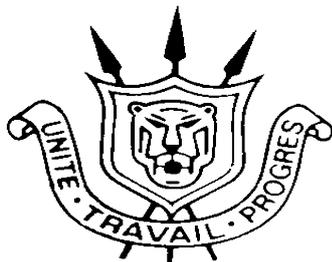


REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



RAPPORT DE MISE EN OEUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE ET LA GRATUITE DES SOINS POUR L'ANNEE 2018

CELLULE TECHNIQUE NATIONALE FBP



VERSION FINALE

AVRIL 2019

Remerciements

La Cellule Technique Nationale FBP remercie vivement le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Son Excellence Dr NDIKUMANA Thaddée, pour son implication personnelle dans la levée des goulots d'étranglement entravant la mise en œuvre efficace du Financement Basé sur la Performance (FBP) couplé à la gratuité ciblée des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Des remerciements s'adressent au Gouvernement du Burundi pour son appui à la stratégie FBP et à la politique de gratuité ciblée des soins, matérialisé par l'augmentation progressive de sa contribution financière à la mise en œuvre de ces deux approches combinées.

A travers le rapport annuel FBP 2018, la Cellule Technique Nationale FBP (CT FBP) tient à relever l'apport inestimable des cadres et agents du MSPLS pour leur implication dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du FBP/Gratuité. La CT FBP remercie particulièrement 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, les Directeurs des Provinces et Districts Sanitaires ainsi que les cadres et agents du niveau central du MSPLS.

La mise en œuvre du FBP/Gratuité des soins ne peut se faire sans l'implication effective du niveau opérationnel et en particulier les prestataires des Centres de Santé et des Hôpitaux, les Comités de Santé, les associations locales, les Groupements d'agents de santé communautaire, les écoles paramédicales, les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation. Une gratitude profonde est adressée à ces acteurs de première ligne qui, au quotidien, viennent en aide aux populations.

Les partenaires techniques et financiers ont appuyé techniquement et financièrement la mise en œuvre du FBP/Gratuité des soins. Nos remerciements particuliers s'adressent à l'Union européenne à travers l'Agence belge de développement (ENABEL), à la Banque Mondiale à travers le projet KIRA, à la KFW à travers CORDAID pour son appui dans les provinces de Muramvya et Gitega.

Les cadres du MSPLS et les PTF se retrouvent chaque trimestre dans le cadre de la CT FBP élargie, qui est un organe de concertation et d'orientation sur la mise en œuvre du FBP/Gratuité des soins. Au cours de l'année 2018, la CT FBP élargie a contribué à améliorer la mise en œuvre du FBP/Gratuité notamment en proposant de mettre un accent particulier sur des investissements porteurs d'amélioration de la qualité au niveau des FOSA et en recommandant des orientations stratégiques pertinentes.

La CT FBP mérite également des encouragements et des remerciements pour le travail accompli au cours de l'année 2018. Cette équipe est coordonnée par le Dr KAMANA Jean et est composée de Dr BASENYA Olivier, Dr SEHEYE Emmanuel, Dr NDINDURWAHA Thaddée, Dr NKUNZIMANA Canut, 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 2018 qui ont travaillé d'arrache pied à Bujumbura et lors d'une

retraite organisée à Kayanza du 18 au 22 mars 2019. 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), Dr NKUNZIMANA Canut (CT FBP), Dr NKESHIMANA Etienne (CORDAID), Dr NDEREYIMANA Alexis (DGSSLS), Dr NIYONKURU Jacques (DODS), Dr NGIRIGI Liboire (Projet Kura Kibondo/GAVI), Dr NDAYITWAYEKO Salvator (DPSHA), Dr Abdoulaye Mahaman Sani (ENABEL/UE/PASS/FBP), Dr NIYONGABO Révérien (ENABEL/UE/PASS/FBP), Madame NIYUNGEKO Jacqueline (DPSE), Madame HAKIZIMANA Claudine (CT FBP), Madame NITEREKA Rose (CT FBP), Madame BARIVUMA Eugénie (DSNIS), Monsieur HASHAZIMARI Jean Marie (CT FBP), Monsieur NTAKARUTIMANA Léonard (INSP), Monsieur ITANGISHAKA Théodomir (DGR), Monsieur BARIGENZA Louis (DSNIS), Monsieur SAKAGANWA Jean Pierre (KIRA/Banque Mondiale), Monsieur NSHIMIRIMANA Jean Claude (KIRA/Banque Mondiale), Monsieur KAVUYIMBO Venant (KIRA/Banque Mondiale) et Monsieur NKIZWANAYO Sylvestre (KIRA/Banque Mondiale).

Ci-dessous une photo de famille de la Commission ayant élaboré le rapport annuel FBP/Gratuité 2018 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.....	16
II.1. Formations sanitaires sous contrat principal.....	16
II.2. Formations sanitaires sous contrat secondaire FBP	16
II.3. Utilisation des services de santé (évolution des indicateurs clés contractualisés)	17
II.4. Qualité des prestations fournies par les formations sanitaires.....	31
II.5. Score moyen de performance au niveau des entités de régulation.....	38
II.6. Evaluation improvisée de la qualité technique.....	38
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 : SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS ISSUS DES	47
RAPPORTS DE VERIFICATION ET CONTRE VERIFICATION	47
III.1. Analyse des rapports de la vérification des formations sanitaires.....	47
III.2. Analyse des rapports de la vérification communautaire	51
III.3. Evaluation des performances des unités de prestation du niveau intermédiaire et	51
périphérique	51
III.4. Evaluation de la performance des écoles paramédicales.....	53
III.5. Evaluation de la performance des sous unités du niveau Central (CT FBP, DGR,	53
DGSSLS et DGP)	53
III.6. Analyse des rapports des audits techniques et financiers	54
III.7. Principales recommandations d’une mission d’évaluation du projet PASS de l’Union	56
européenne appuyant le FBP.....	56
CHAPITRE IV : SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP	57
IV.1. Evaluation de la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel FBP 2017	57
57	
IV.2. Système de planification dans le cadre de la mise en œuvre du FBP	59
IV.3. Suivi de la mise en œuvre du FBP	59
CHAPITRE V : DOCUMENTATION ET RECHERCHE ACTION	63
V.1. Bulletins trimestriels sur la mise en œuvre du FBP	63
V.2. Publications sur la mise en œuvre du FBP au Burundi	63

CHAPITRE VI : CONTRIBUTION DU FBP AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	67
VI.1. Disponibilité des ressources humaines	67
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	71
VI. 6. Infrastructures et équipements.....	72
CHAPITRE VII : FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	73
VII.1. Besoins, sources et gap de financement	73
VII.1. Préparation à la mise à échelle du FBP Communautaire	73
VII.2. Mise en oeuvre du FBP Communautaire.....	74
VII.2. Principaux défis liés à la mise en œuvre du FBP Communautaire	79
VII.3. Principales recommandations	79
CHAPITRE VIII : FINANCEMENT DE LA STRATEGIE FBP	81
VIII.1. Besoins, sources et gap de financement	81
VIII.2. Utilisation des budgets prévisionnels par Province.....	81
VIII.3. Dépenses affectées aux indicateurs quantité versus qualité	85
VIII.4. Equité provinciale dans le paiement des FOSA	88
VIII.5. Dépenses par paquet de services (PMA et PCA)	89
VIII.6. Dépenses par type de service (préventif, curatif, santé de la reproduction).....	90
VIII.7. Dépenses affectées aux indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes	93
VIII.8. Paiements FBP par indicateur au cours de l'année 2018	95
VIII.9. Subsidés des organes de régulation et autres entités (primes de performance)	98
VIII.10. Autres dépenses liées à la mise en œuvre du FBP	99
VIII.11. Dépenses globales pour la mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2018	100
VIII.12. Le cofinancement du FBP	101
VIII.13. Motivation financière des prestataires de soins	104
CHAPITRE IX : PRINCIPALES CONTRAINTES ET OPPORTUNITES DANS LA MISE EN ŒUVRE ...	106
DU FBP	106
IX.1. Forces et Opportunités	106
IX.2. Contraintes et Faiblesses	107
CHAPITRE X : RECOMMANDATIONS.....	109
CONCLUSION	111

Liste des abbréviations

ARV	AntiRétroviraux
ASC	Agents de Santé Communautaire
ASLM	African Society of Laboratory Medecine
ASLO	Association Locale
BDD FBP	Base des données du Financement Basé sur la Performance
BDS	Bureau de District Sanitaire
Bma	Bujumbura Mairie
BPS	Bureau Provincial de Santé
BRB	Banque de la République du Burundi
Bru	Bujumbura Rural
Bub	Bubanza
CAMEBU	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, des Dispositifs Médicaux et des Produits et Matériels de Laboratoire du Burundi
Can	Cankuzo
CDS	Centre de Santé
CHUK	Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
Cib	Cibitoke
COPEDE	Conseil pour l'Éducation et le Développement
CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development Aid
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post Natale
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CT-FBP	Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance
DGP	Direction Générale de la Planification
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSSLS	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA
DHIS2	District Health Information System 2
DIU	Dispositif Intra Utérin
DODS	Direction de l'Offre et de la Demande de Soins
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPSE	Direction de la Planification et du Suivi Evaluation
DPSHA	Direction de la Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement
DSNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
EAPHLN	East African Public Health Laboratory Network
ECD	Equipe Cadre de District
ENABEL	Agence belge de développement
EPM	Ecole ParaMédicale
FBP	Financement Basé sur la Performance
Fbu	Francs burundais
FOSA	Formation Sanitaire
GASC	Groupement d'Agents de Santé Communautaire
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
Git	Gitega
Hab	Habitants

HD	Hôpital de District
HN	Hôpital National
iCCM	Integrated Community Case Management
IEC	Information Education Communication
INSP	Institut National de Santé Publique
ISO	International Organization for Standardization
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'études économiques du Burundi
Kar	Karusi
Kay	Kayanza
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau/Banque Allemande pour le crédit et la reconstruction
Kir	Kirundo
Mak	Makamba
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MCD	Médecin Chef de District
Moy	Moyenne
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
Mur	Muramvya
Muy	Muyinga
Mwa	Mwaro
NC	Nouvelle Consultation
Ngo	Ngozi
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAA	Plan d'Action Annuel
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAS	Plan d'Action Semestriel
PASS	Programme d'Appui au Système de Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine
RBF	Results Based Financing
Rum	Rumonge
Rut	Rutana
Ruy	Ruyigi
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
Sem	Semestre
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLIPTA	Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation
SPT	Stratégie Plainte Traitement

SQG	Score de Qualité Globale
SQP	Score de Qualité Perçue
SQT	Score de Qualité Technique
SSME	Semaine Santé Mère Enfant
SSN	Service de Supplémentation Nutritionnelle
SUDGP	Sous unité Direction Générale de la Planification
SUDGR	Sous Unité Direction Générale des Ressources
SUDGSSLS	Sous Unité Direction Générale des Services de Santé et de la lute contre le SIDA
T	Trimestre
TBC	Tuberculose
TDR	Termes de référence
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
UE	Union Européenne
USD	United States Dollars
VAR	Vaccin Anti-Rougeole
VAT	Vaccin AntiTétanique
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH/SIDA	Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine/Syndrome ImmunoDéficient Acquis
VSBG	Violences Sexuelles et Basées sur le Genre

Introduction

Le FBP associé à la gratuité ciblée 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 contraintes de mise en œuvre sont observées, notamment : (i) le niveau de qualité des soins qui reste encore insuffisant (malgré des améliorations observées) surtout en termes de prise en charge clinique et assurance qualité, (ii) le faible niveau d'investissement en faveur de la qualité des soins au niveau des formations sanitaires, (iii) la lourdeur des procédures de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et des ruptures de stock au niveau de la Centrale d'Achat des médicaments entraînant des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires ; (iv) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau des formations sanitaires surtout dans les zones périphériques ; (v) la tarification des prestations sanitaires qui est devenue obsolète entraînant des tensions de trésorerie surtout au niveau des Hôpitaux.

L'année 2018 a été marquée par le débat sur le sous financement des formations sanitaires en général et à travers le FBP/Gratuité des soins en particulier. Il a été constaté que la gratuité des soins était partiellement appliquée suite à un faible remboursement à travers le FBP et que les pénalisations des FOSA prévues par le manuel des procédures FBP/Gratuité en cas de contre performance handicapaient la viabilité financière des FOSA. Des orientations stratégiques ont été données pour corriger ces aspects à partir de janvier 2019.

L'année 2018 a également vu le démarrage effectif du FBP Communautaire par la contractualisation des Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) pour un paquet communautaire de 25 indicateurs dans les provinces de Mwaro, Makamba, Gitega, Kayanza, Muyinga et Kirundo. D'autres provinces seront intégrées progressivement.

Le rapport annuel FBP 2017 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 :

- ✓ Réaliser une étude des coûts des soins de santé (Direction Générale de la Planification) ;
- ✓ Mettre en œuvre une nouvelle tarification des prestations sanitaires basée sur les résultats de l'étude des coûts des soins de santé (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Elaborer une stratégie nationale d'assurance qualité dans le secteur de la santé (DODS).

La mise en œuvre de ces recommandations devrait se faire au courant de l'année 2019 pour permettre un fonctionnement efficace du système de santé et une meilleure prise en charge des patients.

La rédaction de ce rapport a été effectuée par une commission mise en place par le 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 improvisée 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, les rapports d'audit technique et financier réalisés par l'Agence belge de développement (ENABEL), les rapports de suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau des FOSA et des organes de régulation, les rapports de mise en œuvre et suivi évaluation du FBP Communautaire.

Le rapport annuel FBP et gratuité des soins 2018 a été analysé puis validé par la Cellule Technique Nationale FBP élargie en sa séance du 18 avril 2019.

Résumé

Le Burundi a une expérience avérée dans la mise en œuvre du FBP au niveau des FOSA, des organes de régulation, des écoles paramédicales et des laboratoires de biologie médicale. Au niveau des formations sanitaires, le FBP est couplé à la gratuité ciblée des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements, les pathologies du pré et du post partum. Le FBP/Gratuité a contribué à l'amélioration de l'utilisation des services de santé, à l'amélioration de certaines dimensions de la qualité des soins et au renforcement des piliers du système de santé. Des défis persistent surtout en matière de qualité des soins, de gestion financière et comptable, d'encadrement et supervision des FOSA et de financement de l'approche FBP/Gratuité.

Principaux résultats observés en 2018

- ✓ Une baisse de l'utilisation des services de santé : le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est passé de 1,7 à 1,5 de 2017 à 2018. Les consultations des enfants de moins de 5 ans ont baissé passant de 4,6 à 4,2 NC/Hab/an de 2017 à 2018. Les consultations des plus de 5 ans ont également connu une baisse quoique moins importante que celle des moins de 5 ans, passant de 1,3 à 1,2 NC/hab/an. Cette baisse est expliquée tout au moins en partie par une diminution de 36,9% des cas de paludisme entre 2017 et 2018 et par le développement de la prise en charge au niveau communautaire de certaines pathologies (iCCM) par les agents de santé communautaire qui ont soigné 645 028 cas en 2018 contre 76 820 cas en 2017 ;
- ✓ La proportion des accouchements assistés est passée de 74% en 2017 à 75% en 2018 ;
- ✓ Le taux d'enfants complètement vaccinés est de 71,6% en 2018. Une comparaison avec l'année 2017 n'est pas possible car la définition de cet indicateur a été modifiée par le PEV en janvier 2018. En effet, est désormais considéré comme enfant complètement vacciné celui ayant reçu la deuxième dose de rougeole à 18-23 mois ainsi que tous les antigènes précédents, alors qu'auparavant, c'est la première dose de rougeole à 9 mois qui était prise en compte ;
- ✓ Le score moyen de qualité technique au niveau des Centres de Santé est resté stationnaire à 67% entre 2017 et 2018. Une légère baisse a été observée au niveau des Hôpitaux de District et des Hôpitaux nationaux avec un score moyen de qualité technique passant respectivement de 89% à 81% et de 80% à 78% entre 2017 et 2018 ;
- ✓ Au niveau du SIS de routine, les taux de complétude et promptitude pour l'année 2018 sont respectivement de 93,8% et 76,3%. Ces taux se sont légèrement améliorés car ils étaient respectivement de 92,3% et 74,6% en 2017 ;
- ✓ Le financement de la mise en œuvre du FBP en 2018 :
 - 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 66 850 803 100 Fbu, soit 36 913 751 USD (aux taux de 1 USD= 1 811 Fbu), ce qui représente 3,57 USD/per capita/an. Le paiement aux formations sanitaires, aux organes de régulation et autres entités représente 86,5% du budget ; les coûts opérationnels sont de 13,5% ;
 - La première source de financement du FBP/Gratuité pour l'année 2018 est l'Union européenne via ENABEL (38,35%), suivie de la Banque Mondiale (31,93%), du Gouvernement (23,54%) et de la KFW (6,18%) ;
 - 80,49% du budget FBP pour l'année 2018 a été consommé par les formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).

Principales contraintes relevées en 2018

- ✓ Le niveau de qualité des soins est toujours insuffisant malgré des progrès réalisés. La faiblesse dans la prise en charge clinique et le non respect ou la non utilisation des protocoles de prise en charge des pathologies sont encore observés au niveau des FOSA. Il est à noter également un manque d'une stratégie nationale d'assurance qualité ;
- ✓ Le niveau d'investissement en faveur d'une amélioration de la qualité des soins au niveau des FOSA est insuffisant malgré la disponibilité des ressources financières et l'élévation des seuils de passation des marchés. En effet, les seuils de passation des marchés sont passés de 5 millions Fbu à 12,5 millions de Fbu en 2018. Cependant, certaines FOSA avaient tendance à privilégier des investissements liés aux constructions au lieu de se focaliser sur les équipements et autres matériels ayant un impact direct sur la qualité des soins mais le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA a donné aux FOSA des orientations claires à ce sujet ;
- ✓ Les indicateurs liés à la gratuité ciblée des soins ne sont pas remboursés à leurs coûts réels. Cette situation entraîne des tensions de trésorerie au niveau des FOSA en général et des Hôpitaux en particulier. Le corollaire de cette situation est que la politique de gratuité ciblée des soins n'est plus appliquée intégralement, certaines FOSA et surtout certains Hôpitaux demandant souvent à leurs patients, pourtant bénéficiaires de la gratuité des soins, d'acheter eux-mêmes les médicaments et autres intrants nécessaires à leur prise en charge ;
- ✓ Insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre du FBP/Gratuité : un gap de financement d'environ 55 millions USD pour la période 2019 à 2021 a été objectivé ;
- ✓ Faible encadrement/supervision des Centres de Santé et des Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) par les Bureaux de District Sanitaire ;
- ✓ 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 ; non disponibilité/ mauvais remplissage des outils de gestion, dépenses mal justifiées, procédures de décaissement non respectées ;
- ✓ La tarification des prestations sanitaires est devenue obsolète ;
- ✓ Manque des registres du SIS Communautaire et des fiches de collecte dans certains GASC d'une part ; et la disponibilité d'outils inappropriés d'autre part ;
- ✓ Paquet incomplet pour la stratégie de prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire (iCCM) par les agents de santé communautaire : la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée n'est appliquée que dans certains districts sanitaires avec des ruptures de stock en Amoxicilline dispersible et en Zinc souvent enregistrées ;
- ✓ Le nombre très élevé (au-delà des recommandations du MSPLS) des ASC impliqués dans la prise en charge des malades à domicile dans certaines provinces comme Kirundo posant ainsi le problème de qualité de ces prises en charge dans un contexte d'insuffisance d'encadrement des agents de santé communautaire.

