre moyen de nouveaux contacts par habitant et par an est passé de 1,8 en 2016 à 1,7 en 2017. Cette baisse pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016.

**Graphique 4 : Consultation curative pour toutes les tranches d'âge dans les CDS**



Au niveau des Centres de Santé, la moyenne des nouvelles consultations curatives a légèrement diminué entre 2016 (1,9 NC/Hab/an) et 2017 (1,8 NC/Hab/an). Cette baisse pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016.

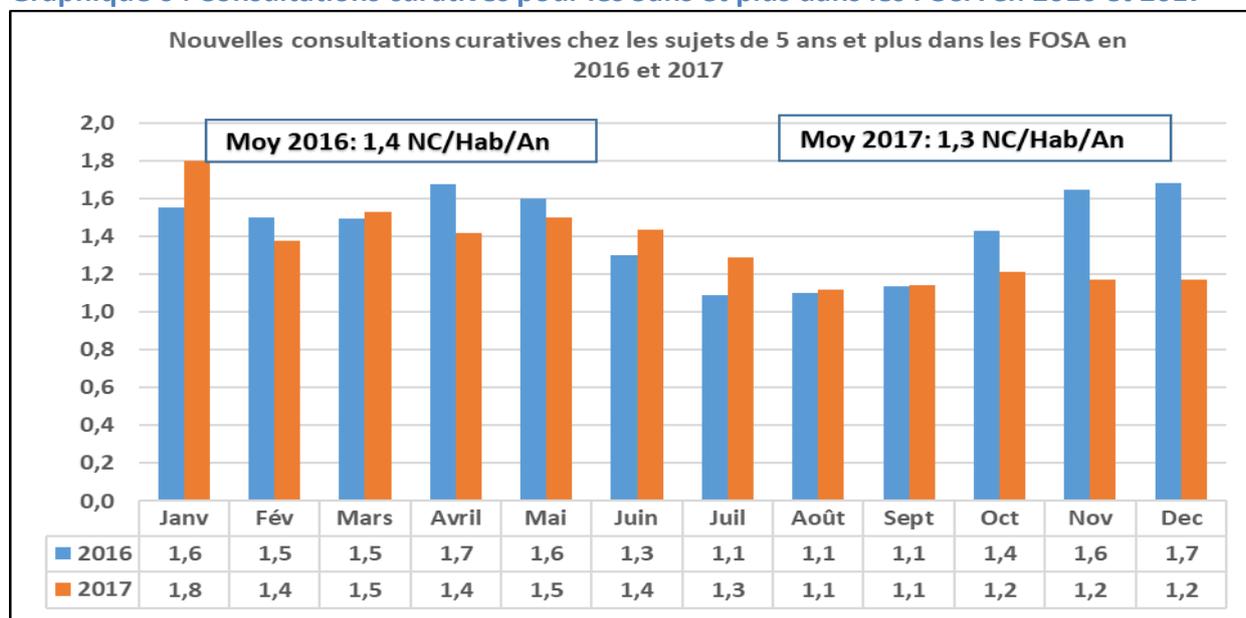
**Graphique 5 : Consultation curative pour toutes les tranches d'âge dans les Hôpitaux en 2016 et 2017**



Au niveau des hôpitaux, le nombre moyen de nouveaux contacts par habitant et par an est passé de 1,0 2016 à 0,9 en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016.

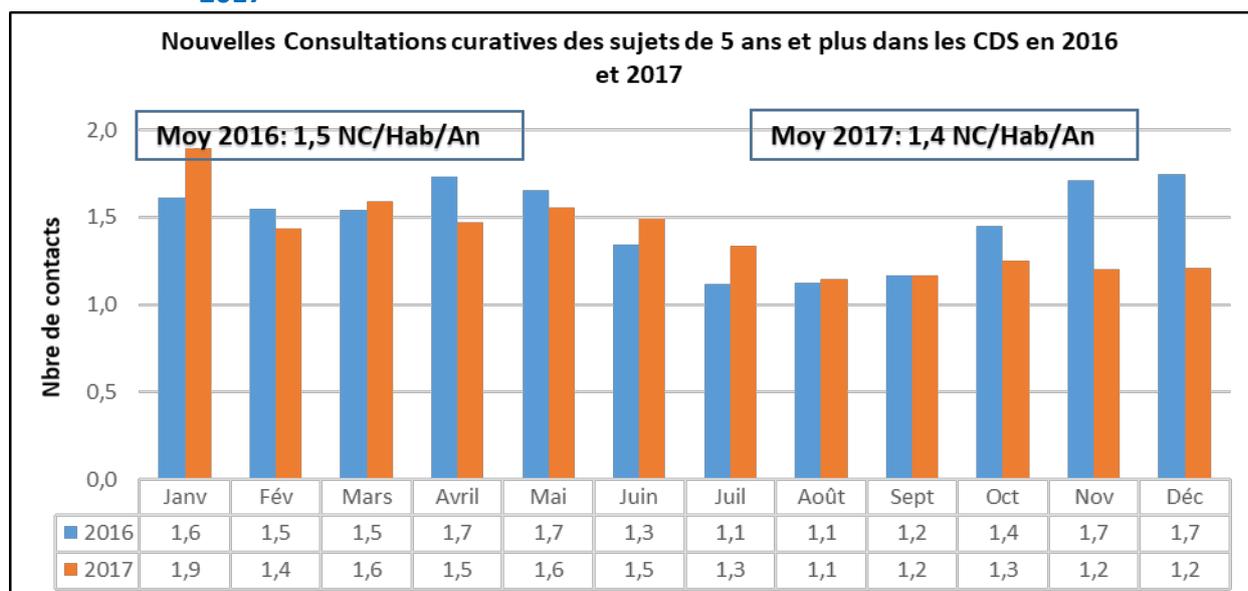
### II.3.1.2. Consultation curative pour les patients de 5 ans et plus

**Graphique 6 : Consultations curatives pour les 5ans et plus dans les FOSA en 2016 et 2017**



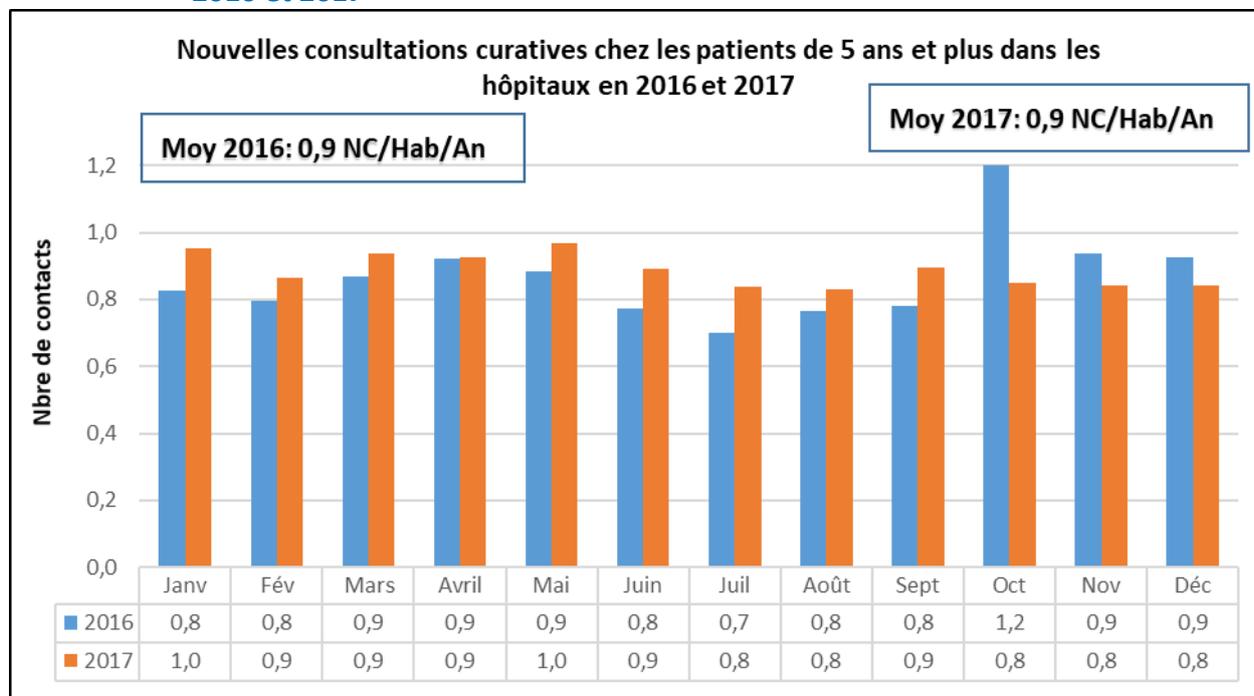
La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Centres de Santé et Hôpitaux pour les sujets de 5 ans et plus a légèrement baissé, passant d'une moyenne de 1,4 nouveaux contacts par habitant et par an en 2016 à 1,3 en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016.

**Graphique 7 : Consultations curatives des sujets de 5 ans et plus dans les CDS en 2016 et 2017**



La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Centres de Santé pour les sujets de 5 ans et plus a légèrement baissé, passant d'une moyenne de 1,5 nouveaux contacts par habitant et par an en 2016 à 1,4 en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016.

**Graphique 8: Consultations curatives chez les patients de 5 ans et plus dans les hôpitaux en 2016 et 2017**

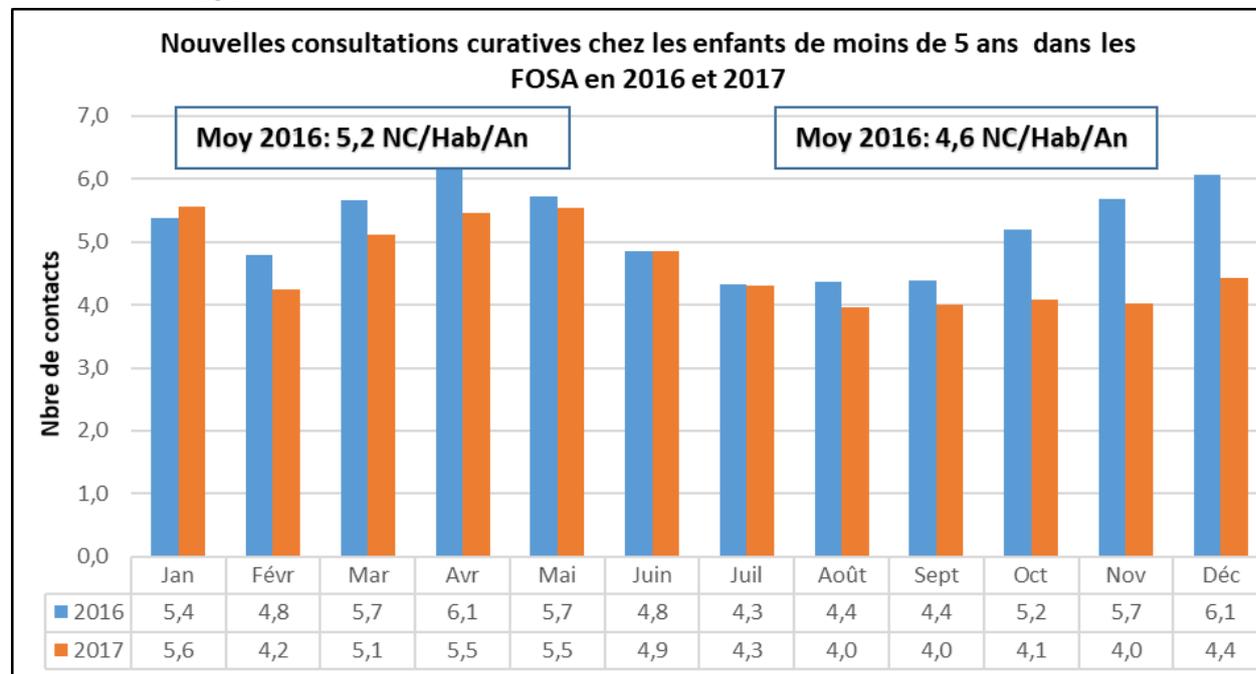


La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Hôpitaux pour les sujets de 5 ans et plus est restée stationnaire à 0,9 nouveaux contacts par habitant et par an en 2016 et 2017.

### II.3.1.3. Consultation curative chez les moins de 5 ans

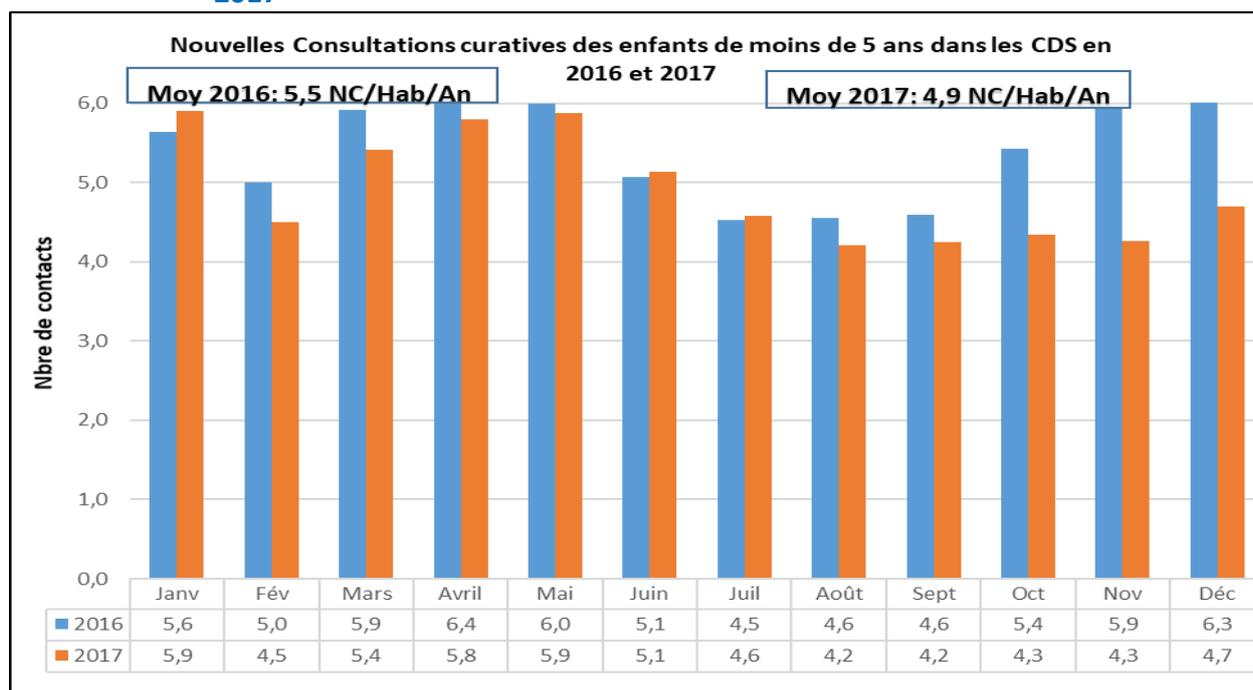
Pour cette tranche d'âge bénéficiant de la mesure de gratuité des soins, la cible annuelle a été fixée à 2 nouveaux contacts par habitant et par an. Le graphique qui suit montre la tendance pour le PMA et le PCA respectivement en 2016 et 2017.

**Graphique 9: Consultation curative pour les moins de 5 ans au niveau des FOSA en 2016 et 2017**



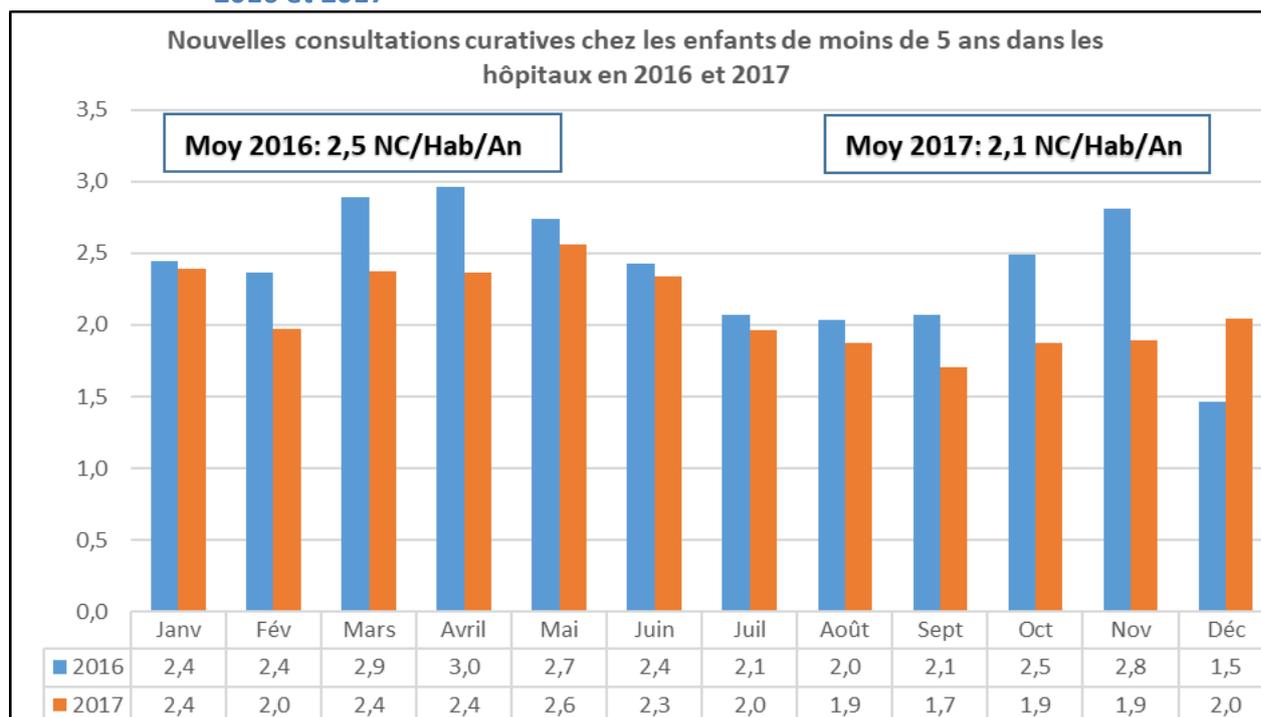
La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Centres de Santé et Hôpitaux pour les enfants de moins de 5 ans a baissé, passant d'une moyenne de 5,2 nouveaux contacts par habitant et par an en 2016 à 4,6 en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer d'une part par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016 ; et d'autre part par la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge communautaire intégrée du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (iCCM).

**Graphique 10 : Consultation curative pour les moins de 5ans au niveau des CDS en 2016 et 2017**



La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Centres de Santé pour les enfants de moins de 5 ans a baissé, passant d'une moyenne de 5,5 nouveaux contacts par habitant et par an en 2016 à 4,9 en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer d'une part par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016 ; et d'autre part par la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge communautaire intégrée du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (iCCM).

**Graphique 11 : Consultation curative pour les moins de 5 ans au niveau des Hôpitaux en 2016 et 2017**



Au niveau des Hôpitaux, la moyenne des nouvelles consultations curatives pour les enfants de moins de 5 a passé d'une moyenne de 2,5 nouveaux contacts par habitant et par an en 2016 à 2,1 en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer d'une part par la diminution du nombre de cas de paludisme dont l'augmentation avait démarré au quatrième trimestre 2016 ; et d'autre part par la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge communautaire intégrée du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (iCCM).

### II.3.2. Utilisation des services de santé par Province et par tranche d'âges

**Tableau 1: Répartition des cas de nouvelles consultations curatives par Province au cours de l'année 2017**

Province	> 5ans			< 5ans				Toutes tranches d'age		
	Cas (a)	Cible (b)	Contacts(c)	Cas (d)	Cible (e)	Cible/2 (f)	Contacts d/(e/2)	(a+d)	(b+e)	(a+d)/(b+e)
Bubanza	361 164	299 412	<b>1,2</b>	363 172	161 232	80 616	<b>4,5</b>	724 336	460 644	1,6
Buja Mairie	262 972	440 664	<b>0,6</b>	178 951	237 276	118 638	<b>1,5</b>	441 923	677 940	0,7
Buja Rural	388 530	375 684	<b>1,0</b>	318 710	202 296	101 148	<b>3,2</b>	707 24	577 980	1,2
Bururi	261 021	251 508	<b>1,0</b>	157 630	135 432	67 716	<b>2,3</b>	418 651	386 940	1,1
Cankuzo	386 506	192 816	<b>2,1</b>	394 103	103 824	51 912	<b>7,6</b>	780 609	296 640	2,6
Cibitoke	504 027	346 272	<b>1,5</b>	447 159	186 456	93 228	<b>4,8</b>	951 186	532 728	1,8
Gitega	1 267 523	593 592	<b>2,1</b>	971 936	319 632	159 816	<b>6,1</b>	2 239 459	913 224	2,5
Karusi	569 175	361 464	<b>1,6</b>	558 692	194 640	97 320	<b>5,7</b>	1 127 867	556 104	2,0
Kayanza	771 325	444 924	<b>1,7</b>	538 398	239 568	119 784	<b>4,5</b>	1 309 723	684 492	1,9
Kirundo	697 728	509 496	<b>1,4</b>	867 541	274 344	137 172	<b>6,3</b>	1 565 269	783 840	2,0
Makamba	293 598	360 456	<b>0,8</b>	295 615	194 088	97 044	<b>3,0</b>	589 213	554 544	1,1
Muramvya	287 956	243 168	<b>1,2</b>	227 375	130 944	65 472	<b>3,5</b>	515 331	374 112	1,4
Muyinga	597 664	511 008	<b>1,2</b>	754 244	275 160	137 580	<b>5,5</b>	1 351 908	786 168	1,7
Mwaro	352 781	226 848	<b>1,6</b>	242 536	122 148	61 074	<b>4,0</b>	595 317	348 996	1,7
Ngozi	575 653	537 804	<b>1,1</b>	647 400	289 584	144 792	<b>4,5</b>	1 223 053	827 388	1,5
Rumonge	270 477	307 296	<b>0,9</b>	220 863	165 468	82 734	<b>2,7</b>	491 340	472 764	1,0
Rutana	344 764	276 156	<b>1,2</b>	355 215	148 704	74 352	<b>4,8</b>	699 979	424 860	1,6
Ruyigi	614 889	308 760	<b>2,0</b>	629 228	166 248	83 124	<b>7,6</b>	1 244 117	475 008	2,6
<b>Total</b>	<b>8 807 753</b>	<b>6 587 328</b>	<b>1,3</b>	<b>8 168 768</b>	<b>3 547 044</b>	<b>1 773 522</b>	<b>4,6</b>	<b>1 6976 521</b>	<b>10 134 372</b>	<b>1,7</b>

Pour les patients de 5 ans et plus, la province de Gitega et Cankuzo (2,1 NC/Hab/an) ont le nombre de contacts par habitant et par an le plus élevé en 2017 ; la Mairie de Bujumbura (0,6 NC/Hab/an), les provinces Sanitaires de Makamba (0,8 NC/Hab/an) et Rumonge (0,9 NC/Hab/an) ont le nombre de contact le plus faible.

Pour les enfants de moins de 5 ans, les Provinces Sanitaires de Ruyigi (7,6 NC/Hab/an), Cankuzo (7,6 NC/Hab/an), Kirundo (6,3 NC/Hab/an) et Gitega (6,1 NC/Hab/an) ont le nombre de contacts par habitant par an le plus élevé ; la Mairie de Bujumbura (1,5 NC/Hab/an) et la Province Sanitaire de Bururi (2,3 NC/Hab/an) ont le nombre de contact le plus faible.

Tous âges confondus, les provinces saniraires de Cankuzo et Ruyigi (3,2 NC/Hab/an) ont le nombre de contact le plus élevé. La Mairie de Bujumbura (0,8 NC/Hab/an) a le nombre de contact le plus faible.

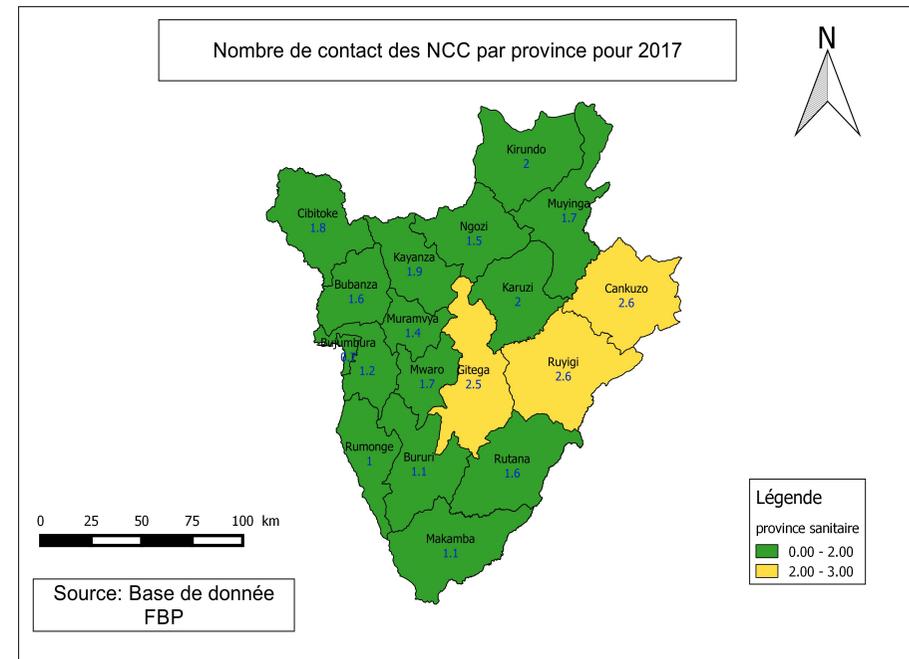
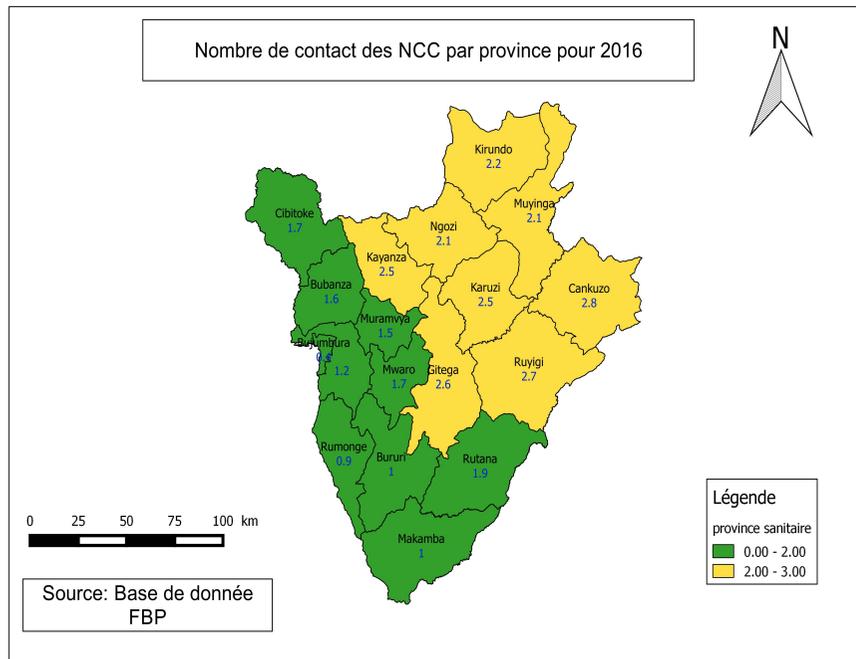
Pour les provinces de Cankuzo et Ruyigi, la forte utilisation des services de consultation curative pourrait se justifier par la forte endémicité du paludisme. Quant à la province de Gitega, le nombre de contact élevé pourrait être expliqué par l'existence des hôpitaux de réputation nationale (Ex. Mutoyi et Kibuye).

**Tableau 2. Evolution du nombre de contacts par tranche d'âge en 2016 et 2017**

N°	Province	Patients > 5 ans		Enfants < 5 ans		Tous ages	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
1	Bubanza	1,2	1,2	4,5	4,5	1,6	1,6
2	Bujumbura Mairie	0,3	0,6	1,4	1,5	0,4	0,7
3	Bujumbura Rural	1	1	3,1	3,2	1,2	1,2
4	Bururi	0,9	1	2,2	2,3	1	1,1
5	Cankuzo	2,1	2,1	8,2	7,6	2,8	2,6
6	Cibitoke	1,4	1,5	4,9	4,8	1,7	1,8
7	Gitega	2,2	2,1	6,6	6,1	2,6	2,5
8	Karusi	1,9	1,6	7	5,7	2,5	2,0
9	Kayanza	2,3	1,7	5,6	4,5	2,5	1,9
10	Kirundo	1,5	1,4	7,3	6,3	2,2	2,0
11	Makamba	0,8	0,8	3	3	1	1,1
12	Muramvya	1,3	1,2	3,7	3,5	1,5	1,4
13	Muyinga	1,4	1,2	6,7	5,5	2,1	1,7
14	Mwaro	1,5	1,6	4,3	4	1,7	1,7
15	Ngozi	1,5	1,1	6,3	4,5	2,1	1,5
16	Rumonge	0,7	0,9	2,5	2,7	0,9	1,0
17	Rutana	1,4	1,2	5,5	4,8	1,9	1,6
18	Ruyigi	1,9	2	8,4	7,6	2,7	2,6
<b>TOTAL</b>		<b>1,4</b>	<b>1,3</b>	<b>5,0</b>	<b>4,5</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>

Si on considère les moyennes, le tableau ci-haut montre une baisse pour le nombre de contact par habitant et par an des patients de 5 ans et plus en 2016 et 2017 ; la même baisse s'observe pour le nombre de contact des enfants de moins de 5 ans et pour les patients de toutes les tranches d'âge.

Carte 1 et 2 : Représentation des contacts par habitant par an et par Province en 2016 et 2017

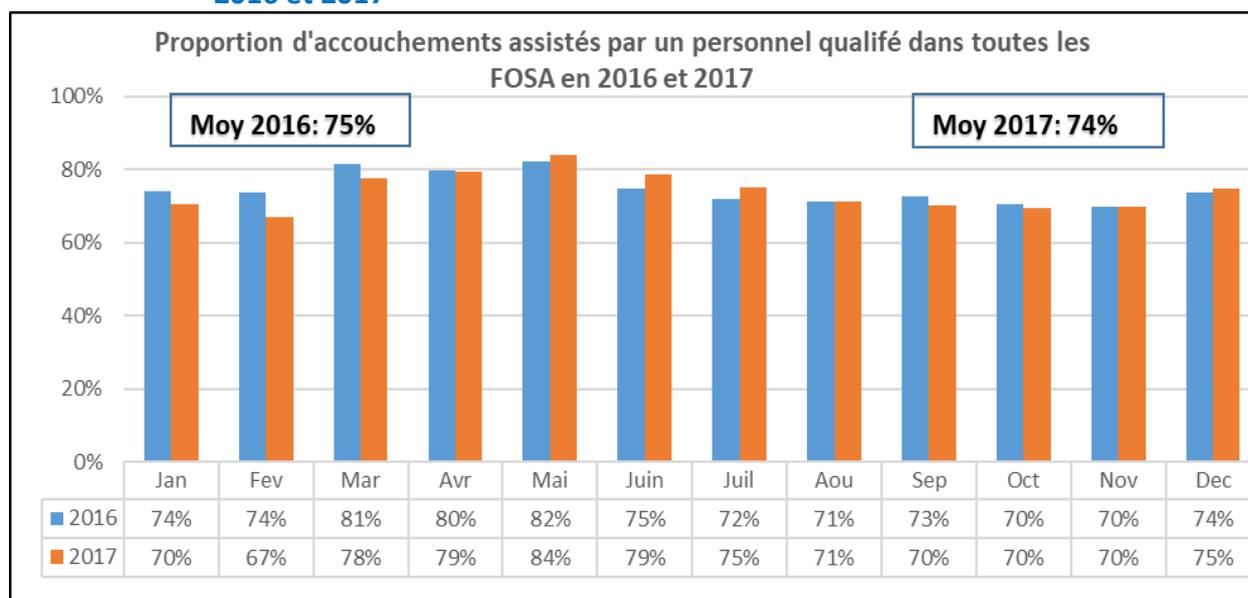


Comme l'indiquent les cartes ci-dessus, 8 Provinces sur 18 (Cakuzo, Ruyigi, Gitega, Ngozi, Muyinga, Kayanza, Karuzi et Kirundo) avaient un nombre de nouveaux contacts par habitant et par an supérieur à 2 contre 3 Provinces seulement en 2017 (Cakuzo, Ruyigi et Gitega).

### II.3.3. Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié

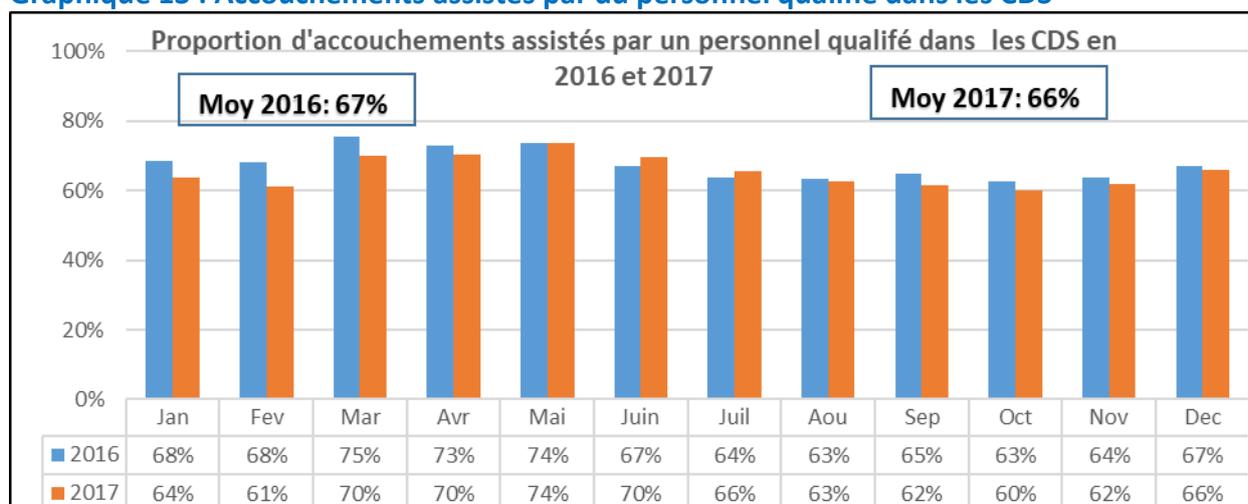
Dans le contexte burundais, un accouchement assisté par un personnel qualifié est un accouchement dirigé par un infirmier de niveau minimum A3 (deux années d'études paramédicales après la dixième année) ou un médecin. L'analyse faite sur les accouchements assistés part de l'hypothèse selon laquelle la cible totale des accouchements assistés attendus dans les CDS correspond à 80% des accouchements attendus dans le pays. 10% des accouchements eutociques auto référés devraient théoriquement être assurés par les hôpitaux ainsi que 10% des cas de dystocies référés par les CDS. Parmi ces cas de dystocies, 50% vont accoucher par voie basse et 50% par césarienne.