Principales recommandations

- ✓ Mobiliser auprès du Gouvernement, des PTF 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) ;
- ✓ Mobiliser des ressources financières pour renforcer les capacités et appuyer le fonctionnement des BDS afin qu'ils assurent efficacement leur mission d'encadrement et de supervision des prestations de soins et de services offerts par les acteurs communautaires, les Centres de Santé et les Hôpitaux de District (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Réaliser une étude des coûts des soins de santé (DGP) ;
- ✓ Revoir à la hausse les tarifs des indicateurs liés à la gratuité ciblée des soins contractualisés dans le cadre du FBP sur base des résultats de l'étude d'actualisation des coûts des soins de santé (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Assurer le suivi de la réalisation des investissements des formations sanitaires en vue d'améliorer l'offre de soins (DGR) ;
- ✓ Finaliser l'élaboration des référentiels de qualité du niveau communautaire, du Centre de Santé et de l'Hôpital de District (DODS) ;
- ✓ Rendre disponible au niveau des FOSA 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) ;
- ✓ 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) ;
- ✓ Renforcer les capacités en gestion financière au niveau des BPS, des BDS et des FOSA (DGR) ;
- ✓ Renforcer les supervisions formatives et l'encadrement des formations sanitaires (BDS) ;
- ✓ Assurer la disponibilité des registres du SIS Communautaire au niveau des GASC (BPS et BDS) ;
- ✓ Assurer le respect du nombre d'agents de santé communautaire impliqués dans la prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire (DODS) ;
- ✓ Elaborer une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport annuel FBP/Gratuité 2018 après concertation avec les différentes entités concernées (DGP).

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

Au cours de l'année 2018, des modifications sont intervenues dans les modalités de mise en œuvre du FBP/Gratuité. Ces modifications sont les suivantes :

- ❖ Au niveau des Centres de Santé : révision à la hausse des tarifs des indicateurs FBP intervenue au Août 2018 ;
- ❖ Reprise de la contractualisation de certaines unités de prestation du niveau central à savoir le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et l'unité de gestion du projet Kura Kibondo/GAVI ;
- ❖ Mise en place d'un délai de grâce de 12 mois pour les formations sanitaires nouvellement ouvertes au public depuis moins d'une année : durant cette période de grâce, aucun malus qualité ni pénalisation financière liée à une faible qualité des soins ne peut être appliqué à ces formations sanitaires s'ils elles obtiennent un score de qualité inférieur à 50%.

En 2018, le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA a mis en place une commission chargée de réviser le manuel des procédures FBP et ses outils de mise en œuvre. Les propositions de cette commission ont été analysées et validées par le Conseil de Cabinet du MSPLS. Elles ont été également analysées par la CT FBP élargie dans une réunion extraordinaire tenue le 28 mars 2019. Les modifications proposées sont reprises ci-dessous:

- ❖ Etant donné que le FBP au Burundi est associé à la gratuité des soins, il a été convenu de changer la cible de la pénalisation en cas faible performance. Au lieu de pénaliser la formation sanitaire, c'est le personnel de la formation sanitaire (FOSA) qui sera visé par la pénalisation en ne lui permettant pas d'obtenir la prime de performance pendant une période donnée;
- ❖ En cas d'absence du rapport SIS, la FOSA est sanctionnée par l'annulation de la facture. Il a été proposé de:
 - Ne plus annuler la facture de la FOSA;
 - Sanctionner le personnel de la FOSA en leur interdisant de percevoir la prime de performance pour 1 mois (la prochaine prime qu'ils pourraient obtenir).
- ❖ En cas d'absence de la fiche des données déclarées, la facture de la FOSA est annulée. Cette fiche des données déclarées est indispensable pour l'élaboration de la facture. Il a été proposé de:
 - Ne pas annuler la facture de la FOSA et lui donner du temps pour élaborer une fiche de données déclarées;
 - Sanctionner le personnel de la FOSA en leur interdisant de percevoir la prime de performance pour 1 mois (la prochaine prime qu'ils pourraient obtenir);
 - Sanctionner le BDS en retirant un montant sur la prime de performance trimestrielle du BDS:
 - Retrait de 10% si 1 à 3 FOSA n'ont pas la fiche de données déclarées dans les délais impartis;
 - Retrait de 20% si 4 à 5 FOSA n'ont pas la fiche de données déclarées dans les délais impartis;
 - Retrait de 50% si plus 5 FOSA n'ont pas la fiche de données déclarées dans les délais impartis.
- ❖ Au niveau des FOSA, en cas de score de qualité inférieur à 50%, un malus de qualité était appliqué. Il a été proposé de:
 - Ne plus appliquer de malus de qualité en cas de score de qualité globale inférieur à 50%;

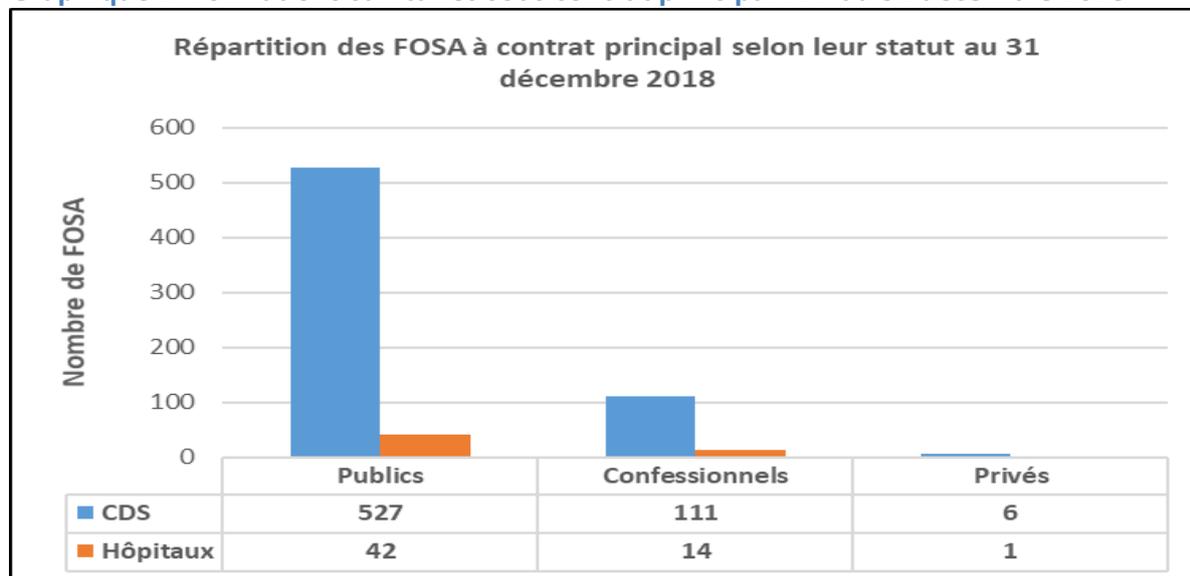
- Si le score de qualité globale est entre 30% et moins de 50%: sanctionner le personnel de la FOSA en leur interdisant de percevoir la prime de performance pour 1 mois (la prochaine prime qu'ils pourraient obtenir);
 - Si le score de qualité globale est inférieur à 30%: sanctionner le personnel de la FOSA en leur interdisant de percevoir la prime de performance pour 2 mois (les 2 prochaines primes qu'ils pourraient obtenir).
- ❖ Pour les FOSA à contrat secondaire qui obtiennent un score de qualité inférieur à 50%, la facture de la FOSA était annulée. Il a été proposé de:
 - Ne plus annuler la facture de la FOSA ayant un contrat secondaire;
 - Sanctionner le personnel de la FOSA en leur interdisant de percevoir la prime de performance pour 1 mois (la prochaine prime qu'ils pourraient obtenir).
 - ❖ Dans le manuel des procédures FBP en cours, les contrats secondaires FBP ne peuvent pas obtenir de bonus de qualité même si elles ont un score de qualité supérieur à 70%. Il a été proposé:
 - D'accorder aux contrats secondaires FBP un bonus de qualité si elles ont un score de qualité supérieur à 70%;
 - Ce bonus de qualité serait tiré du montant du bonus de qualité du contrat principal au prorata de la part du montant quantité trimestriel du contrat secondaire dans le montant global quantité trimestriel (du contrat principal et du ou de ses contrats secondaires).
 - ❖ Il a été proposé de lier la performance de la DGSSLS, DGR, DGP, Direction de la Pharmacie, Médicaments et Laboratoires (DPML), la Centrale d'Achat des Médicaments (CAMEBU) à la performance du BPS;
 - ❖ Il a été décidé de se conformer au nouveau circuit de la Direction du Système National d'Information Sanitaire en ce qui concerne les délais de vérification: la vérification des données quantitatives va démarrer à partir du 11^e jour calendrier du mois suivant;
 - ❖ Il a été proposé d'ajouter de nouveaux indicateurs quantité dans le cadre du FBP, à savoir:
 - Consultation prénatale précoce avant la fin du premier trimestre de la grossesse (Centre de Santé);
 - Nouveau cas de diabète dépisté et pris en charge (Centre de Santé et Hôpitaux);
 - Nouveau cas d'hypertension artérielle diagnostiqué et pris en charge (Centre de Santé et Hôpitaux);
 - Nouveau cas d'Asthme diagnostiqué et pris en charge (Centre de Santé et Hôpitaux);
 - Nouveau cas de pathologie mentale diagnostiqué et pris en charge (Centre de Santé et Hôpitaux).
 - ❖ L'indicateur consultation prénatale a été modifié en « Consultation prénatale recentrée » et 4 CPN au cours de la grossesse seront pris en compte au lieu de 3 CPN précédemment;
 - ❖ Il a été convenu que le principe du « tout ou rien » soit allégé au niveau des grilles d'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé et Hôpitaux en se focalisant surtout sur des aspects importants pour améliorer la qualité des soins.

CHAPITRE II : UTILISATION ET QUALITE DES SERVICES DE SANTE

II.1. Formations sanitaires sous contrat principal

A la fin de l'année 2018, les formations sanitaires (FOSA) qui disposaient d'un contrat principal dans le cadre du FBP étaient au nombre de 701 dont CDS (527 publics, 111 confessionnels et 6 privés associatifs) et 57 hôpitaux (42 publics et 14 confessionnels et 1 privé).

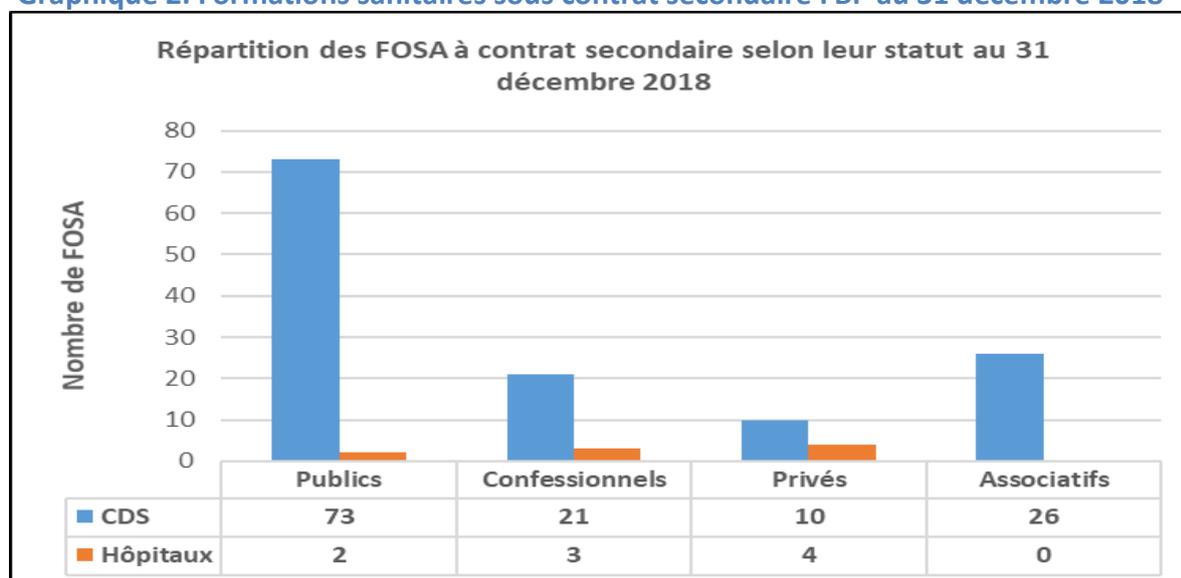
Graphique 1: Formations sanitaires sous contrat principal FBP au 31 décembre 2018



II.2. Formations sanitaires sous contrat secondaire FBP

Les formations sanitaires qui avaient un contrat secondaire FBP au 31/12/2018 se présentent comme indiqué dans le graphique ci-dessous:

Graphique 2: Formations sanitaires sous contrat secondaire FBP au 31 décembre 2018



Les formations sanitaires publiques avec contrat secondaire représentent 54% de tous les contrats secondaires, les confessionnelles 17%, les privées 10% et les FOSA associatives 19%. 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-Gratuité sous le statut de contrat secondaire.

Au total, au 31 Décembre 2018, 840 formations sanitaires étaient sous un contrat FBP dont 701 avec un contrat principal et 139 avec un contrat secondaire.

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

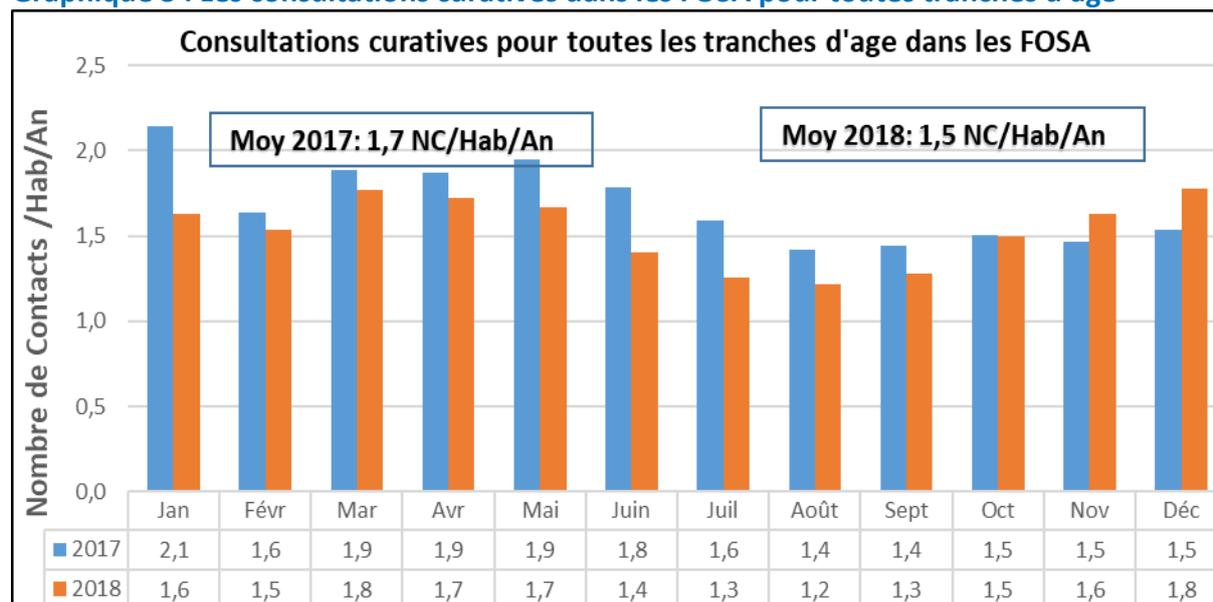
II.3.1. Utilisation des services de consultation curative

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. En se référant à des hypothèses élaborées au moment de la mise à échelle du FBP en 2010 sur base des données du SNIS, 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.

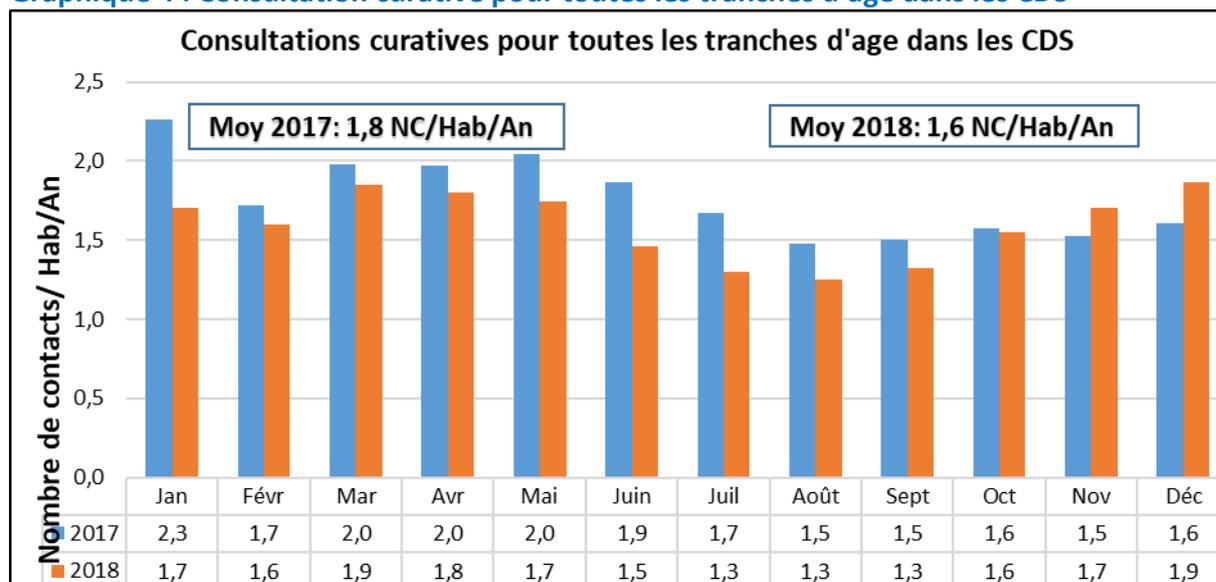
Les graphiques présentés portent sur les données des prestations sanitaires par tranches d'âges au niveau de toutes les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux), ensuite les données désagrégées au niveau des Centres de Santé puis au niveau des Hôpitaux. Cependant ces hypothèses pourraient être révisées à la lumière avec les prestations de prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire en cours de développement.

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

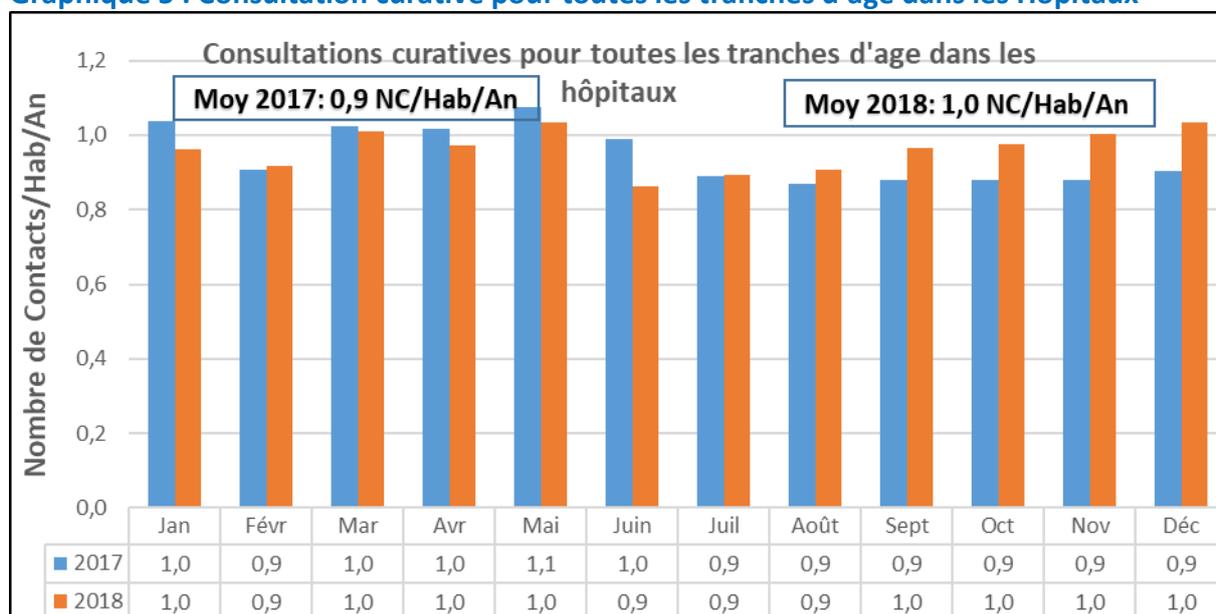
Graphique 3 : Les consultations curatives dans les FOSA pour toutes tranches d'âge



Le nombre moyen de nouveaux contacts par habitant et par an (NC/Hab/An) est passé de 1,7 NC/Hab/An en 2017 à 1,5 NC/Hab/An en 2018. Cette baisse pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme. **En effet, l'année 2017 a été marquée par une épidémie de paludisme avec 8 133 912 cas enregistrés alors que 5 136 086 cas de paludisme ont été enregistrés dans les formations sanitaires en 2018 (Données du DHIS2), soit une baisse de 36,9%.**

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

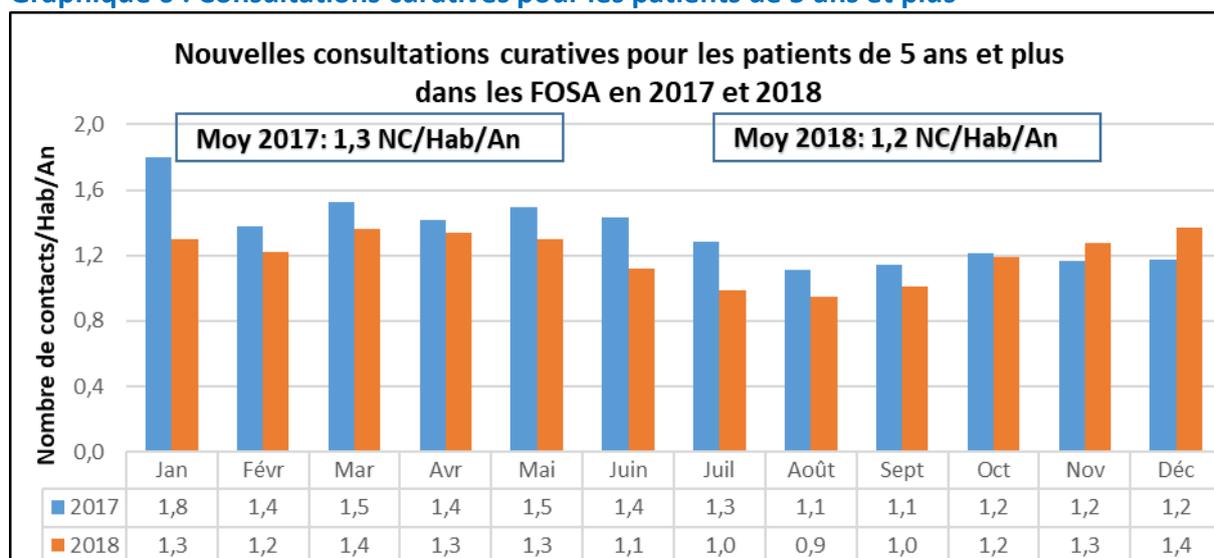
Au niveau des Centres de Santé, la moyenne des nouvelles consultations curatives a légèrement baissé, passant de 1,8 NC/Hab/An en 2017 à 1,6 NC/Hab/an. Cette baisse pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme comme expliqué plus haut ainsi que par la prise en charge de certaines pathologies (paludisme, pneumonie, diarrhée) par les agents de santé communautaire.

Graphique 5 : Consultation curative pour toutes les tranches d'âge dans les Hôpitaux

Au niveau des hôpitaux, le nombre moyen de nouveaux contacts par habitant et par an est resté quasi stationnaire passant de 0,9 NC/Hab/An en 2017 à 1 NC/Hab/An en 2018.

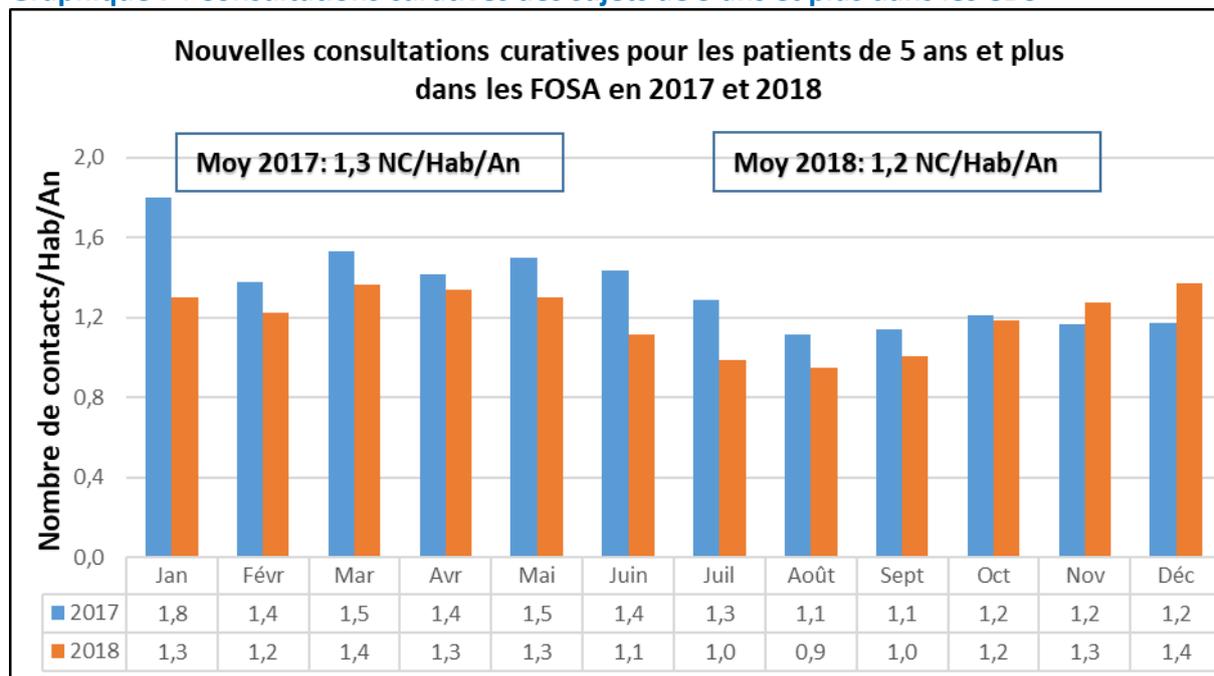
II.3.1.2. Consultation curative pour les patients de 5 ans et plus

Graphique 6 : Consultations curatives pour les patients de 5 ans et plus

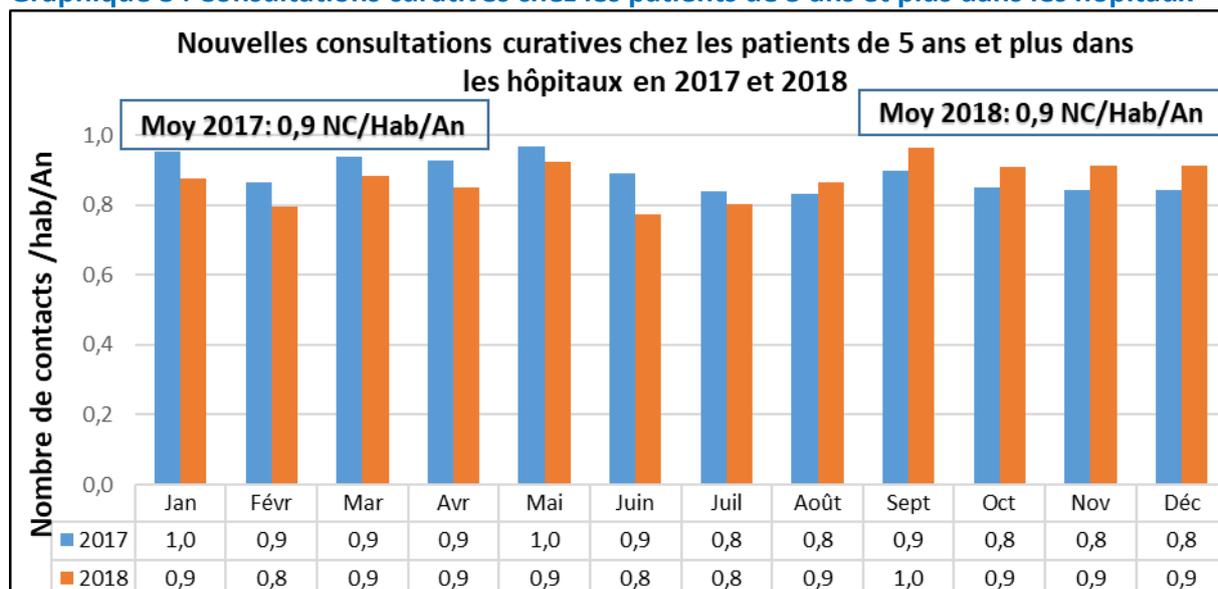


La moyenne des nouvelles consultations curatives pour les patients de 5 ans et plus a légèrement baissé, passant d'une moyenne de 1,3 NC/Hab/An en 2017 à 1,2 NC/Hab/An en 2018. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme.

Graphique 7 : Consultations curatives des sujets de 5 ans et plus dans les CDS



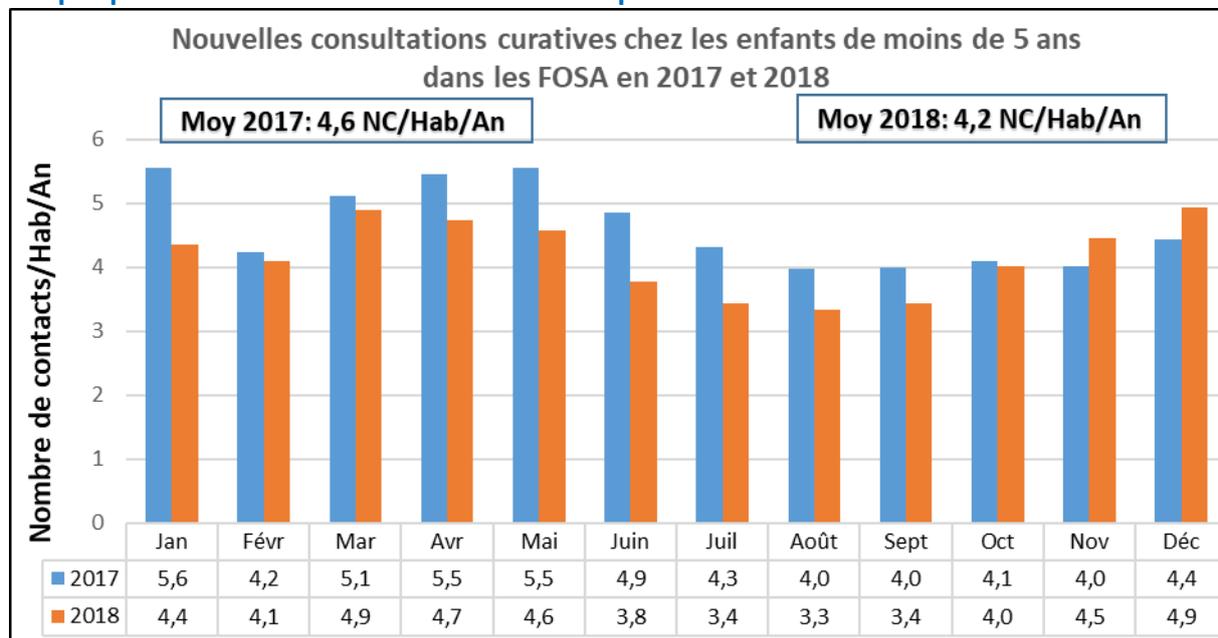
La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Centres de Santé pour les sujets de 5 ans et plus a légèrement baissé, passant d'une moyenne de 1,4 NC/Hab/An en 2017 à 1,2 NC/Hab/An en 2018. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de cas de paludisme.

Graphique 8 : Consultations curatives chez les patients de 5 ans et plus dans les hôpitaux

La moyenne des nouvelles consultations curatives dans les Hôpitaux pour les sujets de 5 ans et plus est restée stationnaire à 0,9 NC/Hab/An et par an en 2017 et 2018.

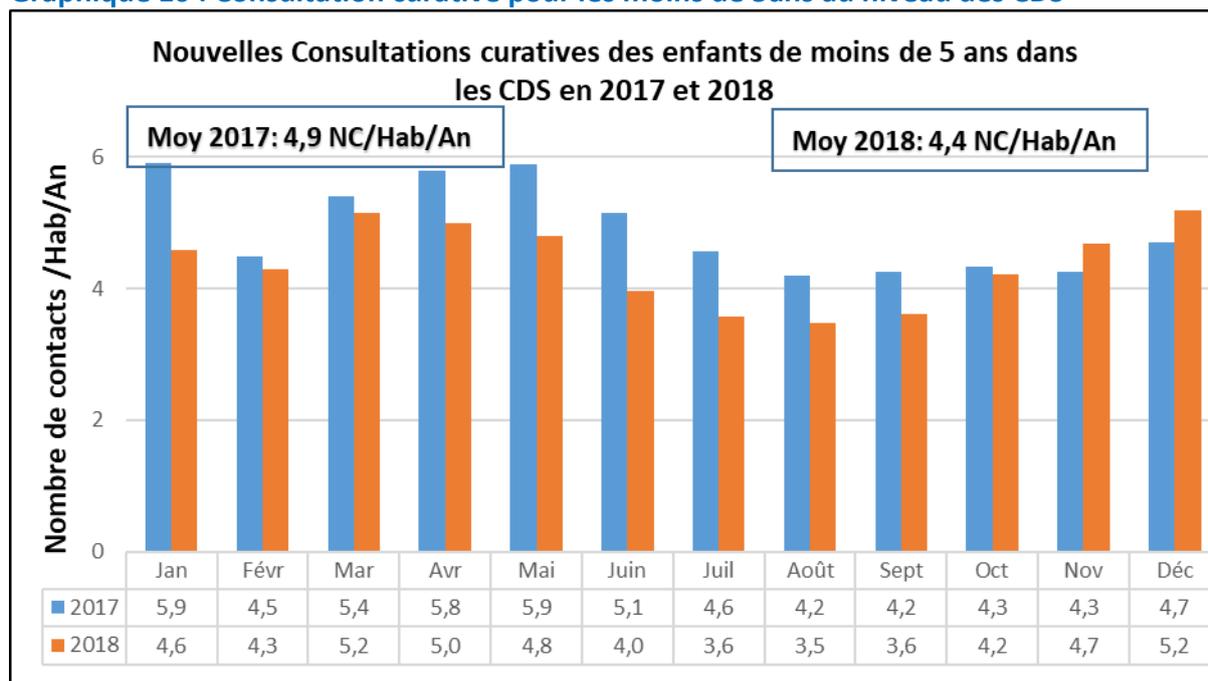
II.3.1.3. Consultation curative chez les moins de 5 ans

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. Les graphiques qui suivent montrent la tendance pour le PMA et le PCA respectivement en 2017 et 2018.

Graphique 9 : Nouvelle Consultation curative pour les moins de 5 ans au niveau des FOSA

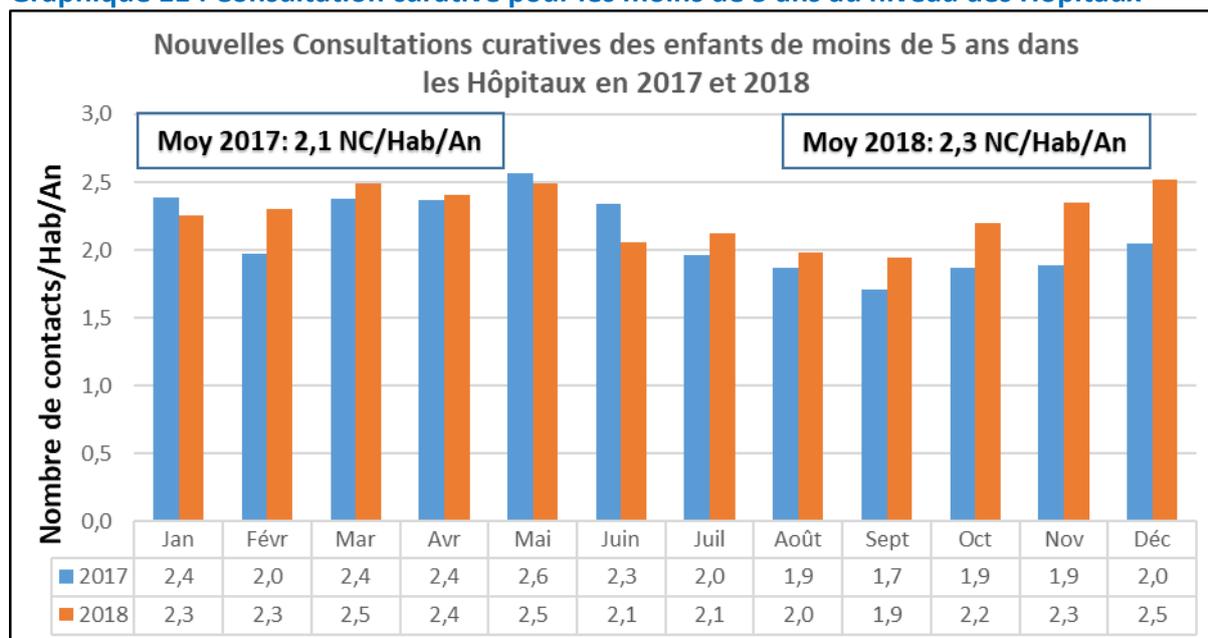
La moyenne des nouvelles consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans a baissé, passant de 4,6 NC/Hab/An en 2017 à 4,2 NC/Hab/An. Cette baisse de l'utilisation des services de consultation curative pourrait s'expliquer d'une part par la diminution du nombre de cas de paludisme comme déjà expliqué plus haut 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) dans certaines provinces sanitaires.