**Graphique 12 : Accouchements assistés par un personnel qualifié dans toutes les FOSA en 2016 et 2017**



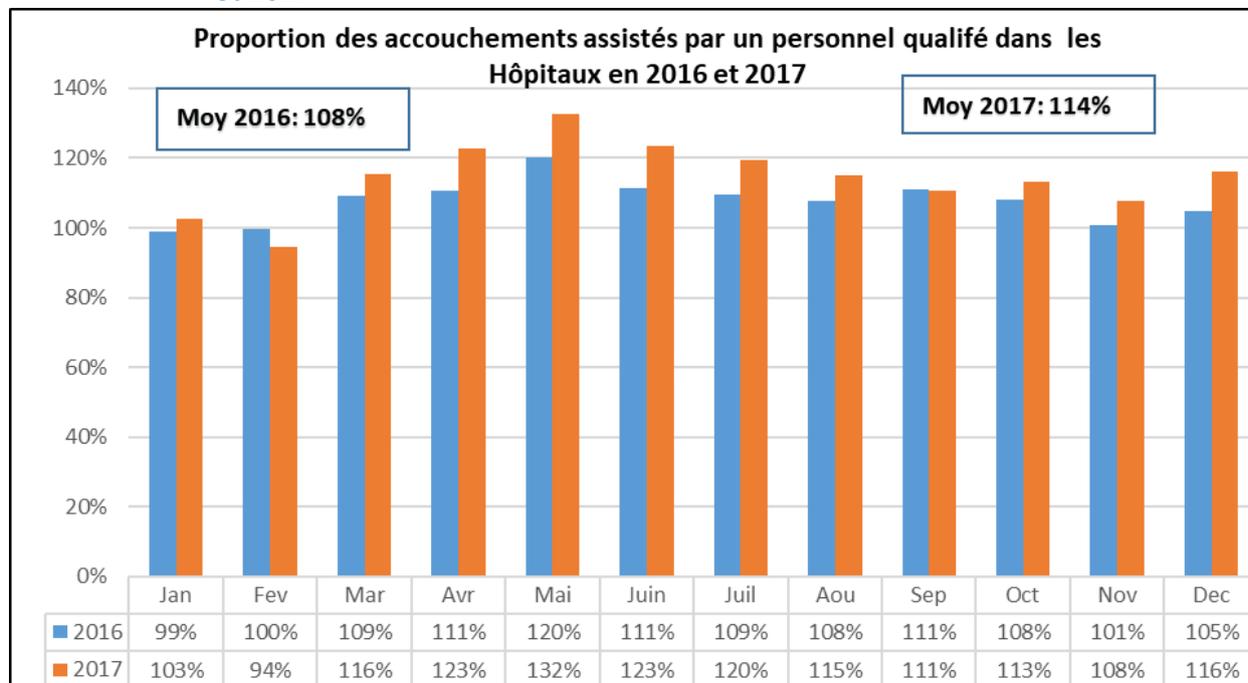
Durant les années 2016 et 2017, la tendance du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est restée quasi stationnaire avec une moyenne de 74,6% en 2016 et 74% en 2017.

**Graphique 13 : Accouchements assistés par du personnel qualifié dans les CDS**



Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les CDS est passé d'une moyenne de 67,6% en 2016 à 65,6% en 2017. Cette baisse de l'utilisation des services de maternité au niveau des CDS pourrait s'expliquer par le manque de respect du circuit du malade.

**Graphique 14 : Accouchements assistés par du personnel qualifié dans les Hôpitaux en 2016 et 2017**

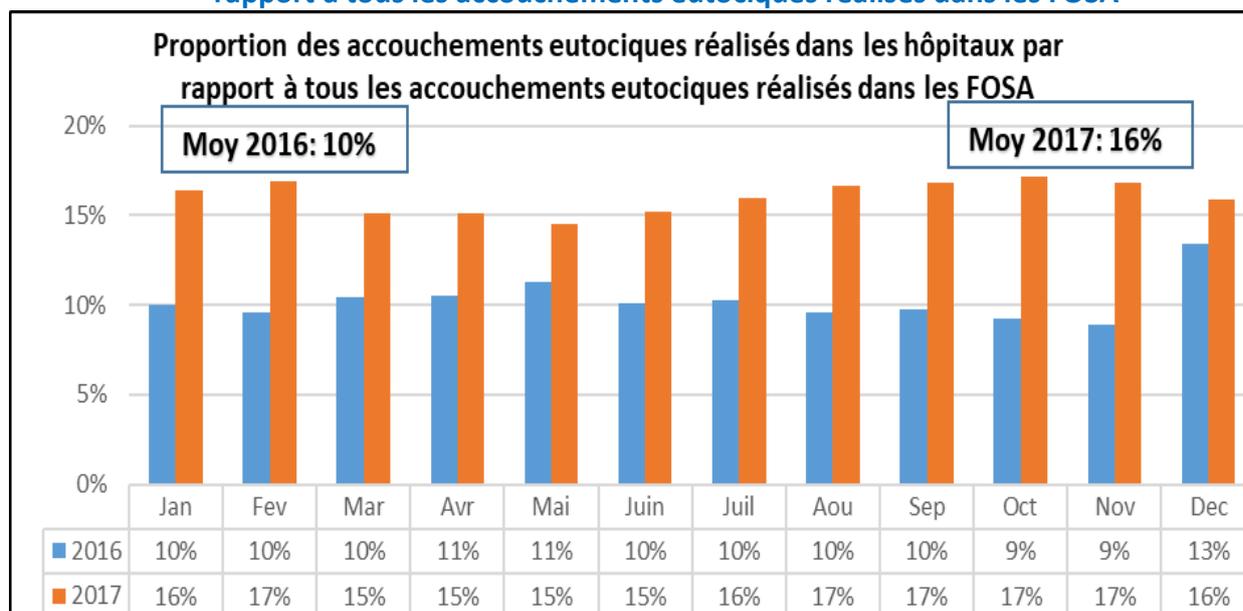


Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les hôpitaux est passé d'une moyenne de 107,6% en 2016 à 114,4% en 2017. Cette augmentation de l'utilisation des services de maternité au niveau des hôpitaux pourrait s'expliquer par le manque de respect du circuit du malade.

#### **Accouchements eutociques dans les hôpitaux**

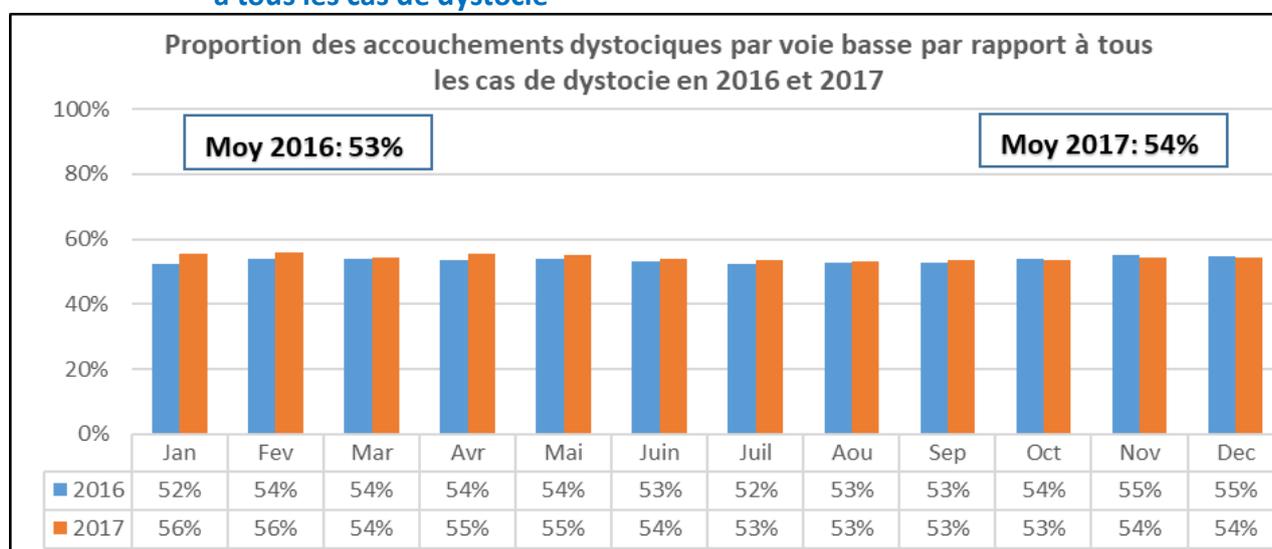
La cible totale des accouchements assistés attendus dans les CDS correspond à 80% des accouchements attendus dans le pays. 10% des accouchements eutociques auto référés devraient théoriquement être assurés par les hôpitaux.

**Graphique 15 : Proportion des accouchements eutociques réalisés dans les hôpitaux par rapport à tous les accouchements eutociques réalisés dans les FOSA**



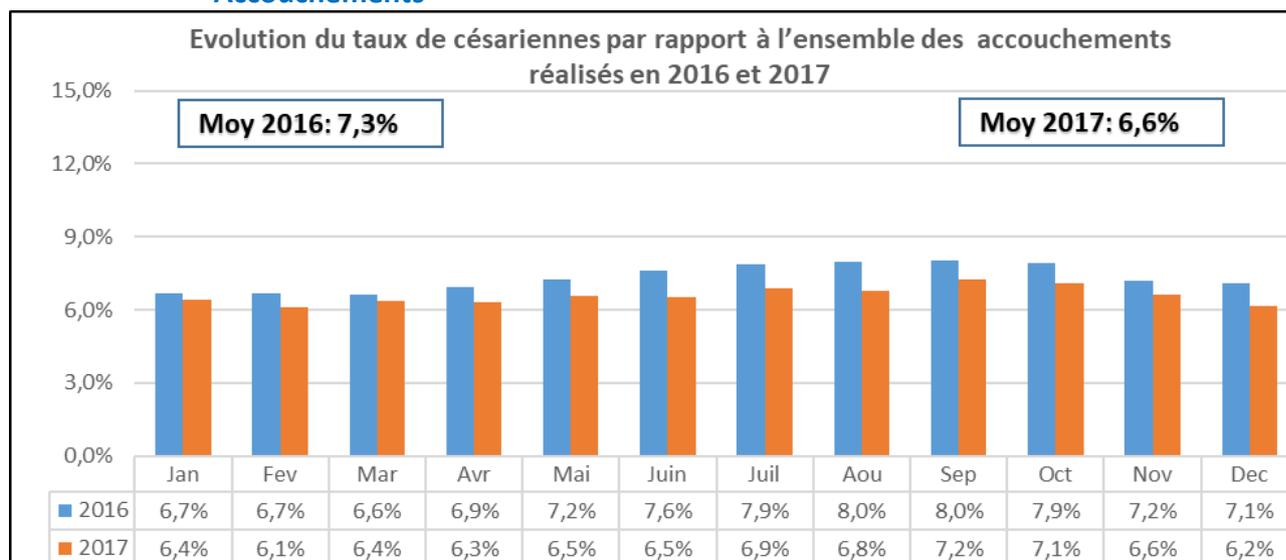
La proportion des accouchements eutociques qui se déroulent dans les hôpitaux par rapport à tous les accouchements eutociques réalisés dans les FOSA a sensiblement augmenté passant de 10,2% en 2016 à 16% en 2017. Cette augmentation des accouchements eutociques dans les hôpitaux pourrait s'expliquer par le manque de respect du circuit du malade.

**Graphique 16 : Proportion des cas d'accouchements dystociques par voie basse par rapport à tous les cas de dystocie**



La proportion des cas d'accouchements dystociques par voie basse par rapport à l'ensemble des cas de dystocie (accouchements dystociques par voie basse + césariennes) a augmenté passant de 53,5% en 2016 à 54,3% en 2017.

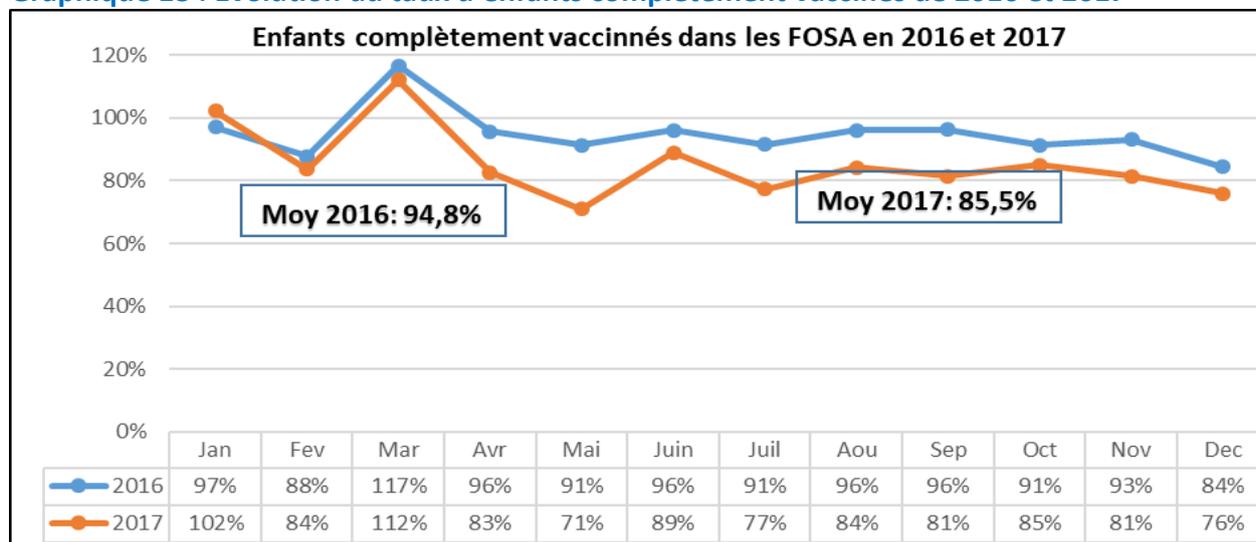
**Graphique 17 : Evolution du taux de césariennes par rapport à l'ensemble des Accouchements**



La proportion des césariennes par rapport aux accouchements assistés est restée largement inférieure aux valeurs indicatives de 10 à 15% préconisées par l'OMS. Ce taux a connu une légère baisse passant d'une moyenne de 7,3% en 2016 à 6,6% en 2017. Ceci peut s'expliquer par le fait que les compétences chirurgicales des médecins généralistes ne sont plus renforcées ; et ceux qui ont bénéficié de la formation ne sont pas stables dans les hôpitaux surtout périphériques.

#### II.3.4. Enfants complètement vaccinés

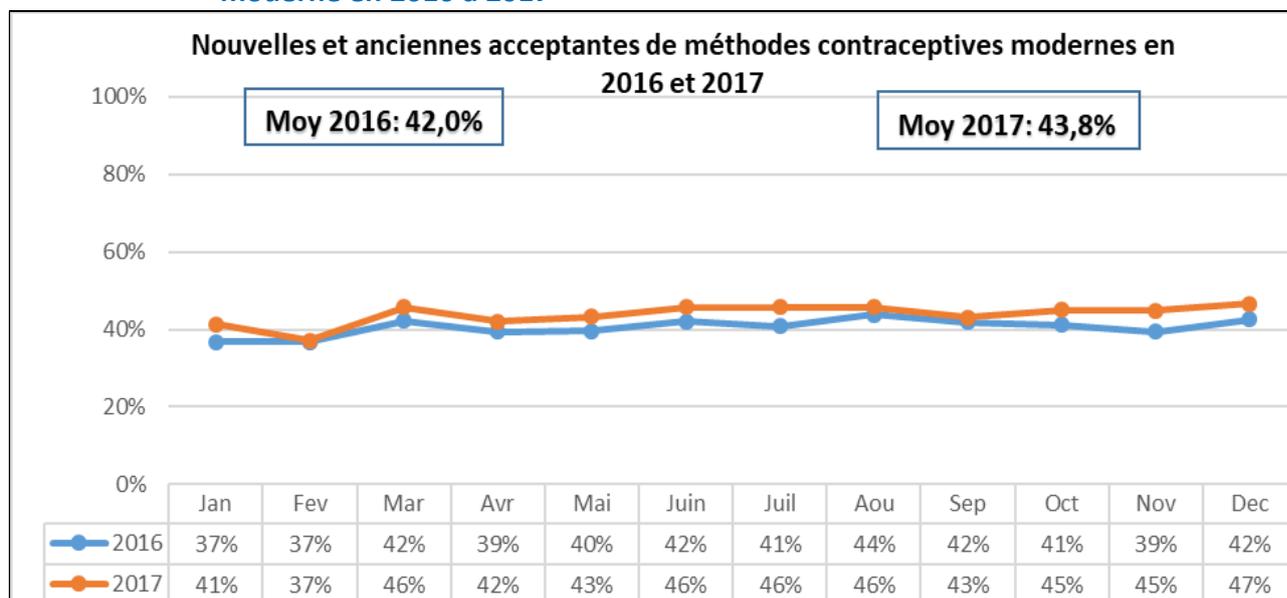
**Graphique 18 : Evolution du taux d'enfants complètement vaccinés de 2016 et 2017**



La tendance évolutive est superposable en 2016 et 2017 pour la proportion d'enfants complètement vaccinés. Les taux de couverture sont globalement plus élevés en 2016 (94,8%) qu'en 2017 (85,5%). Cette baisse nécessite des investigations plus poussées pour en comprendre les raisons.

### II.3.5. Planification familiale

**Graphique 19 : Evolution de la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne en 2016 à 2017**



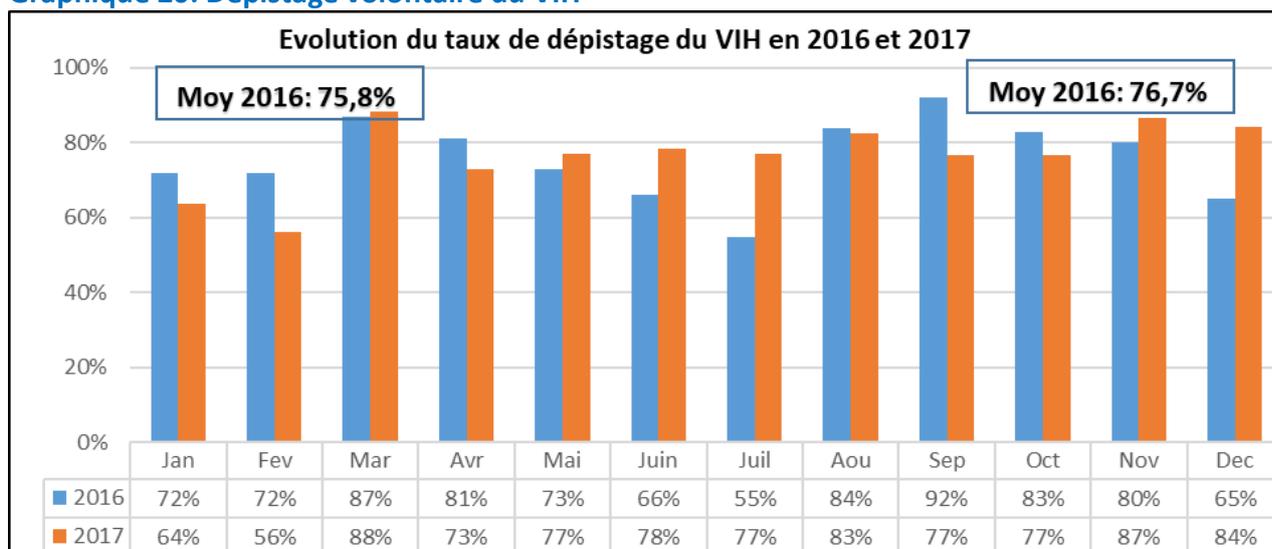
Les courbes de tendance de 2016 et 2017 ont une même allure et sont à peu près superposables. La proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne a légèrement augmenté entre 2016 (42%) et 2017 (43,8%). Cette augmentation pourrait être le résultat des activités de sensibilisation.

### II.3.6. Dépistage volontaire du VIH

La cible attendue pour le dépistage volontaire se calcule selon la formule ci-dessous:

- ✓ PMA :  $Pop/12 \times 21\% \times 98\%$
- ✓ PCA :  $Pop / 12 \times 21\% \times 2\%$

**Graphique 20: Dépistage volontaire du VIH**



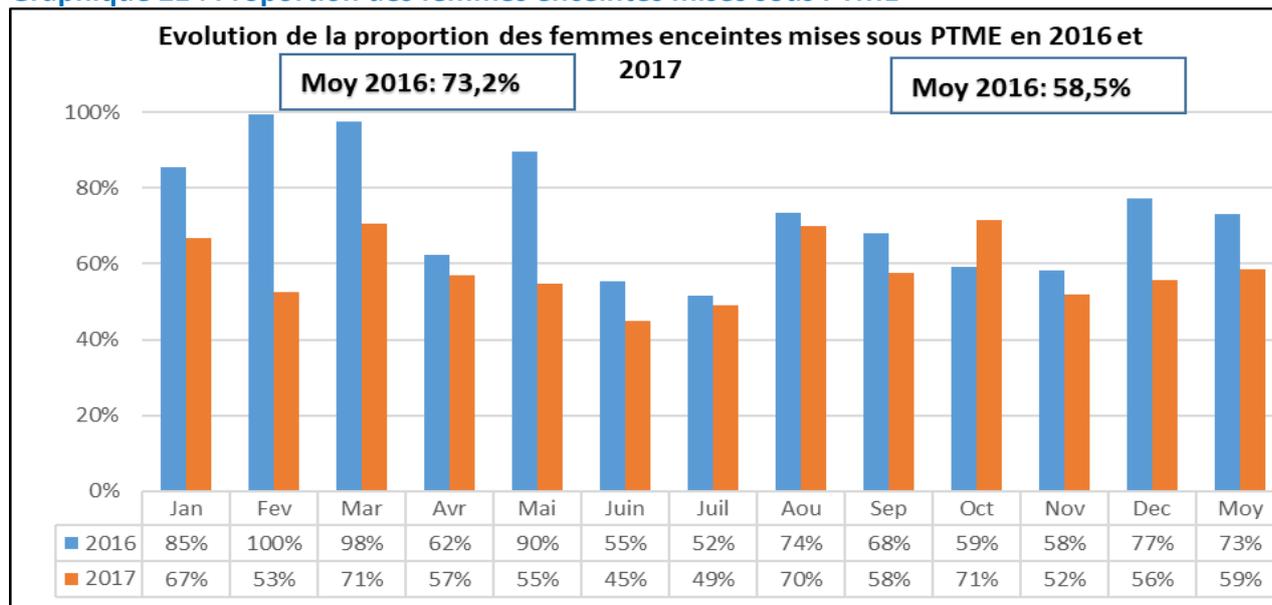
Le taux de dépistage volontaire a légèrement augmenté passant de 75,8% de la cible en 2016 à 76,7% en 2017. La tendance de l'indicateur ne semble pas avoir été influencée par le fait que cet indicateur n'est plus contractualisé dans le cadre du FBP depuis janvier 2017.

### II.3.7. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La cible attendue pour le dépistage volontaire se calcule selon la formule ci-dessous:

- ✓ PMA:  $\text{Pop}/12 \times 5\% \times 1,2\% \times 40\% \times$
- ✓ PCA:  $\text{Pop} /12 \times 5\% \times 1,2\% \times 60\% \times 90\%$

**Graphique 21 : Proportion des femmes enceintes mises sous PTME**



Le taux de couverture pour les femmes enceintes VIH+ mises sous protocole ARV a nettement diminué passant de 73,2% en 2016 à 58,5% en 2017. Le changement du protocole de prise en charge du VIH/SIDA (Test and treat) pourrait expliquer cette situation. En effet, dans le cadre de la stratégie test and treat, les femmes peuvent démarrer le traitement ARV en dehors de la grossesse. En outre, il a été observé des fréquentes ruptures de stock des médicaments et des réactifs au niveau périphérique. La faible compétence des prestataires peut elle aussi entraîner le sous enrolement des femmes enceintes séropositives.

## II.4. Qualité des prestations fournies par les formations sanitaires

La qualité des prestations sanitaires combine la qualité technique des FOSA évaluée trimestriellement et la qualité perçue ou subjective évaluée semestriellement. Le score de qualité perçue obtenu lors de l'évaluation semestrielle est appliqué pour le calcul du score global de qualité de deux trimestres (Cfr Manuel des procédures FBP révisé).

### II.4.1. Qualité globale des prestations sanitaires

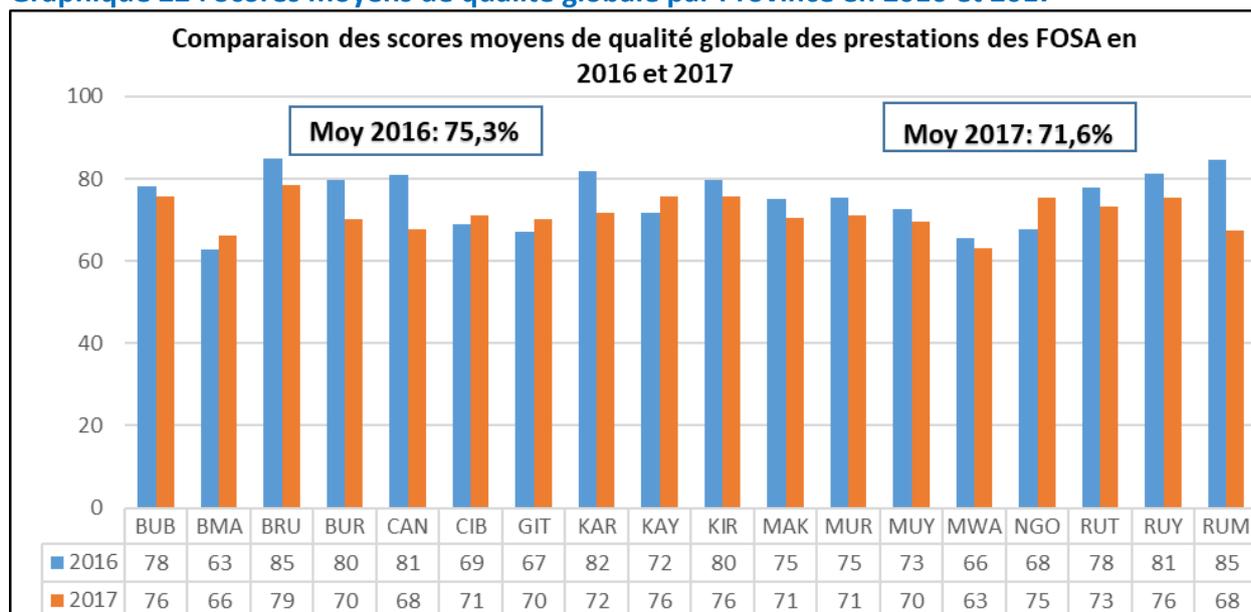
La qualité technique des FOSA est évaluée trimestriellement à l'aide d'une grille d'évaluation. Au niveau des hôpitaux, elle est réalisée par les pairs et les ONGs d'accompagnement (là où elles existent). Au niveau des CDS, elle est réalisée par les ONGs d'accompagnement (6 provinces) et les équipes des BPS pour les provinces sans accompagnement. Il est à noter

cependant qu'à partir du 4<sup>e</sup> trimestre 2017, l'évaluation de la qualité technique des CDS a été confiée aux vérificateurs des CPVV.

La qualité perçue par la population sur les prestations des FOSA est évaluée à travers des enquêtes communautaires réalisées une fois par semestre par des associations locales indépendantes.

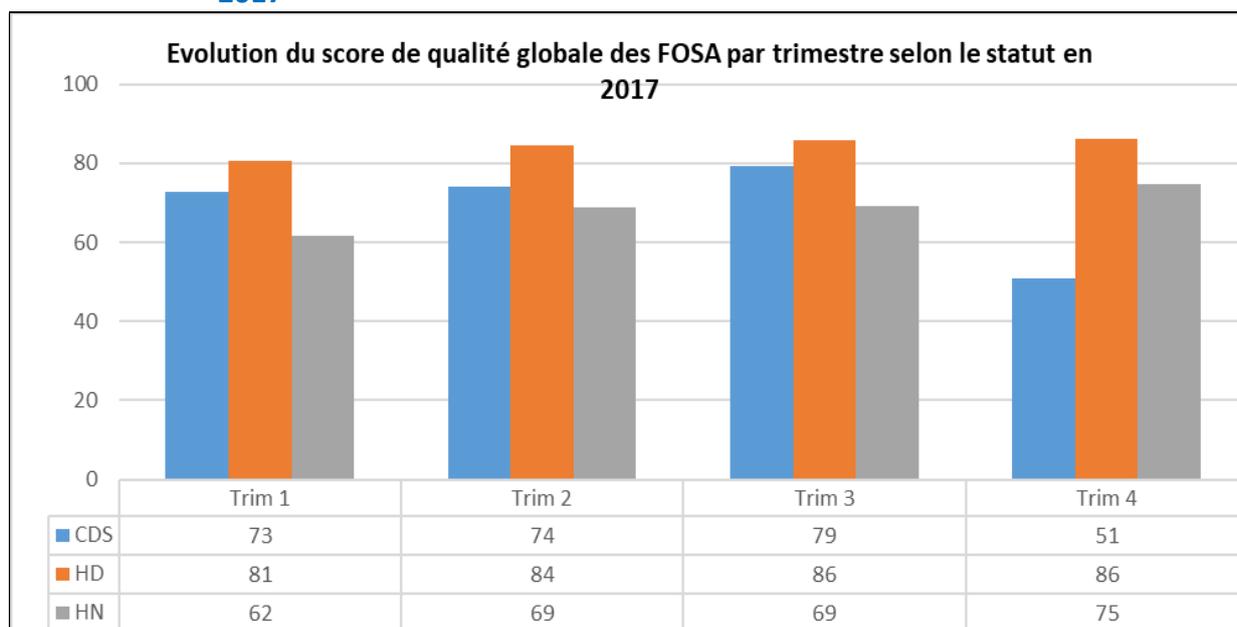
Pour le calcul du score de qualité globale, le score de qualité technique compte pour 70% tandis que celui de la qualité perçue compte pour 30%.

**Graphique 22 : Scores moyens de qualité globale par Province en 2016 et 2017**



Le score moyen de qualité globale des prestations sanitaires a baissé de 75,3% en 2016 à 71,6% en 2017. En 2017, on observe des variations en fonction des provinces, trois provinces sanitaires ayant eu des scores inférieurs à 70%. Il s'agit de Muramvya (61%), Mwaro (63%), Cankuzo (68%) et Rumonge (68%). Aucune province n'a obtenu un score moyen de qualité globale de 80%.

**Graphique 23 : Score moyen de qualité globale des prestations sanitaires par type de FOSA en 2017**

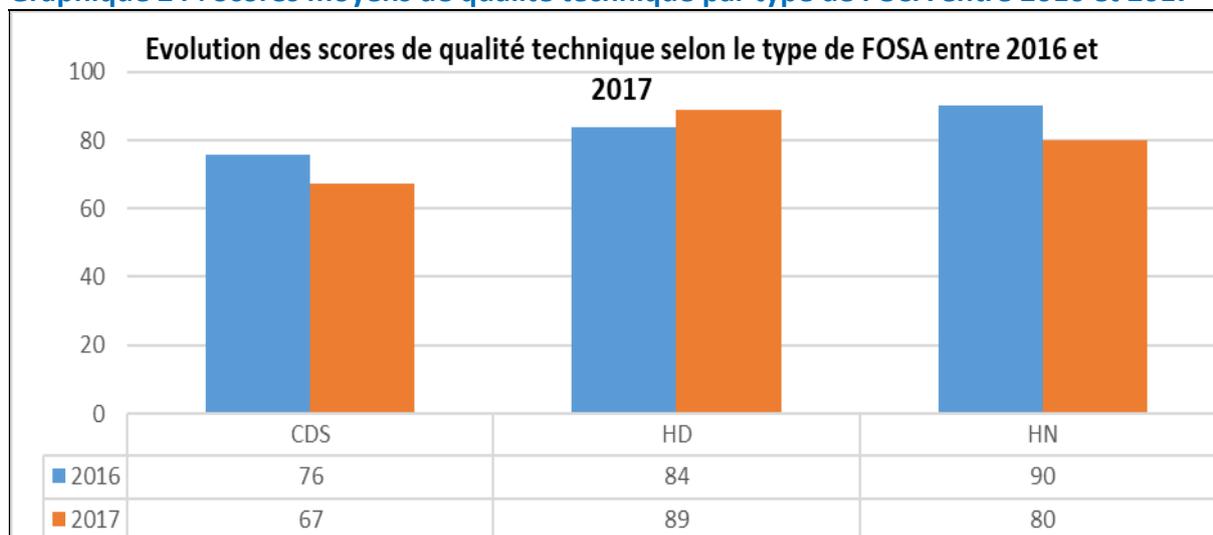


Ce graphique montre que le score moyen de qualité globale qui avait augmenté progressivement pendant les trois premiers trimestres a brutalement diminué au quatrième trimestre de l'année 2017 au niveau des CDS. Au niveau des Hôpitaux de District et nationaux, le score a progressivement augmenté passant de 81% au premier trimestre à 86% au quatrième trimestre de l'année 2017.

La diminution du score de qualité globale des CDS pour le quatrième trimestre est liée au changement des équipes évaluatrices. En effet, l'évaluation de la qualité technique des CDS qui était auparavant réalisée par les équipes cadre des BPS en collaboration avec les BDS est réalisée par les vérificateurs du CPVV depuis le quatrième trimestre 2017.

#### **II.4.2. Evolution du score de qualité technique et de quelques critères de qualité technique des FOSA**

**Graphique 24 : Scores moyens de qualité technique par type de FOSA entre 2016 et 2017**

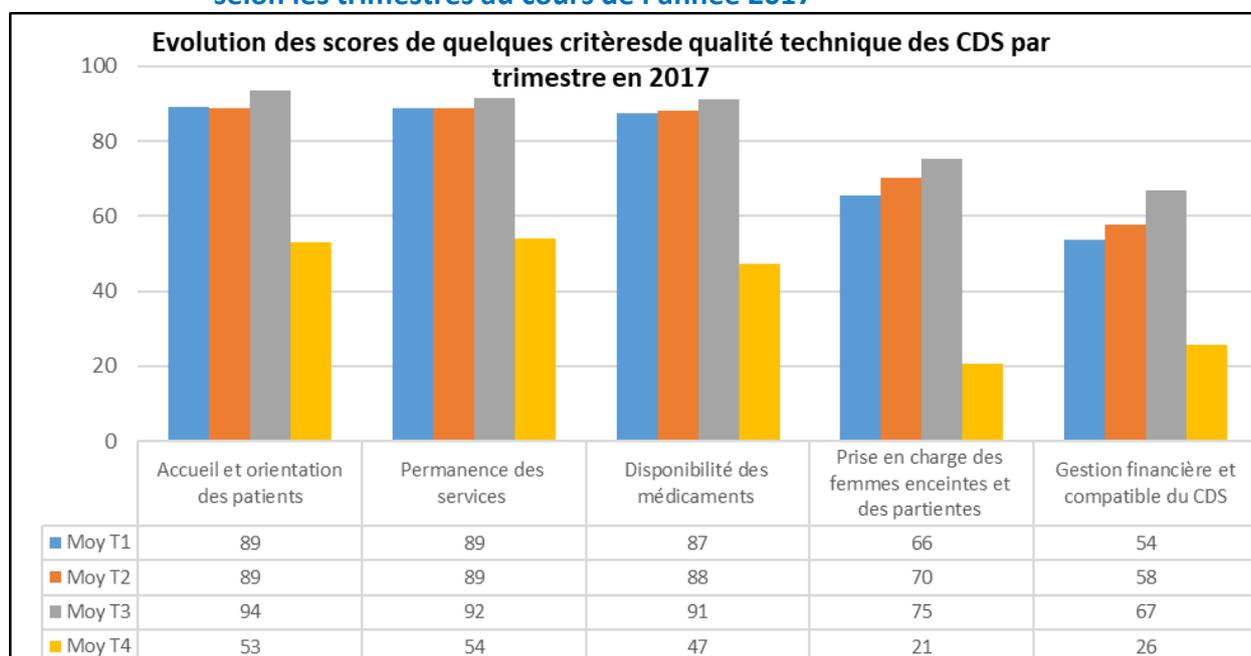


Le score moyen de qualité technique au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux nationaux a fortement baissé. En effet ce score a baissé de 75% à 67% pour les centres de santé et de 90% à 80% pour les hôpitaux nationaux entre 2016 et 2017. Au niveau des Hôpitaux de district on constate une légère augmentation passant de 84% en 2016 à 89% en 2017.

La diminution du score de qualité technique des CDS pour le quatrième trimestre 2017 est liée au changement des équipes évaluatrices. En effet, l'évaluation de la qualité technique des CDS qui était auparavant réalisée par les équipes cadres des BPS en collaboration avec les BDS est réalisée par les vérificateurs du CPVV depuis le quatrième trimestre 2017.

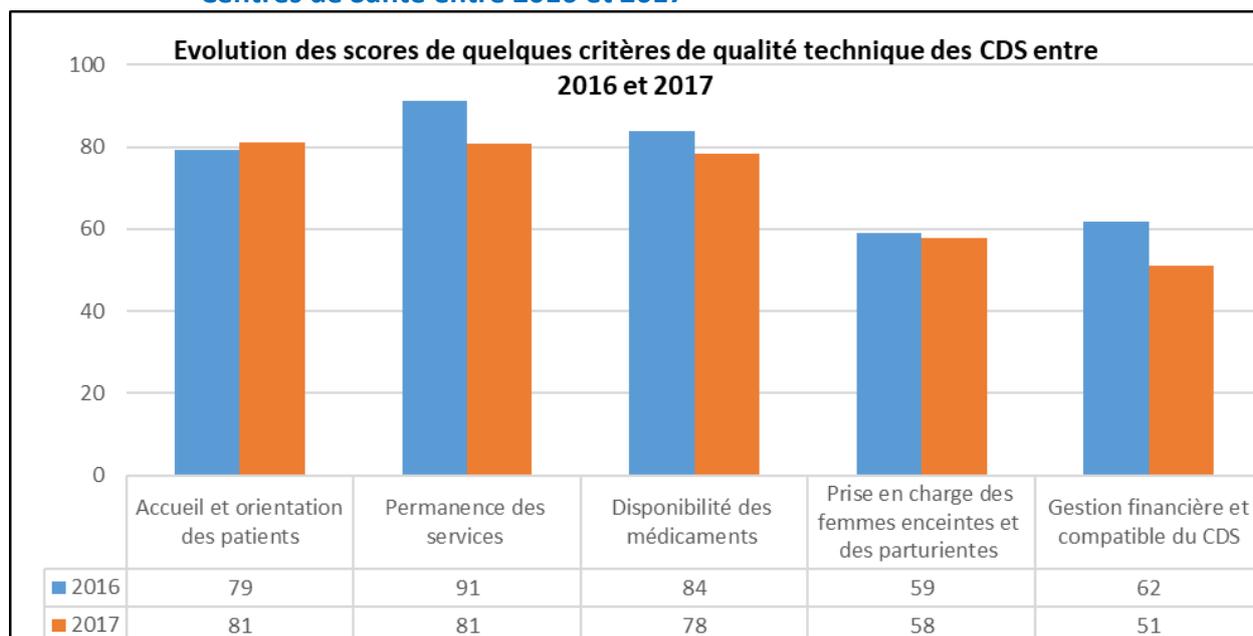
La baisse du score de qualité technique au niveau des hôpitaux nationaux est probablement liée à la révision de la grille de qualité technique appliquée dans le cadre du FBP seconde génération à partir du début de l'année 2017.

**Graphique 25 : Analyse de quelques critères de qualité technique des Centres de Santé selon les trimestres au cours de l'année 2017**



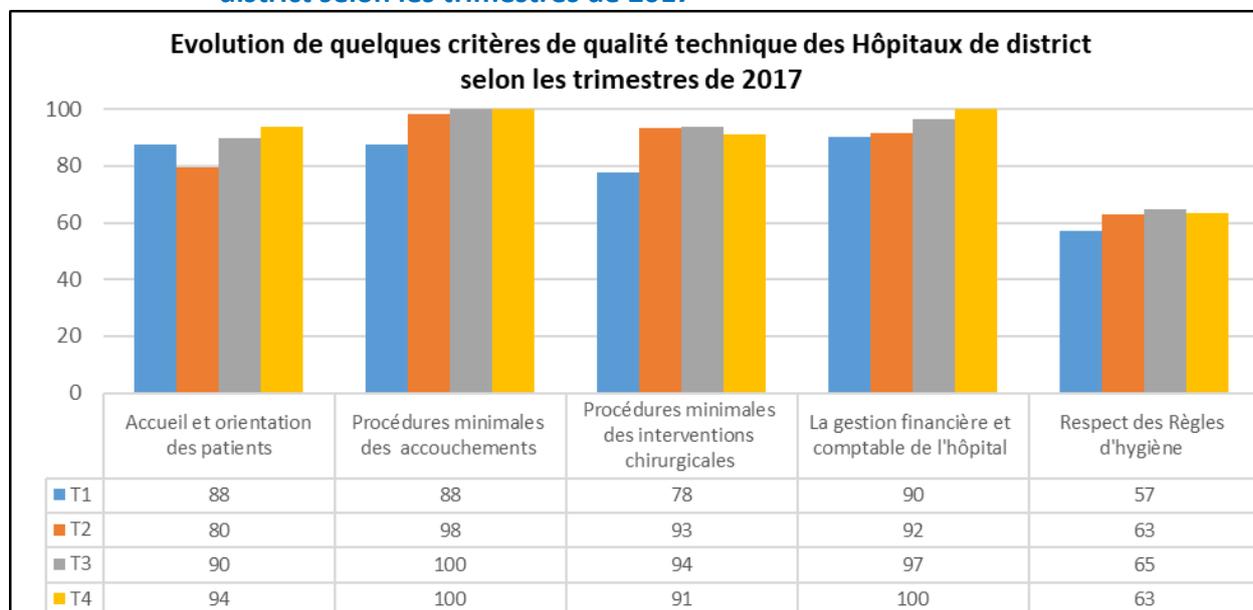
Les critères de qualité technique des Centres de Santé avaient connu une amélioration au cours des trois premiers trimestres de l'année 2017. Suite au changement des équipes évaluatrices on constate une baisse drastique de tous les critères de qualité technique pour le quatrième trimestre de l'année 2017.

**Graphique 26: Analyse des scores moyens de quelques critères de qualité technique des Centres de Santé entre 2016 et 2017**



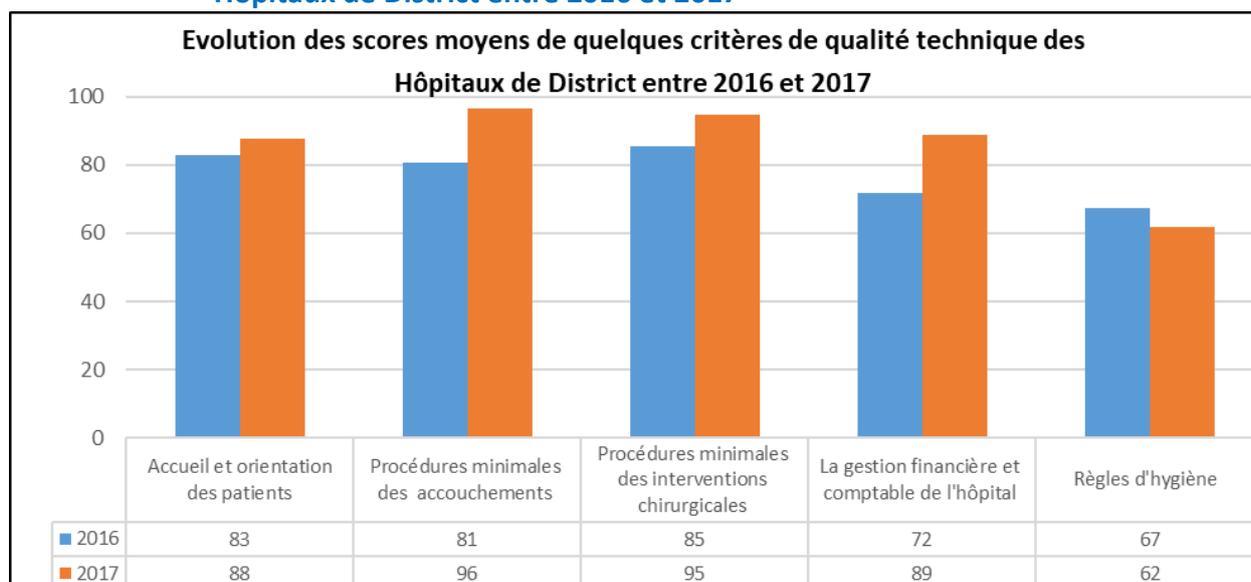
Le tableau ci-dessus montre une augmentation des scores moyens de qualité technique des CDS pour le critère « Accueil et d'orientation des patients » passant de 79% en 2016 à 81% en 2017. Pour les autres critères, on observe une tendance à la baisse. Le critère qui souffre le plus est celui de la gestion financière qui passe de 62% en 2016 à 51% en 2017.

**Graphique 27: Analyse de quelques critères de qualité technique au niveau des Hôpitaux de district selon les trimestres de 2017**



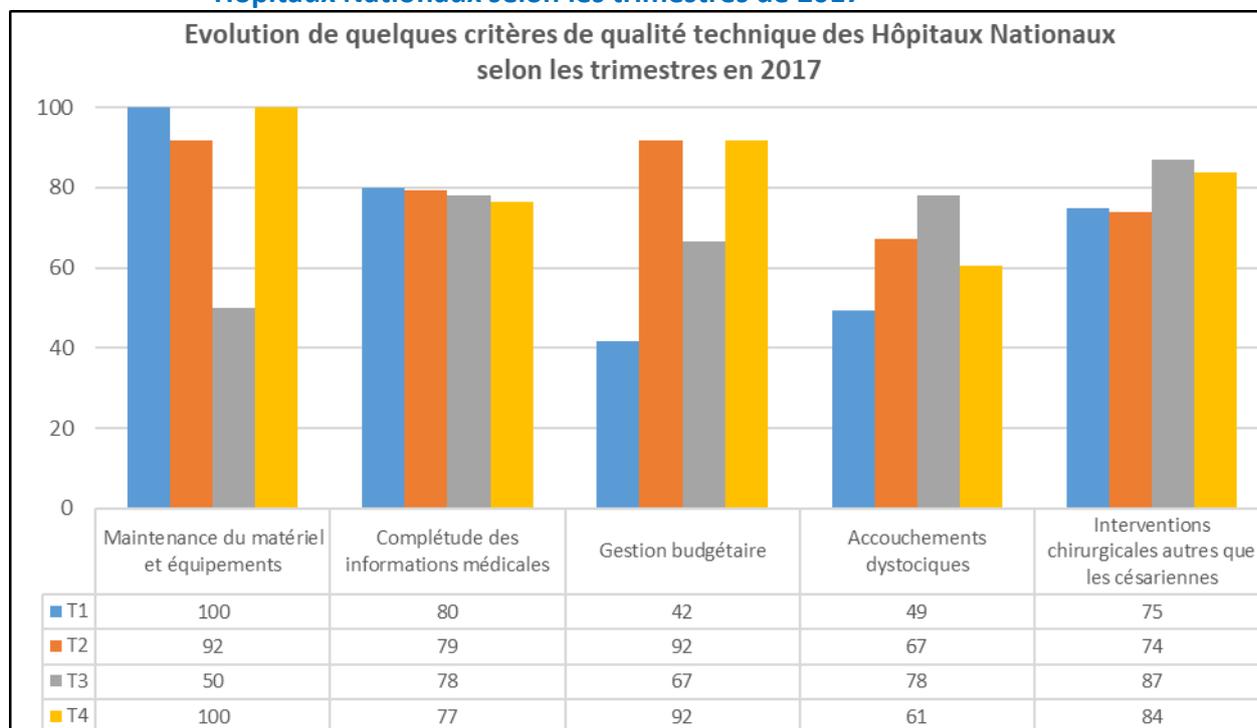
Le graphique ci-dessus montre une évolution positive des scores de qualité technique pour tous les critères. Cependant le respect des règles d'hygiène reste problématique au niveaux des hôpitaux de district où son score reste inférieur à 70% tout le long de l'année 2017.

**Graphique 28 : Analyse des scores moyens de quelques critères de qualité technique des Hôpitaux de District entre 2016 et 2017**



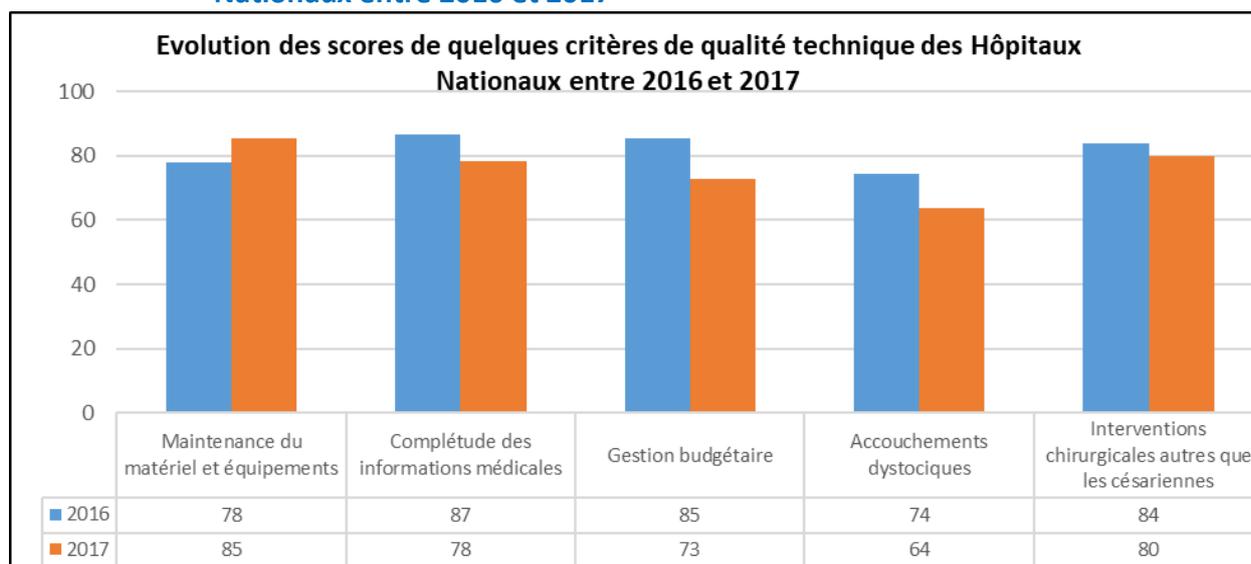
Le graphique ci-dessus montre une augmentation des scores de qualité au niveau des Hôpitaux de District entre 2016 et 2017 pour tous les critères de qualité à l'exception de celui de respect des règles d'hygiène ayant passé de 67% en 2016 à 62% en 2017.

**Graphique 29 : Analyse de l'évolution de quelques critères de qualité technique des Hôpitaux Nationaux selon les trimestres de 2017**



L'analyse du graphique ci-dessus montre une variation du score de performance d'un critère à l'autre et d'un trimestre à l'autre.

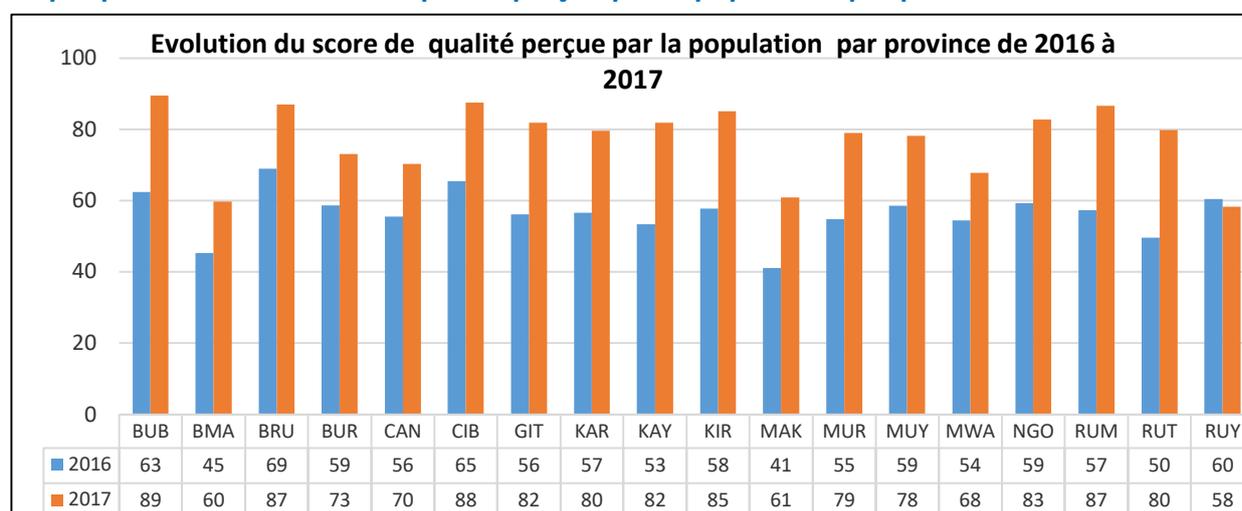
**Graphique 30 : Analyse des scores de quelques critères de qualité technique des Hôpitaux Nationaux entre 2016 et 2017**



Pour les cinq critères analysés, les scores moyens de qualité technique ont évolué à la baisse de 2016 à 2017 à l'exception du critère en rapport avec la maintenance du matériel et des équipements ayant passé de 78% en 2016 à 85% en 2017. Le score moyen de qualité technique en rapport avec les accouchements dystociques semble le plus faible avec une tendance à la baisse passant de 74% en 2016 à 64% en 2017.

#### **II.4.3. Qualité des soins perçue par la population**

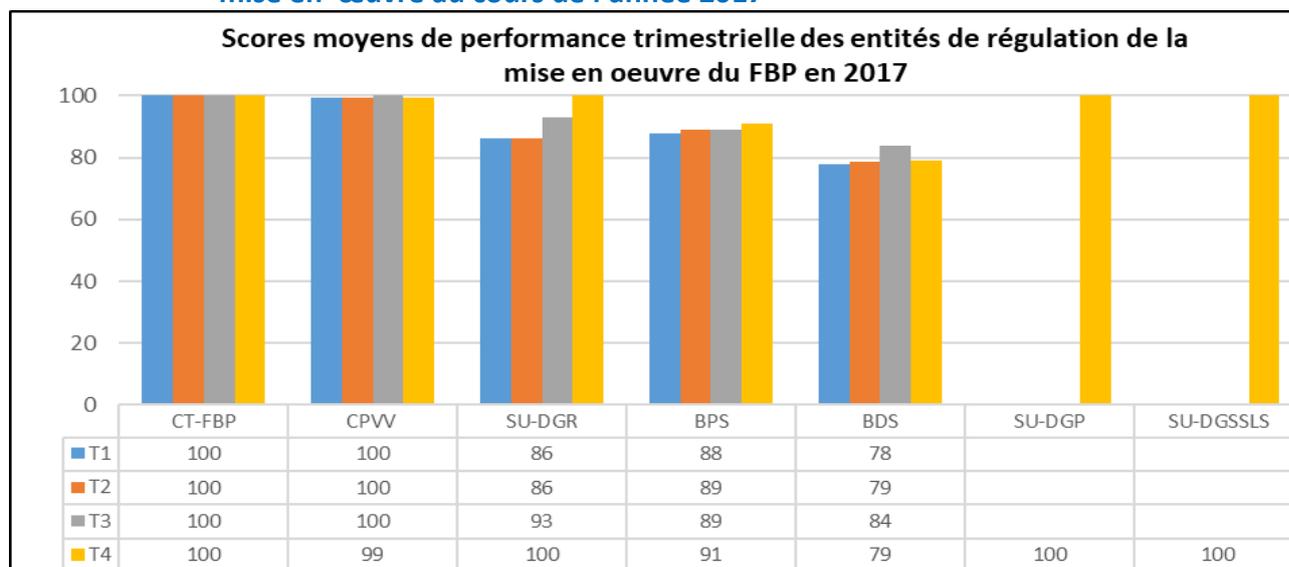
**Graphique 31 : Evolution de la qualité perçue par la population par province de 2016 à 2017**



Le graphique ci-dessus montre que 10 Provinces sur 18 ont eu un score moyen de qualité perçue supérieure ou égal à 80% en 2017 contre 0 sur 18 en 2016. La province sanitaire de Bubanza a eu le meilleur score de 89% suivi par la province sanitaire de Cibitoke (88%) puis Bujumbura rural et Rumonge (87%). Par contre on observe le score le plus faible pour les provinces sanitaires de Ruyigi (60% en 2016 et 58% en 2017, Makamba (41% en 2016 et 61% en 2017), et Bujumbura Mairie (45% en 2016 et 60% en 2017).

## II.5. Score moyen de performance au niveau des entités de régulation

**Graphique 32 : Analyse des scores moyens de performance des entités de régulation et de mise en œuvre au cours de l'année 2017**



En 2017, le score moyen de performance trimestrielle dépasse 80% pour toutes les entités de régulation de la mise en œuvre du FBP à l'exception des BDS où il reste inférieur à 80% sur toute l'année. On observe une évolution positive pour la sous-unité de la Direction Générale des Ressources et les Bureaux provinciaux de santé, tandis qu'au niveau de la CT-FBP et le CPVV on observe un plafonnement à 100%.

## II.6. Evaluation improvisée de la qualité technique des Hôpitaux

Au cours de l'année 2017, la CT-FBP a poursuivi la pratique d'évaluation improvisée de la qualité technique des Hôpitaux de District sur base d'un échantillon d'Hôpitaux. Cette évaluation concerne quelques rubriques de la grille de qualité technique et les résultats obtenus sont considérés dans la grille de qualité du trimestre suivant. Suite à des contraintes budgétaires consécutives à la clôture du projet PADSS, deux missions trimestrielles d'évaluation improvisée ont été organisées en 2017 : la première a été effectuée au premier trimestre et la deuxième conduite au quatrième trimestre 2017. Les résultats de ces évaluations improvisées sont présentés dans les tableaux qui suivent.

### II.6.1. Analyse des résultats des évaluations improvisées réalisées au premier trimestre 2017

Au premier trimestre 2017, 4 résultats tirés de la grille de qualité des hôpitaux ont fait l'objet d'évaluation dans les hôpitaux visités. Il s'agit:

- ✓ **Résultat 7:** Le respect des règles d'hygiène permet de maintenir un environnement accueillant et sécurisé pour les patients. (Max: 40)
- ✓ **Résultat 10:** La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en Médicaments et consommables (Max: 100)
- ✓ **Résultat 14:** Les accouchements sont faits dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales. (Max: 60)
- ✓ **Résultat 18:** Les procédures d'amélioration continue de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'hospitalisation. (Max: 60)

Tableau 3 : Comparaison des scores de qualité technique attribuée par les pairs et l'évaluation improvisée au premier trimestre 2017

N°	Hôpital	R 7			R 10			R 14			R 18		
		Note attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Note attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Note attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Note attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100
1	Mutaho	40/40	0/40	-100%	40/100	0/100	-100%	60/60	0/60	-100%	60/60	60/60	0%
2	Ntita	15/40	40/40	62,50%	100/100	0/100	-100%	60/60	60/60	0%	60/60	0/60	-100%
3	Kiganda	40/40	15/40	-62,50%	100/100	100/100	0%	60/60	0/60	-100%	60/60	60/60	0%
4	Kayanza	40/40	15/40	-62,50%	100/100	100/100	0%	60/60	0/60	-100%	60/60	60/60	0%
5	Kiremba	40/40	40/40	0,00%	100/100	40/100	-60%	60/60	60/60	0%	0/60	60/60	100%
6	Buye	40/40	0/40	-100%	100/100	100/100	0%	60/60	0/60	-100%	60/60	60/60	0%
7	Gashoho	15/40	15/40	0%	100/100	20/100	0%	60/60	60/60	0%	0/60	60/60	100%
8	Murore	40/40	0/40	-100%	100/100	100/100	0%	60/60	60/60	0%	60/60	0/60	-100%
9	Musongati	40/40	40/40	0%	40/100	100/100	150%	60/60	60/60	0%	60/60	0/60	-100%
10	Nyanza Lac	30/40	15/40	-50%	100/100	20/100	-80%	60/60	60/60	0%	60/60	0/60	-100%

- ✓ Pour le résultat 7 : 7 hôpitaux ont connu des discordances (Mutaho, Ntita, Kiganda, Kayanza, Buye, Murore et Nyanza Lac)
- ✓ Pour le résultat 10 : 5 hôpitaux ont connu des discordances (Ntita, Kiremba, Gashoho, Musongati et Nyanza Lac)
- ✓ Pour le résultat 14 : 4 hôpitaux ont connu des discordances (Mutaho, Kiganda, Kayanza et Buye)
- ✓ Pour le résultat 18 : 6 hôpitaux ont connu des discordances (Ntita, Kiremba, Gashoho, Murore, Musongati et Nyanza Lac)

**Sur un total de 10 Hôpitaux évalués**

- ✓ 2 hôpitaux (soit 20%) ont connu des discordances pour 3 des 4 résultats évalués;
- ✓ 8 hôpitaux (soit 80%) ont connu des discordances pour 2 des 4 résultats évalués;
- ✓ Tous les hôpitaux (100%) ont connu des discordances sur les 4 résultats évalués;

***II.6.2. Analyse des résultats des évaluations improvisées réalisées au quatrième trimestre 2017***

Au quatrième trimestre 2017, 5 résultats tirés de la grille de qualité des hôpitaux ont fait l'objet d'évaluation dans les hôpitaux visités. Il s'agit:

- ✓ **Résultat 2** : Les activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services sont exécutées pendant le trimestre évalué.
- ✓ **Résultat 4**: L'information sanitaire est collectée, analysée pour l'amélioration de la qualité des services.
- ✓ **Résultat 7**: La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques
- ✓ **Résultat 14**: L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients
- ✓ **Résultat 17**: Les interventions chirurgicales sont faites dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales (5 dossiers tirés au hasard pour le trimestre).

Tableau 4 : Comparaison des scores de qualité technique attribués par les pairs et l'évaluation improvisée au quatrième trimestre 2017

N°	Hôpital	Résultat 2			Résultat 4			Résultat 7			Résultat 14			Résultat 17		
		Npte attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Npte attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Npte attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Npte attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100	Npte attribuée par les pairs (a)	Note de l'évaluation improvisée (b)	Ecart en % (b-a)/a*100
1	Gihofi	50/50	15/50	-70%	40/40	40/40	0%	20/60	20/60	0%	60/60	0/60	-100%	100/100	100/100	0%
2	Makamba	50/50	15/50	-70%	40/40	40/40	0%	60/60	20/60	-66,67%	60/60	0/60	-100%	100/100	100/100	0%
3	Rumonge	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	0/60	-100%	60/60	0/60	-100%	100/100	100/100	0%
4	Kabezi	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	0/60	-100%	60/60	0/60	-100%	100/100	100/100	0%
5	Kayanza	50/50	15/50	-70%	40/40	0/40	-100%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0%	100/100	100/100	0%
6	Kiremba	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0%	100/100	20/100	-80%
7	Muyinga	50/50	15/50	-70%	40/40	0/40	-100%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0%	100/100	100/100	0%
8	Muramvya	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	0/60	-100%	60/60	60/60	0%	100/100	100/100	0%
9	Buhiga	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	60/60	0%	60/60	0/60	-100%	100/100	100/100	0%
10	Ste Thérèse	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0%	100/100	100/100	0%
11	Kibimba	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0%	100/100	100/100	0%
12	Rutovu	50/50	15/50	-70%	40/40	0/40	-100%	60/60	0/60	-100%	60/60	40/60	-33,33%	100/100	100/100	0%
13	Ijenda	15/50	0/50	-100%	40/40	40/40	0%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0%	100/100	100/100	0%
14	Rwibaga	50/50	15/50	-70%	40/40	0/40	-100%	60/60	0/60	-100%	60/60	15/60	-75%	100/100	100/100	0%
15	Mutaho	50/50	50/50	0%	40/40	40/40	0%	60/60	60/60	0%	60/60	60/60	0	100/100	100/100	0%

Au quatrième trimestre 2017, on observe des écarts négatifs (traduisant une note inférieure) et des écarts positifs (traduisant une note supérieure) attribuée lors des évaluations improvisées par rapport à la note des évaluations par les pairs (programmées).

Sur un total de 15 hôpitaux évalués:

- ✓ 7 hôpitaux ont connu des discordances pour le résultat 2 ;
- ✓ 4 hôpitaux ont connu des discordances pour le résultat 4;
- ✓ 6 hôpitaux ont connu des discordances pour le résultat 7 ;
- ✓ 4 hôpitaux ont connu des discordances pour le résultat 10;
- ✓ 7 hôpitaux ont connu des discordances pour le résultat 14 ;
- ✓ 1 hôpital a connu une discordance pour le résultat 17;
- ✓ 3 hôpitaux n'ont pas connu de discordance entre les scores de l'évaluation improvisée et ceux attribués par les pairs évaluateurs sur les 5 résultats évalués.

Sur les 5 résultats objets de l'évaluation improvisée:

- ✓ Les résultats 2, 7 et 14 montrent une plus grande fréquence de discordance.

## II.7. Qualité des données produites dans la mise en œuvre du FBP

### II.7.1 Analyse de la qualité des données quantitatives de la Base Des Données FBP en comparaison avec celles du SIS de routine (Quelques indicateurs)

**Tableau 5 : Données quantitatives tirées de la BDD-FBP et du DHIS2 en rapport avec les accouchements assistés par un personnel qualifiés)**

PERIODE	DHIS2	BDD/FBP	Ecart (en chiffre)	Ecart (en%)
Janvier	22 639	21 417	1 222	5,71%
Février	21 082	20 590	492	2,39%
Mars	24 961	23 511	1 450	6,17%
Avril	24 112	23 606	506	2,14%
Mai	25 286	24 731	555	2,24%
Juin	23 616	23 351	265	1,13%
Juillet	22 583	22 090	493	2,23%
Août	21 668	21 012	656	3,12%
Septembre	20 833	20 734	99	0,48%
Octobre	20 697	20 242	455	2,25%
Novembre	21 172	20 776	396	1,91%
Décembre	23 811	22 205	1 606	7,23%
<b>TOTAL</b>	<b>272 460</b>	<b>264 265</b>	<b>8 195</b>	<b>3,10%</b>

D'après le tableau ci-haut, l'écart moyen entre les données du SIS de routine saisies dans le DHIS2 et celles saisies par les CPVV dans la base de données FBP est minime (3,10%) pour les accouchements dirigés par un personnel qualifié (en dessous du seuil de 5% recommandé). Il représente probablement les cas qui ne sont pas corrigés par les prestataires des CDS dans les rapports SIS après des séances de vérification par les CPVV.

**Tableau 6 : Données quantitatives tirées de la BDD-FBP et du DHIS2 en rapport avec les enfants Complètement Vaccinés en 2017)**

PERIODE	DHIS2	BDD-FBP	Ecart (en chiffre)	Ecart (en %)
Janvier	31 719	31 758	-39	-0,12%
Février	26 021	25 955	66	0,25%
Mars	34 826	34 799	27	0,08%
Avril	25 734	25 675	59	0,23%
Mai	22 141	22 014	127	0,58%
Juin	27 711	27 636	75	0,27%
Juillet	24 025	24 015	10	0,04%
Août	26 374	26 143	231	0,88%
Septembre	25 764	25 290	474	1,87%
Octobre	26 399	26 410	-11	-0,04%
Novembre	25 442	25 291	151	0,60%
Décembre	23 602	23 580	22	0,09%
<b>Total</b>	<b>319 758</b>	<b>318 566</b>	<b>1 192</b>	<b>0,37%</b>

D'après le tableau ci-haut, l'écart moyen entre les données du SIS de routine saisies dans le DHIS2 et celles saisies par les CPVV dans la base de données FBP est très minime (0,4%) pour les enfants complètement vaccinés. Il représente probablement les cas qui ne sont pas corrigés par les prestataires des CDS dans les rapports SIS après des séances de vérification quantitative par les CPVV.

### II.7.2 Analyse de la qualité des données générées par la Base Des Données FBP(BDD\_FBP)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, il est attendu que les données déclarées par les formations sanitaires correspondent aux données vérifiées avec un seuil de tolérance de plus ou moins 5%. Le tableau ci-après présente les écarts en pourcentage entre les données déclarées et les données vérifiées pour l'indicateur en rapport avec les consultations curatives dans les FOSA en 2017.

**Tableau 7: Ecart entre les données déclarées et vérifiées pour les Consultations Curatives en 2017**

Niveau de soins	Prestations Quantitatives			
	Déclarés (a)	Vérifiés (b)	Ecart	%
CDS	16 005 993	16 023 609	-17 616	-0,11
HD	958 539	953 192	5347	0,56
<b>Total</b>	<b>16 964 532</b>	<b>16 976 801</b>	<b>-12 269</b>	<b>-0,07</b>

Les écarts entre les données déclarées et les données vérifiées ne sont pas significatifs car tous sont inférieurs au seuil fixé à 5%. Les écarts négatifs traduisent les corrections à la hausse des quantités déclarées par les FOSA pendant la vérification.

Le tableau ci-après présente les écarts en pourcentage entre les données déclarées et les données validées.

**Tableau 8: Ecart entre les données vérifiées et validées en 2017**

Niveau de soins	Prestations Quantitatives			
	Vérifiées(a)	Validées (b)	Ecart	%
Centre de Santé	16 023 609	15 129 814	893 795	<b>5,6%</b>
Hôpitaux de District	953 192	763 659	189 533	<b>19,9%</b>
<b>Total</b>	<b>16 976 801</b>	<b>15 893 473</b>	<b>1 083 328</b>	<b>6,4%</b>

Les écarts entre les données vérifiées et validées sont de 6,4%, ce qui est légèrement supérieur au seuil de 5%. Ceci prouve l'importance du processus de validation par les CPVV. Les écarts sont cependant très importants au niveau des Hôpitaux de District (19,9%).

Le tableau ci-après présente les écarts en pourcentage entre les données déclarées et les données validées.