Graphique 10 : Consultation curative pour les moins de 5ans au niveau des CDS



La moyenne des nouvelles consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans dans les Centres de Santé a baissé, passant de 4,9 NC/Hab/An en 2017 à 4,4 NC/Hab/An. 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 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) dans certaines provinces sanitaires. **En effet, en 2018, les agents de santé communautaire ont pris en charge 645 028 cas contre 76 820 cas en 2017 (source: DHIS2).**

Graphique 11 : Consultation curative pour les moins de 5 ans au niveau des Hôpitaux



La moyenne des nouvelles consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux a augmenté, passant de 2,1 NC/Hab/An en 2017 à 2,3 NC/Hab/An. Cette augmentation pourrait s'expliquer entre autres par le non-respect du circuit de référence. Une recherche action permettrait d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse mais aussi toutes les autres hypothèses avancées pour justifier les tendances observées.

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 2018

Province	> 5ans			< 5ans				Toutes tranches d'âge		
	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	331 536	306 600	1,1	333 878	165 096	82 548	4	665 414	471 696	1,4
Buja Mairie	281 856	451 236	0,6	183 953	242 976	121 488	1,5	465 809	694 212	0,7
Buja Rural	381 823	384 696	1	311 342	207 144	103 572	3	693 165	59 184	1,2
Bururi	278 813	257 544	1,1	172 857	138 684	69 342	2,5	45 167	396 228	1,1
Cankuzo	358 412	197 436	1,8	334 136	106 308	53 154	6,3	692 548	303 744	2,3
Cibitoke	468 202	354 576	1,3	447 928	19 092	9 546	4,7	91 613	545 496	1,7
Gitega	1 025 426	607 824	1,7	805 434	327 288	163 644	4,9	183 086	935 112	2
Karusi	464 853	370 128	1,3	456 287	199 308	99 654	4,6	92 114	569 436	1,6
Kayanza	599 357	455 592	1,3	498 674	245 316	122 658	4,1	1 098 031	700 908	1,6
Kirundo	683 727	521 724	1,3	790 477	280 932	140 466	5,6	1 474 204	802 656	1,8
Makamba	318 206	369 108	0,9	289 458	198 744	99 372	2,9	607 664	567 852	1,1
Muramvya	256 836	249 012	1	198 632	134 076	67 038	3	455 468	383 088	1,2
Muyinga	635 219	523 284	1,2	695 875	28 176	14 088	4,9	1 331 094	805 044	1,7
Mwaro	264 072	232 296	1,1	184 247	125 076	62 538	2,9	448 319	357 372	1,3
Ngozi	580 651	550 704	1,1	654 500	296 532	148 266	4,4	1 235 151	847 236	1,5
Rumonge	293 342	314 664	0,9	241 238	16 944	8 472	2,8	53 458	484 104	1,1
Rutana	285 676	282 804	1	338 912	15 228	7 614	4,5	624 588	435 084	1,4
Ruyigi	557 760	316 164	1,8	587 344	170 244	85 122	6,9	1 145 104	486 408	2,4
Total	8 065 767	6 745 392	1,2	7 525 172	3 632 124	1 816 062	4,1	15 590 939	10 377 516	1,5

Pour les patients de 5 ans et plus, la province de Cankuzo et Ruyigi (1,8 NC/Hab/An) ont le nombre de contacts par habitant et par an le plus élevé en 2018, suivies de Gitega avec 1,7 NC/Hab/An; la Mairie de Bujumbura (0,6 NC/Hab/An). Les provinces Sanitaires de Makamba (0,9 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 (6,9 NC/Hab/An) et Cankuzo (6,3 NC/Hab/An) ont le plus grand nombre de contacts; la Mairie de Bujumbura (1,5 NC/Hab/An) a le nombre de contact le plus faible.

Tous âges confondus, les provinces sanitaires de Ruyigi (2,4 NC/Hab/An) et Cankuzo (2,3 NC/Hab/An) ont le nombre de contacts le plus élevé. La Mairie de Bujumbura (0,7 NC/Hab/An) a le nombre de contact le plus faible.

Pour les provinces avec un plus grand nombre de contacts (Cankuzo et Ruyigi), la forte mobilité interne et externe des populations pourrait justifier la non maîtrise des cibles pour les indicateurs y compris la consultation curative.

En Mairie de Bujumbura, les faibles couvertures seraient justifiées par la présence d'un secteur privé très développé sans contrat FBP et qui draine une part non négligeable des patients.

Tableau 2. Evolution du nombre de contacts par tranche d'âge en 2017 et 2018

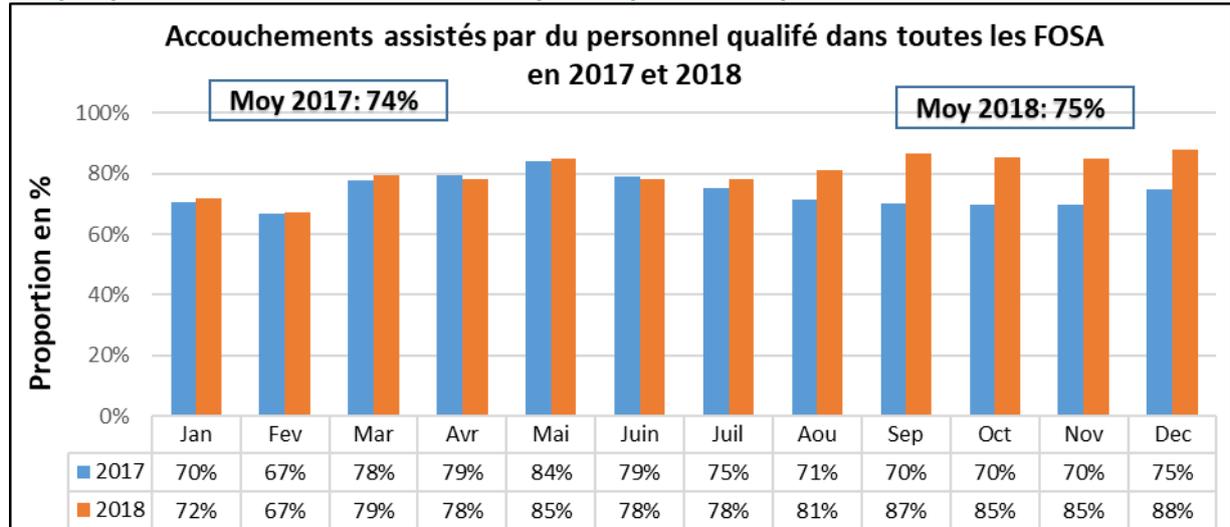
N°	Province	Patients >= 5 ans		Enfants < 5 ans		Tous âges	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018
1	Bubanza	1,2	1,1	4,5	4	1,6	1,4
2	Bujumbura Mairie	0,6	0,6	1,5	1,5	0,7	0,7
3	Bujumbura Rural	1	1	3,2	3	1,2	1,2
4	Bururi	1	1,1	2,3	2,5	1,1	1,1
5	Cankuzo	2,1	1,8	7,6	6,3	2,6	2,3
6	Cibitoke	1,5	1,3	4,8	4,7	1,8	1,7
7	Gitega	2,1	1,7	6,1	4,9	2,5	2
8	Karusi	1,6	1,3	5,7	4,6	2,0	1,6
9	Kayanza	1,7	1,3	4,5	4,1	1,9	1,6
10	Kirundo	1,4	1,3	6,3	5,6	2,0	1,8
11	Makamba	0,8	0,9	3	2,9	1,1	1,1
12	Muramvya	1,2	1	3,5	3	1,4	1,2
13	Muyinga	1,2	1,2	5,5	4,9	1,7	1,7
14	Mwaro	1,6	1,1	4	2,9	1,7	1,3
15	Ngozi	1,1	1,1	4,5	4,4	1,5	1,5
16	Rumonge	0,9	0,9	2,7	2,8	1,0	1,1
17	Rutana	1,2	1	4,8	4,5	1,6	1,4
18	Ruyigi	2	1,8	7,6	6,9	2,6	2,4
TOTAL		1,3	1,2	4,6	4,1	1,7	1,5

Le tableau ci-haut montre une baisse pour le nombre de contact par habitant et par an pour les patients de toutes les tranches d'âge de 2017 et 2018.

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

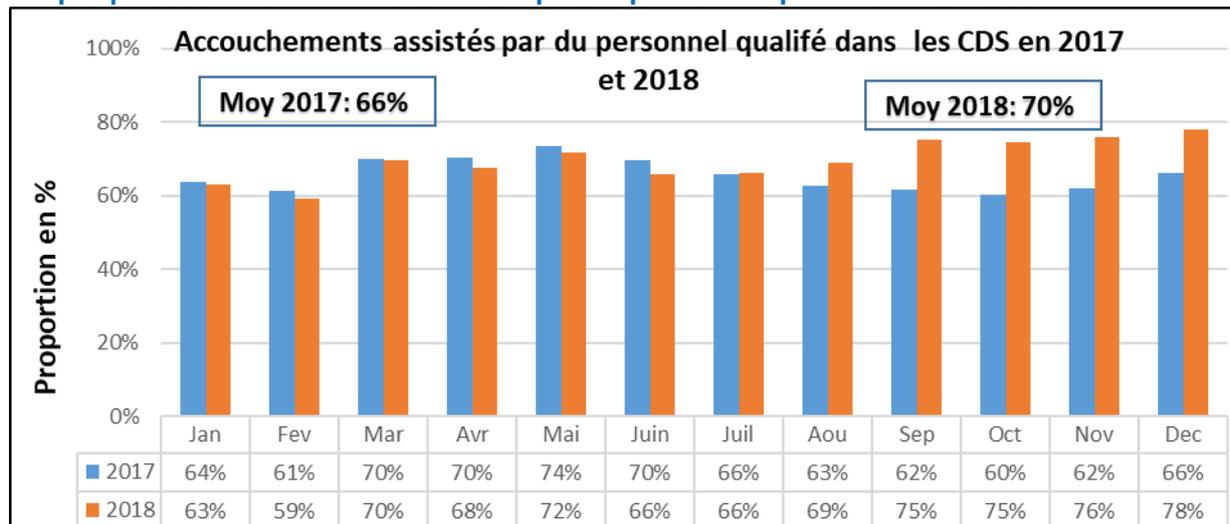
L'analyse faite sur les accouchements assistés part de l'hypothèse selon laquelle la cible totale des accouchements assistés attendus dans les CDS correspond à 80% du total des accouchements attendus pour l'année. 10% des accouchements eutociques auto référés devraient théoriquement être assurés par 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. Il faut préciser que, dans le contexte burundais, un accouchement assisté par un personnel qualifié est un accouchement dirigé par un personnel soignant de niveau minimum A3.

Graphique 12: Accouchements assistés par un personnel qualifié

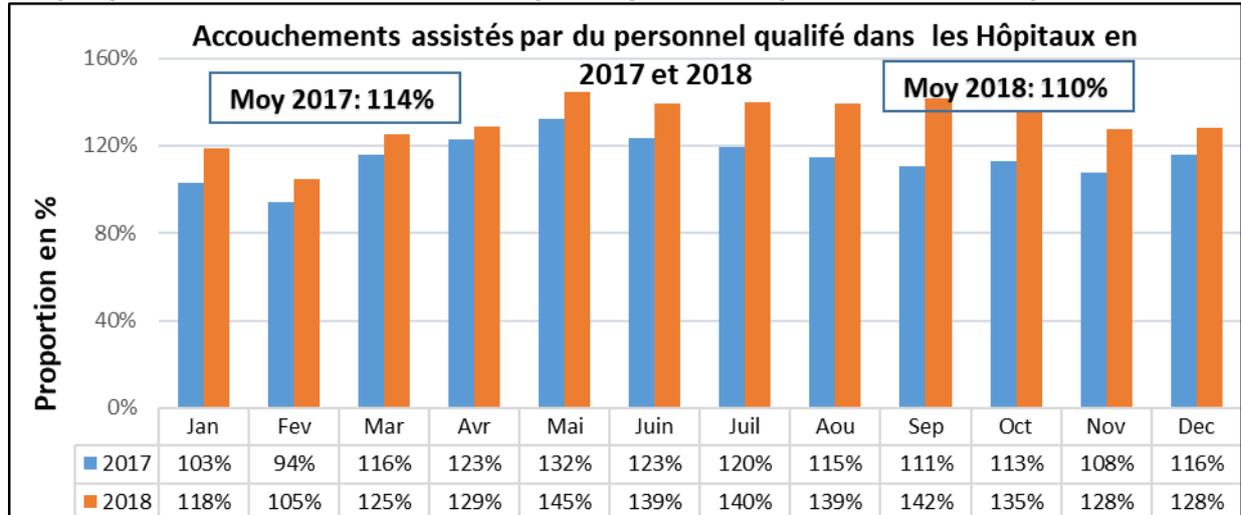


Au niveau de toutes les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux), la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 74% en 2017 à 75% en 2018.

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



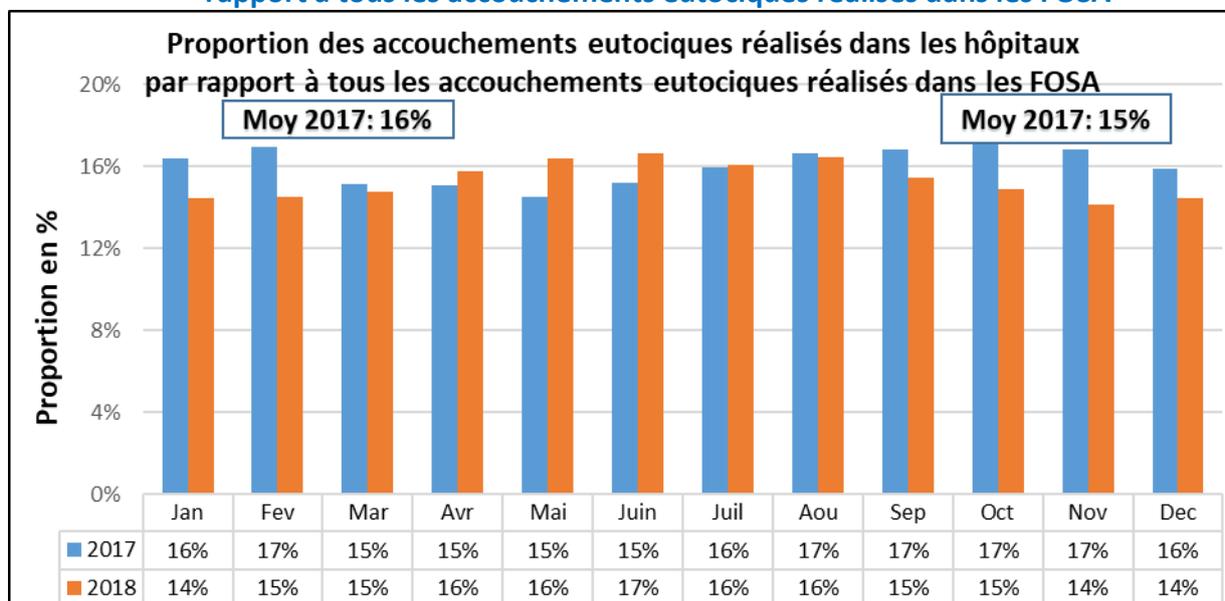
Au niveau des Centres de Santé, la proportion d'accouchements est passée de 66% en 2017 à 70% en 2018.

Graphique 14: Accouchements assistés par du personnel qualifié dans les Hôpitaux

Au niveau des hôpitaux, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 114% en 2017 à 110% en 2018. Ce dépassement de la cible fixée à 100% traduirait le non-respect du système de référence. Cette baisse est compensée par l'augmentation des accouchements assistés au niveau des Centre de Santé.

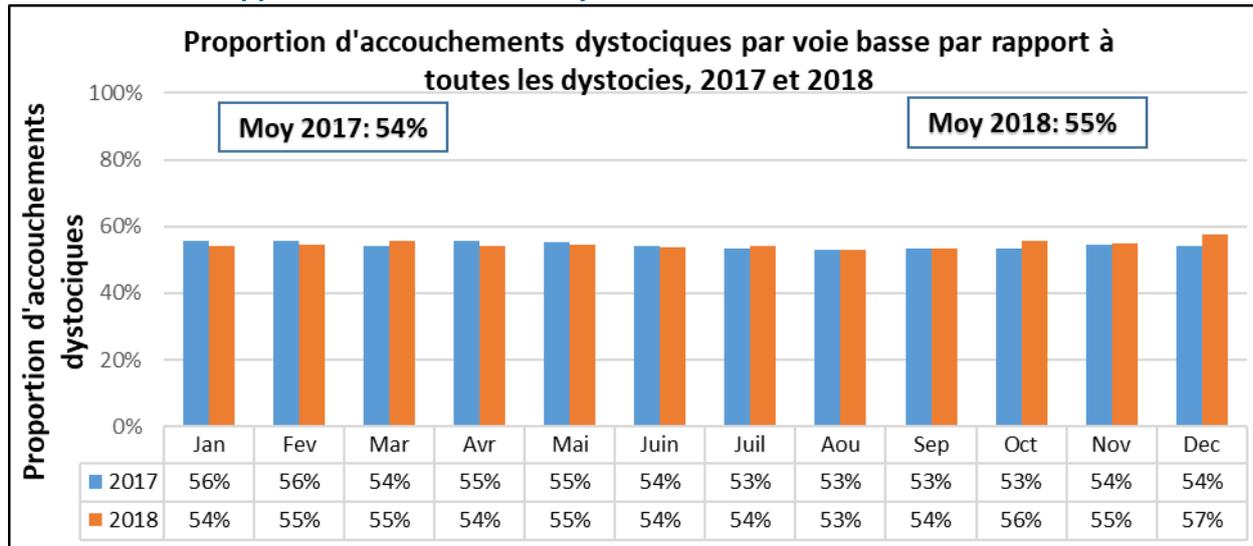
Accouchements eutociques dans les hôpitaux

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

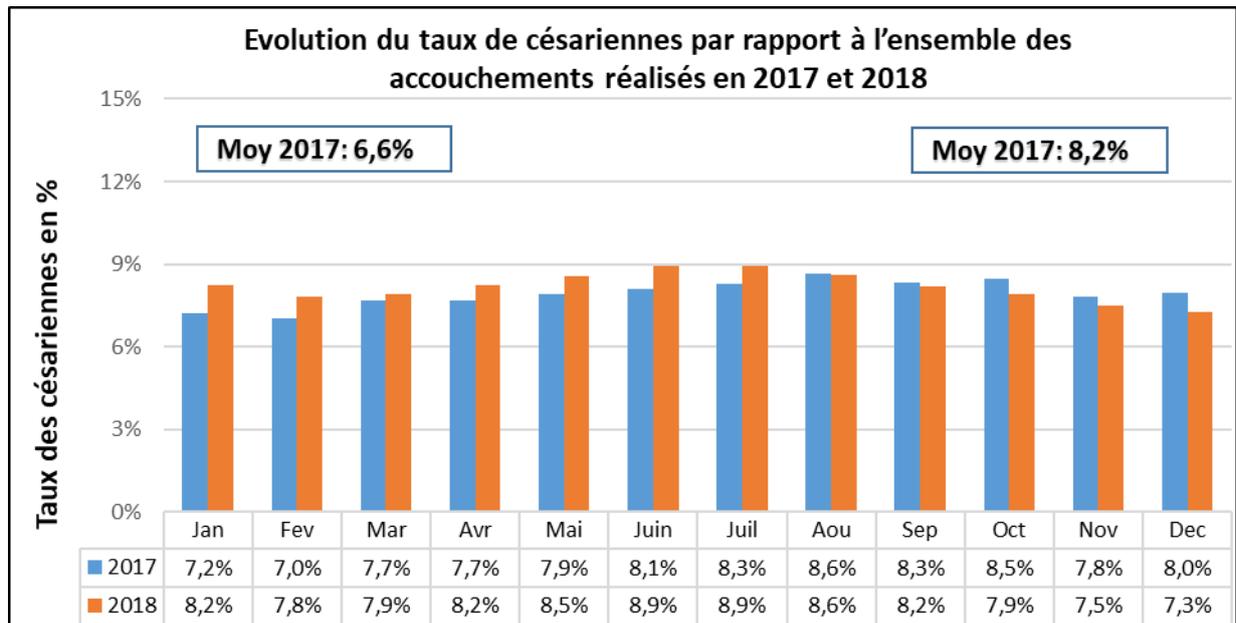
La proportion des accouchements eutociques qui se déroulent dans les hôpitaux par rapport à tous les accouchements eutociques réalisés dans les FOSA est passé de 16% en 2017 à 15% en 2018. Ce dépassement de la cible estimée à 10% traduirait le non-respect du système de référence.

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



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) est passé de 54% en 2017 à 55% en 2018.

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

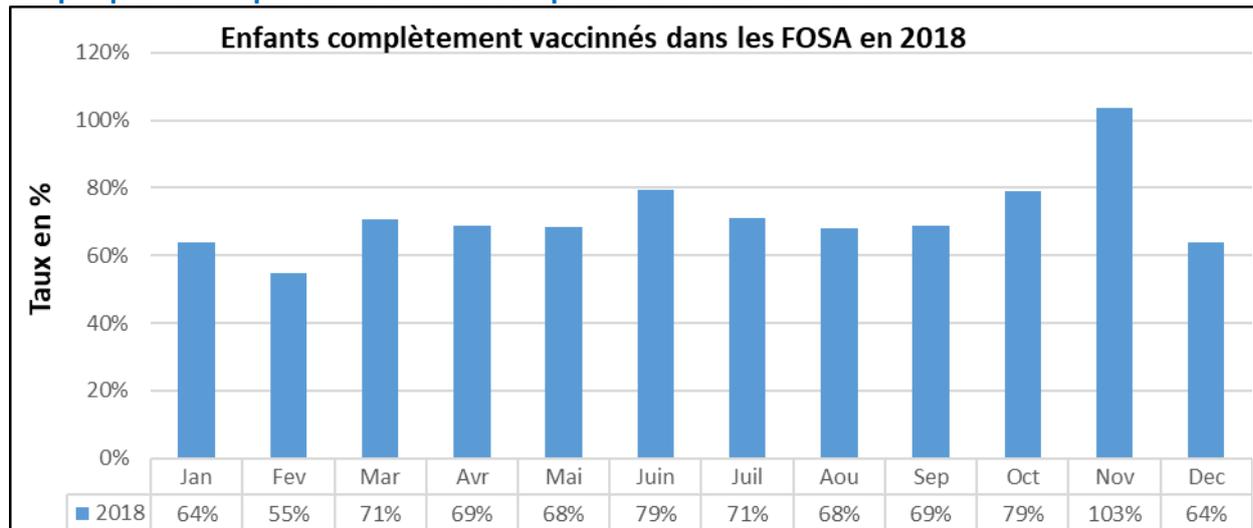


La proportion des césariennes par rapport aux accouchements assistés est restée dans la fourchette des valeurs indicatives de 5 à 15% préconisées par l'OMS. Cependant, on observe une légère augmentation en 2018 (8,2%) par rapport à l'année 2017 (6,6%).

II.3.4. Enfants complètement vaccinés

Depuis Janvier 2018, la formule de la base des données FBP pour le calcul de la cible des enfants complètement vaccinés prend en compte la nouvelle définition du PEV pour cet indicateur découlant de l'introduction de la deuxième dose du VAR. Un enfant est dit complètement vacciné après avoir reçu la deuxième dose du vaccin anti rougeoleux prévu entre 18 et 23 mois de vie. La cible passe donc de 3,7% à 3,6% de la population générale. Ainsi, la comparaison avec l'année 2017 n'est pas réaliste dès lors que les cibles ne sont pas les mêmes.

Graphique 18: Proportion d'enfants complètement vaccinés 2018

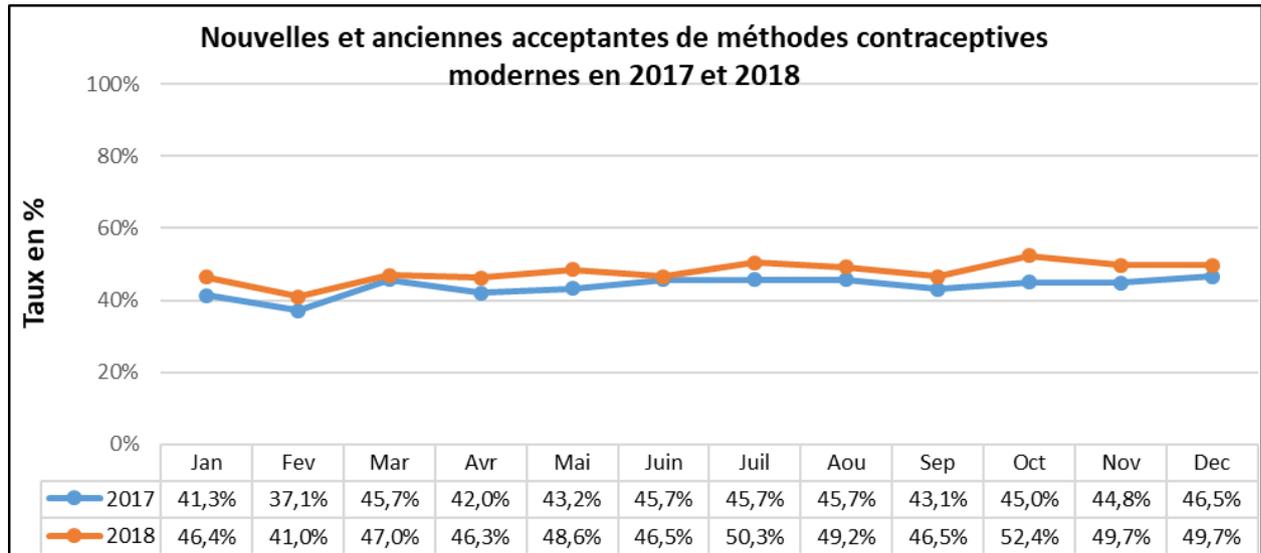


L'évolution du taux d'enfants complètement vaccinés en 2018 est variable d'un mois à l'autre avec le niveau le plus bas en février et un pic au mois de novembre. D'après le PEV, une stratégie de récupération des abandons a été utilisée pendant la SSME organisée en Novembre 2018, ce qui pourrait expliquer le pic d'enfants complètement vaccinés observés pour ce mois. Le taux moyen d'enfants complètement vaccinés en 2018 est de 71,6%.

II.3.5. Planification familiale

L'indicateur « Nouvelles + Anciennes Acceptantes pour les pilules et les injectables » contractualisé au niveau du PMA correspond au nombre de femmes mises sous méthode contraceptive moderne (pilule ou injectable) au cours du mois.

Graphique 19: Evolution de la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne en 2017 à 2018



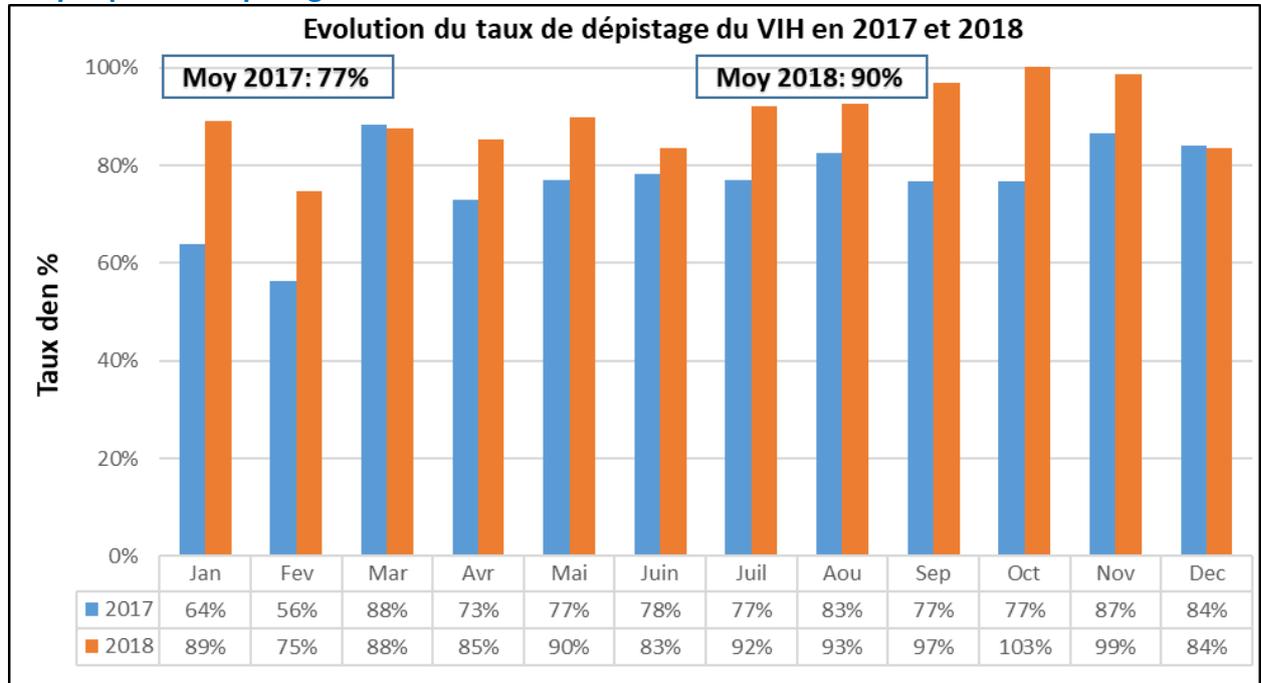
Le graphique ci-dessus indique une légère augmentation de la proportion de femmes utilisant les méthodes contraceptives modernes en 2018 (47,8%) par rapport à l'année 2017 (43,8%).

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



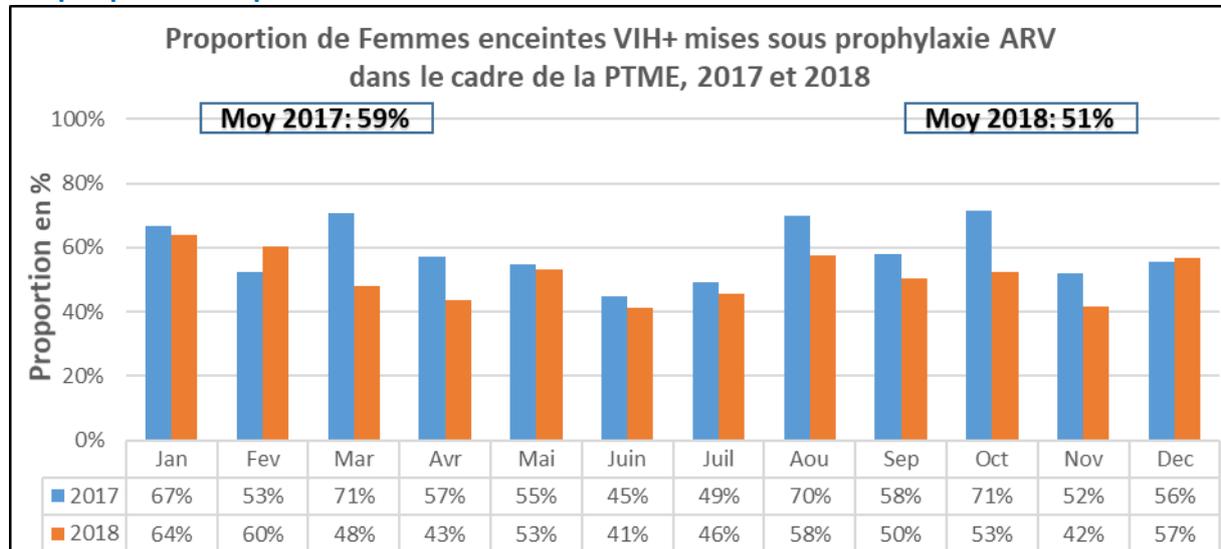
Le taux de dépistage volontaire a augmenté passant de 77% de la cible en 2017 à 90% en 2018. Signalons que l'indicateur n'est plus contractualisé dans le cadre du FBP depuis janvier 2017 au niveau des hôpitaux.

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

La cible attendue pour la PTME se calcule selon la formule ci-dessous:

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

Graphique 21: Proportion des femmes enceintes mises sous PTME



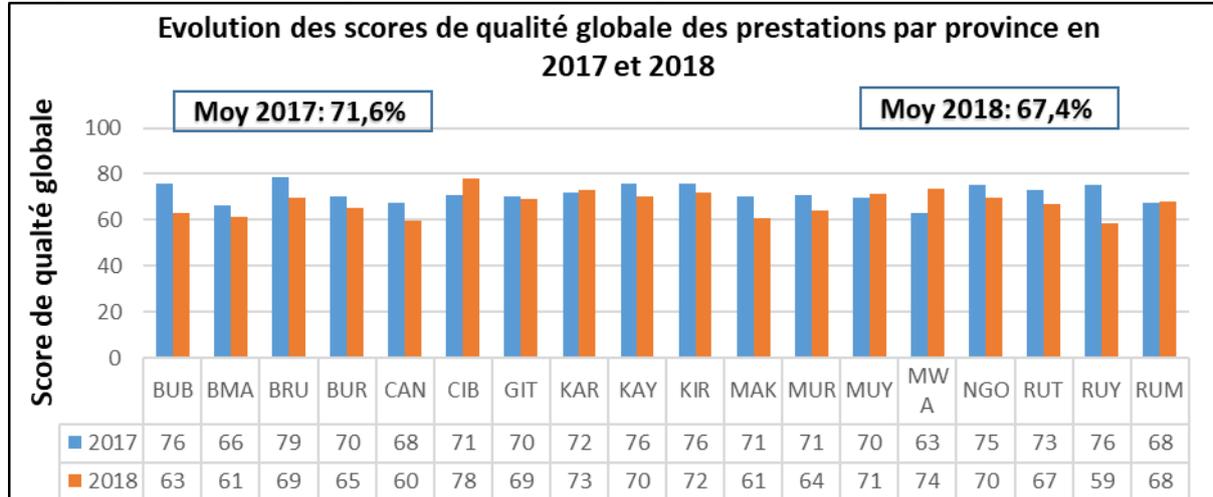
Le taux de couverture pour les femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie a diminué passant de 59% en 2017 à 51% en 2018. Cette baisse pourrait être liée à la nouvelle stratégie (Test and treat) de prise en charge du VIH/SIDA qui préconise la mise sous traitement ARV dès que le test VIH est positif. Ainsi, une femme déjà sous traitement qui tombe enceinte ne sera plus comptabilisée comme nouveau cas mis sous prophylaxie ARV car elle sera déjà sous traitement. On pourrait donc s'attendre à une diminution progressive de nouveaux cas de PTME.

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 seconde génération).

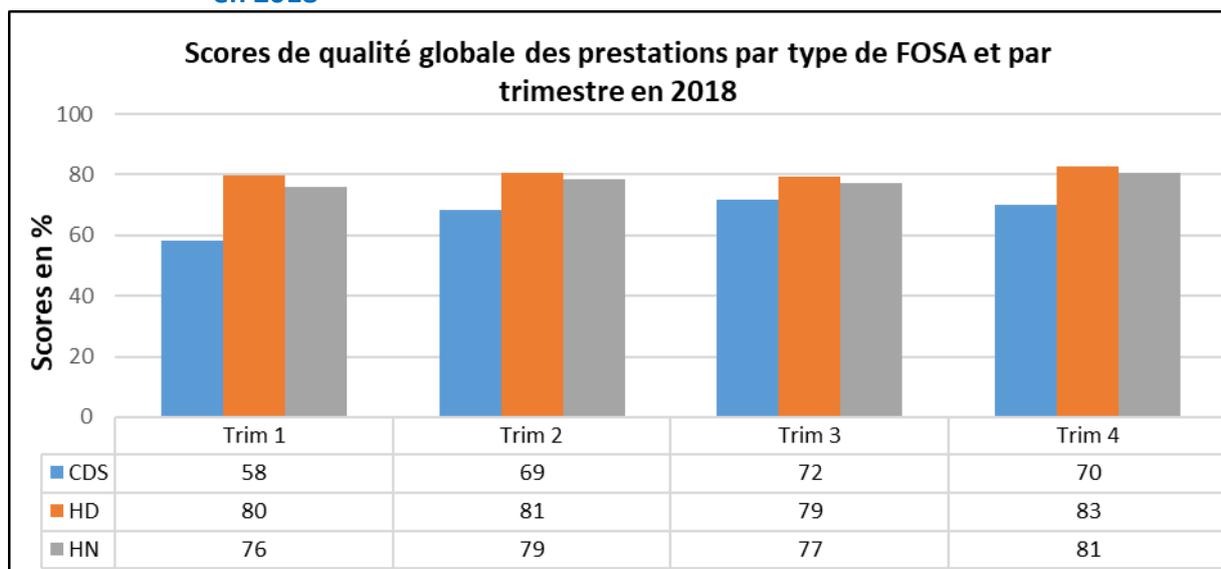
II.4.1. Qualité globale des prestations sanitaires

Graphique 22: Scores moyens de qualité globale par Province en 2017 et 2018



Le score moyen de qualité globale des prestations sanitaires a baissé, passant de 71,6% en 2017 à 67,4% en 2018. Au niveau provincial, cette baisse se remarque dans 13 provinces sur les 18 que compte le pays. Elle survient au moment où le nouveau manuel a apporté quelques changements dans la conduite des évaluations de la qualité technique. En effet, l'évaluation au niveau des Centres de santé est désormais sous la responsabilité des CPVV au lieu des équipes cadres des BPS tandis que l'évaluation de la qualité technique au niveau des hôpitaux de district est sous la responsabilité d'un hôpital pair et du CPVV à la place de deux hôpitaux pairs seuls.