**Tableau 9: Ecart entre les données déclarées et validées en 2017**

Niveau de soins	Prestations Quantitatives			
	Déclarés (a)	Validées (b)	Ecart	%
Centres de Santé	16 005 993	15 129 814	876 179	<b>5,5%</b>
Hôpitaux de District	958 539	763 659	194 880	<b>20,3%</b>
<b>Total</b>	<b>16 964 532</b>	<b>15 893 473</b>	<b>1 071 059</b>	<b>6,3</b>

Les écarts entre les données déclarées et validées sont de 6,3%, ce qui est légèrement supérieur au seuil de 5%. Ceci prouve l'importance du processus de validation par les CPVV. Les écarts sont cependant très importants au niveau des Hôpitaux de District (20,3%).

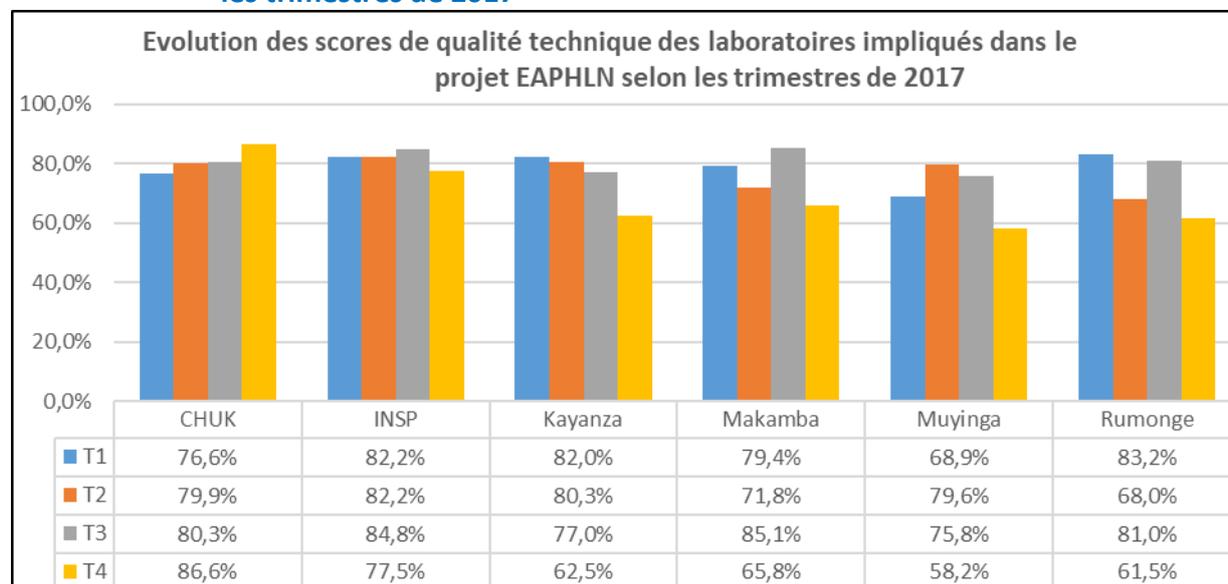
## II.8. Mise en œuvre de la composante FBP du projet EAPHLN

Le projet East African Public Health Laboratory Network (**EAPHLN**) financé par la Banque Mondiale pour la mise en réseau des laboratoires est mis en œuvre au Burundi depuis octobre 2012. Six laboratoires sont impliqués dans la mise en œuvre dont quatre appartenant aux hôpitaux de district de Kayanza, Makamba, Muyinga et Rumonge ; le laboratoire du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge ainsi que le Laboratoire National de Référence de l'Institut National de Santé Publique. La composante FBP de ce projet est exécutée depuis le quatrième trimestre 2013.

Signalons que trois autres laboratoires (Cibitoke, Gitega et Ruyigi) ont été ajoutés à la liste en 2017 dans le cadre du fonds additionnel au projet. Toutefois, ces laboratoires sont encore dans les préparatifs à la mise en œuvre des activités du projet et n'ont pas encore fait objet d'une évaluation de la performance donnant droit aux subsides FBP.

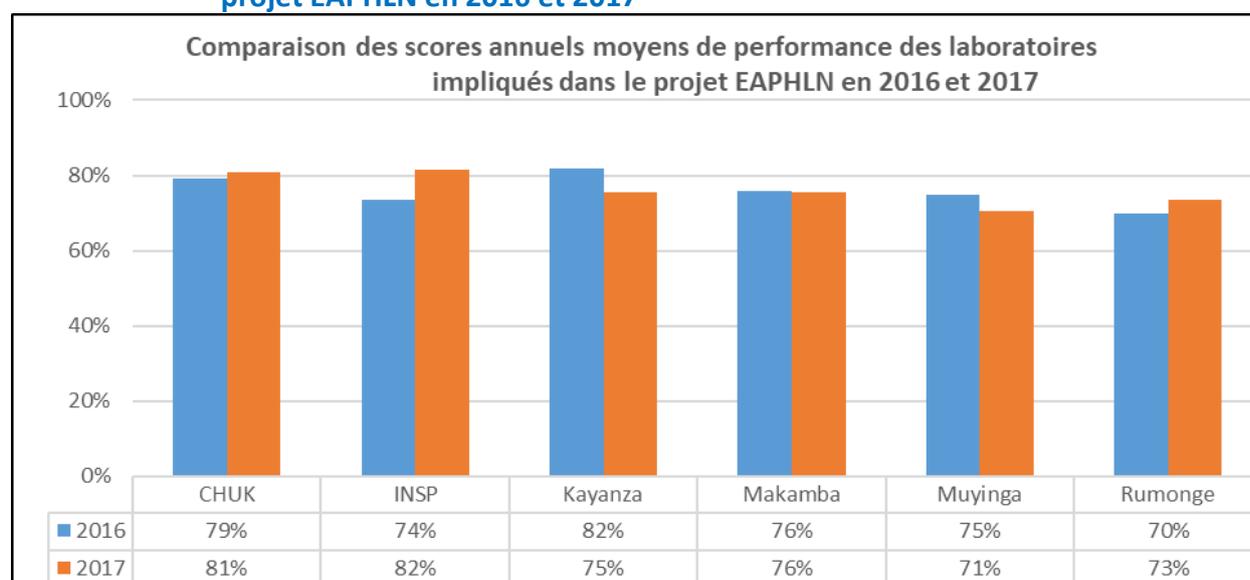
Au cours de l'année 2017, les évaluations de la performance des laboratoires impliqués ont été réalisées à un rythme trimestriel à l'aide de la grille SLIPTA de l'OMS/CDC. Les résultats des évaluations sont présentés par les graphiques ci-après :

**Graphique 33 : Qualité technique des laboratoires impliqués dans le projet EAPHLN selon les trimestres de 2017**



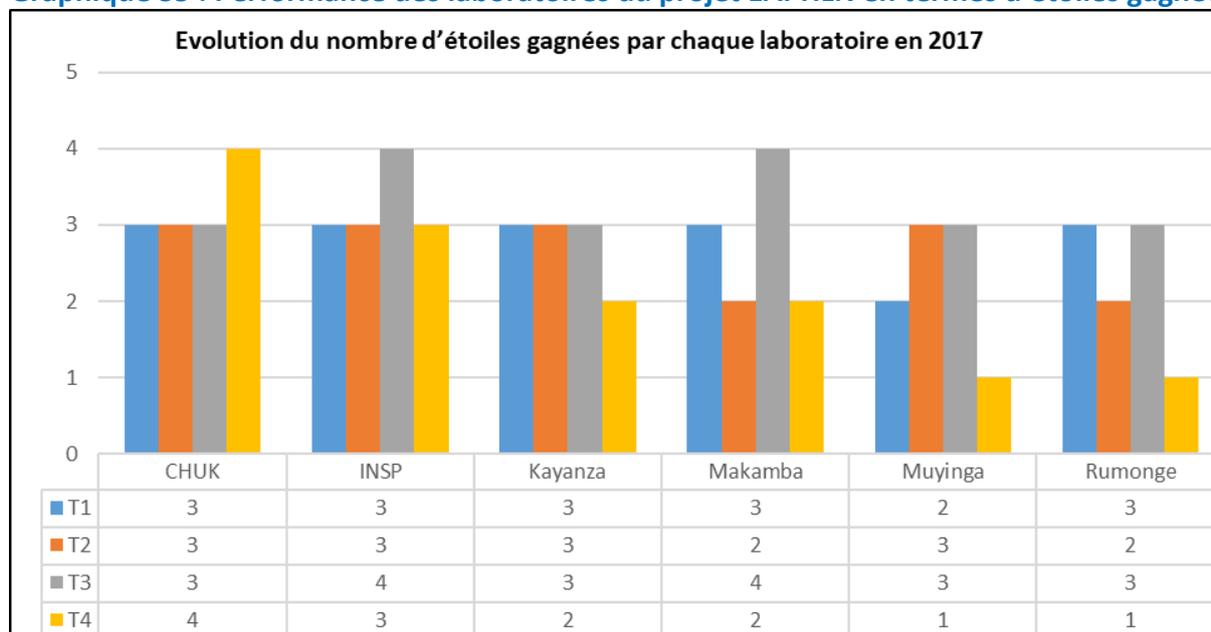
Les scores de performance pour les laboratoires impliqués dans la mise en œuvre du projet EAPHLN varient selon chacun des laboratoires évalués et selon les trimestres. Dans l'ensemble, on observe une évolution positive des scores de performance de chaque laboratoire. Mis à part le cas CHUK, on constate une baisse des scores de performance au quatrième trimestre 2017 pour tous les laboratoires. Cela serait le résultat de l'évaluation du quatrième trimestre qui a été réalisée par une équipe d'experts internationaux venus de l'African Society of Laboratory Medicine (ASLM).

**Graphique 34 : Scores annuels moyens de performance des laboratoires impliqués dans le projet EAPHLN en 2016 et 2017**



De 2016 à 2017, les scores de performance varient d'un laboratoire à l'autre. Les laboratoires du CHUK, de l'INSP et Rumonge ont amélioré leurs scores. Ces scores ont baissé pour les laboratoires des hôpitaux de Kayanza et Muyinga tandis que les scores ont stagné pour le laboratoire de l'hôpital de district de Makamba.

**Graphique 35 : Performance des laboratoires du projet EAPHLN en termes d'étoiles gagnées**



Le nombre d'étoiles varie d'un laboratoire à un autre et d'un trimestre à l'autre. Mis à part le laboratoire du CHUK, le nombre d'étoiles a baissé du troisième au quatrième trimestre 2017 pour tous les laboratoires. Ceci serait le résultat de l'évaluation du quatrième trimestre qui a été réalisée par une équipe d'experts internationaux venus de l'African Society of Laboratory Medicine (ASLM), ces derniers ayant appliqué la grille d'évaluation des laboratoires de façon plus rigoureuse que les évaluateurs nationaux.

## **CHAPITRE III : SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS ISSUS DES RAPPORTS DE VÉRIFICATION ET CONTRE VÉRIFICATION**

### **III.1. Analyse des rapports de la vérification des formations sanitaires**

#### **III.1.1. Analyse des rapports de la vérification mensuelle des prestations quantitatives**

Le système de vérification quantitative des prestations des formations sanitaires a connu des améliorations progressives depuis la mise en œuvre du FBP pour assurer la qualité des données. La triangulation (confrontation des données provenant de plusieurs sources) a révélé des présomptions de tricheries dans le rapportage des prestations de certaines FOSA. Les tentatives de tricheries remarquées et documentées ont été pénalisées conformément aux prescrits du Manuel de Procédures FBP en vigueur (Édition Janvier 2017).

La vérification des prestations quantitatives des formations sanitaires a été assurée par les vérificateurs des CPVV malgré leur nombre insuffisant. Néanmoins, un recrutement d'autres membres des CPVV a été fait en décembre 2017 pour compléter le personnel existant.

Au cours de l'année 2017, 643 Centres de Santé (534 publics, 107 agréés et 2 privés), 54 Hôpitaux dont 41 Publics et 13 confessionnels avaient un contrat principal FBP. Toutes ces formations sanitaires ont été vérifiées chaque mois et toutes les factures mensuelles ont été validées dans les délais au niveau provincial par les CPVV et au niveau national par la CT-FBP. A la fin de chaque réunion de validation, des rapports de validation ont été produits et des observations ainsi que des recommandations ont été formulées. L'analyse de ces rapports nous a permis de dégager des points forts et des contraintes dans la vérification des prestations quantitatives.

#### **Points forts :**

- ✓ Le système de vérification (triangulation) a amélioré la qualité des données du système d'information sanitaire ;
- ✓ Lors des séances de validation provinciale, l'analyse de l'évolution de certains indicateurs a permis de comprendre certaines situations inhabituelles ;
- ✓ Les délais de la vérification ont été respectés dans toutes les provinces ;
- ✓ Utilisation des outils standards (registres) dans la plupart des FOSA (les registres sont achetés sur les fonds propres des FOSA en respectant le canevas donné par la DSNIS).

#### **Points faibles :**

- ✓ Persistance de discordance entre données déclarées et vérifiées dans certaines FOSA ;
- ✓ Manque d'accompagnement technique dans toutes les provinces ;
- ✓ Équipe de vérificateurs incomplète ;
- ✓ Mauvais remplissage et mauvaise tenue des registres ;
- ✓ Non-respect de l'utilisation de l'outil d'indice dans certaines FOSA ;
- ✓ Absence d'outils de gestion financière dans certaines FOSA ;
- ✓ Dossier obstétrical (version 2014) non correctement et complètement rempli par certaines FOSA voir même absents pour certains cas d'accouchements ;
- ✓ Manque de rapport SIS ou rapport SIS incomplet ou fiche de déclaration incomplète dans certaines FOSA ;
- ✓ Absence de certains registres standards dans certaines FOSA (CPN, CPON, Dépistage Volontaire du VIH, surveillance infantile et Planification Familiale) ;

- ✓ Mauvaise compréhension de la définition des indicateurs par les prestataires surtout la CPN, la CPoN et VAT2-5 avec comme conséquence une mauvaise déclaration des cas ;
- ✓ Incohérence entre les données du registre d'accueil et celles des services de la FOSA ;
- ✓ Absence de certains registres lors de la vérification, ce qui occasionne les discordances entre les données déclarées avec celles vérifiées ;
- ✓ Rupture de stock de certains médicaments traceurs et des réactifs de dépistage volontaire du VIH/SIDA ;
- ✓ Tentative de tricheries pour certains indicateurs (accouchement, dépistage VIH, CPN, CPoN, VAT, etc.) ;
- ✓ Insuffisance dans l'analyse des données SIS.

**Recommandations :**

- ✓ Poursuivre la triangulation des données dans les différents outils de collecte des données lors de la vérification ;
- ✓ Renforcer les capacités des FOSA dans l'analyse et rapportage des données ;
- ✓ Assurer la disponibilité des registres de collecte des données standard en quantité suffisante ;
- ✓ Appliquer les mesures décrites dans le manuel des procédures FBP pour décourager les tricheries ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments traceurs dans les pharmacies de district et de la CAMEBU ;
- ✓ Assurer un bon archivage des documents dans les FOSA.

**III.1.2. Analyse des rapports d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des prestations des formations sanitaires et des laboratoires dans le cadre du projet EAPHLN**

**III.1.2.1. Analyse des rapports de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique des prestations des FOSA**

L'évaluation de la qualité technique des prestations des Centres de Santé et des Hôpitaux se fait tous les trois mois, à l'aide des grilles d'évaluation de la qualité technique qui sont constituées par des indicateurs composites.

L'évaluation de la qualité au niveau des CDS a été faite par les ONG d'accompagnement dans certaines provinces jusqu'au mois de juin 2017 tandis que dans d'autres cette évaluation a été faite par les BPS en collaboration avec les BDS pour la période du 1<sup>er</sup> au 3<sup>e</sup> trimestre 2017. Cependant, pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2017, l'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé a été faite par les équipes des CPVV qui venaient d'être renforcées en vérificateurs supplémentaires.

Les évaluations de la qualité technique des Hôpitaux ont été réalisées par les pairs sous la facilitation de la CT-FBP.

Les évaluations improvisées de la qualité technique des FOSA ont été effectuées par la CT-FBP. Les évaluations improvisées concernent quelques produits attendus de la grille de qualité et leurs résultats ont été pris en compte dans le calcul du score du trimestre suivant uniquement au niveau des Hôpitaux et pour les produits attendus évalués. Ces évaluations

improvisées permettent de s'assurer que les FOSA maintiennent un niveau de la qualité technique des prestations déjà acquis.

Au cours des différentes évaluations effectuées en 2017, quelques points forts et faibles ont été relevés.

**Points forts:**

- ✓ Les FOSA ont été encadrées par les équipes cadre de District dans l'élaboration des Plans d'action annuel (PAA) et des Plans d'action semestriel (PAS) ;
- ✓ Les PAA et les PAS sont disponibles dans la majorité des FOSA ;
- ✓ L'organisation et la réalisation des évaluations de la qualité technique des Hôpitaux par les pairs ont eu lieu dans le respect du calendrier fixé par la CT-FBP ;
- ✓ Les missions effectuées par les Hôpitaux dans le cadre de l'évaluation de la qualité technique trimestrielle constituent un véritable cadre d'échange d'expérience entre les pairs ;
- ✓ La qualité de l'hygiène est bien assurée au niveau des FOSA confessionnelles.

**Points faibles:**

- ✓ Le suivi évaluation de la mise en œuvre des activités planifiées n'est pas bien réalisé ;
- ✓ Non maîtrise de certains protocoles nationaux (PCIME, SPT, VBG, malnutrition,) par les prestataires ;
- ✓ La gestion financière au niveau des FOSA est lacunaire : mauvais remplissage des outils de gestion, dépenses mal justifiées, procédures de décaissement non respectées, absence du canevas de rapport de suivi budgétaire standardisé ;
- ✓ Les registres standards sont mal remplis ou ceux des périodes antérieures sont perdus ou déchirés dans certaines FOSA ;
- ✓ L'hygiène est précaire dans certaines formations sanitaires ;
- ✓ Persistance des difficultés de remplissage des registres standards en particulier le registre standard de prise en charge des enfants de moins de cinq ans ; et du dossier obstétrical.

**Recommandations:**

- ✓ Encadrer les FOSA dans le suivi évaluation des PAA et PAS ;
- ✓ Recruter des gestionnaires qualifiés au niveau des Centres de Santé et les former sur les bonnes pratiques de la gestion financière et comptable ;
- ✓ Former les prestataires sur les protocoles nationaux et faire des supervisions formatives régulières et intégrées ;
- ✓ Assurer un bon archivage des documents.

**III.1.2.2. Evaluation de la performance des laboratoires dans le cadre du projet EAPHLN**

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet EAPHLN (réseau des laboratoires de santé publique des pays de l'Afrique de l'Est), financé par la Banque Mondiale, le Burundi dispose de neuf laboratoires pilotes (CHUK, Kayanza, INSP, Makamba, Muyinga, Gitega, Ruyigi Cibitoke et Rumonge) qui sont concernés par ce projet.

Des évaluations trimestrielles de la qualité technique sont réalisées par une équipe composée par des laborantins du CHUK et INSP à l'aide d'une grille spécifique. L'évaluation régionale est réalisée une fois par an et permet la classification en "Etoile" (certification) ainsi qu'une comparaison régionale.

Les résultats de ces évaluations nous ont permis de dégager les points forts et les points faibles observés sur terrain :

**Points forts:**

- ✓ La gestion administrative des laboratoires est améliorée ;
- ✓ Les nouveaux bâtiments pour les laboratoires pilotes ont été construits et réceptionnés ;
- ✓ Une amélioration nette du système de la qualité des services de laboratoire (augmentation des scores de qualité) ;
- ✓ Les supports pour la mise en œuvre du système de gestion et la qualité du laboratoire sont en place et le suivi est assuré ;
- ✓ La connaissance de base pour le système de gestion et la qualité du laboratoire est perceptible parmi le personnel du laboratoire ;
- ✓ Les documents sont élaborés en conformité avec la norme ISO 15189 version 2012 et la nouvelle checklist version 2-2015 ;
- ✓ La gestion des clients, l'audit interne, la gestion des incidents et la sécurité au laboratoire sont bien maîtrisés.

**Points faibles :**

- ✓ Hotte de sécurité non certifiée ;
- ✓ Connaissances insuffisantes dans l'analyse des causes profondes des Non-conformités (NC) et la revue des indicateurs de qualité ;
- ✓ Absence de système de calibration du petit équipement ;
- ✓ Faible système de suivi de l'efficacité des actions correctrices proposées ;
- ✓ Manque de système électronique d'information du laboratoire ;
- ✓ Le système de formation du personnel sur place n'est pas adéquat ;
- ✓ L'estimation de la mesure des incertitudes n'est pas réalisée ;
- ✓ La performance dans la gestion des risques est lacunaire ;
- ✓ Les objectifs « qualités » ne sont pas SMART ;
- ✓ Le plan pour la calibration du petit équipement tel que les thermomètres, les centrifugeuses, les minuteriers et les balances n'est pas cohérent et/ou respecté ;
- ✓ Les ressources humaines inappropriées ;
- ✓ Mentorat insuffisant pour mettre en œuvre le QMS (Quality Management System) dans les nouveaux sites.

**Recommandations :**

- ✓ Organiser des formations pour la gestion des Non Conformités, les actions correctrices et préventives ;
- ✓ Identifier des firmes qui peuvent réaliser la calibration, la maintenance et la réparation des équipements dans tous les sites ;
- ✓ Certifier et assurer la maintenance pour les hottes de sécurité pour l'INSP et le CHUK ;
- ✓ Accélérer le processus de certification des laboratoires ainsi que des assesseurs conformément aux règles ASLM (African Society for Laboratory Medecine) ;
- ✓ Assurer un accompagnement (mentorat) régulier des tous les sites.

### III.2. Analyse des rapports de la vérification communautaire

Le renforcement de la participation communautaire dans la planification des FOSA passe par la réalisation de la vérification communautaire par des associations locales (ASLO). Cette vérification a pour objectif d'authentifier au niveau communautaire les données de prestations offertes par les FOSA et d'apprécier le degré de satisfaction de la population à l'aide d'un questionnaire administré dans les ménages utilisateurs des services.

Cette vérification est réalisée sous la supervision du CPVV qui signe des contrats semestriels avec les ASLO.

#### Points forts:

- ✓ Recrutement des ASLO pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Disponibilité des résultats des enquêtes communautaires.

#### Points faibles

- ✓ Faible capacité d'analyse et d'utilisation des résultats des enquêtes communautaires par les BPS/BDS et par les FOSA ;
- ✓ Absence de formation/recyclage des ASLO avec comme conséquence un mauvais remplissage de fiches d'enquête ;
- ✓ Mauvais remplissage des registres (enregistrement incomplet des patients), ce qui complique le tirage des échantillons ;
- ✓ Les résultats des enquêtes communautaires ne sont pas restitués aux FOSA et/ou ASLO par manque de moyens financiers ;
- ✓ Les recommandations issues des enquêtes communautaires ne sont pas prises en compte dans la planification des FOSA ;
- ✓ L'enquête communautaire n'a pas été réalisée pour le 1<sup>er</sup> semestre 2017 suite à l'insuffisance des moyens financiers.

#### Recommandations:

- ✓ Renforcer les capacités des BPS/BDS et FOSA dans l'analyse et l'utilisation des résultats des enquêtes communautaires ;
- ✓ Former /recycler les ASLO au remplissage des fiches d'enquête avant chaque l'enquête ;
- ✓ Les FOSA doivent s'assurer du bon remplissage des registres (enregistrement des patients) ;
- ✓ Mobiliser les ressources financières pour organiser des réunions de restitution des résultats des enquêtes communautaires aux FOSA et ASLO.

### III.3. Evaluation des performances des unités de prestation du niveau intermédiaire et périphérique

Les BPS, BDS et CPVV sont contractualisés dans le cadre du FBP en fonction de leur performance quant à l'accomplissement de leurs missions respectives. L'évaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV est sous la responsabilité de la CT FBP et se fait chaque trimestre par une équipe des cadres du niveau central du MSPLS désignée par le Cabinet du MSPLS.

#### ❖ Au niveau du BPS et BDS

La performance du BPS est liée à celle de ses Districts. C'est ainsi que le score de performance du BPS est pondéré par la moyenne des scores de performance de ses Districts.

**Ainsi, le score de performance du BPS évalué par la CT FBP est côté sur 80 points et la moyenne des scores de performance des BDS est côté sur 20 points.** La somme de ces deux scores donne le score de performance du BPS.

De même, la performance du BDS est liée au score de qualité de ses formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux). C'est ainsi que le score de performance du BDS est pondéré par la moyenne des scores de qualité technique des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) sous sa responsabilité. **Ainsi, le score de performance du BDS évalué par la CT FBP est coté sur 80 points et la moyenne des scores de qualité des formations sanitaires du District est coté sur 20 points.** La somme de ces deux scores donne le score de performance du BDS.

Les résultats des évaluations trimestrielles des BPS et BDS ont dégagé les points forts et points faibles ci-dessous :

**Points forts:**

- ✓ Les rapports trimestriel d'activités sont produits et transmis à temps à la hiérarchie ;
- ✓ Existence de partenaires locaux appuyant le secteur de santé avec un cadre de coordination fonctionnel (CPSD provincial) ;
- ✓ L'encadrement des FOSA est fait par les BDS dans l'élaboration des PAA ;
- ✓ Implication progressive de la communauté dans la gestion des services de santé ;
- ✓ La gestion financière et comptable du Bureau de District respecte les bonnes pratiques ;
- ✓ Le suivi de la gestion des ressources humaines et financières des FOSA est effectif ;
- ✓ Le suivi des paiements des factures des FOSA dans le cadre FBP est effectué ;

**Points faibles:**

- ✓ Absence des membres de l'équipe cadre du District dans certaines réunions des CDS ;
- ✓ Absence des cadres du BDS dans les séances d'audits cliniques et des décès maternels ;
- ✓ Absence d'Hôpitaux de District dans certains Districts Sanitaires ;
- ✓ Participation irrégulière du Médecin Chef de District dans les réunions du comité de gestion de l'Hôpital de District ;
- ✓ Ruptures de stock des médicaments dans certains Districts Sanitaires ;
- ✓ Certains dossiers administratifs individuels du personnel de l'Equipe Cadre des BDS et Titulaires des CDS ne sont pas à jour, parfois non disponibles ;
- ✓ Les indicateurs de résultat ne sont pas mentionnés dans les PAA des BDS et BPS pour permettre un bon suivi de ces derniers ;
- ✓ Insuffisance dans la gestion du charroi (Les carnets de bord de l'ambulance sont souvent incomplets) ;
- ✓ Réunion mensuelle d'analyse des prestations des GASC non tenue ;
- ✓ Insuffisance dans le classement des documents ;
- ✓ Absence de certains Médecins Chefs de District dans les réunions mensuelles de validation des factures par le CPVV ;
- ✓ Absence d'appui technique du BDS dans l'encadrement des ASC ;

**Recommandations**

- ✓ Assurer la transmission officielle à la hiérarchie et le classement des documents administratifs ;
- ✓ Assurer un encadrement effectif des FOSA dans la planification et la gestion financière ;
- ✓ Assurer un encadrement technique des GASC ;
- ✓ Assurer une bonne gestion des médicaments et autres consommables médicaux dans les FOSA (éviter les ruptures de stocks).
- ✓ Participer régulièrement dans les séances d'audit clinique et des décès maternels ;

- ✓ Utiliser le logiciel « chanel » pour faire l'inventaire des médicaments afin de prévenir les ruptures de stock des médicaments ;
- ✓ Compléter régulièrement les carnets de bord de tous les véhicules pour faciliter une gestion du charroi ;
- ✓ Compléter les dossiers du personnel à tous les niveaux.

#### ❖ **Au niveau des CPVV**

##### **Points forts :**

- ✓ Toutes les missions ont été assurées dans le respect des procédures en vigueur ;
- ✓ Archivage correct des documents administratifs ;
- ✓ La vérification des prestations quantitatives et qualitatives des FOSA respecte la méthodologie décrite dans le Manuel des Procédures FBP ;
- ✓ Les équipes CPVV ont été renforcées en personnel ;
- ✓ Engagement de l'Etat pour appuyer le fonctionnement et le renforcement de l'équipe du CPVV.

##### **Points faibles :**

- ✓ Le CPVV de Rumonge manque de moyens logistiques ;
- ✓ Manque de fonds d'entretien des véhicules de certains CPVV ;
- ✓ Absence de connexion internet pour certains CPVV.

##### **Recommandations :**

- ✓ Rendre disponible la connexion internet au niveau de tous les CPVV ;
- ✓ Fournir des moyens logistiques à tous les CPVV en particulier à celui de Rumonge.

### **III.4. Evaluation de la performance des sous unités du niveau Central (CT FBP, DGR, DGSSLS et DGP)**

L'évaluation de la performance des sous unité du niveau central CT FBP et DGR ont eu lieu pour tous les trimestres de l'année 2017 tandis que la contractualisation de la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre (DGSSLS) et de la Direction Générale de la Planification n'a démarré qu'à partir du 3<sup>e</sup> trimestre 2017.

#### ❖ **Pour la CT-FBP**

##### **Points forts**

- ✓ Pour l'année 2017, la CT-FBP a pleinement joué son rôle. Les évaluateurs ont noté que cette dernière a satisfait à tous les critères d'évaluation tels que définis sur les grilles d'évaluation mensuelle et trimestrielle de ses prestations.

#### ❖ **Pour la DGR**

##### **Points Forts :**

- ✓ La DGR a globalement réalisé les activités planifiées en fonction des missions lui confiées et dans le respect des termes de son contrat de performance ;
- ✓ L'équipe de la DGR a la maîtrise requise de son travail et est motivée.

##### **Points à améliorer:**

- ✓ Les délais de paiement sont à respecter.

##### **Recommandations**

- ✓ Plaider pour le respect des délais de paiement par tous ceux qui financent l'approche FBP.

#### ❖ **Pour la DGSSLS :**

##### **Points forts**

- ✓ Pour l'année 2017, la sous unité DGSSLS a pleinement joué son rôle. Les évaluateurs ont noté que cette dernière a satisfait aux critères d'évaluation tels que définis sur les grilles d'évaluation mensuelle et trimestrielle de ses prestations à l'exception de

l'activité relative au suivi des recommandations des missions des audits techniques et financiers.

❖ **Pour la DGP :**

**Points forts**

- ✓ La DGP a réalisé les activités planifiées en fonction des missions lui confiées et dans le respect des termes de son contrat de performance.

**III.5. Analyse des rapports de la contre-vérification**

La contre vérification se fait semestriellement par une entité externe au processus FBP pour s'assurer de la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées dans le cadre du Financement Basé sur la Performance. La contre vérification porte sur des périodes antérieures mais doit, en plus, tenir compte des prestations quantitatives du semestre précédent. Le présent rapport relate des résultats de la contre vérification du deuxième semestre 2016. Ce rapport a été validé au mois de juin 2017.

Les rapports de la contre vérifications ont montré des points forts et points faibles :

**Points forts**

- ✓ Le cycle de mise en œuvre du FBP avec la séparation des fonctions est bien maîtrisée ;
- ✓ Les liens entre les différentes entités de prise de décision sont bien compris ;
- ✓ la performance est maximale pour tous les résultats attendus des CPVV ;
- ✓ Lors des enquêtes communautaires, les fiches sont collectées pour traitement et analyse des informations recueillies auprès des patients.

**Points faibles**

- ✓ Certains résultats attendus des BPS, BDS ont de faibles niveaux de performance ;
- ✓ La gestion des ressources humaines, la gestion financière et comptable, les règles d'hygiène, l'approvisionnement des médicaments par la pharmacie centrale nécessitent des efforts substantiels pour amener les structures de santé à un niveau optimal de performance ;
- ✓ Les différentes parties prenantes au niveau provincial à savoir les CPVV, les BPS et les BDS semblent ne pas travailler de façon synergique en vue d'accroître la performance des formations sanitaires ;
- ✓ Absence d'évaluation des Unités de Prestation (UP) du niveau central car celles-ci n'étaient plus contractualisées faute de moyens financiers ;
- ✓ Les retards de paiement qui vont au-delà de 21 jours se sont faits remarquer notamment pour les fonds destinés aux centres de santé, aux hôpitaux de districts et aux hôpitaux nationaux.

**Principales recommandations**

- ✓ Appuyer les districts sanitaires à travers la DPSHA pour renforcer les capacités de mobilisation et d'encadrement des groupements et réseaux communautaires ;
- ✓ Financer davantage les interventions au niveau communautaire en initiant une approche de FBP communautaire bien étudiée ;
- ✓ Améliorer l'encadrement des acteurs communautaires pour rendre leur travail plus efficace ;
- ✓ Améliorer l'adéquation entre les missions de supervisions et les plans d'action des structures sous leur responsabilité en vue de renforcer l'encadrement des entités de mise en œuvre du FBP dans les différentes provinces ;
- ✓ Faire un plaidoyer pour un paiement des formations sanitaires dans les délais ;

- ✓ Recruter les vérificateurs contractuels pour soutenir les vérificateurs fonctionnaires pour diminuer la charge du travail afin d'améliorer la qualité de la vérification ;
- ✓ Organiser des sessions de renforcement des capacités des vérificateurs pour mieux les préparer à leur travail de vérification ;
- ✓ Améliorer le classement des documents de travail comme les plans, les rapports, les PV de réunions, etc. Les versions électroniques devraient également être classées et facilement rétraçables ;
- ✓ Améliorer l'approvisionnement de la pharmacie de district pour rendre disponibles les médicaments nécessaires et en quantité suffisante ;
- ✓ Améliorer la qualité des prestations de soins au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Réaliser les investissements nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins au niveau des formations sanitaires et produire des rapports d'utilisation des fonds.

### **III.6. Analyse des rapports des audits techniques et financiers**

En Mai 2016, l'Union Européenne et le Gouvernement du Burundi ont signé une convention de financement, au titre du 11ème Fonds Européen Développement. Ces fonds sont destinés à la mise en œuvre par l'agence Belge au développement (CTB) du Programme d'Appui au système de santé à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance UE-PASS-FBP. Cette intervention prévoit d'appuyer les 18 Provinces sanitaires du pays, à travers l'outil de « Financement Basé sur les Performances » couplé à la gratuité ciblée des soins, à maintenir en état de fonctionnement les formations sanitaires.

Il est prévu, dans le cadre de la convention de subside conclue entre la CTB et le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (article 12), des contrôles/audits limités du système de santé de façon ex-post (contrôles aléatoires et ciblés). Ces audits/contrôles sont réalisés pour contribuer à garantir une bonne qualité des prestations subventionnées dans le cadre du FBP.

Dans ce cadre, 120 Centres de Santé, 11 Hôpitaux de District et 12 Comités Provinciaux de Vérification et de Validation ont été audités techniquement tandis que 108 Centres de Santé et 12 Hôpitaux de District ont été audités financièrement. Les rapports ont été partagés avec le MSPLS pour prise de décisions. Les résultats de ces audits ont montré des points faibles et points forts et des recommandations ont été formulées.

#### **III.6.1 Audits techniques**

L'objectif principal des audits techniques est de garantir une bonne qualité des prestations subventionnées par des fonds alloués par l'Union européenne, en vérifiant la disponibilité et l'utilisation des services de santé de qualité pour les populations en général, surtout les plus vulnérables, à savoir les enfants < 5 ans et les femmes enceintes en particulier.

Les résultats de ces audits ont montré les points forts et les points faibles ci-dessous :

##### **Points forts :**

- ✓ Les plans d'actions (PAA et PAS) existent dans toutes les FOSA auditées ;
- ✓ Les rapports du système d'information sanitaire (SIS) sont disponibles et transmis régulièrement et à temps aux BDS ;
- ✓ Les réunions d'évaluations des plans d'actions et d'analyse SIS sont régulièrement tenues par les FOSA ;
- ✓ Les tarifs des actes et médicaments sont respectés dans la majorité des FOSA auditées ;

- ✓ Les femmes qui viennent en CPN sont soumises au dépistage VIH ;
- ✓ Disponibilité des intrants PF et des vaccins dans la majorité des FOSA auditées ;
- ✓ Les réunions entre les responsables des CDS et les GASC sont régulièrement tenues ;
- ✓ La permanence des services clés (urgences, Maternité, Bloc opératoire, hospitalisation, laboratoire et pharmacie) est assurée ;
- ✓ Les audits des décès maternels et infantiles sont réalisés dans les hôpitaux audités ;
- ✓ Les rapports mensuels et trimestriels d'activités de l'hôpital sont disponibles et analysés par le conseil de gestion ;
- ✓ Les outils de gestion financière, administrative et comptable sont disponibles au niveau des hôpitaux et dans la majorité des Centres de Santé ;
- ✓ Le processus de vérification et de validation respecte les procédures en vigueur ;

**Points faibles :**

- ✓ Insuffisances dans l'élaboration, l'exécution et le suivi évaluation des PAA et PAS ;
- ✓ Faible réalisation des investissements porteurs de changement ;
- ✓ L'analyse de l'information sanitaire par cible collinaire n'est pas maîtrisée ;
- ✓ Certains outils de collecte de données ne sont pas disponibles, sont mal remplis ou difficilement exploitables ;
- ✓ La gestion des déchets biomédicaux est toujours lacunaire ;
- ✓ Les conditions d'hébergement ne sont pas partout favorables ;
- ✓ Mauvais archivage des documents en général et des dossiers médicaux en particulier ;
- ✓ Les différents protocoles de prise en charge (PCIME clinique, SPT, Malnutrition, VIH, VBG, Paludisme, Maladies chroniques non transmissibles,) ne sont pas disponibles dans certaines FOSA, ou sont dépassés (Paludisme) et/ou ne sont pas correctement appliqués ;
- ✓ Le personnel soignant est insuffisant selon les normes sanitaires (infirmiers, laborantins, TPS) ; le mécanisme de recrutement des contractuels n'est pas de mise ;
- ✓ Tous les examens de laboratoire prévus par les normes sanitaires ne sont pas réalisés surtout au niveau des CDS ;
- ✓ Les équipements biomédicaux sont mal entretenus surtout au niveau des Hôpitaux de District ;
- ✓ Lacunes dans la gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Certains équipements et matériel manquent ou ne sont pas adéquats (tables d'accouchement, tables de réanimation des bébés ; lampe chauffantes, couveuses, lampes à ultraviolets, champs ; souvent 1 seul tensiomètre pour toutes les activités de le CDS...)
- ✓ Le Système de référence et contre référence n'est pas bien fonctionnel (vétusté et insuffisance des ambulances, personnel non qualifié, des routes en mauvaise état) ;
- ✓ Beaucoup de CDS utilisent encore des frigos à pétrole (pollution de l'environnement, ruptures de stock répétitives au niveau national en pétrole) ;
- ✓ Insuffisance d'encadrement/formation des relais communautaires ;
- ✓ Les FOSA ne sont pas suffisamment supervisées/ encadrées par les BDS : supervision /encadrement irréguliers, non intégrés et non formatifs ;
- ✓ Autonomie des CPVV non encore effective.

**Principales Recommandations:**

- ✓ Redynamiser les comités d'hygiène, santé et sécurité au travail ;
- ✓ Rendre disponibles les équipements et les intrants de laboratoire ;

- ✓ Améliorer l'hygiène en général, la gestion des déchets biomédicaux et les conditions d'hébergement des patients en particulier ;
- ✓ Intégrer et réaliser des investissements porteurs de changement dans les PAA et PAS ;
- ✓ Remplir correctement et complètement les dossiers des malades et les dossiers obstétricaux et en assurer un bon archivage à leur sortie ;
- ✓ Encadrer suffisamment les relais communautaires.
- ✓ Faire des supervisions/encadrement réguliers, intégrés et formatifs des formations sanitaires ;
- ✓ Rendre disponibles les protocoles standards de prise en charge des pathologies, les outils de collecte de données, les outils de gestion des médicaments, les outils de gestion administrative, comptable et financière mais également, le cas échéant, les mettre à jour ;
- ✓ Améliorer la disponibilité des médicaments au niveau des pharmacies de district ;
- ✓ Les CPVV doivent participer activement dans la validation des PAA et PAS des FOSA.

### III.6.2 Audits financiers

Les audits financiers sont réalisés par une maison d'audit externe (Moore Stephens LLP). A la fin d'un audit financier un rapport final est produit et des constats sont relevés et des recommandations et suggestions formulées. Les domaines concernés par l'audit financier sont :

- ✓ Audit financier classique;
- ✓ Vérification de la facture mensuelle des prestations FBP au niveau des formations sanitaires.

**Audit financier classique:** a relevé les éléments suivants

- ✓ Achat des médicaments et réactifs sans respect des directives du manuel des procédures administratives, financières et comptables dans certaines formations sanitaires;
- ✓ Gestion du CDS (rattaché à l'hôpital) et de l'hôpital mélangée.
- ✓ Inventaire physique non actualisé des équipements dans certaines formations sanitaires ;
- ✓ Manuel des procédures administratives, comptable et financières non disponible dans certaines formations sanitaires ;
- ✓ Archivage insatisfaisant (faiblesse dans la numérotation des pièces comptables par ordre/classement des pièces ou documents par ordre logique, registre de consultation mal rangés, mal complétés) ;
- ✓ Existence de certaines lacunes dans la gestion financière au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Faiblesse des procédures de passation des marchés.

#### **Vérification de la facture mensuelle**

- ✓ Erreur de calcul du nombre de cas des prestations déclarées dans les factures mensuelles de certaines formations sanitaires ;

#### **Principales Recommandations :**

- ✓ Renforcer les capacités de gestion financière, comptables et administrative au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Elaborer un plan de formation comportant les domaines de compétences clés en particulier les procédures de passation des marchés.

## **CHAPITRE IV : SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP**

### **IV.1. Suivi des recommandations du rapport annuel FBP 2015**

Dans le précédent rapport annuel de mise en œuvre du FBP (Rapport annuel 2016), les recommandations formulées visaient le renforcement du système de santé en général et de la mise en œuvre du FBP en particulier. Le niveau de réalisation de ces recommandations est satisfaisant (Voir annexe 1 du rapport).

### **IV.2. Système de planification et rapportage sur le FBP**

Durant l'année 2017 tout comme les années précédentes, la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été réalisée conformément aux plans d'action annuels validés au quatrième trimestre de l'année 2016. Les canevas de planification proposés par la Direction Générale de la Planification ont été utilisés. Ces canevas proposés ont permis une planification tenant compte des priorités du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 qui a été étendu jusqu'en 2018, des normes sanitaires, des missions de chaque structure ainsi que des difficultés spécifiques localement identifiées par chacune des unités de prestation. Les activités définies dans ces plans d'action annuels ont ensuite été réparties en quatre ensembles (pour certaines entités de régulation) et en 2 ensembles (FOSA) cohérents correspondant aux plans d'action trimestriels/semestriels.

L'existence de ces plans d'action est un des préalables à la signature d'un contrat FBP. Ce dernier constitue une condition pour l'évaluation quantitative et/ou qualitative des prestations. Sur base de ces plans d'action trimestriels/semestriels, des rapports de mise en œuvre du FBP ont été élaborés pour rendre compte du niveau de réalisation des activités planifiées, des difficultés et contraintes rencontrées ainsi que des décisions prises en vue de prendre des stratégies d'amélioration des services offerts.

Le rapport de mise en œuvre du plan d'action constitue également un des indicateurs d'évaluation de la qualité de toutes les unités de prestation à tous les niveaux. En outre, ces rapports sont analysés puis exploités au niveau hiérarchiquement supérieur pour identifier les principaux goulots d'étranglement et proposer des mesures correctrices. La CT FBP quant à elle est chargée de faire un rapport synthèse de suivi de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux. Les principaux constats sont présentés lors des réunions organisées à cet effet.

Au cours de l'année 2017, le processus de planification et de rapportage a suivi son cours normal dans le cadre de la mise en œuvre du FBP. Les plans d'action de toutes les entités ont été transmis et validés dans les délais.

Notons que les Unités de Prestation du niveau central du MSPLS ont été intégrées dans le FBP au cours du quatrième trimestre de l'année 2017 suite à l'obtention d'un financement pour contractualiser ce niveau.

### **IV.3. Coordination de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux**

Pour assurer une mise en œuvre harmonisée du FBP au niveau national, la CT FBP organise des activités de coordination à savoir les ateliers semestriels de suivi et les réunions trimestrielles de coordination de la CT FBP élargie. Parmi les sujets traités au cours de ces réunions figurent les principaux constats issus des missions trimestrielles de suivi du FBP sur terrain, les investissements grâce aux fonds FBP et les résultats des évaluations improvisées. A l'issue de ces réunions, des stratégies d'amélioration de la mise en œuvre du FBP ont été arrêtées.

#### **IV.3.1. Ateliers semestriels de suivi de la mise en œuvre du FBP**

Deux ateliers semestriels de suivi de la mise en œuvre du FBP ont été organisés au cours de l'année 2017 conformément au plan d'action annuel de la CT FBP. Le premier atelier semestriel a été organisé en dates du 27 au 28 juin 2017 à Bujumbura, dans l'une des salles de la Détente. Le second atelier a été organisé en dates du 21 au 22 décembre 2017 à Helena hôtel de Gitega.

Les participants dans ces ateliers étaient les responsables des entités de régulation et de mise en œuvre du FBP des niveaux intermédiaire et périphérique, les responsables des Hôpitaux Nationaux, les membres de la CT FBP élargie impliqués dans les activités d'évaluation, les représentants des ONG d'accompagnement ainsi que certains partenaires du FBP. Quelques représentants des FOSA ont été aussi conviés à ces ateliers.

Le deuxième atelier semestriel a vu également la participation de la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, du Secrétaire Permanent au MSPLS, tous les Directeurs Généraux, l'Inspecteur Général de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et certains Directeurs des Départements et des Programmes de Santé.

Au terme de ces ateliers semestriels de coordination et de suivi de la mise en œuvre du FBP, des recommandations ont été formulées à l'endroit de différents acteurs. Des comptes rendus ont été produits et transmis à la hiérarchie par la CT- FBP pour prise de décisions.

#### **Les principaux constats de ces deux ateliers ont été les suivants :**

- ✓ Les supervisions ne sont pas régulières et intégrées ;
- ✓ Les médicaments essentiels sont disponibles mais pas en quantité suffisante (surtout les formes sirop) ;
- ✓ La prise en charge clinique des patients y compris les femmes et les parturientes montrent des insuffisances surtout sur l'intégration des soins, le respect des protocoles et l'usage du partogramme ;
- ✓ Les PAA et PAS sont disponibles mais la qualité du contenu et leur suivi évaluation nécessitent une amélioration ;
- ✓ L'archivage des documents et dossiers médicaux mérite une amélioration ;
- ✓ Les manuels, les directives et autres outils de gestion validés par le MSPLS ne sont pas disponibles au niveau opérationnel ;
- ✓ Personnel insuffisant au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Degré de compréhension différent des indicateurs chez les évaluateurs et les vérificateurs ;
- ✓ Le système de référence et contre référence n'est pas bien organisé ;
- ✓ Mauvais archivage des outils de collecte des données et autres documents ;
- ✓ Les investissements porteurs de changement ne sont pas intégrés dans les PAA des FOSAs, mais aussi ceux qui sont intégrés ne sont exécutés à un taux satisfaisant ;
- ✓ Faiblesse dans la gestion financière au niveau des FOSA ;
- ✓ Insuffisance des moyens pour le fonctionnement des CPVV (maintenance ordinateurs, entretiens des véhicules affectés, factures REGIDESO, fournitures de bureau, Carburant) ;
- ✓ Plafond de 5 000 000 FBU pour l'achat des médicaments qui est devenu insuffisant ;
- ✓ Insuffisance des vérificateurs au niveau des CPVV.

### **IV.3.2. Organisation des réunions de la CT FBP Elargie**

Il est prévu dans le Manuel des procédures FBP l'organisation d'une réunion trimestrielle de la CT FBP élargie pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux. Au cours de l'année 2017, la CT FBP élargie a tenu quatre réunions ordinaires. En plus des membres de la CT FBP, participent à ces réunions les cadres du niveau central du MSPLS, les membres de la CT FBP élargie impliqués dans les évaluations, les représentants de certains PTFs.

**Les principaux points qui ont été abordés au cours des réunions ordinaires sont entre autres :**

- ✓ L'outil d'indice est mal rempli dans la plupart des cas (au BPS, BDS et CDS) ;
- ✓ Les heures non prestées ne sont pas prises en compte dans les FOSA, les BDS et les BPS ;
- ✓ Insuffisance de personnel qualifié dans les formations sanitaires ;
- ✓ Rupture des registres standards dans les FOSA poussant ces derniers à utiliser les registres en omettant certaines colonnes ;
- ✓ Certains Médecins Chefs des Districts ne participent pas activement aux réunions mensuelles de validation des prestations FBP (souvent engagés dans d'autres activités) ;
- ✓ Certaines FOSA confessionnelles qui n'utilisent pas l'outil d'indice ;
- ✓ Insuffisance de moyens logistiques pour les approvisionnements ou la référence des malades dans certains districts sanitaires et hôpitaux de district ;
- ✓ Des ruptures de stocks des médicaments et/ou des poches de sang sont observées dans certaines FOSA ;
- ✓ Selon la grille d'évaluation, le montant à garder en caisse que le CDS ne doit pas dépasser est de 100 000FBU. Or, les CDS très éloignés de leurs banques réalisent des coûts énormes suite aux multiples déplacements ;
- ✓ Existence d'une certaine désharmonie dans la grille de qualité des Hôpitaux de District au niveau de l'indicateur en rapport avec la tenue des réunions : Un comité de direction qui se réunit une fois le trimestre tandis que le comité de gestion lui se réunit une fois le mois ; alors que le comité de direction est tenu de présenter son rapport au cours de la réunion du comité de gestion ;
- ✓ Les structures confessionnelles ne sont pas informées sur de nouvelles directives du MSPLS.

### **IV.3.3. Autres activités de suivi-évaluation**

#### ***IV.3.3.1. Missions de suivi de la mise en œuvre du FBP***

Au cours de l'année 2017, des missions de suivi de la mise en œuvre du FBP ont été effectuées par différents acteurs du niveau central. La CT-FBP appuyée par des cadres du niveau central du MSPLS, membres de la CT-FBP élargie ont effectué des missions de suivi et d'encadrement des acteurs de mise en œuvre du FBP au niveau intermédiaire et périphérique conformément au plan d'action annuel et trimestriel de cette cellule.

Toutes les équipes ayant effectué des missions ont produit des rapports qui ont ensuite été transmis à la CT-FBP. A ce niveau, ces rapports ont fait l'objet d'une analyse. Toutes les Provinces du Pays ont été visitées au cours de l'année. Les problèmes prioritaires recensés au cours des missions de suivi ainsi que les recommandations formulées sont repris dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 10: Problèmes prioritaires et recommandations des missions de suivi de mise en œuvre du FBP**

N°	Problème prioritaire identifié	Solutions envisagées
1	Faible qualité des prestations sanitaires dans certaines structures de soins	Renforcer la supervision des prestataires de soins
2	L'outil d'indice n'est pas correctement utilisé dans différentes formations sanitaires et entités de régulation : pas d'évaluation individuelle, les heures supplémentaires et les heures non prestées ne sont pas prises en compte,.....	Assurer un suivi régulier de l'utilisation de l'outil d'indice
3	Insuffisance du personnel qualifié au niveau des formations sanitaires	Mener un plaidoyer pour l'affectation du personnel qualifié au niveau des FOSAs en fonction des besoins de chaque province
4	Retard de paiements des subsides des FOSAs (FBP)	Mener un plaidoyer auprès des hautes autorités du MSPLS en vue du paiement régulier et sans trop de retard des subsides des FOSAs
5	Nombre insuffisant de vérificateurs dans certaines provinces	Compléter les sous unité vérification des CPVV pour les provinces avec un nombre insuffisant de vérificateurs
6	Ruptures des stocks des outils standards de collecte des données	Assurer l'approvisionnement des FOSAs en outils standards auprès des imprimeries convenues avec la DSNIS
7	Mauvais remplissage et mauvais archivage des documents divers au niveau des FOSAs	Assurer une supervision régulière des FOSAs sur les aspects en rapport avec la qualité des données sanitaires
8	Non-respect des protocoles nationaux pour la prise en charge de certaines pathologies	Utiliser les protocoles nationaux pour la prise en charge des pathologies
9	Cas de tricherie observés dans certaines FOSAs pour certains indicateurs	Appliquer strictement les sanctions prévues par le manuel des procédures FBP en cas de tricherie
10	Gestion financière lacunaire dans beaucoup de structures de soins	Organiser des actions de renforcement des capacités et superviser les agents en charge de la gestion financière dans les structures de soins
11	Les Médecins Chefs des Districts ne participent pas activement aux réunions mensuelles de validation des prestations (souvent engagés dans d'autres activités)	Vue l'importance de l'activité de validation des prestations des FOSA, les Médecins Chefs de District doivent assurer une participation effective à toutes les réunions
12	Fréquentes ruptures de stocks des réactifs, intrants et consommables de laboratoire malgré la disponibilité des fonds à cet effet	Mener un plaidoyer pour l'obtention d'un allègement des procédures des marchés publics en rapport avec l'approvisionnement des produits sensibles tels que les médicaments, les réactifs et les équipements biomédicaux
13	Manque d'équipements pour le back up des données au laboratoire car on ne peut pas les acheter (plafond limité à 5 millions alors qu'un seul appareil dépasse ce montant)	

#### ***IV.3.3.2. Evaluation improvisée de la qualité des prestations au niveau des hôpitaux de district***

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, il est prévu de réaliser des évaluations de la qualité technique par les pairs au niveau des hôpitaux une fois par trimestre.

La réalisation des évaluations improvisées a commencé avec l'année 2015 après avoir constaté que certains hôpitaux se préparaient la veille de l'évaluation et lorsque les services du Ministère passaient dans ces structures pour d'autres fins, ils trouvaient que la qualité n'était plus celle observée lors des évaluations par les pairs. Durant l'année 2017, chaque trimestre, un échantillon d'Hôpitaux de District a subi une évaluation improvisée sur certains résultats de la grille d'évaluation qualité sur instruction de la CT FBP.

L'objectif de ces évaluations est de permettre à ces structures d'avoir les bonnes habitudes de maintenir le niveau de la qualité technique déjà acquis et de renforcer les compétences des évaluateurs.

La CT-FBP appuyée par les membres de la CT-FBP élargie a effectué des évaluations improvisées de la qualité technique des prestations de tous les Hôpitaux de District. Cinq résultats de la grille d'évaluation de la qualité technique des Hôpitaux de District ont fait objet d'évaluation.

Selon le manuel des procédures FBP, les points de l'évaluation improvisée ont permis d'appliquer les sanctions telles que définies dans ledit manuel. Il faut noter que dans presque tous les Hôpitaux de District évalués de manière improvisée, les scores obtenus sur les résultats évalués ont connu une baisse par rapport aux scores obtenus pendant l'évaluation classique précédente par les pairs. De plus, les indicateurs 7 (environnement, hygiène et assainissement du milieu hospitalier) et 14 (la prise en charge gynéco-obstétricale) ont connu plus de discordance par rapport aux autres résultats évalués.

#### ***IV.3.3.3. Participation des PTF dans le suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBP***

Les PTF qui ont apporté un appui au Gouvernement en 2017 dans le cadre du FBP sont la Banque Mondiale et l'Union Européenne (via la Coopération Technique Belge). Ces PTFs organisent à ce titre des missions de suivi de la mise en œuvre du FBP et des audits au cours de l'année 2017.

##### **❖ La Banque Mondiale a organisé au 3<sup>e</sup> trimestre 2017 des missions de suivi :**

Au troisième trimestre une mission de la Banque mondiale (BM), a séjourné au Burundi du 11 au 22 septembre 2017 dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre du projet d'Appui au Système de Santé (KIRA), et de l'appui à la clôture du projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé (PADSS).

##### **❖ La Coopération Technique Belge (ENABEL) sur financement de l'Union européenne**

La Coopération Technique Belge (ENABEL) a effectué des audits techniques dans 120 Centres de Santé, 11 Hôpitaux de District et 12 Comités Provinciaux de Vérification et de Validation ainsi que des audits financiers dans 108 Centres de Santé et 12 Hôpitaux de District ont été audités financièrement. Les rapports ont été partagés avec le MSPLS pour prise de décisions. Les résultats de ces audits ont montré des points faibles et points forts et des recommandations ont été formulées.

## **CHAPITRE V : DOCUMENTATION ET RECHERCHE ACTION**

### **V.1. Bulletins trimestriels sur la mise en œuvre du FBP**

En 2017, quatre numéros trimestriels du « Bulletin des nouvelles FBP » ont été produits et diffusés auprès du public cible.

- Le premier numéro paru en Janvier 2017 portait sur une analyse comparée de l'évolution de certains indicateurs quantitatifs contractualisés dans le cadre du FBP de Janvier à Septembre 2015 et 2016 ainsi que sur les principales modifications apportées à la mise en œuvre du FBP à partir de 2017 ;
- Le deuxième numéro du bulletin des nouvelles FBP paru en Mai 2017 donne la parole aux prestataires de soins qui s'expriment sur la mise en œuvre du FBP, les succès enregistrés et les contraintes vécues ;
- Le troisième numéro du bulletin a été publié en Septembre 2017 au lendemain de la fin du projet PADSS de la Banque Mondiale et du nouveau projet KIRA de la même institution, les deux projets appuyant le FBP. Ce numéro revient sur l'héritage du nouveau projet KIRA et les défis à surmonter pour renforcer davantage le système de santé.
- Le quatrième numéro du bulletin, publié en Février 2018, a porté sur les succès de la mise en œuvre du FBP tels qu'objectivés par les prestataires et les bénéficiaires.

### **V.2. Communications sur la mise en œuvre du FBP au Burundi**

#### **V.2.1. Sensibilisation et mobilisation des acteurs périphériques de mise en œuvre du FBP**

Une réflexion centrée sur la mobilisation des acteurs de mise en œuvre du FBP au niveau périphérique a été publiée sous forme de lettres amicales adressées à un imaginaire Médecin Chef de District de Munzeze. La première a porté sur l'annonce du démarrage du nouveau projet KIRA et la deuxième sur la qualité des soins comme une préoccupation permanente dans les services de santé.

La première lettre FBP est informative et porte notamment sur le démarrage du nouveau projet KIRA, sa consolidation des acquis du projet PADSS et sa valeur ajoutée à savoir l'introduction du Financement Basé sur la Performance seconde génération qui prend en compte le volet communautaire et les Ecoles Paramédicales.

La seconde est une interpellation du gestionnaire de District sanitaire à s'impliquer davantage dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins. La lettre évoque les performances observées à l'hôpital de Mutoyi et propose aux formations sanitaires des stratégies pouvant contribuer à améliorer la qualité des soins.

#### **V.2.2. Reportages et dissemination des résultats liés à la mise en œuvre du FBP**

Des activités de reportage sur terrain ont été réalisées au niveau des hôpitaux de Ngozi, Muyinga, Cankuzo et Makamba.

De manière générale le reportage a porté sur le bilan des sept années de mise en œuvre du FBP dans les formations sanitaires. En effet les entretiens ont eu lieu avec (i) les bénéficiaires des prestations de soins, (ii) les gestionnaires des hôpitaux et (iii) les prestataires des services de santé. Le focus du reportage des entretiens était centré sur les leçons apprises, les contraintes et les stratégies à mettre en œuvre pour renforcer davantage le renforcement du système de santé.

Selon les bénéficiaires rencontrés la réforme FBP couplée à la gratuité a contribué sensiblement à l'amélioration de l'accès aux soins. Même les personnes vulnérables dont les Batwa utilisent les structures de santé au même titre que les autres citoyens. Ils ont été cooptés dans les COSA. Les Batwa cooptés dans les COSA font des plaidoyers pour leurs pairs en matière d'accès aux soins de santé.

Selon les gestionnaires des formations sanitaires rencontrés, la réforme de FBP a contribué au niveau des investissements. Des blocs de maternité, blocs opératoires, blocs d'hébergements et administratifs ont été construits et équipés.



***Matelas de lits acheté au CDS Mutakura***



***construction d'un bloc de maternité au CDS Mutakura***

Des matelas neufs, des lits, et appareils médicaux comme les tables de prélèvement, ont été achetés grâce aux fonds FBP. Des clôtures en matériaux durables sont construites aussi. Des équipements informatiques comme des ordinateurs, imprimantes, photocopieuses, ont été achetés.

Des motocyclettes ont été achetées. Certains hôpitaux de Districts et centres de santé ont été réhabilités grâce aux fonds générés par le FBP. Pour pallier à la carence de l'électricité certaines formations sanitaires utilisent l'énergie solaire.

Par ailleurs, les gestionnaires des formations sanitaires rencontrés mettent à l'actif de la réforme FBP la culture de planification et les outils de gestion comme gages de transparence. Au sujet de la planification, il s'agit d'une pratique nouvelle en matière de gestion des formations sanitaires. Les réunions de planification montrent la priorisation des besoins des formations sanitaires.

Concernant les outils de gestion mise en place, les interlocuteurs ont déclaré que l'usage de ces outils favorise la transparence et le climat de convivialité au sein des équipes de travail. Le manuel des procédures et l'outil d'indice constituent les ciments de mise en œuvre du FBP et de la transparence. L'outil d'indice est un instrument d'équité. Chacun se retrouve et il n'y a pas de suspicion.

Des contraintes sont relevées notamment au niveau du retard des paiements des factures. Ces retards ont des incidences sur les approvisionnements en médicaments notamment. La qualité laisse à désirer dans certaines formations sanitaires où deux ou trois patients partagent un seul lit. Il a été constaté que l'hygiène en milieu de soins est aussi à améliorer. La ségrégation des déchets reste un problème entier dans certaines formations sanitaires.

Ainsi donc comme on peut le constater, le FBP contribue au renforcement du système de santé au Burundi. Des acquis en matière d'accès aux soins, investissements et motivation du personnel sont encourageants. Des contraintes sont à maîtriser et continuer à améliorer la santé des populations. La question d'appropriation et donc de durabilité de la réforme est à mettre sur l'agenda de la régulation et donner des orientations à suivre pour rendre le système de santé performant davantage.

### **V.3. Préparation et organisation des activités de lancement du projet KIRA**

Sous la coordination du Président de la Commission en charge des préparatifs du lancement du Projet KIRA, Dr Jean Kamana, les cérémonies officielles ont eu lieu le 18 septembre 2017 à l'Hôtel Club du Lac Tanganyika. Il est à noter que le projet KIRA est un projet de 50 millions de dollars américains financé par la Banque Mondiale pour la période 2017 à 2021 et qui va contribuer à appuyer le FBP. Les hautes autorités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, en collaboration avec ceux de la Banque Mondiale, ont présidé les festivités. La qualité des soins a dominé les débats du jour. Des orientations y relatives ont été formulées par les autorités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Il a été recommandé aux acteurs de mise en œuvre du Projet KIRA à tous les niveaux de mettre un accent particulier sur la qualité des soins.



*Photo de famille lors du lancement du projet KIRA*

#### **V.4. Organisation d'un atelier médias sur les enjeux du projet KIRA**

Après le lancement officiel du Projet KIRA un atelier médias a été organisé à l'intention des journalistes des médias publics et privés avec l'objectif global de partager avec le public large les progrès accomplis par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida durant les sept années de mise en œuvre de la mise en œuvre du FBP.

A travers les médias, il a été aussi une opportunité de lancer un appel vibrant aux partenaires techniques et financiers et toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre du projet KIRA de conjuguer les efforts pour lever les goulots d'étranglement observés afin d'améliorer sans cesse le système de santé et rendre performants les services de santé et satisfaire aux attentes des bénéficiaires.

#### **V.5. Elaboration des messages de sensibilisation à l'intention des prestataires de soins et les gardes malades en matière de l'offre et la demande de soins**

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires, des messages de sensibilisation ont été produits à l'intention des prestataires des services de santé et des gardes malades. L'objectif double était visé (i) améliorer l'accueil et l'orientation des patients et visiteurs (ii) amener les gardes malades à contribuer à l'amélioration de l'hygiène dans les salles d'hospitalisation et les toilettes.

#### **V.6. Couverture médiatique d'une visite d'échanges d'expériences des délégations Togolaise et Djiboutienne sur la mise en œuvre du FBP**

Des délégations togolaise et djiboutienne sont venues au Burundi du 20 au 24 novembre 2017 pour échanger l'expérience sur la mise en œuvre du FBP. Les séances d'échanges et discussions ont eu lieu au siège de la Banque Mondiale au Burundi. Les membres de la CT-FBP ont exposé l'expérience du Burundi en matière de mise en oeuvre du FBP, ses succès et ses contraintes. La delegation djiboutienne a également fait part de sa propre experience de FBP et la delegation togolaise, qui est phase de démarrage d'une experience plote, a présenté les premières étapes déjà franchies.

La délégation burundaise a également partagé son expérience en rapport avec la mise en oeuvre du FBP au niveau Communautaire et au niveau central du Ministère de la Santé Publique et ed la lute contre le SIDA. Des échanges ont également eu lieu sur les systemes d'informations sanitaires et la possibilité d'interopérabilité entre le DHIS2 et le logiciel Open RBF. Des visites de terrain ont été organisés au niveau des formations sanitaires et des entités de regulation et de v&reification des Provinces de Muramvya et Bubanza.



*Séances d'échanges d'informations sur la mise en œuvre du FBP*

## **CHAPITRE VI : CONTRIBUTION DU FBP AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

Le Financement Basé sur la Performance contribue au renforcement du système de santé à travers ses six piliers à savoir : (i) la disponibilité des ressources humaines et auto responsabilité, (ii) les médicaments/vaccins et technologies nouvelles, (iii) l'information sanitaire et gestion des données, (iv) la gouvernance, le leadership et l'implication de la communauté à la gestion des structures de santé, (v) le financement et autonomie de gestion, et (vi) les infrastructures et équipements. Ces piliers sont développés dans les parties suivantes.

### **VI.1. Disponibilité des ressources humaines**

Le progrès actuel en développement et gestion des RH n'est pas seulement attribuable au FBP. Toutefois, le FBP a contribué pour une part non négligeable dans le développement, la gestion administrative et la mobilisation des ressources humaines pour une plus grande efficacité et efficience.

En effet, grâce au FBP, des pratiques pour administrer, mobiliser et développer les ressources humaines impliquées dans les activités opérationnelles au niveau des FOSA ont été remarqués dans le cadre de :

- ✓ recrutement et embauche du personnel ;
- ✓ orientation et formation du personnel : des séminaires –atelier pour le renforcement des capacités du personnel ont été organisés au cours de l'année 2017 ;
- ✓ respect des lois et normes gouvernementales ;
- ✓ encadrement dans les fonctions ;
- ✓ évaluation de la performance du personnel ;
- ✓ motivation du personnel par divers mécanismes dont les primes FBP,
- ✓ amélioration de la communication transversale et verticale entre services ;
- ✓ organisation et fonctionnement des services au niveau central du MSPLS.

L'influence du FBP a été noté dans le renforcement de la culture de planification basée sur une identification des besoins réels, y compris ceux en ressources humaines de qualité, de l'organisation et de l'auto-évaluation, la canalisation des ressources financières, qui se sont avérées être une des principales sources de motivation aussi intrinsèque qu'extrinsèque du personnel de santé. Cette culture de planification est développée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en commençant par la communauté, le niveau intermédiaire et périphérique jusqu'au niveau central.

La sensibilisation des acteurs en faveur de la promotion de l'autonomie de gestion des FOSA, en dotant ces dernières des moyens matériels nécessaires et d'une plus large marge de manœuvre, permet aux responsables sanitaires de répondre promptement et rationnellement aux besoins identifiés en ressources humaines et intrants divers. Toutefois, la maîtrise des procédures de passation des marchés reste un déficit majeur dans le cadre de la réalisation des plans d'action.

Au courant de l'année 2017, le MSPLS a exprimé un besoin en personnel de santé toute catégorie confondue d'un nombre de 167 personnes dont 25 médecins généraliste et 70 infirmier A2 et A0. Tout ce personnel a été recruté. Il ya eu également un recrutement d'un personnel fonctionnaire vérificateurs CAM d'un nombre de 18 dont une personne par province sanitaire.

95 nouveaux vérificateurs contractuels des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV) ont été recrutés et formés pour appuyer les anciens dans la vérification quantité et qualité des Centres de Santé et Hôpitaux de District et dans le FBP communautaire.

Dans la même foulée, un recrutement pour le remplacement des départs s'est poursuivi au courant l'année 2017. Dans le cadre de la gestion rationnelle du personnel existant, le redéploiement du personnel s'est poursuivi dans certaines FOSA des provinces sanitaires ne disposant pas de ressources humaines suffisantes en fonction des aires de responsabilités.

De manière générale, le FBP a contribué dans la disponibilité et la stabilité des ressources humaines, ainsi que dans l'incitation du personnel à travailler dans les milieux périphériques les plus défavorisés par les mécanismes de motivation à travers l'octroi des primes de performance. De plus, le paiement direct des subsides aux formations sanitaires a permis de stabiliser le personnel d'appui qui est payé directement par les fonds FBP.

## **VI.2. Disponibilité des médicaments**

La disponibilité des médicaments, vaccins et autres intrants est l'un des indicateurs de qualité suivi dans le cadre du FBP au niveau du BDS (pharmacie de District) et des FOSA (Hôpital et CDS). Ces évaluations se basent sur les éléments suivants :

- ✓ l'évolution de la valeur du stock qui doit être positive par rapport à l'état du stock de la période précédente ;
- ✓ l'appréciation de l'état des commandes des CDS et Hôpitaux qui ont été honorés par rapport aux commandes ;
- ✓ la mesure de l'évolution du nombre de FOSA n'ayant pas connu de ruptures de stock en médicaments traceurs.

A partir de 2014, il a été jugé préférable et plus objectif de s'assurer que les patients reçoivent les médicaments nécessaires qui leur sont prescrits. Pour ce faire, les critères suivants sont vérifiés chaque trimestre:

- ✓ Les stocks physiques de médicaments correspondent aux stocks théoriques ;
- ✓ Tous les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (tirage des cas au hasard) ont reçu les médicaments prescrits.