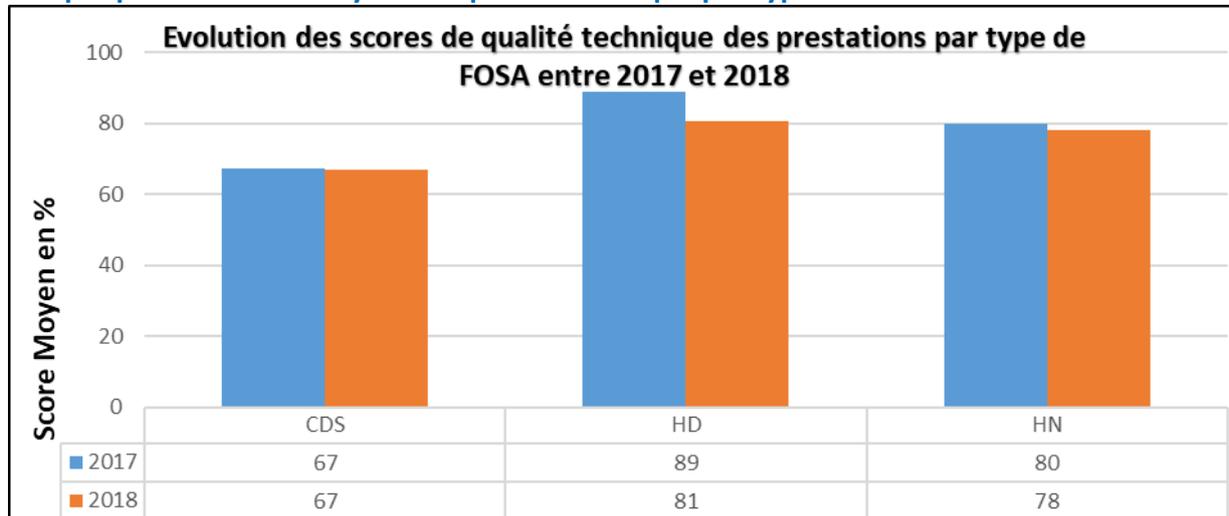
Graphique 23: Score moyen de qualité globale des prestations sanitaires par type de FOSA en 2018



Dans l'ensemble, les scores de qualité globale ont augmenté progressivement du premier au quatrième trimestre 2018 que ce soit pour les centres de santé, les hôpitaux de districts ou les hôpitaux nationaux. Les scores sont plus faibles au niveau des Centres de santé et sont plus élevés au niveau des hôpitaux de districts.

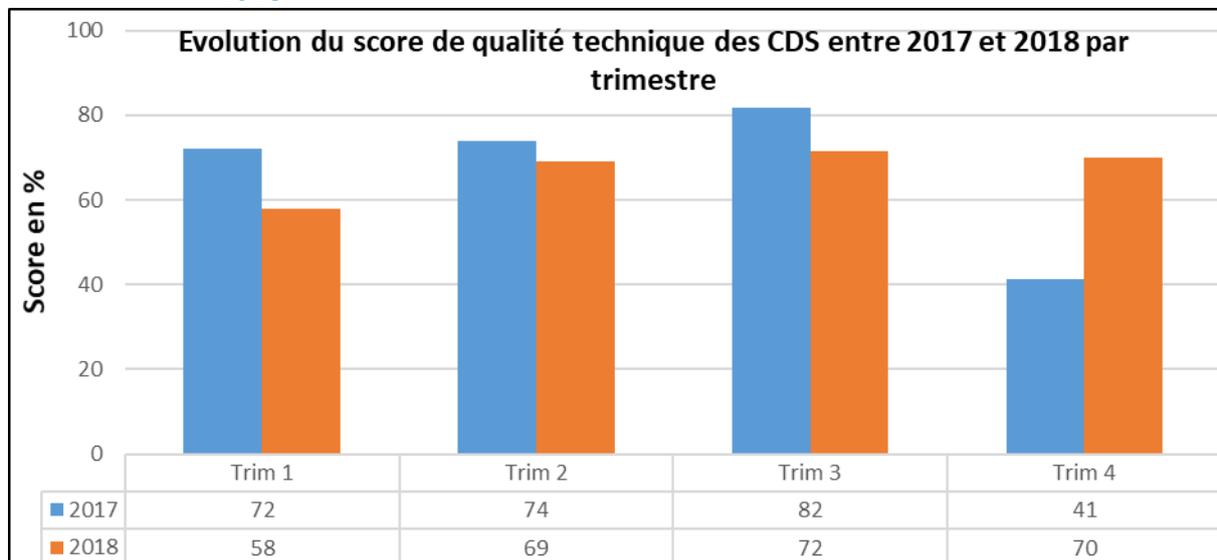
II.4.2. Evolution du score de qualité technique et de quelques critères de qualité technique des FOSA

Graphique 24: Scores moyens de qualité technique par type de FOSA en 2017 et 2018



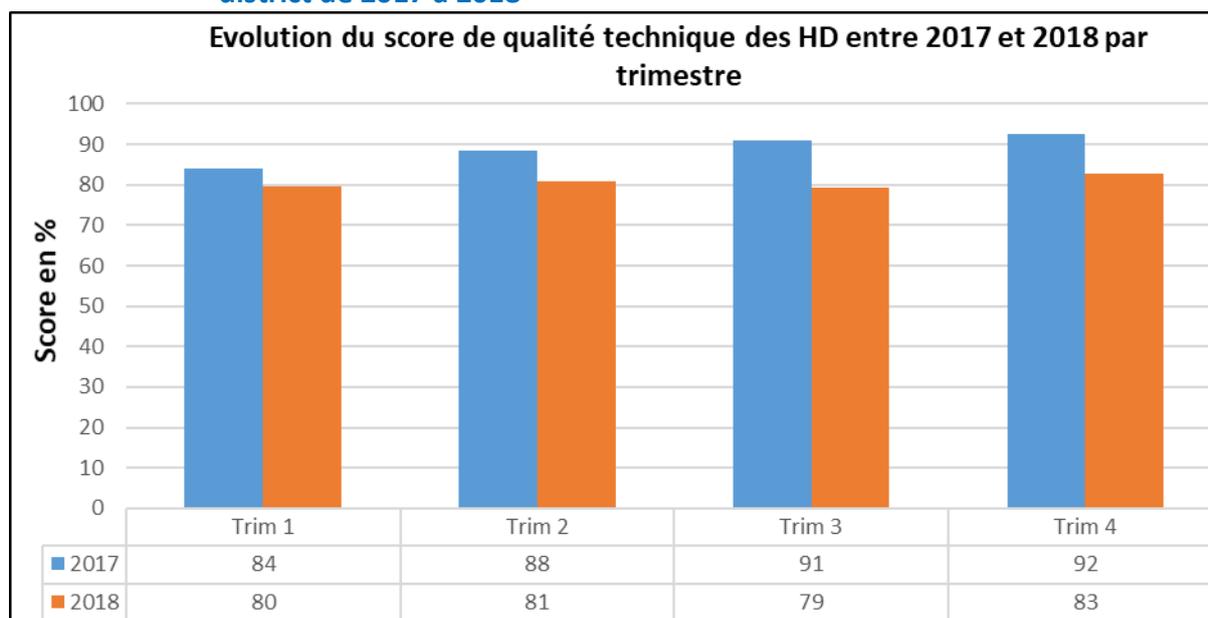
Le score moyen de la qualité technique des CDS est resté identique en 2017 et 2018 tandis qu'il a légèrement baissé pour les hôpitaux de district et les hôpitaux nationaux.

Graphique 25: Evolution des scores de qualité technique des prestations des CDS de 2017 à 2018



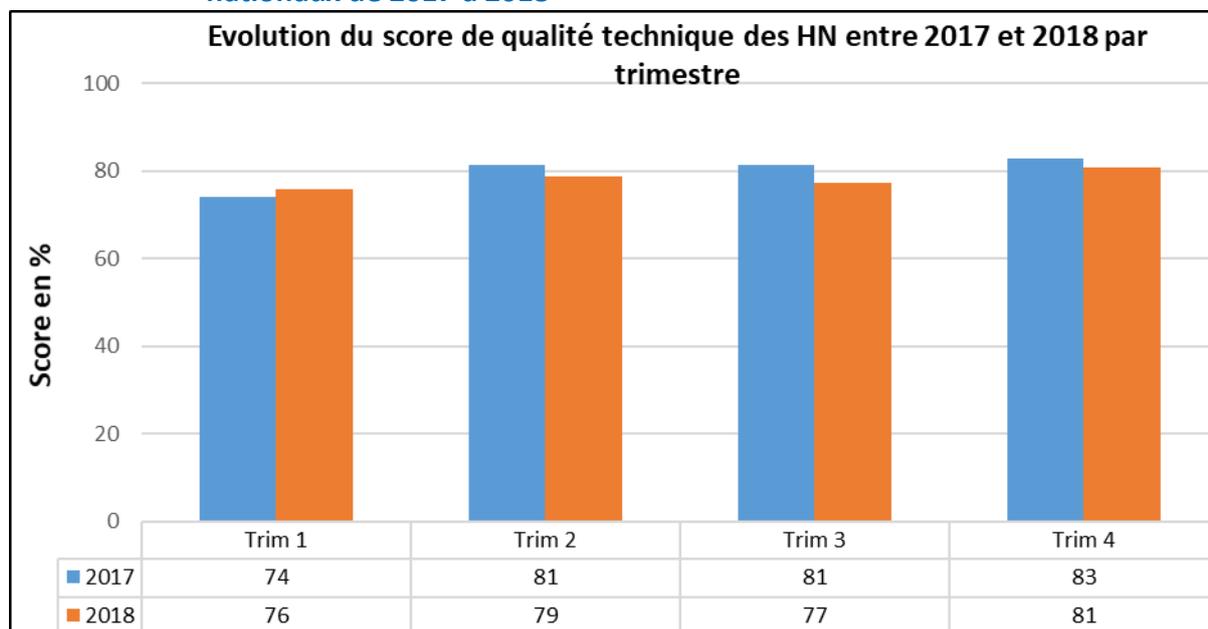
Analysé trimestre par trimestre, les scores de qualité technique sont plus faibles en 2018 comparés à ceux de 2017 à l'exception du quatrième trimestre où la tendance s'inverse. On remarque une augmentation importante du score au quatrième trimestre 2018 par rapport à la même période de l'année 2017.

Graphique 26: Evolution des scores de qualité technique des prestations des hôpitaux de district de 2017 à 2018



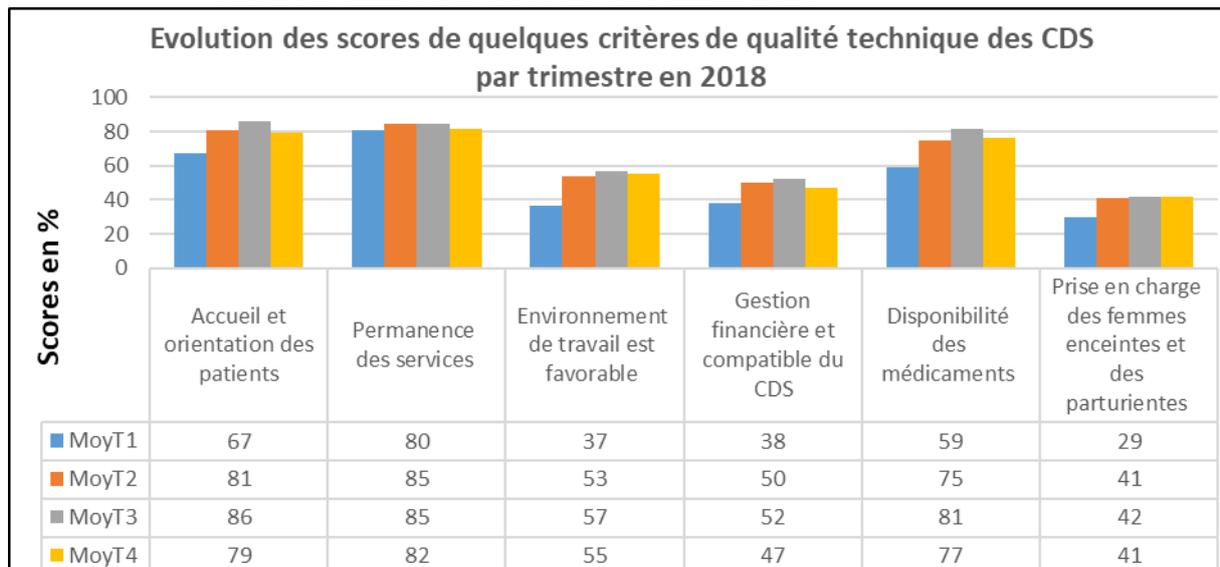
Au niveau des hôpitaux de District, les scores de qualité technique sont plus faibles en 2018 comparés à ceux de 2017 pour tous les 4 trimestres.

Graphique 27: Evolution des scores de qualité technique des prestations des hôpitaux nationaux de 2017 à 2018



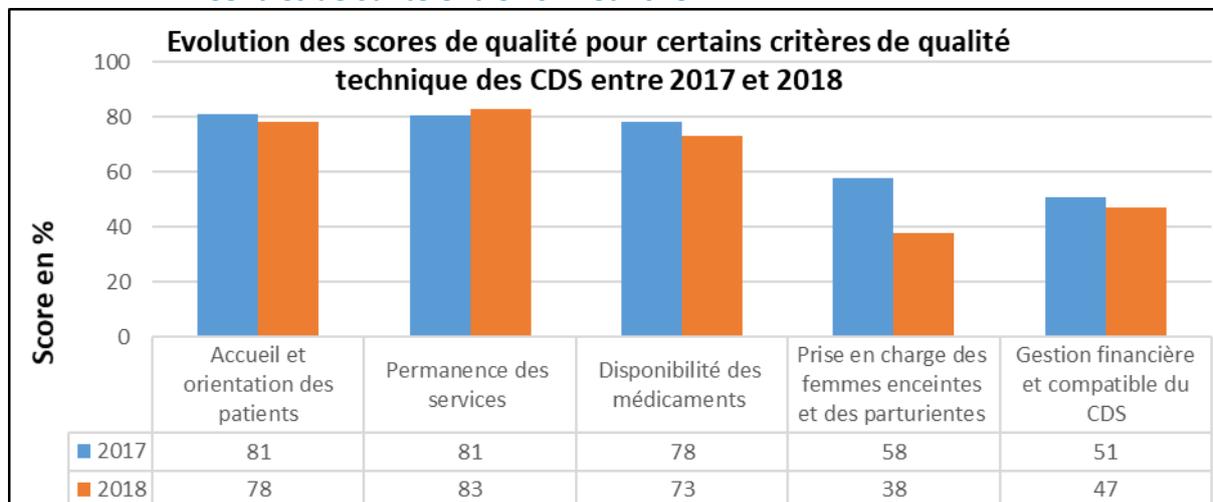
Les scores de qualité technique des hôpitaux nationaux sont légèrement plus faibles en 2018 comparés à ceux de 2017 pour tous les 4 trimestres.

Graphique 28: Analyse de quelques critères de qualité technique des Centres de Santé selon les trimestres au cours de l'année 2018



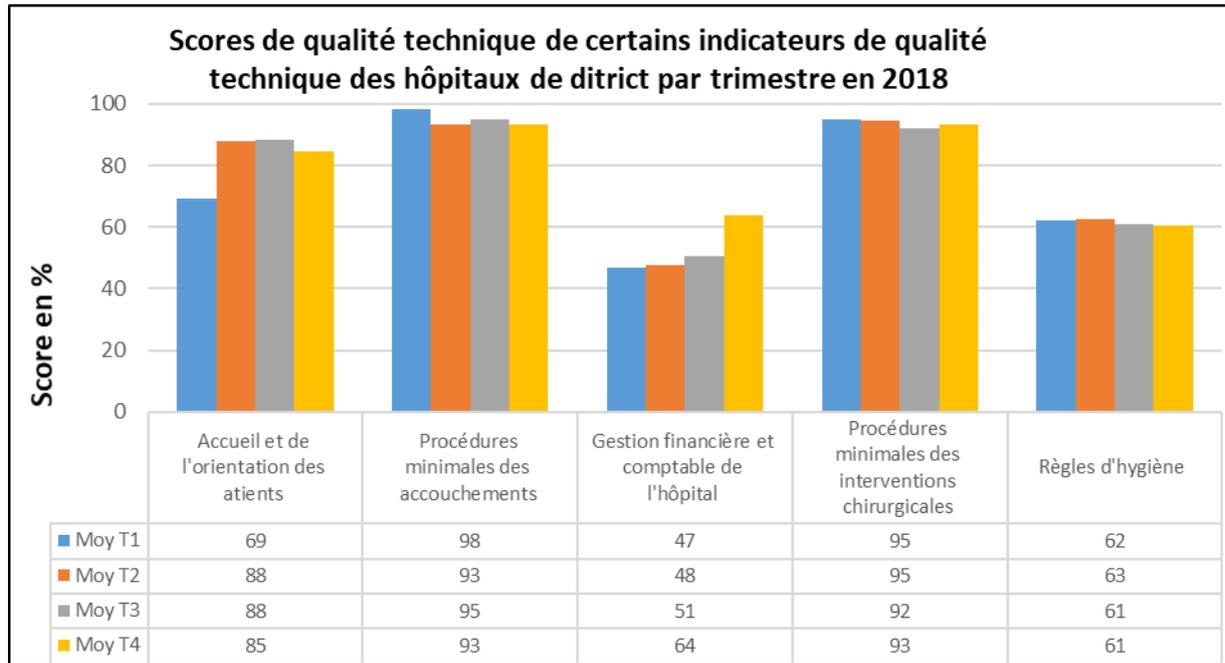
De façon globale, les scores de qualité technique qui étaient plus faibles au premier trimestre augmentent progressivement dès le deuxième trimestre avec quelques cas de stagnation ou de léger reculs pour certains critères. La prise en charge des femmes enceintes et des parturientes ainsi que l'environnement de travail sont les deux critères analysés où les FOSA ont les plus faibles performances.