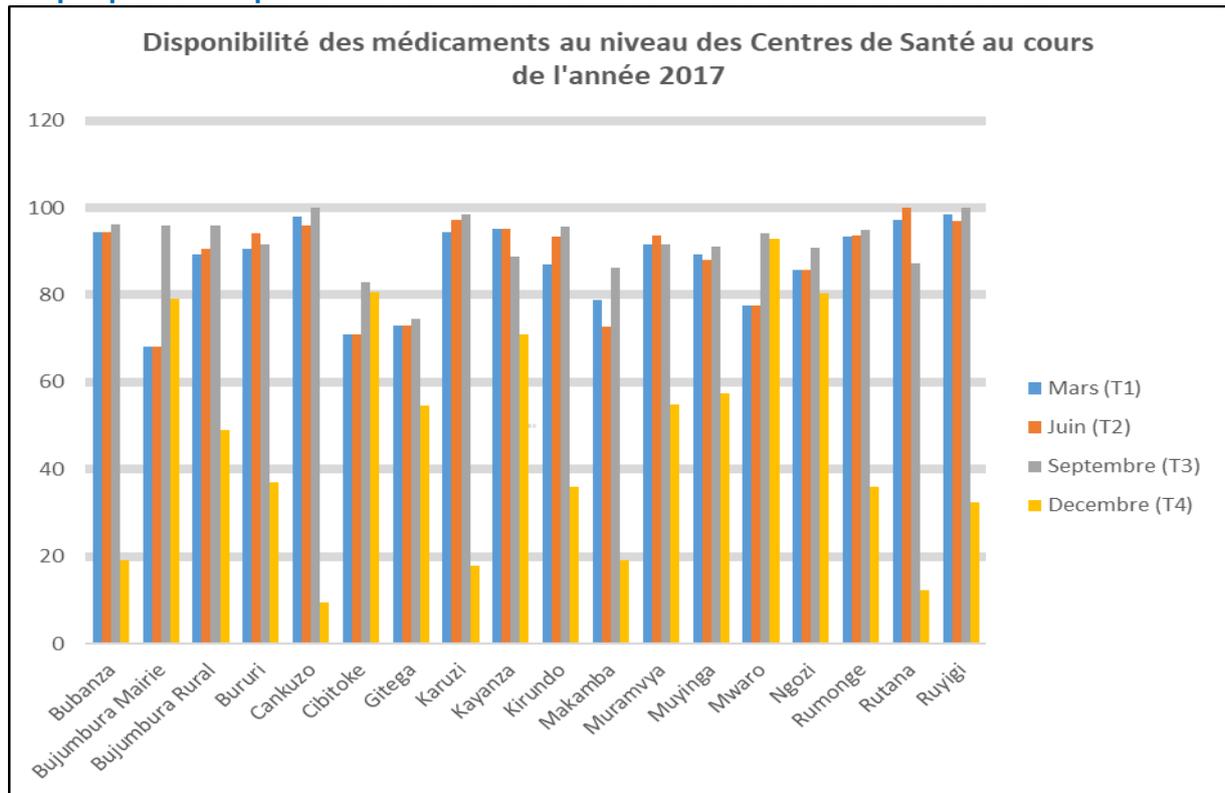
Il a aussi été jugé important de s'assurer que l'hygiène et la sécurité des prestataires et des patients sont assurées. Pour ce faire, les critères suivants sont vérifiés chaque trimestre :

- ✓ Les produits de décontamination ont été achetés par le CDS au moins une fois pendant le trimestre ;
- ✓ L'approvisionnement en boîtes de sécurité au moins par semaine
- ✓ La pharmacie est propre : ni toile d'araignée ni poussière sur les étagères ;
- ✓ Le matériel suivant est disponible pour la distribution des médicaments: filtre à eau, spatules, cuillères, gobelet, objet coupant ainsi que les emballages.

Toutefois, il a été remarqué qu'il y a eu persistance de rupture de stock de médicaments à la Centrale d'Achat des Médicaments (CAMEBU) ce qui a eu comme corollaire des ruptures de stock dans les pharmacies des BDS et des formations sanitaires. Le problème du seuil de 5 millions Fbu légalement autorisé par la loi des marchés publics pour des achats sur factures pro forma est insuffisant, les Districts et FOSA éprouvant des difficultés pour desancements des marchés. Il est à noter cependant que ce seuil vient d'être revu à la hausse jusqu'à 12 millions Fbu.

Pour pallier à ce problème, le MSPLS compte contractualiser la CAMEBU et toutes les structures ayant en charge la coordination pour la disponibilité du médicament. La Direction Générale des Ressources est aussi informée sur ces difficultés et compte lever ces goulots.

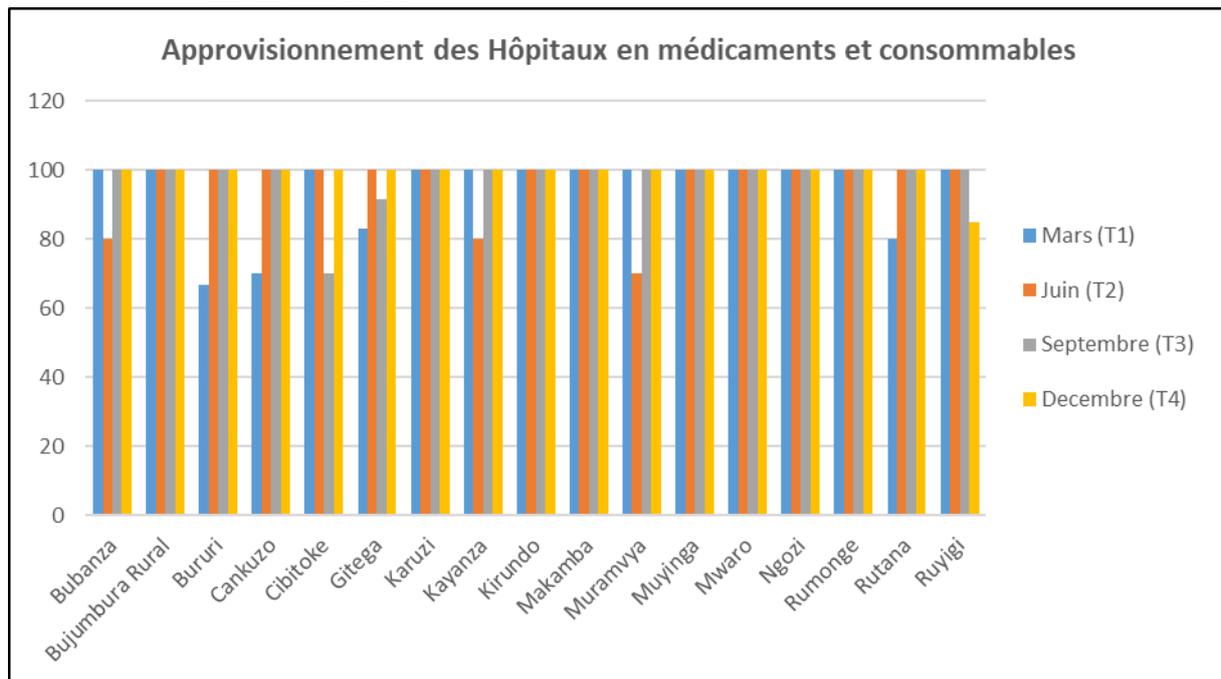
### Graphique 36 : Disponibilité des médicaments au niveau des Centres de Santé



Source : Base des données FBP

Le graphique ci-dessus montre un score de performance des CDS dans la disponibilité des médicaments et dans toutes les provinces au cours de l'année 2017. Ce graphique montre que le 4<sup>e</sup> trimestre 2017 a connu une rupture de stock et dans toutes les provinces. Les hypothèses justifiant cette rupture peuvent être la non disponibilité des médicaments sur le territoire national et dans les FOSA et/ou une rigueur plus accrue dans les évaluations de la qualité qui auparavant était faite par les BPS et BDS mais est réalisée par les CPVV à partir du 4<sup>e</sup> trimestre 2017. Néanmoins, certaines provinces (Ruyigi, Ngozi, Mwaro, Muyinga, Kayanza et Bujumbura) ont connu une plus ou moins faible régression avec un score moyen annuel dépassant 80%.

**Graphique 37 : Approvisionnement des hôpitaux en Médicaments essentiels et Consommables**



Source : Base des données FBP

D'une manière globale, les hôpitaux évalués ont obtenu un score moyen annuel supérieur à 90%. Toutefois, certains hôpitaux avaient un score de disponibilité des médicaments inférieur ou égal à 70% au premier trimestre 2017 pour les hôpitaux des provinces de Bururi et Cankuzo et les hôpitaux de la province Muramvya au 2<sup>e</sup> trimestre 2017.

### VI.3. Système d'information sanitaire

Des progrès importants ont été remarqués dans le système de recueil et gestion de l'information sanitaire. En effet, c'est une obligation pour la FOSA qui doit subir une évaluation quantitative de disposer au préalable d'un rapport SIS faute de quoi la facture est sanctionnée d'une annulation. Pour cet indicateur, avant d'effectuer la vérification, les vérificateurs doivent d'abord s'assurer que la FOSA ayant le contrat principal et toutes les FOSA ayant éventuellement signé avec elle des contrats secondaires disposent chacun du rapport SIS du mois précédent avec en annexe la fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés. Selon cette procédure, les formations sanitaires (CDS et hôpitaux de district) remplissent dans les 5 premiers jours de chaque mois le rapport d'activités SIS pour le mois précédent (rapport qui part des données primaires enregistrées dans les registres de consultation). En annexe de ce rapport SIS doit se trouver une fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés.

Les vérificateurs passent au niveau de chaque FOSA munis d'un formulaire vierge de facture mensuelle où seront consignées les prestations comptées et approuvées concomitamment par les vérificateurs et le personnel de la FOSA. Toutefois, il a été remarqué que les FOSA ne corrigent pas systématiquement les données des rapports SIS pour être en conformité avec les données vérifiées et validées par les vérificateurs du CPVV avant de les transmettre aux BDS, ce qui engendre des discordances entre les données de la DSNIS et les données FBP sur les indicateurs contractualisés.

Grace à cette obligation initiée par le FBP, des progrès dans la complétude et la promptitude des rapports SIS des FOSA ont été réalisés. Par ailleurs, les BDS et BPS sont financièrement sanctionnés (dans le cadre du FBP) lorsque les rapports ne sont pas transmis à la DSNIS dans les délais fixés. Les indicateurs portant sur l'analyse des données sont aussi suivis dans le cadre du FBP, spécialement par les différentes entités de régulation, les CPVV, les BDS et BPS et même les services du niveau central du MSPLS.

De plus, un projet d'interopérabilité entre la base de données du système d'information sanitaire (DHIS2) et la base de données du FBP (Open Clinic) est en cours et permettra de réduire les discordances entre les données du système d'information sanitaire et les données du FBP

Selon la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS), le taux de complétude/promptitude des données s'est amélioré. Toutefois, un problème d'interprétation des données sur la population dénombrée et celle issue de la projection de l'ISTEEBU à partir des résultats du recensement 2008 ne sont pas les mêmes, les opérateurs sur terrain se demandant quelles données utiliser.

**Tableau 11: Taux de Complétude et de Promptitude des rapports des Centres de Santé/Année 2017**

Provinces	Complétude	Promptitude
Bubanza	95,9%	83,9%
Bujumbura Mairie	47,4%	38,2%
Bujumbura-Rural	90,5%	74,4%
Bururi	96,3%	67,6%
Cankuzo	96,6%	84,1%
Cibitoke	99,2%	84,5%
Gitega	91,2%	70,1%
Karuzi	99,6%	79,1%
Kayanza	96,7%	84,2%
Kirundo	96,3%	78,1%
Makamba	92,5%	74,1%
Muramvya	93,0%	84,5%
Muyinga	87,4%	64,2%
Mwaro	96,4%	75,0%
Ngozi	96,9%	88,5%
Rumonge	95,2%	75,4%
Rutana	94,9%	66,1%
Ruyigi	95,7%	70,8%
<b>Moyenne</b>	<b>92,3%</b>	<b>74,6%</b>

*Source: DHIS2, Système National d'Information Sanitaire*

Les faibles taux de complétude et promptitude dans la Mairie de Bujumbura en 2017 s'expliquent par le fait que plusieurs Centres de Santé Privés, notamment dans le District Nord, ont été fermés au cours de l'année mais ont été maintenus dans le DHIS2 pour ne pas perdre leurs données des mois où ils étaient encore fonctionnels.

## **VI.4. Gouvernance, Leadership et Participation communautaire**

### **VI.4.1. Contribution à la Gouvernance et au leadership**

Dans le cadre de la Gouvernance et du Leadership nous notons des progrès en matière de gestion transparente et respect des procédures bien que des améliorations sont à faire quant à l'acquisition du médicament et dans le strict respect des procédures des marchés publics.

Dans cette même optique, la mise en œuvre du FBP s'accompagne de bonnes pratiques de nature à renforcer la bonne gouvernance, le leadership et l'implication de la communauté dans la gestion des structures sanitaires. En effet, le principe de séparation des fonctions prôné par le FBP (prestation, régulation, vérification et achat), la participation des COSA et des organes de gestion des FOSA dans la prise de décision ainsi que le mécanisme de vérification et contre vérification contribuent à prévenir les conflits d'intérêt entre les parties prenantes et des différents acteurs. Ce mécanisme contribue aussi à renforcer le respect des responsabilités des uns et des autres.

De plus le FBP a renforcé la culture de planification en général, particulièrement aux niveaux déconcentré (BPS) et décentralisé (BDS). En effet, la signature d'un contrat de performance par les BPS, BDS et les CPVV avec la Direction Générale des Services de santé et de la lutte contre le SIDA; ainsi que la signature des contrats des formations sanitaires avec le CPVV est conditionnée par la disponibilité des plans d'actions annuels et semestriel par structure.

En outre, les évaluations régulières de toutes les structures de santé (évaluations trimestrielles de la qualité technique) et autres entités du système de santé (BPS/BDS/CPVV) entretiennent un climat de dynamisme au sein de ces structures, en poussant les équipes à toujours être plus entreprenantes, innovantes et responsables.

Néanmoins, la créativité et les initiatives des prestataires restent limitées par la gestion centralisée des ressources disponible. En effet, malgré leur planification, les formations sanitaires doivent demander des autorisations pour investir dans l'un ou l'autre des piliers du système.

### **VI.4.2. Renforcement de la participation communautaire**

Le FBP est une réforme qui a beaucoup contribué au renforcement du système sanitaire au Burundi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. En effet, le FBP a contribué dans l'organisation des acteurs communautaires que sont les comités de santé, les agents de santé communautaires (ASC), et les associations locales, en mettant à profit leurs actions qui visent l'amélioration de l'offre et de la demande des soins de qualité dans les formations sanitaires.

Les ASC regroupés au sein des Groupements des Agents de Santé Communautaires (GASC) participent dans l'amélioration de l'utilisation des services de santé à travers la sensibilisation de la communauté, la relance des abandons, les références communautaires, de sensibilisation pour le changement de comportement, le dépistage de la malnutrition et la détection de ses causes ainsi que la prise en charge des pathologies à domicile dans certaines zones pilotes.

Les ASLO participent dans les enquêtes communautaires dans le cadre de l'enquête sur la qualité perçue par les bénéficiaires de soins aux formations sanitaire. Ces enquêtes

constituent une occasion de recueillir des suggestions des bénéficiaires pour améliorer les services offerts par les FOSA.

Les COSA assurent la cogestion du CDS avec les titulaires et participent dans l'élaboration des plans d'action annuels (PAA), semestriels (PAS) et trimestriels des CDS. Elles sont aussi représentées dans la commission de réception des médicaments. En vue de rémunérer leurs prestations, les COSA perçoivent des primes de performances accordées aux CDS dans le cadre du FBP. Il importe néanmoins d'institutionnaliser et standardiser ces dernières au niveau de toutes les formations sanitaires.

#### **VI.5. Financement et autonomie de gestion**

Le Gouvernement du Burundi à travers le MSPLS a amélioré la mobilisation des financements de la santé par plusieurs mécanismes dont le FBP. La transparence, les mécanismes d'évaluation et la bonne gestion des ressources qui sont les piliers du FBP, devraient rassurer les PTF dans son financement.

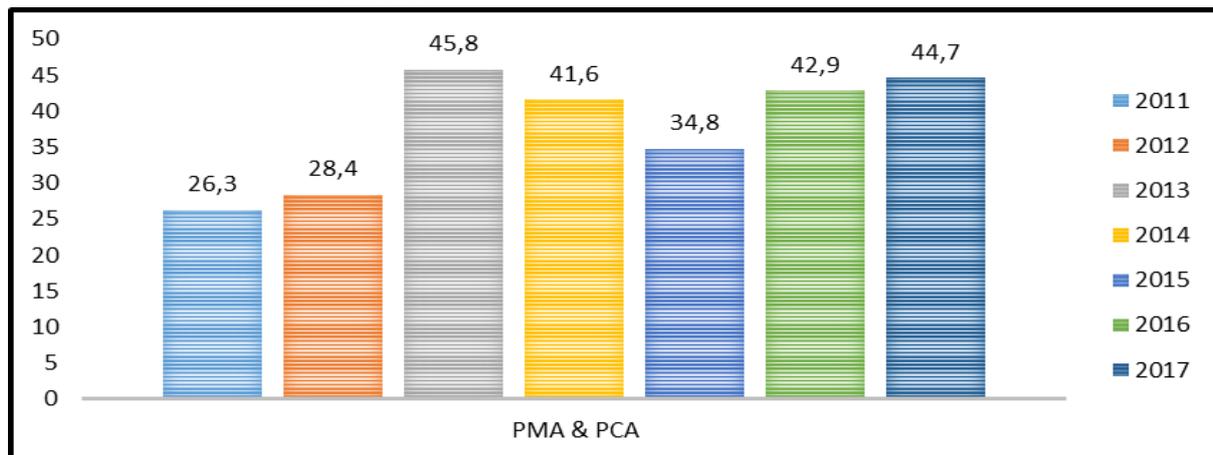
En effet, pour ce qui est de la gestion financière, plusieurs indicateurs sont contractualisés dans les FOSA pour favoriser la clarté et la transparence de gestion. Les évaluations réalisées dans le cadre du FBP permettent une évaluation de la bonne utilisation des outils de gestion financière et comptable (livre de caisse, livre de banque, budget semestriel /annuel, manuel des procédures administratives, comptables et financières, les plans de passation des marchés; bons d'entrée et de sortie de caisse, autorisation de paiement, rapprochement bancaire, contrôle de caisse,). Le FBP a permis la mise en place d'une culture de planification des dépenses des structures sanitaires en tenant compte de leurs besoins réels ainsi qu'une culture de rapportage, de suivi et d'évaluation grâce à l'utilisation de l'outil indice.

Dans le même cadre, des réunions des organes de gestion des FOSA sont effectuées ce qui améliore la convivialité, la transparence et la redevabilité dans la gestion. La tenue de ces réunions figure parmi les indicateurs évalués dans ce même cadre du FBP.

Cependant, plusieurs lacunes en matière de gestion financière ont été relevées en 2017 et la Direction Générale des Ressources s'est engagée à mettre en oeuvre des mécanismes pour améliorer la situation.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution dans le temps des financements mobilisés pour les formations sanitaires dans le cadre du FBP.

**Graphique 38 : Evolution des paiements effectués en faveur des FOSA de 2011 à 2017 en milliards de Fbu**



Ce graphique montre que les subsides FBP payés aux formations sanitaires ont augmenté progressivement de 2011 à 2013 pour connaître une légère baisse en 2014 suite aux mesures prises de rationalisation visant notamment à renforcer le système de vérification des prestations quantitatives et d'évaluation de la qualité. En 2015, il a été observé une baisse importante de 16,27% liée entre autre à la baisse de l'utilisation des services de santé suite à la situation sécuritaire qui a prévalu et à l'arrêt de certains contrats secondaires privés. De 2015 à 2016 et de 2016 à 2017, une hausse a été notifiée respectivement de 23,2% et 4,19%.

## **VI. 6. Infrastructures et équipements**

Le FBP a favorisé les investissements en infrastructures Sanitaires et Equipements. Des infrastructures nouvelles ont été construites et d'autres anciennes ont été réhabilitées. En effet, des indicateurs divers sont contractualisés dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins offerts à la population, ce qui a favorisé l'acquisition des nouveaux équipements et matériels médicaux, la réhabilitation des infrastructures. Ainsi, sur des fonds FBP, des Investissement nouveaux ont été planifiés et réalisés sans oublier le financement des fournitures et équipement de fonctionnement.

A titre illustratif, les formations sanitaires ont réalisé: i) des constructions des clôtures; ii) des constructions des incinérateurs; iii) achats des motos; iv) des plaques solaires; v) des machines diverses; vi) des réhabilitations des Infrastructures, etc. comme le montre les images suivantes:



**Bloc de maternité à l'Hôpital de Cibitoke**



**Latrines pour les patients à l'Hôpital de Giteranyi**



**Citerne d'eau au CDS Kagurutsi, Province Cibitoke**



**Plaques solaires au CDS Buvyuko, Province Bubanza**

## CHAPITRE VII : FINANCEMENT DE LA STRATEGIE FBP

### VII.1. Besoins, sources et gap de financement

**Tableau 12 : Besoins, sources et gap de financement pour l'année 2017 au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)**

Sources de financement	Financement prévisionnel 2017 (Fbu)	Financement reçu en 2017 (Fbu)	% de financement reçu par rapport aux prévisions
Union européenne	22 419 655 680	21 795 073 651	97,21%
Gouvernement	19 486 648 497	19 486 094 380	99,997%
Banque Mondiale	19 183 124 320	15 824 611 721	82,49%
<b>TOTAL</b>	61 089 428 497	57 105 779 752	93,48%

**Nota bene : le budget initial de l'Etat inscrit dans la loi budgétaire 2017 était de 18 888 388 497 Fbu. Un montant additionnel de 598 260 000 Fbu a été ajouté en cours d'exercice, soit un budget prévisionnel global de 19 486 648 497 Fbu comme indiqué dans le tableau ci-dessus.**

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la proportion des financements reçus par rapport aux financements attendus en 2017 au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) est de 93,48%.

Le budget de l'Etat pour l'exercice 2017 prévu pour les formations sanitaires a contribué à :

- ✓ Copayer les arriérés des factures FBP des formations sanitaires des mois de juin à décembre 2016 pour un montant de 11 707 284 297 Fbu ;
- ✓ Copayer les factures des mois d'avril à juillet 2017 pour un montant de 7 165 899 551 Fbu ;
- ✓ Payer les factures des coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du FBP. Ces factures concernent la location des véhicules de vérification dans toutes les provinces (juillet à décembre 2017), la location des bureaux de 8 CPVV (juillet à décembre 2017), l'achat de carburant pour la vérification dans toutes les provinces (de juillet à octobre 2017). Le montant des coûts opérationnels payés par le Gouvernement en 2017 s'élève à 612 910 532 Fbu.

Le budget prévu par la Banque Mondiale pour 2017 n'a pas été totalement consommé car le niveau de décaissement prévu a été revu à la baisse pour permettre aux fonds de l'Union européenne d'être décaissés plus rapidement que prévus dans l'optique de la préparation d'un nouveau financement pour 2018. Les fonds non décaissés par la Banque Mondiale ont été réalloués pour l'année 2018. Le budget de la Banque Mondiale a contribué à :

- ✓ Copayer les arriérés des factures des formations sanitaires des mois de juillet et août 2016 ;
- ✓ Copayer les factures des formations sanitaires pour les mois de mars à mai 2017 et septembre à décembre 2017.

Le budget de l'Union européenne via la Coopération Belge (ENABEL) a contribué à cofinancer les factures de janvier à décembre 2017. Le décaissement à 97,21% est lié aux fluctuations du taux de change entre l'Euro et le franc burundais.

**Au 31/03/2017, il n'existe aucun arriéré de paiement des factures des formations sanitaires pour l'année 2017.**

## VII.2. Utilisation des budgets prévisionnels par Province

### VII.2.1. Utilisation du budget au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux (PMA+PCA)

*Nota bene : dans ce rapport, le terme « utilisation du budget FBP » fait référence aux fonds FBP transférés aux formations sanitaires.*

**Tableau 13 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel pour l'année 2017 au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)**

Province	Prévision Année 2017	Utilisation Année 2017	Pourcentage
Bubanza	2 431 417 223	2 148 765 696	<b>88,38%</b>
Bujumbura-Mairie	3 874 018 106	6 563 263 404	<b>169,42%</b>
Bujumbura-Rural	3 041 498 666	2 150 398 946	<b>70,70%</b>
Bururi	1 841 684 269	1 577 080 750	<b>85,63%</b>
Cankuzo	1 496 603 758	1 075 899 187	<b>71,89%</b>
Cibitoke	3 102 576 586	2 164 156 254	<b>69,75%</b>
Gitega	4 742 252 613	4 822 973 314	<b>101,70%</b>
Karuzi	3 064 740 946	1 958 960 208	<b>63,92%</b>
Kayanza	3 797 416 354	2 626 978 173	<b>69,18%</b>
Kirundo	4 139 051 360	2 713 997 540	<b>65,57%</b>
Makamba	3 599 340 422	1 815 545 547	<b>50,44%</b>
Muramvya	1 976 156 299	1 119 667 667	<b>56,66%</b>
Muyinga	4 118 389 152	3 001 963 822	<b>72,89%</b>
Mwaro	1 786 091 029	1 106 746 394	<b>61,96%</b>
Ngozi	4 438 739 921	4 034 988 853	<b>90,90%</b>
Rumonge	2 330 313 036	1 693 697 841	<b>72,68%</b>
Rutana	2 246 625 685	1 658 108 120	<b>73,80%</b>
Ruyigi	2 624 392 511	2 552 393 207	<b>97,26%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54 651 307 935</b>	<b>44 785 584 923</b>	<b>81,95%</b>

*Nota Bene : Au 31/03/2017, il n'existe aucun arriéré de paiement aux formations sanitaires au titre de l'année 2017.*

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les fonds prévus en 2017 au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) ont été utilisés à 81,95%.

La Province de Bujumbura Mairie a dépassé son plafond (169,42%) suite essentiellement aux paiements des Hôpitaux Nationaux et à une sous estimation du montant prévisionnel des Hôpitaux Nationaux. La Province de Gitega a légèrement dépassé son budget prévisionnel, cela étant lié à la présence d'un Hôpital Régional et de nombreux autres Hôpitaux qui drainent des populations d'autres Provinces avoisinantes. Il est à noter que les Provinces de Cibitoke, Karuzi, Kayanza, Kirundo Makamba, Muramvya, Mwaro ont des taux d'utilisation inférieur à 70%.

## VII.2.2. Utilisation du budget au niveau des Centres de Santé (PMA)

**Tableau 14 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel pour l'année 2017 au niveau des Centres de Santé**

Province	Prévision Année 2017	Utilisation Année 2017	Pourcentage
Bubanza	1 547 140 394	1 221 185 741	<b>78,93%</b>
Bujumbura-Mairie	1 765 686 791	567 384 093	<b>32,13%</b>
Bujumbura-Rural	1 935 342 647	1 263 539 995	<b>65,29%</b>
Bururi	1 171 886 132	910 300 572	<b>77,68%</b>
Cankuzo	952 307 200	767 634 699	<b>80,61%</b>
Cibitoke	1 974 207 271	1 106 132 460	<b>56,03%</b>
Gitega	3 017 553 098	2 021 724 947	<b>67,00%</b>
Karuzi	1 950 131 993	1 419 715 196	<b>72,80%</b>
Kayanza	2 416 342 279	1 757 310 043	<b>72,73%</b>
Kirundo	2 633 728 795	1 984 745 731	<b>75,36%</b>
Makamba	2 290 304 151	916 334 989	<b>40,01%</b>
Muramvya	1 257 452 323	638 624 526	<b>50,79%</b>
Muyinga	2 620 581 180	1 704 675 748	<b>65,05%</b>
Mwaro	1 136 511 477	521 138 298	<b>45,85%</b>
Ngozi	2 824 424 276	2 205 420 550	<b>78,08%</b>
Rumonge	1 482 806 568	1 308 595 303	<b>88,25%</b>
Rutana	1 429 555 287	1 036 950 444	<b>72,54%</b>
Ruyigi	1 669 932 920	1 488 498 813	<b>89,14%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34 075 894 781</b>	<b>22 839 912 148</b>	<b>67,03%</b>

**Nota Bene : Au 31/03/2017, il n'existe aucun arriéré de paiement au titre de l'année 2017.**

Au niveau des Centres de Santé, le taux d'utilisation du budget FBP pour l'année 2017 est de **67,03%**. Aucune Province n'a dépassé son enveloppe annuelle. Trois provinces ont eu un taux de consommation inférieur à 50% : il s'agit de Bujumbura Mairie (32,13%), Makamba (40%) et Mwaro (45,85%). Pour la Mairie de Bujumbura, cette faible consommation de budget s'explique par le fait qu'une partie importante de la population se fait soigner au niveau des Hôpitaux Nationaux et dans le secteur privé non intégré dans le FBP. Pour la Province de Makamba, un développement important du secteur privé non contractualisé (2 Hôpitaux privés, 6 cliniques privées et une vingtaine de CDS privés) peut expliquer la situation. Pour la Province de Mwaro, une partie importante de la commune de Nyabihanga (la plus peuplée de la Province) se fait soigner dans la Province voisine de Gitega.

### VII.2.3. Utilisation du budget au niveau des Hôpitaux (PCA)

**Tableau 15 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel pour l'année 2017 au niveau des Hôpitaux**

Province	Prévision Année 2017	Utilisation Année 2017	Pourcentage
Bubanza	884 276 829	927 579 955	<b>104,90%</b>
Bujumbura-Mairie	2 108 331 315	5 995 879 311	<b>284,39%</b>
Bujumbura-Rural	1 106 156 019	886 858 951	<b>80,17%</b>
Bururi	669 798 137	666 780 178	<b>99,55%</b>
Cankuzo	544 296 558	308 264 488	<b>56,64%</b>
Cibitoke	1 128 369 315	1 058 023 794	<b>93,77%</b>
Gitega	1 724 699 514	2 801 248 367	<b>162,42%</b>
Karuzi	1 114 608 953	539 245 012	<b>48,38%</b>
Kayanza	1 381 074 075	869 668 130	<b>62,97%</b>
Kirundo	1 505 322 566	729 251 809	<b>48,44%</b>
Makamba	1 309 036 271	899 210 558	<b>68,69%</b>
Muramvya	718 703 976	481 043 141	<b>66,93%</b>
Muyinga	1 497 807 972	1 297 288 074	<b>86,61%</b>
Mwaro	649 579 553	585 608 096	<b>90,15%</b>
Ngozi	1 614 315 645	1 829 568 303	<b>113,33%</b>
Rumonge	847 506 468	385 102 538	<b>45,44%</b>
Rutana	817 070 397	621 157 676	<b>76,02%</b>
Ruyigi	954 459 591	1 063 894 394	<b>111,47%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20 575 413 154</b>	<b>21 945 672 775</b>	<b>106,66%</b>

**Nota Bene : Au 31/03/2017, il n'existe aucun arriéré de paiement au titre de l'année 2017.**

Le budget FBP des Hôpitaux pour l'année 2017 a été utilisé à **106,66%**. Cinq Provinces sur 18 ont dépassé leur enveloppe annuelle (Bubanza, Bujumbura Mairie, Gitega, Ngozi et Ruyigi). Pour Bujumbura Mairie, cette surconsommation est liée à une utilisation accrue des Hôpitaux Nationaux car la population court circuiter les CDS et il n'y a pas d'Hôpitaux de District dans la Mairie de Bujumbura. Les Hôpitaux de Gitega et Ngozi sont des Hôpitaux Régionaux qui drainent des populations d'autres Provinces. Les Provinces de Karuzi et Kirundo ont un taux d'utilisation inférieur à 50%. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une partie de la population de Karuzi se fait soigner au niveau des Hôpitaux de Gitega et une partie de la population de Kirundo se fait soigner dans la Province de Ngozi.

**VII.3. Dépenses affectées aux indicateurs quantité versus qualité**  
**VII.3.1. Au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux (PMA+PCA)**

**Tableau 16 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des formations sanitaires (CDS et Hôpitaux)/Année 2017**

Province	Quantité	Bonus/Malus Qualité	Total Quantité+Qualité	% Qualité
Bubanza	1 664 371 038	484 394 658	2 148 765 696	<b>22,54%</b>
Bujumbura-Mairie	5 945 242 369	618 021 035	6 563 263 404	<b>9,42%</b>
Bujumbura-Rural	1 599 913 383	550 485 563	2 150 398 946	<b>25,60%</b>
Bururi	1 250 476 562	326 604 188	1 577 080 750	<b>20,71%</b>
Cankuzo	834 493 241	241 405 946	1 075 899 187	<b>22,44%</b>
Cibitoke	1 767 953 567	396 202 687	2 164 156 254	<b>18,31%</b>
Gitega	3 897 186 355	925 786 959	4 822 973 314	<b>19,20%</b>
Karuzi	1 480 581 613	478 378 595	1 958 960 208	<b>24,42%</b>
Kayanza	2 102 167 358	524 810 815	2 626 978 173	<b>19,98%</b>
Kirundo	2 155 005 871	558 991 669	2 713 997 540	<b>20,60%</b>
Makamba	1 432 888 874	382 656 673	1 815 545 547	<b>21,08%</b>
Muramvya	864 362 887	255 304 780	1 119 667 667	<b>22,80%</b>
Muyinga	2 466 824 405	535 139 417	3 001 963 822	<b>17,83%</b>
Mwaro	945 313 092	161 433 302	1 106 746 394	<b>14,59%</b>
Ngozi	3 207 142 870	827 845 983	4 034 988 853	<b>20,52%</b>
Rumonge	1 300 370 048	393 327 793	1 693 697 841	<b>23,22%</b>
Rutana	1 307 189 672	350 918 448	1 658 108 120	<b>21,16%</b>
Ruyigi	1 966 779 773	585 613 434	2 552 393 207	<b>22,94%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>36 188 262 978</b>	<b>8 597 321 945</b>	<b>44 785 584 923</b>	<b>19,20%</b>

Le bonus qualité obtenu par les formations sanitaires au cours de l'année 2017 représente **19,20%** de tous les fonds reçus par ces entités à travers le FBP, ce qui est loin des 40% prévu par le montage FBP. Des efforts sont à consentir par les formations sanitaires pour améliorer la qualité de leurs prestations.

### VII.3.2. Au niveau des Centres de Santé (PMA)

**Tableau 17 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des Centres de Santé pour l'année 2017**

Province	Quantité	Bonus/Malus Qualité	Total Quantité+Qualité	% Qualité
Bubanza	961 943 283	259 242 458	1 221 185 741	<b>21,23%</b>
Bujumbura-Mairie	597 928 419	-30 544 326	567 384 093	<b>-5,38%</b>
Bujumbura-Rural	943 608 683	319 931 312	1 263 539 995	<b>25,32%</b>
Bururi	731 772 792	178 527 780	910 300 572	<b>19,61%</b>
Cankuzo	588 685 019	178 949 680	767 634 699	<b>23,31%</b>
Cibitoke	970 490 922	135 641 538	1 106 132 460	<b>12,26%</b>
Gitega	1 744 667 291	277 057 656	2 021 724 947	<b>13,70%</b>
Karuzi	1 080 806 016	338 909 180	1 419 715 196	<b>23,87%</b>
Kayanza	1 437 450 448	319 859 595	1 757 310 043	<b>18,20%</b>
Kirundo	1 579 715 721	405 030 010	1 984 745 731	<b>20,41%</b>
Makamba	720 228 417	196 106 572	916 334 989	<b>21,40%</b>
Muramvya	520 401 333	118 223 193	638 624 526	<b>18,51%</b>
Muyinga	1 424 062 295	280 613 453	1 704 675 748	<b>16,46%</b>
Mwaro	499 133 442	22 004 856	521 138 298	<b>4,22%</b>
Ngozi	1 836 612 110	368 808 440	2 205 420 550	<b>16,72%</b>
Rumonge	991 671 288	316 924 015	1 308 595 303	<b>24,22%</b>
Rutana	819 818 152	217 132 292	1 036 950 444	<b>20,94%</b>
Ruyigi	1 139 909 243	348 589 570	1 488 498 813	<b>23,42%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18 588 904 874</b>	<b>4 251 007 274</b>	<b>22 839 912 148</b>	<b>18,61%</b>

Au niveau des Centres de Santé, le bonus qualité obtenu en 2017 représente **18,61%** de tous les fonds reçus à travers le FBP, ce qui est loin des 40% prévus. Cela est lié au fait qu'au cours de l'année 2017, les Centres de Santé de la Mairie de Bujumbura ont été pénalisés par des malus qualité ; d'autres Centres de santé d'autres Provinces n'ont pas obtenu le score de 70% requis pour disposer d'un bonus de qualité ou ont même eu pour certains des malus de qualité. Des efforts sont à consentir par les Centres de Santé pour améliorer la qualité de leurs prestations.

### VII.3.3. Au niveau des Hôpitaux (PCA)

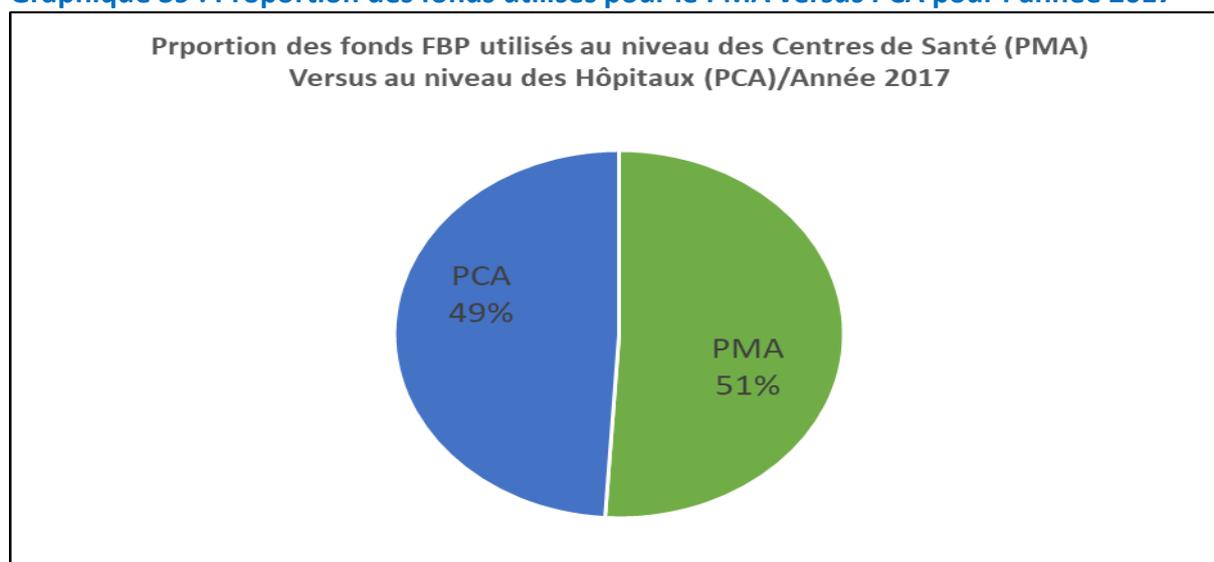
**Tableau 18 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des Hôpitaux pour l'année 2017**

Province	Quantité	Bonus/Malus Qualité	Total Quantité+Qualité	% Qualité
Bubanza	702 427 755	225 152 200	927 579 955	<b>24,27%</b>
Buja-Mairie	5 347 313 950	648 565 361	5 995 879 311	<b>10,82%</b>
Buja-Rural	656 304 700	230 554 251	886 858 951	<b>26,00%</b>
Bururi	518 703 770	148 076 408	666 780 178	<b>22,21%</b>
Cankuzo	245 808 222	62 456 266	308 264 488	<b>20,26%</b>
Cibitoke	797 462 645	260 561 149	1 058 023 794	<b>24,63%</b>
Gitega	2 152 519 064	648 729 303	2 801 248 367	<b>23,16%</b>
Karuzi	399 775 597	139 469 415	539 245 012	<b>25,86%</b>
Kayanza	664 716 910	204 951 220	869 668 130	<b>23,57%</b>
Kirundo	575 290 150	153 961 659	729 251 809	<b>21,11%</b>
Makamba	712 660 457	186 550 101	899 210 558	<b>20,75%</b>
Muramvya	343 961 554	137 081 587	481 043 141	<b>28,50%</b>
Muyinga	1 042 762 110	254 525 964	1 297 288 074	<b>19,62%</b>
Mwaro	446 179 650	139 428 446	585 608 096	<b>23,81%</b>
Ngozi	1 370 530 760	459 037 543	1 829 568 303	<b>25,09%</b>
Rumonge	308 698 760	76 403 778	385 102 538	<b>19,84%</b>
Rutana	487 371 520	133 786 156	621 157 676	<b>21,54%</b>
Ruyigi	826 870 530	237 023 864	1 063 894 394	<b>22,28%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17 599 358 104</b>	<b>4 346 314 671</b>	<b>21 945 672 775</b>	<b>19,80%</b>

Au niveau des Hôpitaux ; **19,80%** des fonds FBP gagnés par les Hôpitaux au cours de l'année 2017 sont liés aux indicateurs qualité, ce qui est encore loin des 40% prévus. Des efforts importants sont à consentir par les Hôpitaux pour améliorer la qualité des prestations.

#### VII.4. Dépenses par paquet de services (PMA et PCA)

**Graphique 39 : Proportion des fonds utilisés pour le PMA versus PCA pour l'année 2017**



51% des fonds utilisés au niveau des formations sanitaires ont été orientés vers les Centres de Santé contre 49% au niveau des Hôpitaux, ce qui est presque similaire aux proportions observées en 2016 (52% CDS contre 48% Hôpitaux). Le tableau ci-dessous indique la proportion du budget FBP PMA versus PCA par Province :

**Tableau 19 : Proportion du budget FBP PMA versus PCA au cours de l'année 2017**

Province	PMA	PCA	PMA+PCA	% PMA Versus PCA
Bubanza	1 221 185 741	927 579 955	2 148 765 696	<b>56,83%</b>
Bujumbura-Mairie	567 384 093	5 995 879 311	6 563 263 404	<b>8,64%</b>
Bujumbura-Rural	1 263 539 995	886 858 951	2 150 398 946	<b>58,76%</b>
Bururi	910 300 572	666 780 178	1 577 080 750	<b>57,72%</b>
Cankuzo	767 634 699	308 264 488	1 075 899 187	<b>71,35%</b>
Cibitoke	1 106 132 460	1 058 023 794	2 164 156 254	<b>51,11%</b>
Gitega	2 021 724 947	2 801 248 367	4 822 973 314	<b>41,92%</b>
Karuzi	1 419 715 196	539 245 012	1 958 960 208	<b>72,47%</b>
Kayanza	1 757 310 043	869 668 130	2 626 978 173	<b>66,89%</b>
Kirundo	1 984 745 731	729 251 809	2 713 997 540	<b>73,13%</b>
Makamba	916 334 989	899 210 558	1 815 545 547	<b>50,47%</b>
Muramvya	638 624 526	481 043 141	1 119 667 667	<b>57,04%</b>
Muyinga	1 704 675 748	1 297 288 074	3 001 963 822	<b>56,79%</b>
Mwaro	521 138 298	585 608 096	1 106 746 394	<b>47,09%</b>
Ngozi	2 205 420 550	1 829 568 303	4 034 988 853	<b>54,66%</b>
Rumonge	1 308 595 303	385 102 538	1 693 697 841	<b>77,26%</b>
Rutana	1 036 950 444	621 157 676	1 658 108 120	<b>62,54%</b>
Ruyigi	1 488 498 813	1 063 894 394	2 552 393 207	<b>58,32%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>22 839 912 148</b>	<b>21 945 672 775</b>	<b>44 785 584 923</b>	<b>51.00%</b>

Au cours de l'année 2017, les Centres de Santé ont plus bénéficié des fonds FBP que les Hôpitaux dans toutes les Provinces à l'exception de la mairie de Bujumbura où près de 92% des fonds FBP ont été utilisés par les Hôpitaux Nationaux qui sont tous dans la Mairie de Bujumbura et qui consomment beaucoup de ressources FBP ; de la Province de Gitega où près de 58% du budget FBP a été utilisé par les Hôpitaux.

#### VII.5. Dépenses par type de service (préventif, curatif, santé de la reproduction)

Les dépenses effectuées pour les indicateurs FBP ont été analysées par type de services (curatifs, préventif et santé de la reproduction) et selon les paquets d'activités. Les indicateurs ont été répartis comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

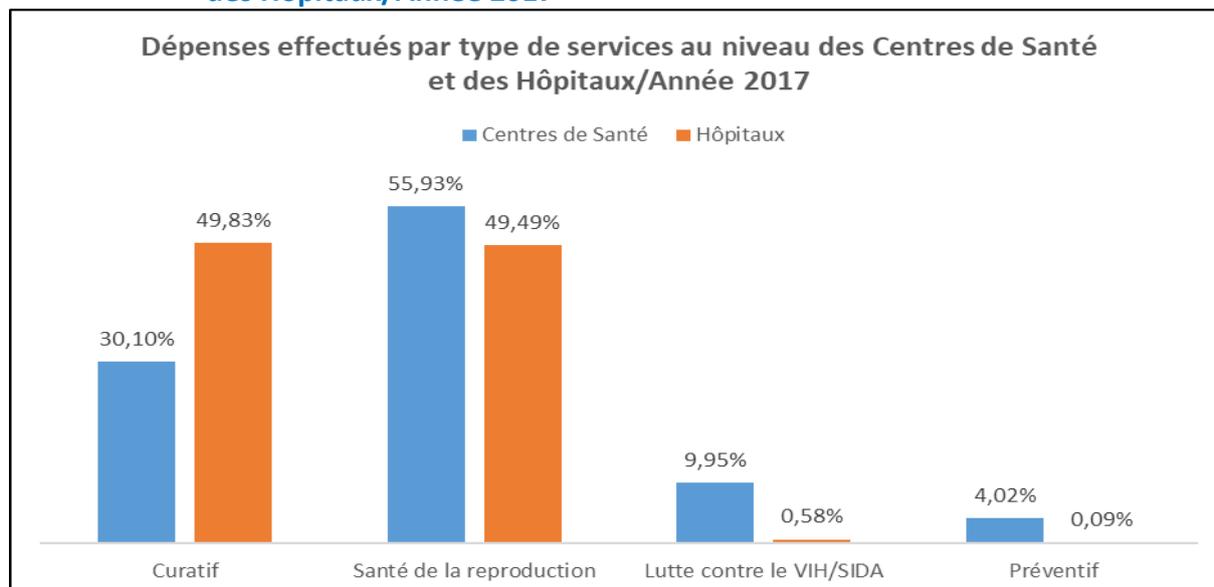
**Tableau 20 : Répartition des indicateurs FBP par catégorie de services au niveau des Centres de Santé**

Type d'indicateur	N°	Indicateur
Curatif	1	Nouvelle Consultation Curative (> =5 ans)
	2	Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)
	3	Journée d'hospitalisation > =5 ans
	4	Journée d'hospitalisation < 5 ans
	5	Petite chirurgie
	6	Référence et patient arrivé à l'hopital
	7	Depistage et PEC malnutrition chez les moins de 5 ans
	8	Nombre de cas TBC traités pendant une semestre et guéris
Santé de la reproduction	9	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte
	10	Accouchement eutocique
	11	FP: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes
	12	FP: Implants et DIU
	13	Consultation postnatale
	14	Consultation prénatale standard (3x)
Préventif	15	Enfants complètement vaccinés
	16	Dépistage des cas TBC positifs par mois
	17	Femmes enceintes VAT complètement vacciné
Lutte contre le VIH/SIDA	18	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl
	19	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +
	20	Dépistage volontaire du VIH/SIDA
	21	Nombre de nouveaux cas sous ARV
	22	Nombre de clients ARV suivi semestriellement
	23	Cas des IST traitées

**Tableau 21 : Répartition des indicateurs FBP par catégorie de services au niveau des Hôpitaux**

Type d'indicateur	N°	Indicateur
Curatif	1	Nouvelle Consultation Curative M (< 5 ans)
	2	Chirurgie majeure
	3	Petite chirurgie < 5 ans
	4	Journée hospitalisation < 5 ans
	5	Nouvelle consultation curative pour malnutrition aigue sévère avec complications
	6	Journée d'hospitalisation pour malnutrition aigue sévère avec complications
Santé de la reproduction	7	Nouvelles Consultations Curative Femme Enceinte
	8	Accouchement eutocique
	9	Césarienne
	10	Accouchement dystocique
	11	Journée d'hospitalisation césarisées et femmes avec pathologies liées à la grossesse
	12	FP: Implants et DIU
	13	PF: ligature trompes - vasectomie
Préventif	14	Dépistage des cas TBC positifs par mois
Lutte contre le VIH/SIDA	15	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophyl
	16	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +
	17	Nombre de nouveaux cas sous ARV

**Graphique 40 : Dépenses effectuées par type de services au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux/Année 2017**



Aux niveaux des Centres de Santé, une part importante des dépenses FBP (55,93%) concerne les indicateurs en rapport avec la santé de la reproduction et 30,10% des dépenses sont liées aux indicateurs curatifs. Viennent ensuite les dépenses relatives aux indicateurs liés au VIH/SIDA (9,95%) et les indicateurs préventifs (4,02%).

Au niveau des Hôpitaux, les dépenses relatives aux indicateurs curatifs sont les plus importantes (49,831%) et sont presque équivalentes aux dépenses relatives aux indicateurs de santé de la reproduction (49,49%). Viennent ensuite les dépenses relatives aux indicateurs liés au VIH/SIDA (0,58%) et les indicateurs préventifs (0,09%).

**Tableau 22: Répartition des dépenses FBP au niveau des FOSA par type d'indicateurs**

Type indicateur	PMA	%	PCA	%
Curatif	5 585 984 839	30,10%	8 371 049 670	49,83%
Santé de la Reproduction	10 380 768 225	55,93%	8 313 913 840	49,49%
Préventif	746 981 517	4,02%	15 386 600	0,09%
VIH/SIDA	1 846 306 497	9,95%	98 107 350	0,58%
<b>TOTAL</b>	<b>18 560 041 078</b>	<b>100%</b>	<b>16 798 457 460</b>	<b>100%</b>

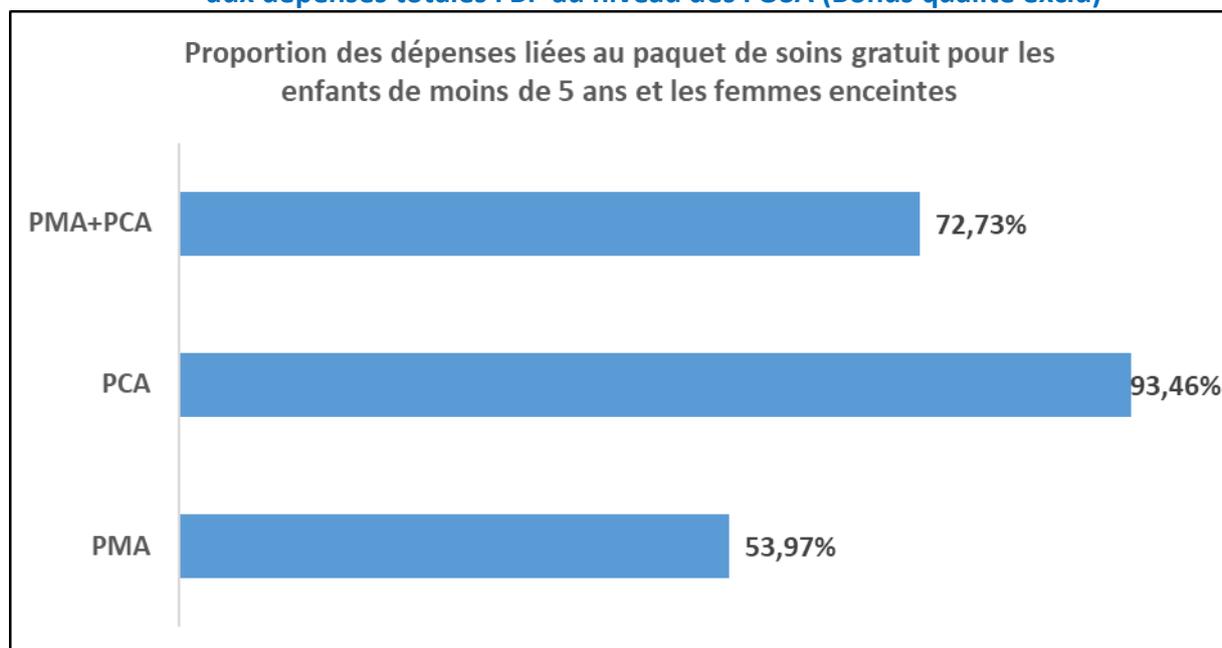
#### VII.6. Dépenses affectées aux indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

Les indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont repris dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 23 : Prestations gratuites pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes contractualisées dans le cadre du FBP**

PMA	PCA
Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	Nouvelle Consultation Curative Médecin (< 5 ans)
Journée d'hospitalisation (< 5 ans)	Journée hospitalisation < 5 ans
Petite chirurgie < 5 ans	Petite chirurgie < 5 ans
Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte
Accouchement eutocique	Accouchement eutocique
Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue sévère sans complications médicales chez les de moins de 5 ans	Accouchement dystocique
	Césarienne
	Nouvelle consultation curative pour malnutrition aigue sévère avec complications médicales chez les moins de 5 ans
	Journée d'hospitalisation pour malnutrition aigue sévère avec complications médicales chez les moins de 5 ans

**Graphique 41 : Proportion des dépenses liées au paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes pour l'année 2017 par rapport aux dépenses totales FBP au niveau des FOSA (Bonus qualité exclu)**

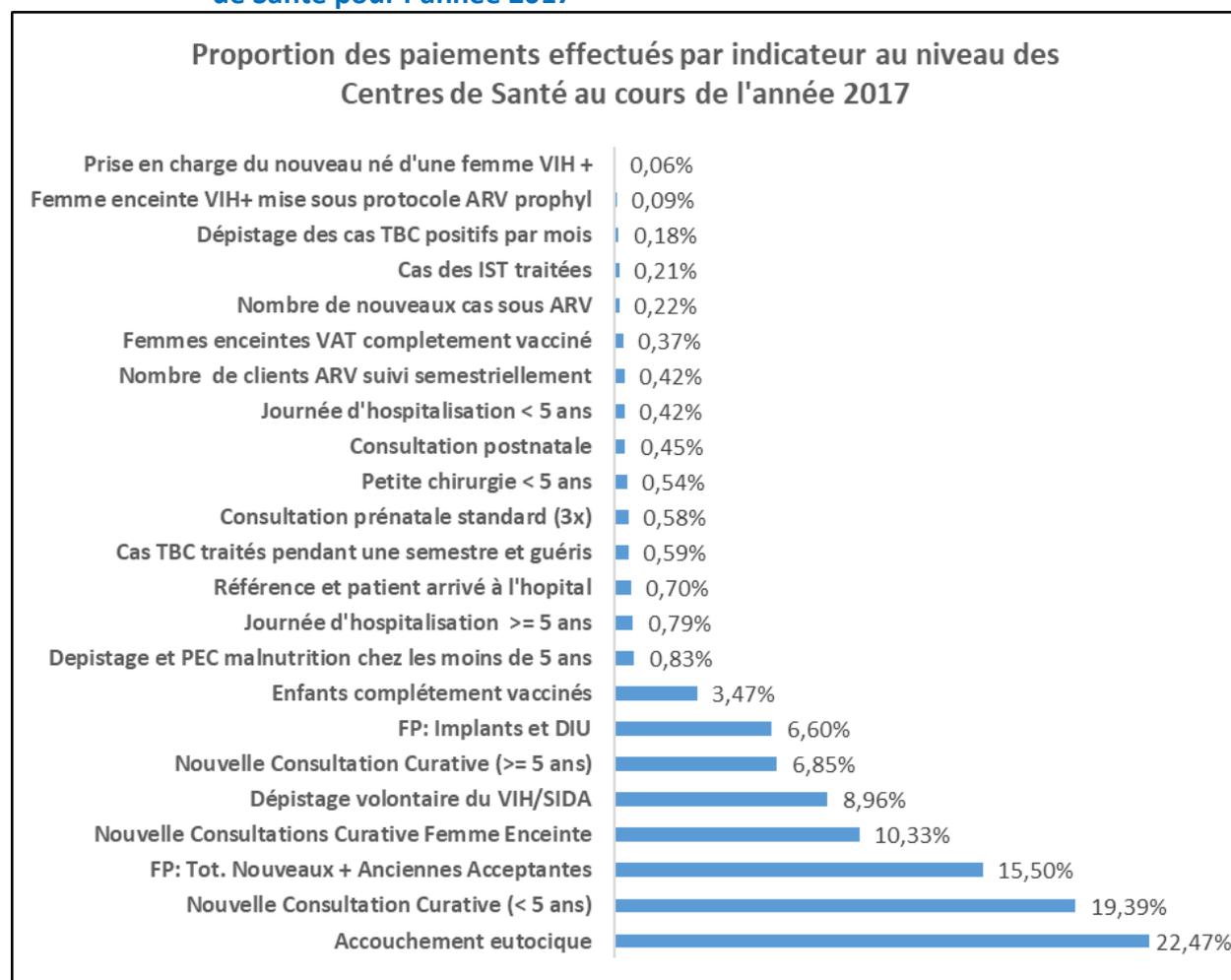


Les indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont bénéficié de 72,73% de tout le budget FBP des formations sanitaires (PMA+PCA) hors bonus qualité ; 53,97% du budget FBP au niveau des Centres de Santé (PMA) et 93,46% au niveau des Hôpitaux. Ces proportions sont plus élevées que celles de 2016 qui étaient 66,41% (PMA+PCA) ; 53,58% (PMA) et 80,76% (PCA). Cette forte augmentation surtout au niveau des Hôpitaux est liée à la suppression de certains indicateurs non gratuité pour augmenter la part réservée à la qualité des soins.

## VII.7. Paiements FBP par indicateur au cours de l'année 2017

### VII.7.1. Au niveau des Centres de Santé (PMA)

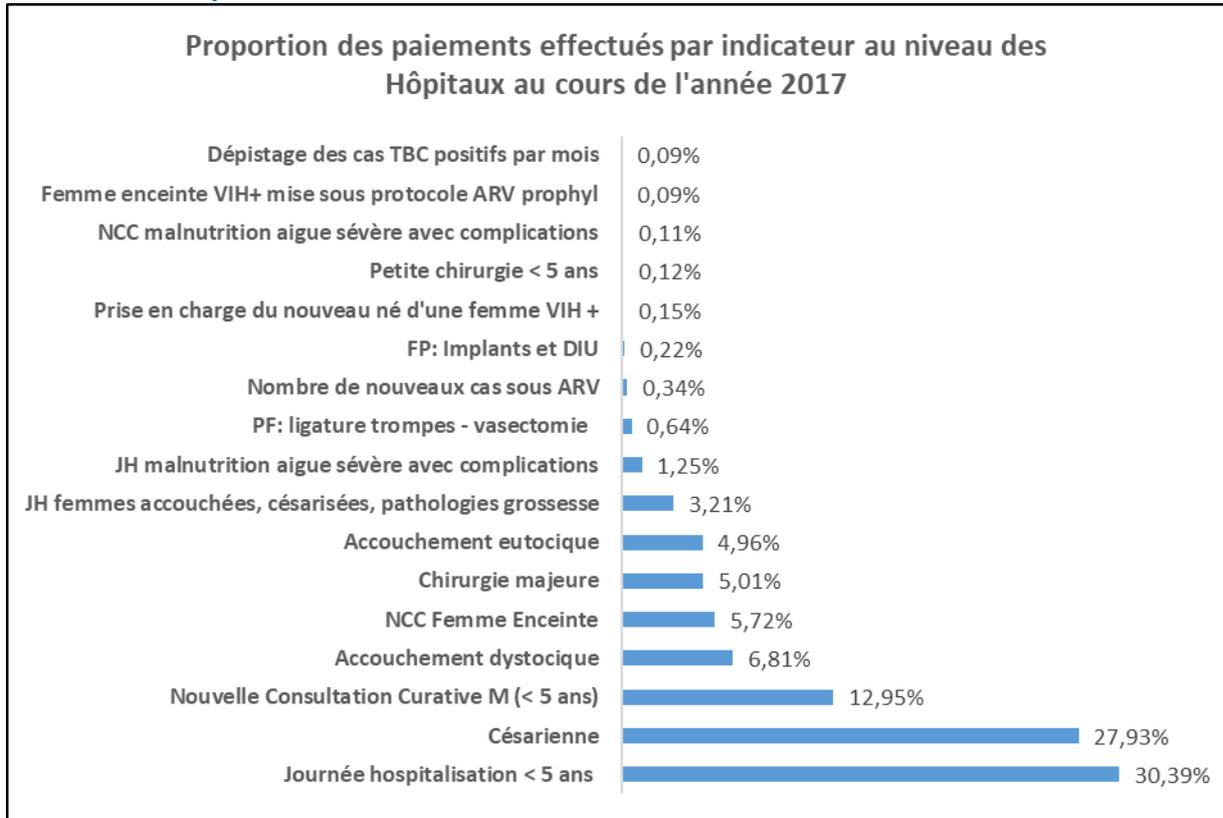
**Graphique 42 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des Centres de Santé pour l'année 2017**



Le graphique ci-dessus indique qu'au niveau des Centres de Santé, la proportion la plus importante des paiements FBP effectués au cours de l'année 2017 (22,47%) est en rapport avec l'indicateur accouchement eutocique, suivi des nouvelles consultations curatives pour les moins de 5 ans (19,39%), les cas de nouvelles et anciennes acceptante de méthodes contraceptives (15,50%), les nouvelles consultations curatives pour les femmes enceintes (10,33%), le dépistage volontaire du VIH (8,96%). Ces 5 indicateurs représentent à eux seuls 76,65% du budget FBP qui est allé vers les Centres de Santé (hors bonus de qualité).

### VII.7.2. Au niveau des Hôpitaux (PCA)

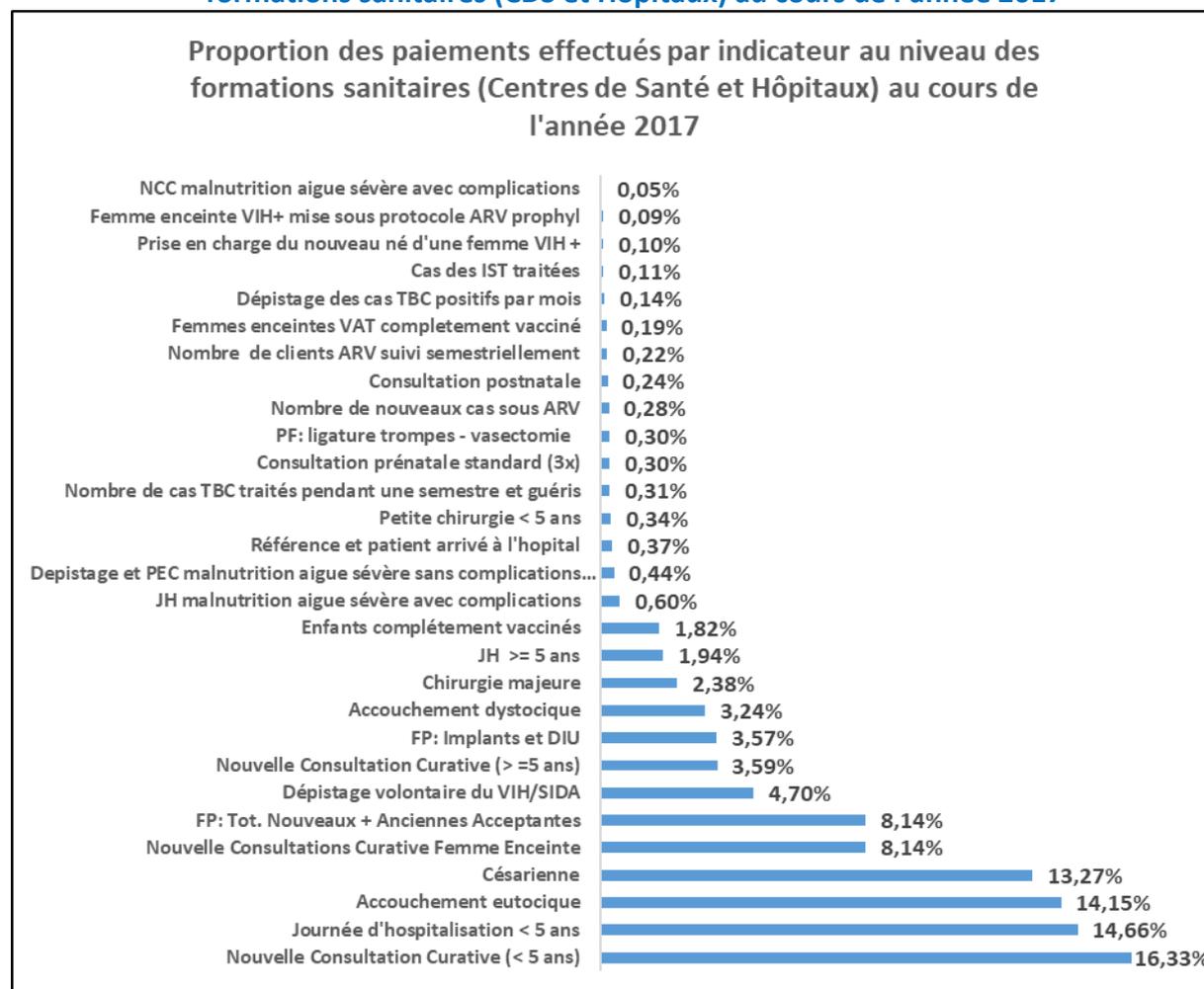
**Graphique 43 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des Hôpitaux pour l'année 2017**



Au niveau des Hôpitaux, la proportion la plus importante des paiements FBP effectués au cours de l'année 2017 (30,39%) est allée vers l'indicateur Journée d'Hospitalisation pour les moins de 5 ans, suivi de l'indicateur césarienne (27,93%), nouvelle consultation curative des médecins pour les moins de 5 ans (12,95%), accouchement eutocique (6,81%) et nouvelle consultation curative des femmes enceintes (5,72%). Ces 5 indicateurs représentent à eux seuls 83,8% du budget FBP qui est allé au niveau des Hôpitaux (hors bonus de qualité).

### VII.7.3. Au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)

**Graphique 44: Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des formations sanitaires (CDS et Hôpitaux) au cours de l'année 2017**



En regroupant ensemble les paiements effectués par indicateur en 2017 au niveau de toutes les formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux), l'on constate que la part importante (16,33%) est allée vers l'indicateur « nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans » tout comme en 2016 (16,80%). 74,69% du budget alloué au FBP pour l'année 2017 au niveau des formations sanitaires ont été orientés vers 6 indicateurs : nouvelles consultation curative des moins de 5 ans, journée d'hospitalisation des moins de 5 ans, accouchement eutocique, césarienne, nouvelle consultation curative chez les femmes enceintes et PF nouvelles et anciennes acceptantes.

### VII.8. Subsidés des organes de régulation et autres entités (primes de performance)

**Tableau 24 : Primes de performance pour les organes de régulation et autres entités pour l'année 2017 (Fbu)**

<b>Organes de régulation</b>	<b>Montant annuel prévu</b>	<b>Montant annuel utilisé</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>DGSSLS</b>	36 822 720	30 509 600	<b>82,86%</b>
<b>DGR</b>	83 578 880	75 804 960	<b>90,70%</b>
<b>DGP</b>	36 822 720	33 600 160	<b>91,25%</b>
<b>CT FBP</b>	279 146 560	279 146 560	<b>100,00%</b>
<b>BPS</b>	608 019 000	541 156 229	<b>89,00%</b>
<b>BDS</b>	1 420 571 100	1 139 810 489	<b>80,24%</b>
<b>CPVV Validation</b>	214 643 000	213 733 433	<b>99,58%</b>
<b>CPVV Vérification</b>	400 800 000	399 150 000	<b>99,59%</b>
<b>Associations locales (ASLO)</b>	308 135 600	291 143 000	<b>94,49%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3 388 539 580</b>	<b>3 004 054 431</b>	<b>88,65%</b>

Les organes de régulation ont consommé 88,65% de leur budget prévisionnel FBP au cours de l'année 2017 comme l'indique le tableau ci-dessus ; contre 91,18% pour l'année 2016.

Il est à noter que la contractualisation de la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS) et la Direction Générale de la Planification (DGP) a démarré au 3<sup>e</sup> trimestre 2017. Leur montant (prévu et utilisé) n'est donc pas annuel mais semestriel. Par ailleurs, le montant prévu et utilisé des ASLO concerne aussi un seul semestre (2<sup>e</sup> semestre 2017) car au 1<sup>er</sup> semestre les ASLO n'avaient pas de contrat car le projet PADSS qui devaient les payer a pris fin en juin 2017 alors que la vérification communautaire du 1<sup>er</sup> semestre 2017 devait démarrer en juillet 2017.

### VII.9. Autres dépenses liées à la mise en œuvre du FBP

**Tableau 25 : Coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du FBP pour l'année 2017**

Dépenses liées à la mise en œuvre du FBP	Gouvernement	Banque Mondiale	Total	%
Appui logistique aux CPVV (Location bureau, location véhicules et carburant pour la vérification, matériel bureautique)	612 910 532	186 878 560	799 789 092	<b>20%</b>
Appui logistique et fonctionnement de la CT FBP		200 053 920	200 053 920	<b>5%</b>
Renforcement des capacités		182 429 280	182 429 280	<b>5%</b>
Salaires des membres de la CT FBP	42 000 000		42 000 000	<b>1%</b>
Salaires + Primes des vérificateurs fonctionnaires	298 800 000	399 150 000	697 950 000	<b>18%</b>
Salaires des vérificateurs contractuels		129 600 000	129 600 000	<b>3%</b>
Prime équipe de validation du CPVV		213 733 433	213 733 433	<b>5%</b>
Suivi et évaluation mise en œuvre FBP		184 778 880	184 778 880	<b>5%</b>
Coût de l'accompagnement des Provinces		854 768 320	854 768 320	<b>21%</b>
Coût de la Conte vérification		390 244 800	390 244 800	<b>10%</b>
Coût de la vérification communautaire		291 143 000	291 143 000	<b>7%</b>
Total	953 710 532	3 032 780 193	3 986 490 725	<b>100%</b>
Répartition par bailleur	<b>24%</b>	<b>76%</b>		

Les Projets PADSS et KIRA de la Banque Mondiale ont financé 76% des coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2017. La contribution du Gouvernement aux coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP a largement augmenté passant de 9% en 2016 à 24% en 2017.