Graphique 29: Analyse des scores moyens de quelques critères de qualité technique des Centres de Santé entre 2017 et 2018



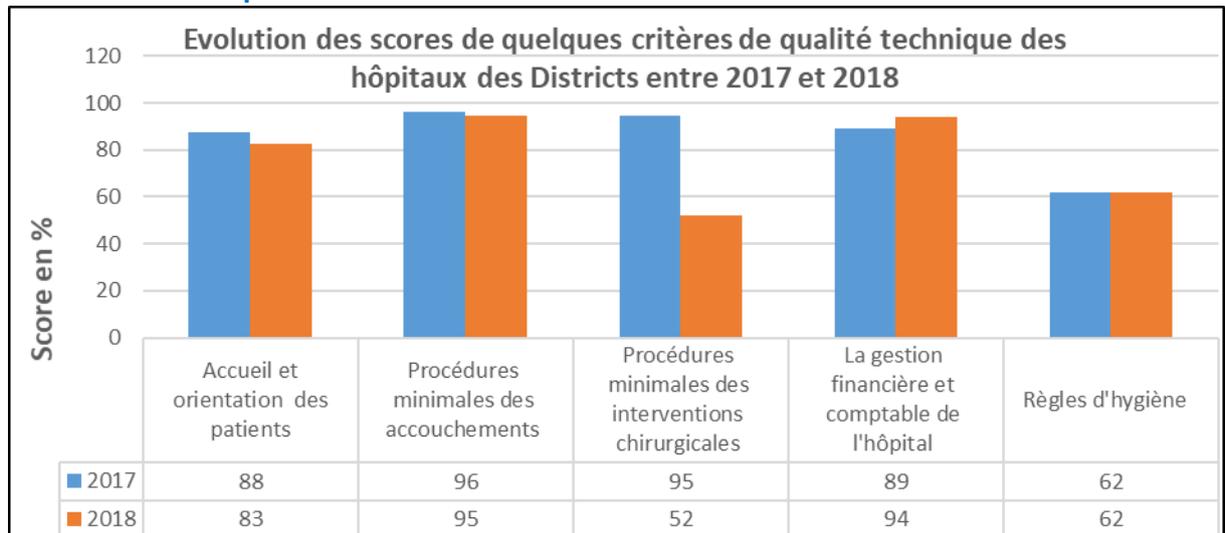
Les scores de qualité technique pour les critères analysés au niveau des CDS ont baissé entre 2017 et 2018 à l'exception du critère en rapport avec la permanence des services où l'on observe une légère hausse.

Graphique 30: Analyse de quelques critères de qualité technique au niveau des Hôpitaux de district



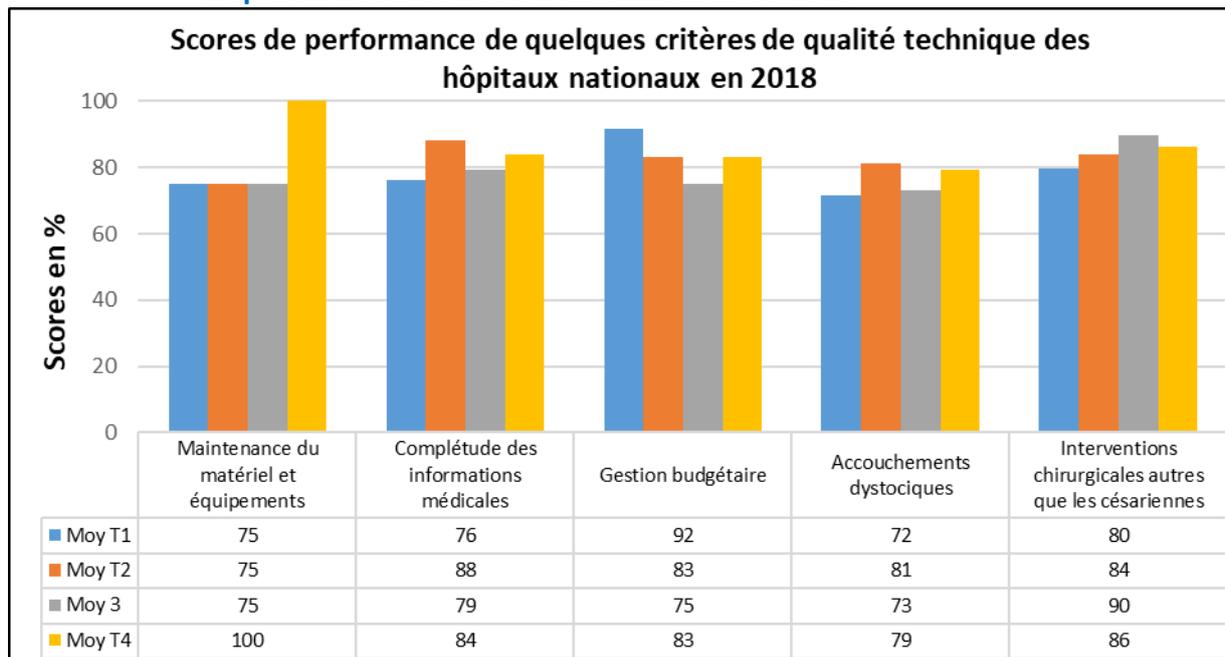
Les scores de qualité technique restent élevés pour les procédures minimales des accouchements et les procédures minimales des interventions chirurgicales. Pour l'accueil et l'orientation des malades, le score a augmenté du premier au troisième trimestre et baisse à nouveau à 85% au quatrième trimestre. La performance est restée faible pour la gestion financière et comptable et le respect des règles d'hygiène.

Graphique 31: Analyse des scores moyens de quelques critères de qualité technique des Hôpitaux de District entre 2017 et 2018



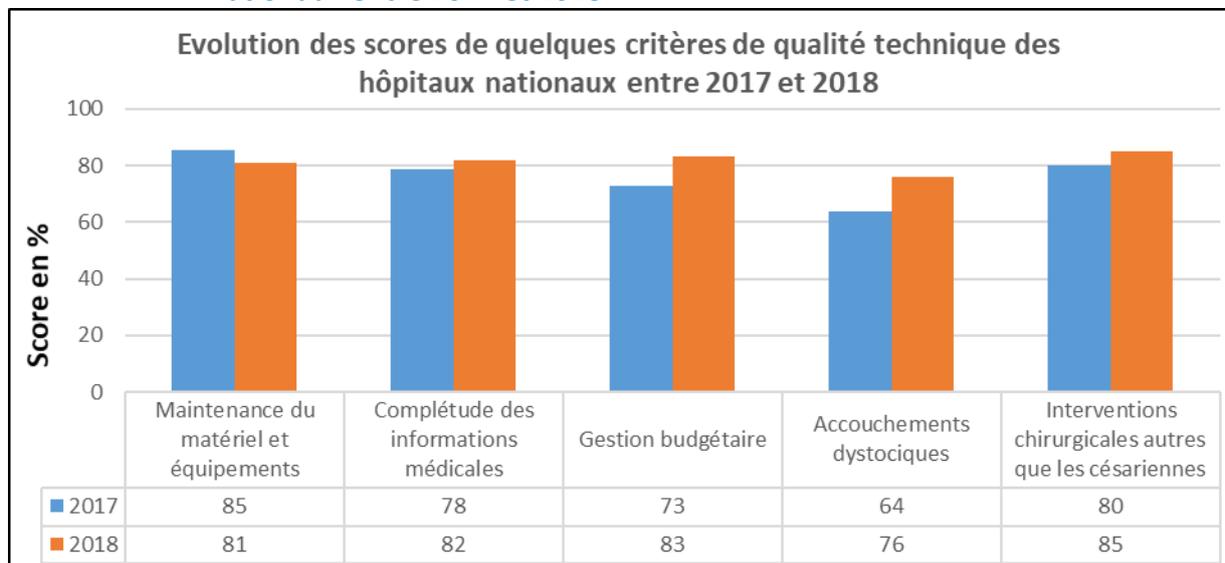
Les scores de qualité technique baissent entre 2017 et 2018 pour l'accueil et l'orientation des patients et les procédures des accouchements; ils baissent fortement pour l'indicateur en rapport avec le respect des procédures des interventions chirurgicales. Ce score augmente légèrement pour la gestion financière et comptable mais pas de changements pour les règles minimales d'hygiène.

Graphique 32: Analyse de l'évolution de quelques critères de qualité technique des Hôpitaux Nationaux selon les trimestres de 2018



Les scores de performance évoluent de façon variable d'un critère et d'un trimestre à l'autre en 2018.

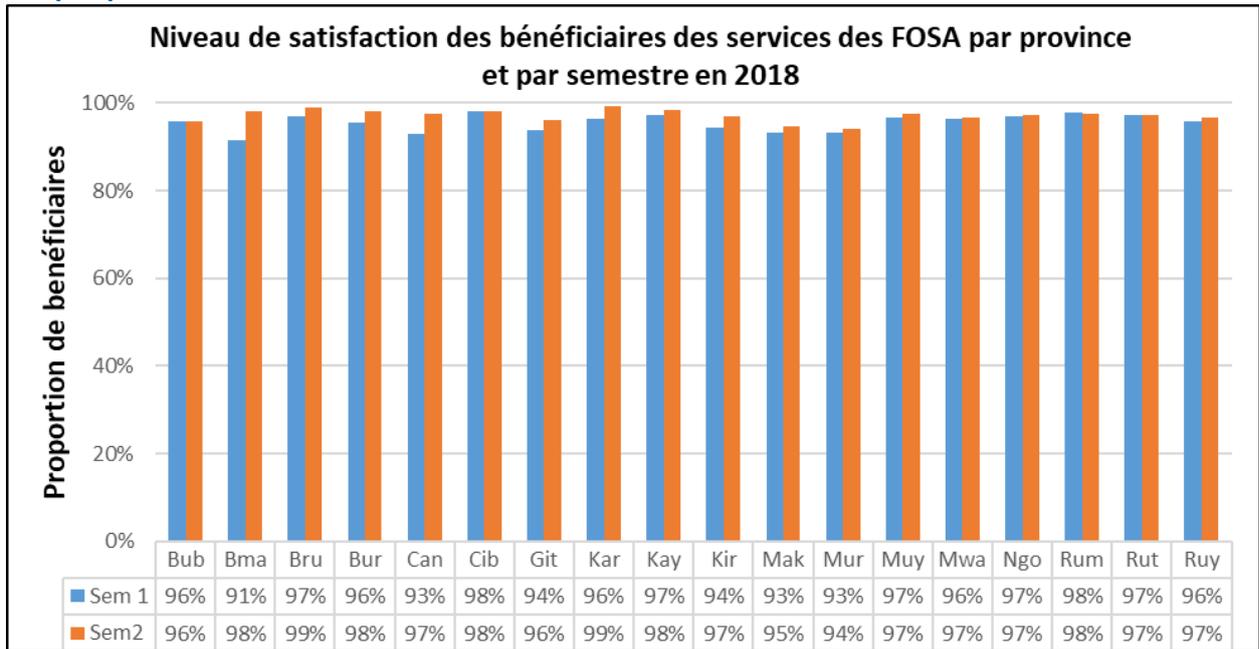
Graphique 33: Analyse des scores de quelques critères de qualité technique des Hôpitaux Nationaux entre 2017 et 2018



Les scores de qualité technique augmentent pour tous les critères analysés au niveau des hôpitaux nationaux à l'exception du critère sur la maintenance du matériel et des équipements pour lequel le score baisse, passant de 85% en 2017 à 81% en 2018.

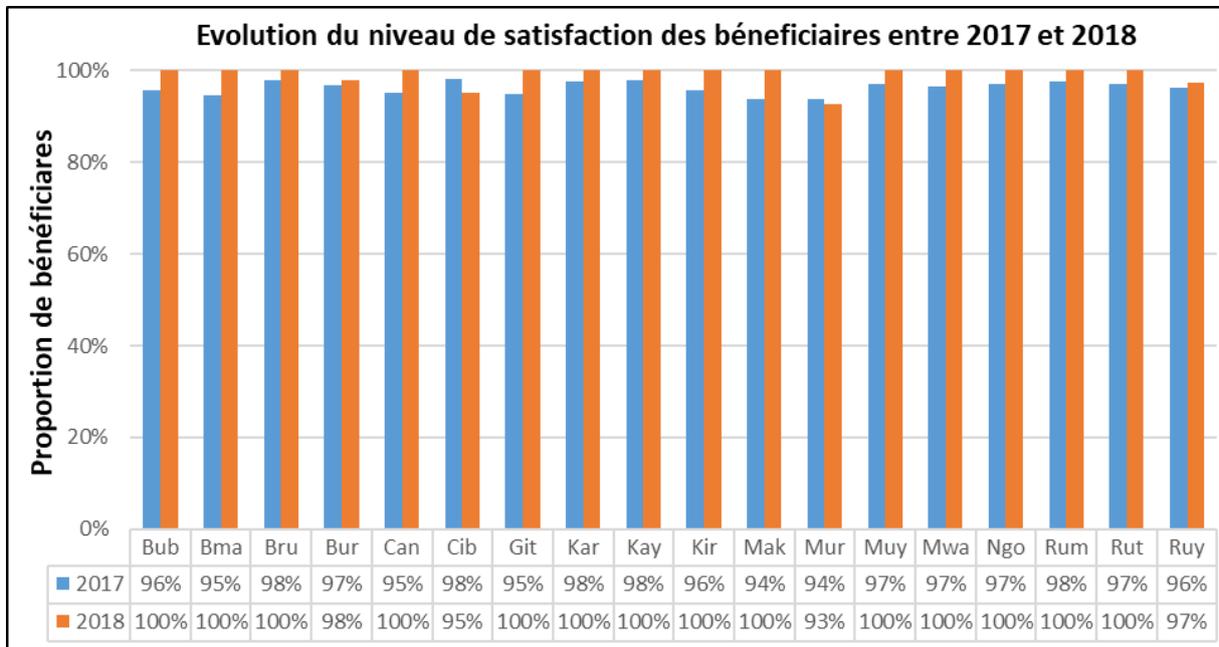
II.4.3. Qualité des soins perçue par la population

Graphique 34: Niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de soins



La proportion des bénéficiaires des services au niveau des formations sanitaires qui estiment être satisfaits des prestations reçues est très élevée (au-delà de 90%) pour les deux semestres de 2018.

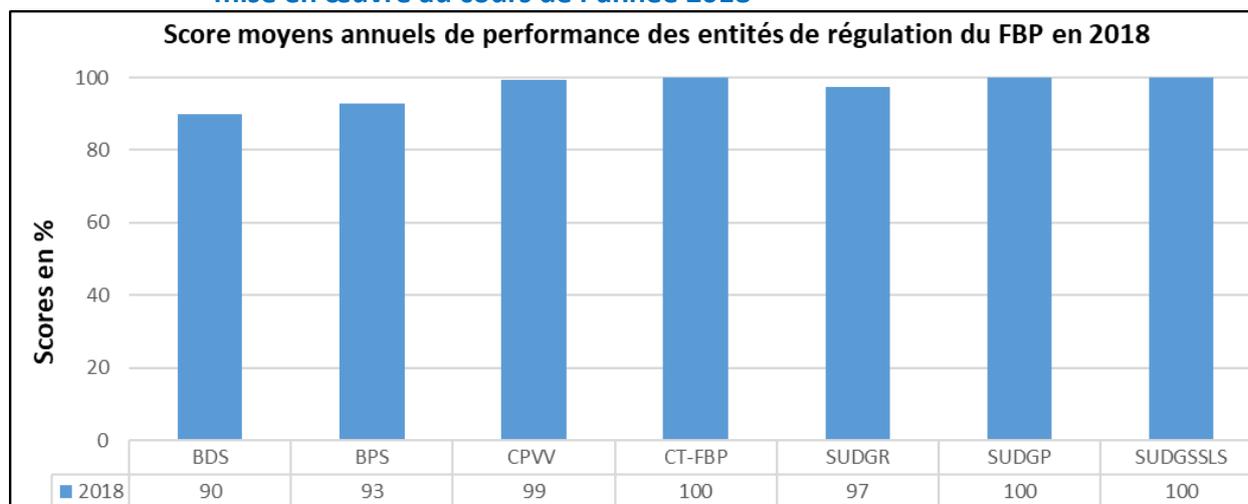
Graphique 35: Evolution de la qualité perçue par la population par province de 2017 à 2018



La proportion des bénéficiaires des services au niveau des formations sanitaires qui estiment être satisfaits des prestations reçues a globalement augmenté dans toutes les provinces sanitaires entre 2017 et 2018 à l'exception des provinces de Cibitoke et Rumonge où elle baisse légèrement.

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

Graphique 36: Analyse des scores moyens de performance des entités de régulation et de mise en œuvre au cours de l'année 2018



Les scores de performances de toutes les entités de régulation de la mise en œuvre du FBP sont supérieurs ou égal à 90% en 2018.

II.6. Evaluation improvisée de la qualité technique

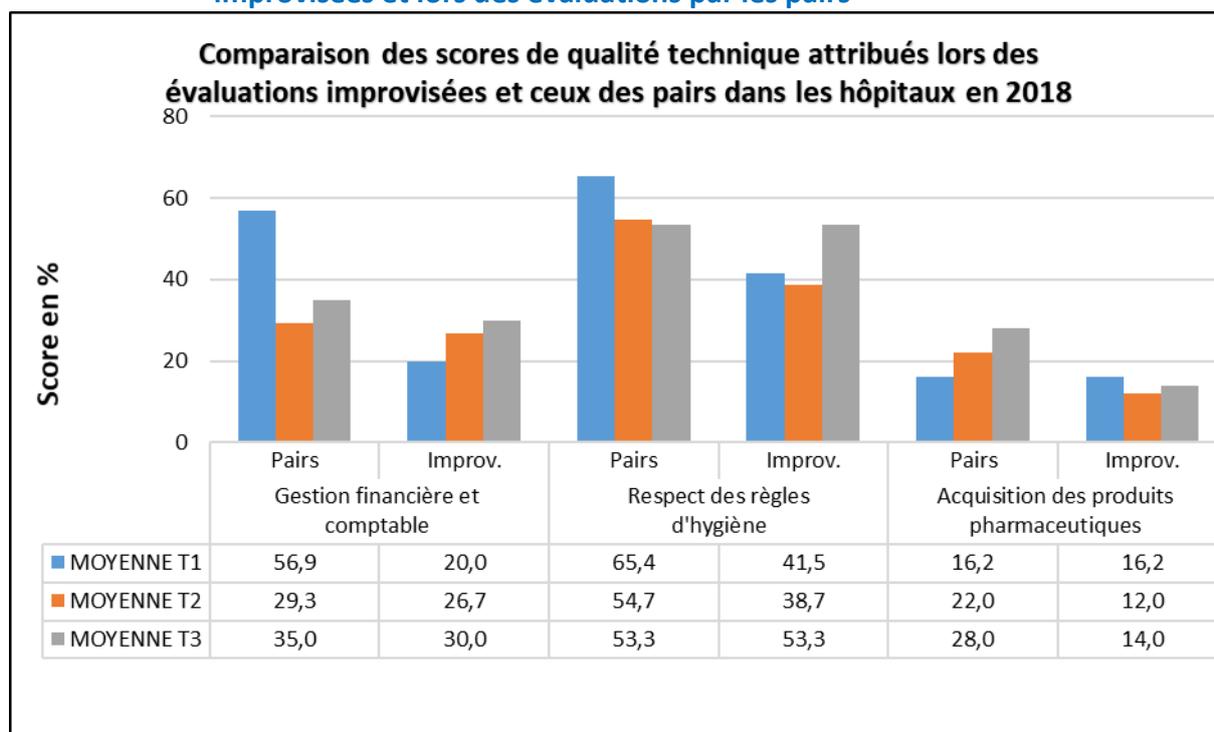
Au cours de l'année 2018, des missions d'évaluation improvisée de la qualité technique des prestations des formations sanitaires ont été organisées et menées trimestriellement sur base d'un échantillon de FOSA. La CT-FBP a organisé chaque trimestre des missions d'évaluation improvisée au niveau des hôpitaux de district en collaboration avec les cadres du niveau du niveau central membres de la CT-FBP élargie. Au niveau des Centres de Santé, une expérience d'évaluation improvisée a été effectuée au quatrième trimestre 2018 par des cadres du niveau central du MSPLS avec l'appui des fonds de l'Union Européenne à travers ENABEL (Programme UE/PASS/FBP). Trois provinces sanitaires (Kirundo, Muramvya et Rumonge) ont été visitées.