**VII.10. Dépenses globales pour la mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2017**  
**Tableau 26 : Tableau récapitulatif des coûts liés à la mise en œuvre du FBP pour l'année 2017**

Structures de mise en œuvre	Montant annuel utilisé	Pourcentage
Centres de Santé (PMA)	22 839 912 148	44,11%
Hôpitaux (PCA)	21 945 672 775	42,38%
DGSSLS	30 509 600	0,06%
DGR	75 804 960	0,15%
DGP	33 600 160	0,06%
CT FBP (Primes de performance)	279 146 560	0,54%
Projet FBP Laboratoire (Paiement à 5 Hôpitaux et INSP)	909 416 640	1,76%
BPS	541 156 229	1,05%
BDS	1 139 810 489	2,20%
<b>Sous total paiement aux structures</b>	<b>47 795 029 561</b>	<b>92,30%</b>
CPVV /Equipe validation	213 733 433	0,41%
CPVV /Vérificateurs fonctionnaires (Salaires+Primes de performance)	697 950 000	1,35%
CPVV /Vérificateurs contractuels (Salaires)	129 600 000	0,25%
Salaire membres CT FBP	42 000 000	0,08%
ASLO/Vérification communautaire	291 143 000	0,56%
Contre vérification	390 244 800	0,75%
Appui logistique et fonctionnement CPVV	799 789 092	1,54%
Appui logistique et fonctionnement CT FBP	200 053 920	0,39%
Accompagnement des Provinces	854 768 320	1,65%
Suivi et évaluation de la mise en œuvre du FBP	184 778 880	0,36%
Renforcement des capacités	182 429 280	0,35%
<b>Sous total coûts opérationnels</b>	<b>3 986 490 725</b>	<b>7,70%</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>51 781 520 286</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL GENERAL EN USD</b>	<b>29 421 318</b>	
<b>Population 2017</b>	<b>9 978 120</b>	
<b>Coût per capita (Fbu)</b>	<b>5 190</b>	
<b>Coût per capita (USD)</b>	<b>2,95</b>	

Comme l'indique le tableau ci-dessus, le coût total de mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2017 a été de 51 781 520 286 Fbu ; soit 29 421 318 USD (au taux de 1USD=1 760 Fbu). Pour l'année 2016, le coût de la mise en œuvre était de 49 875 497 665 Fbu Fbu, **soit une hausse du budget de 3,8% de 2016 à 2017. Il est à noter que 86,49% des fonds FBP pour l'année 2017 sont allés au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).**

Les paiements aux structures de mises en œuvre du FBP représentent **92,30%** du budget utilisé au cours de l'année 2017 contre **7,70%** pour les coûts opérationnels. Les coûts opérationnels pris en compte sont ceux relatifs à la vérification, l'accompagnement des

provinces, le renforcement des capacités, l'appui logistique des différentes entités de mise en œuvre et le suivi évaluation dans la mise en œuvre du FBP.

**Tableau 27 : Comparaison du coût de mise en œuvre du FBP de 2011 à 2017**

Type de coût	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Coût total de mise en œuvre (Fbu)	32 582 351 616	34 814 828 826	53 530 290 190	51 625 727 852	42 144 107 590	49 875 497 665	51 781 520 286
Coût per capita Fbu	3 778	3 932	5 904	5 502	4 386	5 069	5 190
Coût per capita USD	3,02	2,62	3,88	3,57	2,81	3	2,95

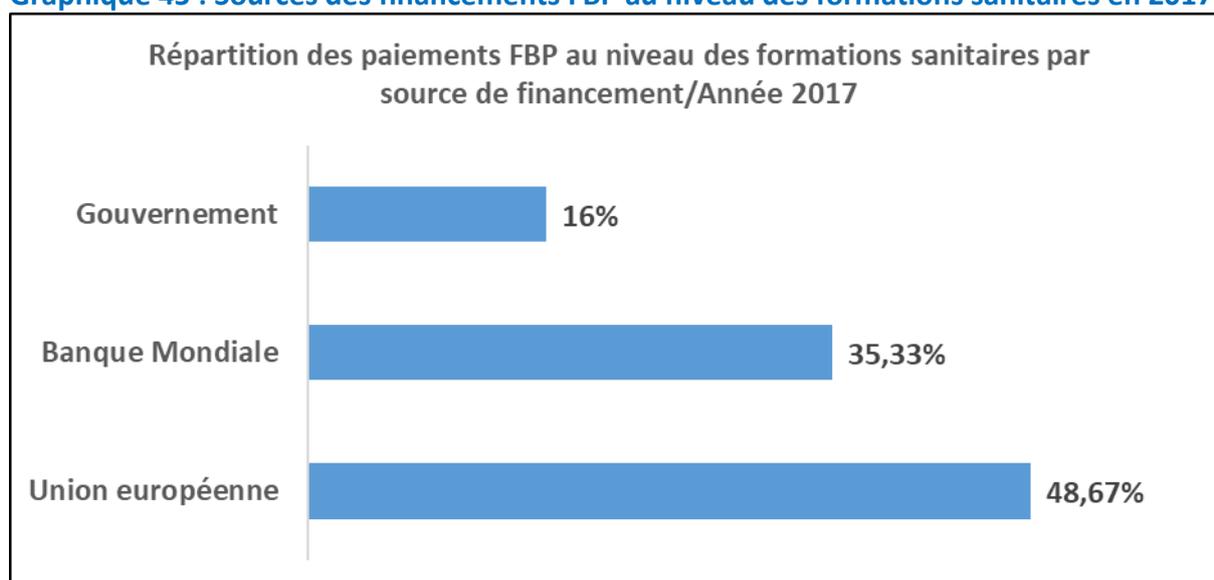
Le coût per capita de mise en œuvre du FBP en en USD a baissé de 2011 à 2012 avant de connaître un bond à 3,88 USD en 2013, suite essentiellement à la révision à la hausse des tarifs des indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2014, le coût per capita a baissé à 3,57 USD comparativement à 2013 (3,88 USD); cette baisse étant liée aux mesures de maîtrise des coûts de mise en œuvre du FBP adoptées en 2014. En 2015, il est noté une baisse importante jusqu'à 2,81 USD/capita/an due essentiellement à l'arrêt de l'appui de certains partenaires suite à la fin de leurs projets, à la baisse de l'utilisation des services surtout en Mairie de Bujumbura et dans la Province de Makamba (consécutives à la situation sécuritaire qui a prévalu en 2015) et à la suspension de tous les contrats secondaires privés suspectés de fraude dans la Province de Cibitoke. En 2016, une augmentation du coût per capita est objectivée, passant de 2,81 USD/capita/an en 2015 à 3 USD/capita/an en 2016. En 2017, le coût per capita est quasi identique à celui de 2016 à 2,95 USD/Capita/an.

#### VII.11. Le cofinancement du FBP

Au cours de l'année 2017, les acteurs suivants ont participé au financement du FBP : le Gouvernement, la Banque Mondiale, la Commission européenne (via la Coopération Belge).

##### VII.11.1. Cofinancement du FBP au niveau des formations sanitaires

**Graphique 45 : Sources des financements FBP au niveau des formations sanitaires en 2017**



Comme l'indique le graphique ci-dessus, l'Union européenne via la Coopération Belge a financé 48,67% des fonds FBP payés aux formations sanitaires, suivi de la Banque Mondiale (35,33%) et du Gouvernement (16%). Cette situation est différente de celle de 2016 où le

Gouvernement avait payé 42,21% des fonds FBP des formations sanitaires. Cela est lié au fait que l'Union européenne via la Coopération Belge a démarré au deuxième semestre 2016 un projet consacré presque exclusivement au paiement des factures FBP des formations sanitaires à raison de 906 944 Euros par mois et qu'une partie importante du budget du Gouvernement (60%) a alors été utilisé pour payer tous les arriérés des formations sanitaires relatives aux prestations de l'année 2016.

**Tableau 28 : Répartition par partenaire des montants FBP payés aux formations sanitaires au cours de l'année 2017**

Source de financement	Montant en Fbu	%
Union européenne	21 795 073 651	<b>48,67%</b>
Banque Mondiale	15 824 611 721	<b>35,33%</b>
Gouvernement	7 165 899 551	<b>16,00%</b>
<b>Total</b>	<b>44 785 584 923</b>	<b>100%</b>

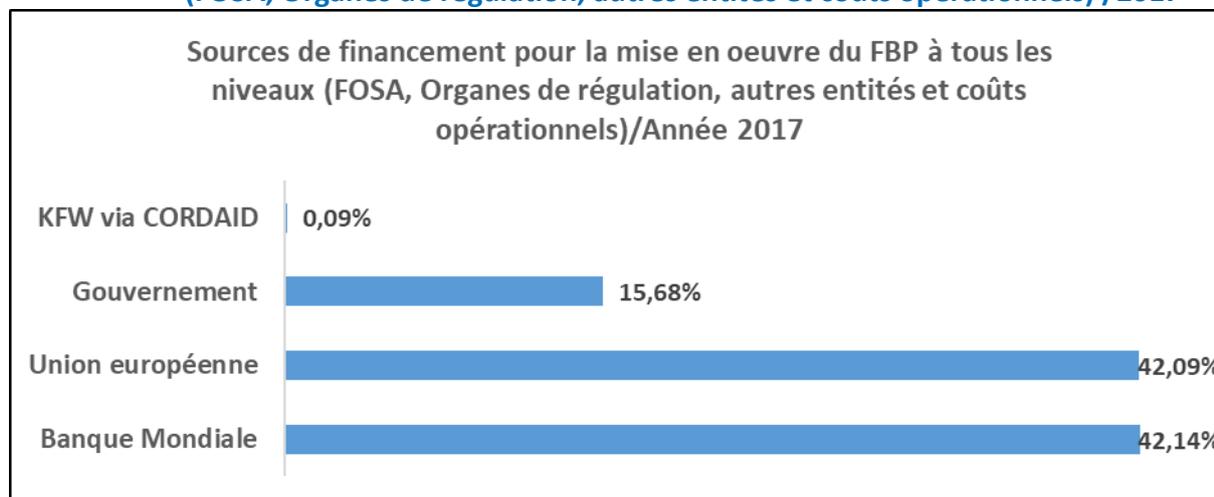
Il est à noter qu'un montant de 11 707 284 297 Fbu du Gouvernement prévu pour payer les formations sanitaires pour les prestations de 2017 a été utilisé pour payer les arriérés de paiement au titre de l'année 2016 et ne sont donc pas comptabilisés dans le paiement des factures des formations sanitaires pour l'exercice 2017, ce qui explique la faible proportion relative de la part du Gouvernement.

#### VII.11.2. Cofinancement du FBP au niveau des organes de régulation et autres entités

Le FBP est également mis en œuvre au niveau de certains organes de régulation et autres entités que sont la CT FBP, une sous unité de la DGSSLS, une sous unité de la Direction Générale des Ressources, une sous unité de la DGP, les BPS, les BDS, les CPVV et les associations locales (ASLO). Les prestations de ces entités ont été par le projet PADSS et le projet KIRA tous deux financés par la Banque Mondiale et une infime partie par CORDAID sur financement de la KFW (contribution au paiement des BPS et BDS des provinces Gitega et Muramvya pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2017).

#### VII.11.3. Cofinancement de la mise en œuvre du FBP (Formations sanitaires, entités de régulation et coûts opérationnels) pour 2017

**Graphique 46: Sources des financements pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux (FOSA, Organes de régulation, autres entités et coûts opérationnels) /2017**



En intégrant tous les paiements effectués pour la mise en œuvre du FBP (FOSA, Organes de régulation, autres entités, coûts opérationnels), la Banque Mondiale est la première source de financement du FBP/Gratuité pour l'année 2017 (42,14%), suivi de l'Union européenne via la coopération belge (42,09%) puis du Gouvernement (15,68%) et CORDAID via le financement de la KFW (0,09%). La baisse de la part du Gouvernement de 37% à 15,68% de 2016 à 2017 ne signifie en aucune façon une baisse de la contribution de l'Etat. En effet, cette contribution a augmenté à hauteur de 5% de 2016 à 2017 mais la grande proportion du budget de l'Etat prévu pour l'année 2017 (11 707 284 297 Fbu sur les 19 486 648 497 prévus) a été utilisé pour payer tous les arriérés des formations sanitaires de l'année 2016. Cela a été possible car tout le budget de l'Union européenne est utilisé pour payer les formations sanitaires ainsi qu'une part importante du budget de la Banque Mondiale. **Au 31 Mars 2017, il n'existe aucun arriéré de paiement aux formations sanitaires, ce qui n'était plus arrivé depuis plusieurs années.**

**Tableau 29: Répartition par partenaire des montants FBP utilisés à tous les niveaux en 2017 (FOSA, Organes de régulation, autres entités et coûts opérationnels)**

Source de financement	Montant (Fbu)	Montant (USD)	Pourcentage
Banque Mondiale	21 818 695 717	12 396 986	<b>42,14%</b>
Union européenne	21 795 073 651	12 383 565	<b>42,09%</b>
Gouvernement	8 119 610 083	4 613 415	<b>15,68%</b>
Cordaid	48 140 815	27 353	<b>0,09%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>51 781 520 266</b>	<b>29 421 318</b>	<b>100,00%</b>

*Nota bene : 1 USD=1 760 Fbu*

## VII.12. Motivation financière des prestataires de soins

### VII.12.1. Au niveau des Centres de Santé

**Tableau 30 : Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2017**

Catégorie du personnel	Montant (Fbu)	Montant (USD)
Titulaire du CDS	<b>161 873</b>	<b>92</b>
Infirmier A2	<b>158 159</b>	<b>90</b>
Infirmier A3	<b>113 923</b>	<b>65</b>
Gestionnaire	<b>107 175</b>	<b>61</b>
Aide-Soignant	<b>78 995</b>	<b>45</b>
Personnel d'appui	<b>54 791</b>	<b>31</b>

*Nota bene : 1 USD=1 760 Fbu (Source BRB)*

Au cours de l'année 2017 au niveau des Centres de Santé, les Titulaires des Centres de Santé, les infirmiers A2 et A3 ont reçu une prime de performance mensuelle moyenne respectivement de **161 873 Fbu ; 158 159 Fbu et 113 923 Fbu**. Le niveau des primes en 2017 a augmenté par rapport à 2016 où les primes mensuelles moyennes étaient respectivement de 147 519 Fbu ; 141 088 Fbu et 109 558 Fbu pour les trois catégories de personnel précitées.

### VII.12.2. Au niveau des Hôpitaux de District

**Tableau 31 : Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2017**

Catégorie du personnel	Montant (Fbu)	Montant (USD)
Directeur Hôpital	147 971	84
Directeur Administratif et Financier	119 181	68
Directeur Adjoint chargé des soins	134 003	76
Médecins Généralistes	119 475	68
Infirmiers Licenciés	97 957	56
Infirmiers A1	80 008	45
Infirmiers A2	78 668	45
Infirmiers A3	72 443	41
Personnel d'appui	51 598	29

Au cours de l'année 2017, au niveau des Hôpitaux de District, les Directeurs des Hôpitaux et les Médecins Généralistes ont reçu une prime de performance mensuelle moyenne respectivement de 147 971 Fbu et 119 181 Fbu. Comparativement à 2016, il y a une baisse des primes mensuelles moyennes pour les médecins généralistes (134 029 Fbu en 2016).

Pour les infirmiers des Centres de Santé (niveau A3), leur salaire moyen étant d'environ 200 USD, cette prime de performance représente en moyenne 20,5% de leur salaire tandis que pour les médecins généralistes dont le salaire moyen est d'environ 350 USD ; cette prime de performance représente en moyenne 18,5% de leur salaire mensuel.

### VII.12.3. Au niveau des Hôpitaux Nationaux

Parmi les Hôpitaux Nationaux, seul l'Hôpital Militaire de Kamenge et le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge ont pu dégager une enveloppe de prime pour attribuer au personnel au cours de l'année 2017.

**Tableau 32 : Enveloppe de prime de performance attribuée par les Hôpitaux Nationaux à leur personnel au cours de l'année 2017**

Hôpital National	Enveloppe prime personnel pour l'année 2017 (Fbu)	Enveloppe prime personnel pour 2017 (USD)
Hôpital Prince Régent Charles	0	0
Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge	81 693 000	40 416
Hôpital Militaire de Kamenge	125 794 575 (479 bénéficiaires pour 6 mois)	71 474 (415 bénéficiaires)
Clinique Prince Louis Rwagasore	0	0

*Nota bene : 1USD=1 760 Fbu (Source BRB)*

## CHAPITRE VIII : PRINCIPALES CONTRAINTES ET OPPORTUNITES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU FBP

### VIII.1. Forces et Opportunités

La mise en œuvre du FBP au Burundi bénéficie de certaines opportunités, dont les principales sont décrites ci-dessous :

- ✓ La volonté politique du Gouvernement qui se manifeste chaque année par l'augmentation de son budget alloué au FBP. Ainsi, **la contribution de l'Etat est passée de 19 486 648 497 Fbu en 2017 à 21 040 097 602 Fbu en 2018, soit une augmentation de 7,97%** ;
- ✓ L'implication effective des partenaires techniques et financiers : la Banque Mondiale qui a été le premier contributeur du financement du FBP/Gratuité en 2017 à hauteur de 42,23% a démarré en juillet 2017 un nouveau projet dénommé KIRA pour un montant de 50 millions USD sur 4 ans ; l'Union européenne qui est le deuxième contributeur au financement du FBP en 2017 avec un appui à hauteur de 42,09% vient de prolonger jusqu'à juin 2019 sa contribution au FBP qui est de 906 944 Euros par mois. D'autres partenaires comme GAVI Alliance (près de 13 millions USD sur 3 ans pour le FBP) et la KFW (3 980 086 Euros pour une période de 2 ans) ont confirmé leur contribution à partir de 2018 ;
- ✓ A travers le FBP, une grande partie des ressources financières (86,49% en 2017) est orientée vers les formations sanitaires et les coûts de transaction sont réduits (7,70%) ;
- ✓ La transparence dans la gestion suite à la mise en place d'une base de données, au travers du web, accessible à tous les acteurs, permet une fiabilité accrue. Une interopérabilité de cette base FBP avec la base du système d'information sanitaire (DHIS2) est envisagée et permettra une plus grande transparence et une amélioration plus accrue de la qualité des données.

## VIII.2. Contraintes et Faiblesses

Bien que le FBP ait contribué, en synergie avec d'autres réformes, à améliorer le fonctionnement du système de santé, il n'en demeure pas moins que des défis et contraintes subsistent :

### ***Contraintes et faiblesses liées au système de santé :***

- ✓ Le niveau de qualité des soins est toujours insuffisant malgré des progrès atteints les années antérieures. La faiblesse dans la prise en charge clinique et le non respect ou la non utilisation des protocoles de prise en charge des pathologies au niveau périphérique nécessitent des améliorations. Par ailleurs, une culture de qualité n'est pas encore installée au niveau des formations sanitaires et il manque au niveau national une stratégie nationale d'assurance qualité même si son élaboration a démarré en Décembre 2017 ;
- ✓ Les différents protocoles de prise en charge (PCIME clinique, SPT, Malnutrition, VIH, VBG, Paludisme, Maladies chroniques non transmissibles,) ne sont pas disponibles dans certaines FOSA, ou sont dépassés (PALU) et/ou ne sont pas correctement appliqués ;
- ✓ Faible niveau d'investissement des Centres de Santé malgré la disponibilité des ressources financières suffisantes : en effet, les procédures de passation des marchés semblent bloquer la réalisation d'investissements et l'achat de médicaments pourtant nécessaire pour assurer une qualité des prestations acceptables. D'autre part, certains Districts Sanitaires ont tendance à bloquer les initiatives d'investissement des Centres de Santé ;
- ✓ Faible encadrement/supervision des Centres de Santé par les Bureaux de District Sanitaire ;
- ✓ Faible implication des BDS dans les séances d'audit clinique et des décès maternels au niveau des Hôpitaux de District ;
- ✓ Persistance du chevauchement entre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) résultant des insuffisances des mécanismes de référence et contre référence : l'accès aux soins au niveau des hôpitaux n'est pas encore conditionné par une référence du niveau Centre de Santé ;
- ✓ Problématique de gestion financière et de respect des procédures administratives, financières et comptables au niveau des formations sanitaires : non disponibilité du manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau de certaines FOSA et non respect du prescrit dudit manuel ;
- ✓ La lourdeur des procédures de la chaîne d'approvisionnement en médicaments (procédures de passation des marchés) et des ruptures de stock au niveau de la Centrale d'Achat des médicaments entraînant des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ L'insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau des formations sanitaires surtout dans les zones périphériques. Cette situation est accentuée par une instruction du niveau central empêchant les formations sanitaires de recruter du personnel additionnel, pour éviter de grever le budget destiné aux soins de santé du personnel du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA ;
- ✓ Problématique d'archivage des outils de collecte des données, des dossiers médicaux et des documents administratifs au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Insuffisances dans l'élaboration, l'exécution et le suivi évaluation des plans d'action annuel et plans d'action semestriel des formations sanitaires ;

- ✓ La tarification des prestations sanitaires est devenue obsolète. Une proposition d'une nouvelle tarification basée sur une étude des coûts de soins a été faite mais n'est pas encore mise en application.

***D'autres faiblesses sont principalement liées à la mise en œuvre du FBP et la gratuité des soins***

- ✓ Le système de paiement des factures des formations sanitaires ne permet pas à ces dernières de savoir la période payée ni le payeur, suite à une communication insuffisante lors des paiements effectués ;
- ✓ Les sous rubriques des grilles de qualité technique et d'enquête communautaire ne sont pas saisies dans la base de données FBP, ce qui est un handicap pour une analyse plus affinée des données issues des évaluations qualité et des enquêtes communautaires ;
- ✓ Les équipes de vérificateurs incomplets dans certaines Province au cours de l'année 2017 suite à l'arrêt en juin 2017 des contrats des ONGs d'accompagnement qui fournissaient une partie de ces vérificateurs. Il est à noter cependant que le recrutement de ces vérificateurs a eu lieu en janvier 2018 ;
- ✓ Une faible capacité d'analyse et d'utilisation des données issues des enquêtes communautaires au niveau Provincial ;
- ✓ Absence de formation/recyclage à l'endroit des associations locales (ASLO) en charge des enquêtes communautaires.

## CHAPITRE IX : RECOMMANDATIONS

En vue d'améliorer la mise en œuvre du FBP, les recommandations suivantes sont formulées :

### IX.1. A l'endroit de la Cellule Technique Financement Basé sur la Performance (CT FBP)

- ✓ Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la formation/recyclage des associations locales chargées de réaliser les enquêtes communautaires ;
- ✓ Renforcer les capacités d'analyse des résultats des enquêtes communautaires au niveau des BPS, BDS et CPVV ;
- ✓ Mettre en œuvre, en collaboration avec la DSNIS, l'interopérabilité du DHIS2 (base de données du DSNIS) et de la base de données FBP ;
- ✓ Informatiser la saisie de la totalité de la grille des enquêtes communautaires dans la base de données FBP ;
- ✓ Assurer la digitalisation et la saisie de l'intégralité des grilles d'évaluation de la qualité technique et des grilles d'évaluation communautaire pour permettre une meilleure analyse des données issues de ces évaluations et enquêtes ;
- ✓ Faire un plaidoyer pour la réalisation d'une étude des coûts des soins de santé en vue de l'actualisation des tarifs des prestations médicales et paramédicales ;
- ✓ Mettre en place des mécanismes de pénalisation des formations sanitaires à contrat principal qui n'encadrent pas leurs contractants secondaires ;
- ✓ Intégrer les principales recommandations du présent rapport dans les grilles d'évaluation de la performance des Untés de Prestation du niveau central auxquelles elles sont adressées ;
- ✓ Elaborer une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel FBP/Gratuité 2017 après concertations avec les différentes entités concernées.

### IX.2. A l'endroit d'autres services du niveau central du Ministère de la Santé Publique

- ✓ Mobiliser auprès du Gouvernement, des PTFs traditionnels et nouveaux, des financements supplémentaires pour la mise en œuvre du FBP au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Réaliser une étude des coûts des soins de santé (Direction Générale de la Planification) ;
- ✓ Actualiser les tarifs des prestations médicales et paramédicales sur base d'une étude actualisée des coûts de soins de santé (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Mettre en place des mécanismes permettant de faciliter la réalisation des investissements des formations sanitaires en vue d'améliorer l'offre de soins (Direction Générale des Ressources) ;
- ✓ Faire un plaidoyer auprès des institutions bancaires et tous les acteurs impliqués dans le paiement des factures FBP des formations sanitaires pour assurer une communication correcte et complète des paiements effectués pouvant permettre aux formations sanitaires de connaître le payeur, le montant payé et la période concernée par le paiement (Direction Générale des Ressources) ;
- ✓ Elaborer une stratégie nationale d'assurance qualité dans le secteur de la santé (DODS) ;
- ✓ Rendre disponible au niveau des formations les protocoles harmonisés et actualisés de prise en charge comme celui de la PCIME clinique, Stratégie Plainte Traitement (SPT), Malnutrition, VIH, VBG, Paludisme, Maladies chroniques non transmissibles (DODS) ;
- ✓ Former les vérificateurs des CPVV sur les protocoles de prise en charge (Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA) ;

- ✓ Assurer la disponibilité et le respect du contenu du manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux (Direction Générale des Ressources) ;
- ✓ Renforcer les capacités en gestion financière au niveau des formations sanitaires (Direction Générale des Ressources) ;
- ✓ Assurer, en collaboration avec la CT FBP, l'interopérabilité des bases de données DHIS2 et FBP en vue d'améliorer la qualité des données (Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;
- ✓ Assurer l'informatisation de tous les Hôpitaux pour la collecte des données dans le logiciel « Open Clinic (Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;
- ✓ Former les vérificateurs des CPVV à vérifier les prestations des hôpitaux dans le logiciel « Open Clinic » (Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;
- ✓ Assurer le respect des plans d'extension de la couverture sanitaire pour juguler le développement peu contrôlé des formations sanitaires (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments au niveau de la CAMEBU (DPML) ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments (DPML) ;
- ✓ Analyser la possibilité de revoir le registre des CPN pour le transformer en un registre longitudinal permettant de suivre la réalisation des CPN requises pour une femme sur une même page (PNSR et Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;
- ✓ Recruter le personnel qualifié en conformité avec les normes sanitaires au niveau des formations sanitaires (Direction des Ressources Humaines) ;
- ✓ Mettre en place des modalités et des orientations en vue de permettre aux formations sanitaires de recruter le personnel qualifié dont elles ont besoin pour leur propre compte et sur base d'un modèle de contrat harmonisé et consensuel ;
- ✓ Faire une recherche action sur l'effectivité de la délivrance du paquet de soins gratuit au niveau des formations sanitaires et sur le niveau d'appréciation de la politique de gratuité des soins (en faveur des enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) par la population et les prestataires de soins (Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA) ;
- ✓ Elaborer un plan de carrière pour le personnel de santé (Direction des Ressources Humaines).

### **IX. 3. A l'endroit des BDS et BPS**

- ✓ Assurer l'encadrement des formations sanitaires dans l'élaboration de leurs plans d'action annuel et semestriel ;
- ✓ Assurer une participation effective des équipes cadres des BDS dans les séances d'audit clinique et des décès maternels au niveau des Hôpitaux de District ;
- ✓ Assurer la mise en oeuvre des plans d'action annuel et semestriel des formations sanitaires ;
- ✓ Appuyer les formations sanitaires dans l'archivage correct des outils de collecte des données, des dossiers médicaux et des documents administratifs et financiers ;
- ✓ Assurer une compilation et une analyse des données des formations pour améliorer la qualité des données sanitaires ;
- ✓ Renforcer les supervisions formatives et l'encadrement des formations sanitaire.

### **IX. 3. A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers**

- ✓ Poursuivre le financement de la stratégie FBP et mobiliser des ressources additionnelles ;
- ✓ Poursuivre la réalisation de la contre vérification et des audits techniques et financiers.

**CONCLUSION**

Après 12 ans de mise en œuvre dont 8 ans à l'échelle nationale, le FBP a atteint une vitesse de croisière et une maturité qui ont poussé le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA et ses partenaires à réorienter sa mise en œuvre vers un FBP seconde génération centré notamment sur la qualité des soins et la levée des principaux goulots d'étranglement du système de santé.

En effet, bien que des progrès remarquables aient été accomplis, la qualité des soins demeure à un niveau peu satisfaisant. En témoigne la baisse des scores de qualité technique au niveau des formations sanitaires objectivée en 2017 comparativement à 2016. De plus, l'utilisation des services de santé semble avoir stagné ou baissé pour certains indicateurs en 2017, ce qui a motivé l'adoption du FBP au niveau Communautaire qui démarre avec 6 Provinces en 2018 pour stimuler la demande de soins. En outre, le niveau d'investissement des formations sanitaires reste insuffisant malgré la disponibilité des ressources financières nécessaires, suite notamment à la lourdeur des procédures de passation des marchés et à certains blocades au niveau des Districts Sanitaires.

Des efforts importants sont également à consentir pour renforcer le niveau District Sanitaire afin de l'aider à mieux encadrer les formations sanitaires.

## ANNEXE

### Suivi des recommandations contenues dans le rapport de mise en œuvre du FBP pour l'année 2016

N°	RECOMMANDATIONS	RESPONSABLES	ETAT D'EXECUTION	OBSERVATIONS
1	Poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la mise en œuvre du FBP	CT FBP	Réalisé	Le Gouvernement a augmenté sa contribution, la Banque Mondiale a démarré un nouveau projet, GAVI Alliance et KFW ont confirmé leur contribution à partir de 2018
2	Assurer la mise en oeuvre du FBP seconde génération axée essentiellement sur la qualité des prestations dans les formations sanitaires, la levée des principaux goulots d'étranglement du système de santé et la mise à échelle du FBP Communautaire	CT FBP	Réalisé	La mise en oeuvre du FBP seconde generation a démarré en Janvier 2017
3	Mettre en œuvre, en collaboration avec la DSNIS, l'interopérabilité du DHIS2 (base de données du DSNIS) et de la base de données FBP	CT FBP/DSNIS	Non réalisé	La mise en oeuvre de cette interopérabilité est en attente de financements en provenance de la Coopération Belge
4	Informatiser la saisie de la totalité de la grille des enquêtes communautaires dans la base de données FBP	CT FBP	Non réalisé	Est liée au dossier interopérabilité entre DHIS2 et base de données FBP, en attente de confirmation de financements par la Coopération Belge
5	Assurer la digitalisation et la saisie de l'intégralité des grilles d'évaluation de la qualité technique et des grilles d'évaluation communautaire pour permettre une meilleure analyse des données issues de ces évaluations et enquêtes	CT FBP	Non réalisé	Est liée au dossier interopérabilité entre DHIS2 et base de données FBP, en attente de confirmation de financements par la Coopération Belge
6	Assurer, en collaboration avec la DGR, la mobilisation des ressources pour doter les CPVV de moyens logistiques suffisants (véhicules, matériel de bureau, connexion internet etc..)	CT FBP/DGR	Réalisé	Les CPVV sont dotes de moyens logistiques pour leur bon fonctionnement

7	Mettre en place des mécanismes de pénalisation des formations sanitaires à contrat principal qui n'encadrent pas leurs contractants secondaires	CT FBP	Réalisé et continue	L'obtention de 10% des fonds du contractant secondaire par le contractant principal est conditionnée par la disponibilité d'un rapport d'encadrement
8	Mobiliser auprès du Gouvernement, des PTFs traditionnels et nouveaux, des financements supplémentaires pour la mise en œuvre du FBP afin de juguler le gap de financement objectif	Cabinet du MSPLS	Réalisé	Le Gouvernement a augmenté sa contribution, la Banque Mondiale a démarré un nouveau projet, GAVI Alliance et KFW ont confirmé leur contribution à partir de 2018
9	Mobiliser des ressources financières auprès du Gouvernement pour la contribution au financement des coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP	Cabinet du MSPLS	Réalisé	Le Gouvernement a financé les coûts opérationnels en 2017 pour un montant de 612 910 532 Fbu
10	Mettre en œuvre la nouvelle tarification des prestations sanitaires basée sur les coûts réels	Cabinet du MSPLS	Non réalisé	En attente de l'actualisation des coûts des soins de santé prévue en 2018
11	Faire un plaidoyer auprès des institutions bancaires et tous les acteurs impliqués dans le paiement des factures FBP des formations sanitaires pour assurer une communication correcte et complète des paiements effectués pouvant permettre aux formations sanitaires de connaître le payeur, le montant payé et la période concernée par le paiement	DGR	Partiellement réalisé	Certaines Banques respectent les consignes données, d'autres pas
12	Assurer la mise en œuvre du manuel de référence et contre référence	DGSSLS	Non réalisé	
13	Elaborer une stratégie nationale d'assurance qualité dans le secteur de la santé	DODS	En cours	Sera finalisée en 2018
14	Assurer la disponibilité et le respect du contenu du manuel des procédures administratives, financières et comptables au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux	DGR	En cours	

15	Assurer la disponibilité des outils de collecte des données au niveau des formations sanitaires	DSNIS	Continu	
16	Mettre à l'échelle progressivement le FBP au niveau communautaire (DPSHA) ;	DPSHA	En cours	Démarrage prévu en Juillet 2018 dans 4 Provinces
17	Assurer le respect des plans d'extension de la couverture sanitaire pour juguler le développement peu contrôlé des formations sanitaires	Cabinet du MSPLS	Continu	
18	Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments	DPML	Continu	Des ruptures de stock en médicaments sont parfois observés au niveau de la Centrale d'Achat des médicaments (CAMEBU) et au niveau des formations sanitaires
19	Recruter le personnel qualifié en conformité avec les normes sanitaires au niveau des formations sanitaires	DRH	Continu	Unrecrutement de médecins et personnel paramédical est prévu en Avril 2018
20	Elaborer un plan de carrière pour le personnel de santé	DRH	Non Réalisé	
21	Affecter une partie du budget FBP du Gouvernement au financement des coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP	DGR	Réalisé	Un montant de 612 910 532 Fbu a été affecté aux coûts opérationnels au cours de l'exercice 2017
22	Assurer l'encadrement des formations sanitaires dans l'élaboration de leurs plans d'action annuel et semestriel	BPS et BDS	Continu	
23	Assurer une participation effective des équipes cadres des BDS dans les séances d'audit clinique et des décès maternels au niveau des Hôpitaux de District	BPS et BDS	Continu	Cette participation n'est pas encore effective
24	Appuyer les formations sanitaires dans l'archivage correct des outils de collecte des données au niveau des formations sanitaires	BPS et BDS	Continu	

25	Assurer une compilation et une analyse des données des formations pour améliorer la qualité des données sanitaires	BPS et BDS	Continu	
26	Renforcer les supervisions formatives et l'encadrement des formations sanitaire	BPS et BDS	Continu	