Pour toutes ces évaluations improvisées, seuls quelques indicateurs de la grille de qualité technique utilisée à chaque niveau ont été évalués. Les résultats obtenus lors des évaluations improvisées des hôpitaux ont été pris en compte dans le calcul du bonus de qualité de chaque hôpital pour le trimestre suivant. Les résultats de ces évaluations improvisées sont présentés dans les graphiques ci-dessous.

II.6.1. Evaluation improvisée de la qualité technique au niveau des hôpitaux

Trois indicateurs de la grille de qualité technique des hôpitaux de district ont été repris lors des missions d'évaluation improvisée de la qualité technique de ces structures conduites pendant 3 premiers trimestres de l'année 2018. Le graphique ci-après compare les résultats de l'évaluation improvisée de ces indicateurs et ceux des évaluations par les pairs.

Graphique 37: Comparaison des scores de qualité technique lors des évaluations improvisées et lors des évaluations par les pairs



Pour les trois critères évalués à la fois par les évaluateurs habituels de la qualité technique des hôpitaux et par les évaluateurs improvisés pendant les trois premiers trimestres de l'année 2018, les scores attribués lors de l'évaluation improvisée sont toujours inférieurs à ceux attribués par les pairs et les CPVV.

II.6.2. Evaluation improvisée de la qualité technique au niveau des Centres de Santé

Tableau 3. Comparaison des scores de qualité technique lors des évaluations improvisées et lors des évaluations par les CPVV

Structure		Evaluateurs	R1 : Coordination du CDS /40	R4: Disponibilité des intrants /50	R8: Information logistique des médicaments /20	R11: Offre des soins efficaces /150	R14: Disponibilité des Médicaments /120	TOTAL /380	%
Province Kirundo	CDS Kibazi	CPVV	40	50	20	150	60	320	84%
		Improv	15	20	0	25	20	80	21%
		Ecart	25	30	20	125	40	240	63%
	CDS Nyenzi	CPVV	40	50	20	150	120	380	100%
		Improv	15	0	20	25	60	120	32%
		Ecart	25	50	0	125	60	260	68%
	CDS Tonga	CPVV	15	50	20	150	120	355	93%
		Improv	15	20	20	75	60	190	50%
		Ecart	0	30	0	75	60	165	43%
	CDS Runyankezi	CPVV	40	50	20	75	60	245	64%
		Improv	40	50	20	25	120	255	67%
		Ecart	0	0	0	50	-60	-10	-3%
	CDS Nyabikenke	CPVV	15	20	20	75	120	250	66%
		Improv	15	20	20	75	120	250	66%
		Ecart	0	0	0	0	0	0	0%
	CDS Kiyonza	CPVV	15	50	20	25	60	170	45%
		Improv	15	50	20	25	120	230	61%
		Ecart	0	0	0	0	-60	-60	-16%
	CDS Rukuramigabo	CPVV	40	50	20	150	120	380	100%
		Improv	40	50	20	150	120	380	100%
		Ecart	0	0	0	0	0	0	0%
CDS Marembo	CPVV	40	20	20	75	120	275	72%	
	Improv	15	0	20	75	120	230	61%	
	Ecart	25	20	0	0	0	45	12%	
CDS Nyagisozi	CPVV	15	20	20	75	60	190	50%	
	Improv	40	50	20	150	20	280	74%	
	Ecart	-25	-30	0	-75	40	-90	-24%	
CDS Sigu	CPVV	40	20	20	25	120	225	59%	
	Improv	0	0	20	25	60	105	28%	
	Ecart	40	20	20	-50	60	90	24%	
Province Muramvya	CDS Bukeye	CPVV	40	20	20	25	120	225	59%
		Improv	0	0	0	75	60	135	36%
		Ecart	40	20	20	-50	60	90	24%
	CDS Rweza	CPVV	40	20	20	0	120	200	53%
		Improv	0	20	20	25	60	125	33%
		Ecart	40	0	0	-25	60	75	20%
	CDS Gasura	CPVV	15	0	20	150	120	305	80%
		Improv	0	0	0	25	0	25	7%
		Ecart	15	0	20	125	120	280	74%

L'analyse des scores de la qualité technique attribués lors de l'évaluation trimestrielle par les CPVV et lors des évaluations improvisées note les éléments suivants:

- ✓ Ecart des scores de performance attribués pour 11 des 13 CDS analysés, soit 85%
- ✓ Les scores de qualité technique ont été revus à la baisse par l'évaluation improvisée pour 8 sur 13 CDS analysés, soit 62%;

- ✓ Les scores de qualité technique été revus à la hausse par l'évaluation improvisée dans 3 CDS sur 13, soit 23%;
- ✓ Les scores sont restés identiques pour 2 CDS, soit 15%.

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 4: Données quantitatives tirées de la BDD-FBP et du DHIS2 en rapport avec les accouchements assistés par un personnel qualifiés) pour l'année 2018

PERIODE	DHIS2	BDD/FBP	ECART En Chiffre	Ecart en %
Janv	30 915	30 861	54	0,17%
Févr	28 859	28 863	-4	-0,01%
Mars	34 112	34 111	1	0,00%
Avril	34 153	33 643	510	1,49%
Mai	36 362	36 418	-56	-0,15%
Juin	33 522	33 595	-73	-0,22%
Juil	34 110	33 655	455	1,33%
Août	34 953	34 788	165	0,47%
Sept	37 294	37 194	100	0,27%
Oct	36 874	36 734	140	0,38%
Nov	36 445	36 528	-83	-0,23%
Déc	37 886	37 814	72	0,19%
TOTAL	415 485	414 204	1 281	0,31%

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 (0,31%) 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.

Si l'on compare ce score de discordance (0,31%) à celui de l'année 2017 (3,1%), nous pouvons conclure que le niveau de concordance des données entre le DHIS2 et la BDD_FBP s'est amélioré sensiblement pour les accouchements.

Tableau 5: Données quantitatives tirées de la BDD-FBP et du DHIS2 en rapport avec les Enfants Complètement Vaccinés en 2018.

PERIODE	DHIS2	BDD/FBP	ECART	Ecart en %
Janv	24 275	19 728	4 547	18,73%
Févr	19 141	16 934	2 207	11,53%
Mars	23 998	21 877	2 121	8,84%
Avril	22 564	21 342	1 222	5,42%
Mai	22 279	21 164	1 115	5,00%
Juin	25 887	24 573	1 314	5,08%
Juil	22 774	21 987	787	3,46%
Août	21 825	21 111	714	3,27%
Sept	21 833	21 252	581	2,66%
Oct	25 190	24 403	787	3,12%
Nov	33 235	32 034	1 201	3,61%
Déc	20 405	19 775	630	3,09%
TOTAL	283 406	266 180	17 226	6,08%

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 de 6,8% pour les enfants complètement vaccinés. Il dépasse le seuil de tolérance fixé à 5% des données. Il est aussi très important par rapport à l'écart de 0,37% enregistré l'année 2017. Les plus gros écarts s'observent au premier trimestre. *Des investigations plus poussées devraient être réalisées pour comprendre cet état de fait.*

II.7.2 Analyse de la qualité des données générées par la Base Des Données FBP(BDD_FBP)

Trois type de données sont analysées :

- ✓ Données déclarées par les formations sanitaires;
- ✓ Données vérifiées qui sont des données quantitatives comptées au niveau des registres sanitaires en enlevant les erreurs de numérotation ou de comptage. Ces données contiennent les cas de personnes enregistrées dans les registres même si toutes les données relatives à l'identification ou à la prise en charge du malade ne sont pas indiquées;
- ✓ Données validées qui sont des données quantitatives vérifiées dans les registres et respectant toutes les conditions exigées par le FBP c'est-à-dire des données correctement enregistrées avec toutes les indications requises (nom, âge, adresse, diagnostic, traitement, date...).

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 2018. Notons qu'il est attendu une concordance entre ces deux types de données avec un seuil de tolérance de 5%.

Tableau 6: Écarts entre les données déclarées et vérifiées pour les Consultations Curatives en 2018

Niveau de soins	Quantité des prestations			
	Déclarées	Vérifiées	Ecart	%
HD	991 686	987 893	3 793	0,38%
CDS	14 598 084	14 598 596	-512	-0,004%
Total	15 589 770	15 586 489	3 281	0,021%

L'écart moyen entre les données déclarées et les données vérifiées est de 0,021% en 2018, un score non significatif si l'on considère le seuil de tolérance de 5%. Le fait de déclarer des données qu'on ne retrouve pas pendant la vérification est plus marqué au niveau des hôpitaux. Comparé à l'écart qui était de -0,07% en 2017, nous pouvons conclure que les données déclarées sont très proches des données retrouvées par la vérification.

Tableau 7: Écarts entre les données vérifiées et validées en 2018

Niveau de soins	Quantité des prestations			
	Vérifiées	Validées	Ecart	%
HD	991 686	820 657	171 029	17,25%
CDS	14 598 084	13 414 694	1 183 390	8,11%
Total	15 589 770	14 235 351	1 354 419	8,69%

Les écarts entre les données vérifiées et validées sont de 8,7%, ce qui est supérieur au seuil de 5%. Ceci traduit qu'une partie considérable des données vérifiées ne répond pas aux critères de validation. Les écarts sont cependant plus importants au niveau des Hôpitaux de District (17%) par rapport à ceux observés au niveau des Centres de Santé.

Tableau 8: Écarts entre les données déclarées et validées en 2018

Niveau de soins	Quantité des prestations			
	Déclarées	Validées	Ecart	%
HD	987 893	820 657	167 236	16,93%
CDS	14 598 596	13 414 694	1 183 902	8,11%
Total	15 586 489	14 235 351	1 351 138	8,67%

Les écarts entre les données déclarées et validées sont de 8,67%, ce qui est légèrement supérieur au seuil de 5%. Ceci prouve l'importance du processus de validation effectué par les CPVV. Les écarts sont cependant plus importants au niveau des Hôpitaux (17%) par rapport à ceux des centres de santé.

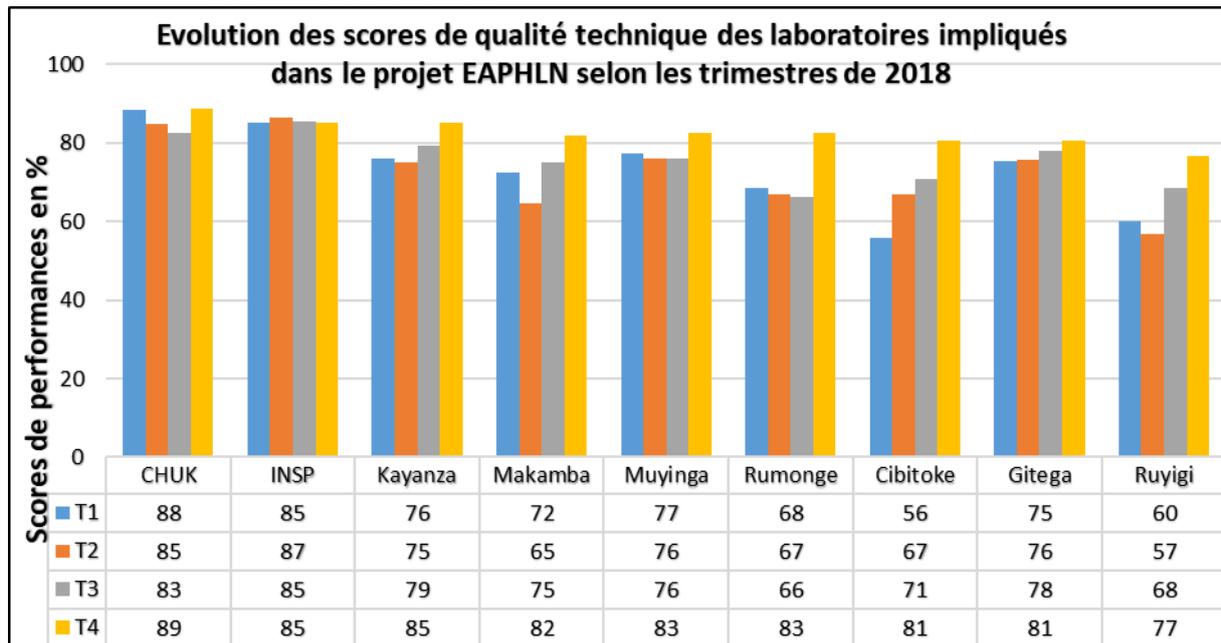
II.8. Mise en œuvre de la composante FBP du projet EAPHLN

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 (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) ont été impliqués dans la mise en œuvre dès la première année du projet. La composante FBP de ce projet est exécutée depuis le quatrième trimestre 2013.

Trois autres laboratoires (ceux des hôpitaux de districts de Cibitoke, Gitega et Ruyigi) ont été intégrés à la mise en œuvre dudit projet en cours de l'année 2017. Ils ont été évalués pour la première fois dans le cadre du FBP au premier trimestre 2018.

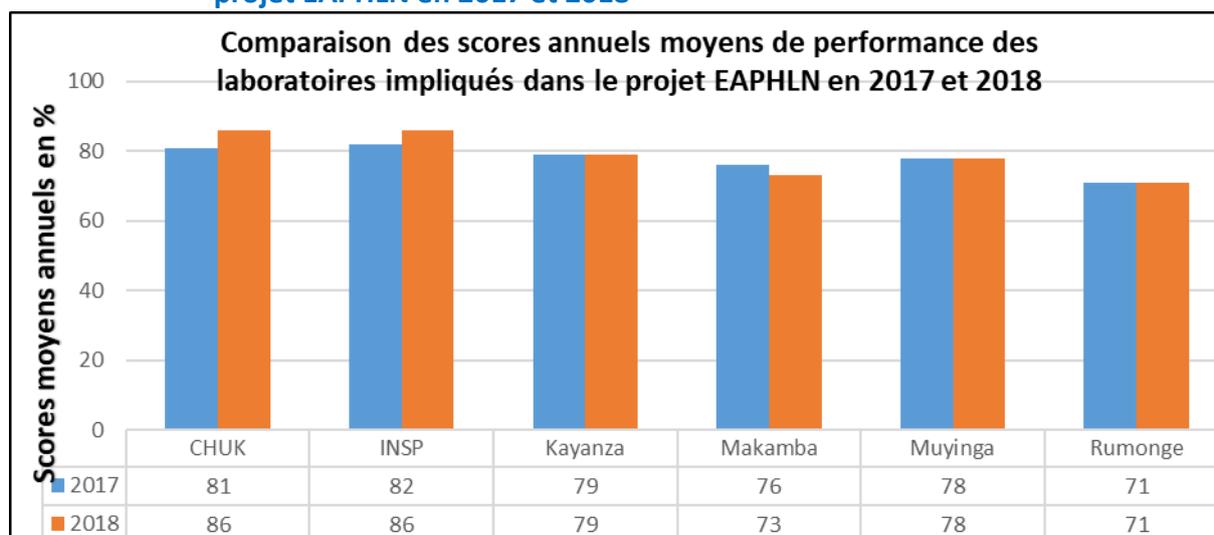
Les modalités d'évaluation de la performance des laboratoires impliqués dans la mise en œuvre du Projet EAPHLN prévoient entre autres une évaluation régionale annuelle par les paires de la sous-région de l'Afrique de l'Est. Ces missions d'évaluation ont été conduites au Burundi au premier trimestre 2017 et 2018. Signalons qu'en 2017, seuls 6 laboratoires étaient impliqués et ont fait objet de l'évaluation, d'où la comparaison 2017-2018 sera faite seulement pour les six au lieu de 9 laboratoires.

Graphique 38: Qualité technique des laboratoires impliqués dans le projet EAPHLN selon les trimestres de 2018



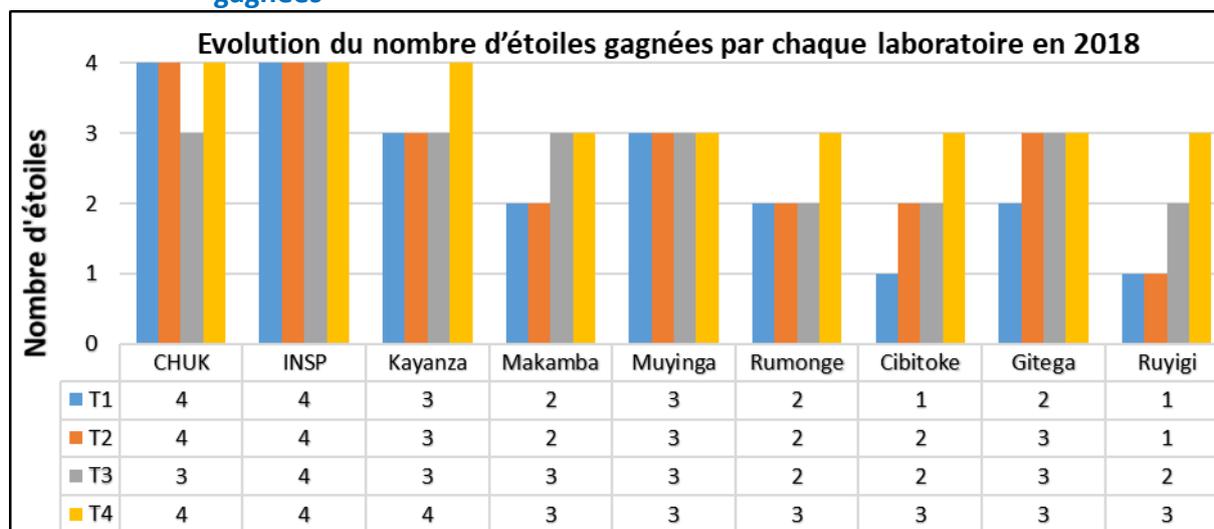
Les scores de performance pour les laboratoires impliqués dans la mise en œuvre du projet EAPHLN varient selon chacun des laboratoires évalués et selon les trimestres. Les laboratoires du CHUK et de l'INSP ont des scores de performances constamment supérieurs à 80%. Pour les autres laboratoires, on observe des scores moins bons mais qui évoluent globalement de façon positive pour atteindre 80% au quatrième trimestre à l'exception du laboratoire de l'HD de Ruyigi dont le score du quatrième trimestre 2018 est de 77%.

Graphique 39: Scores annuels moyens de performance des laboratoires impliqués dans le projet EAPHLN en 2017 et 2018



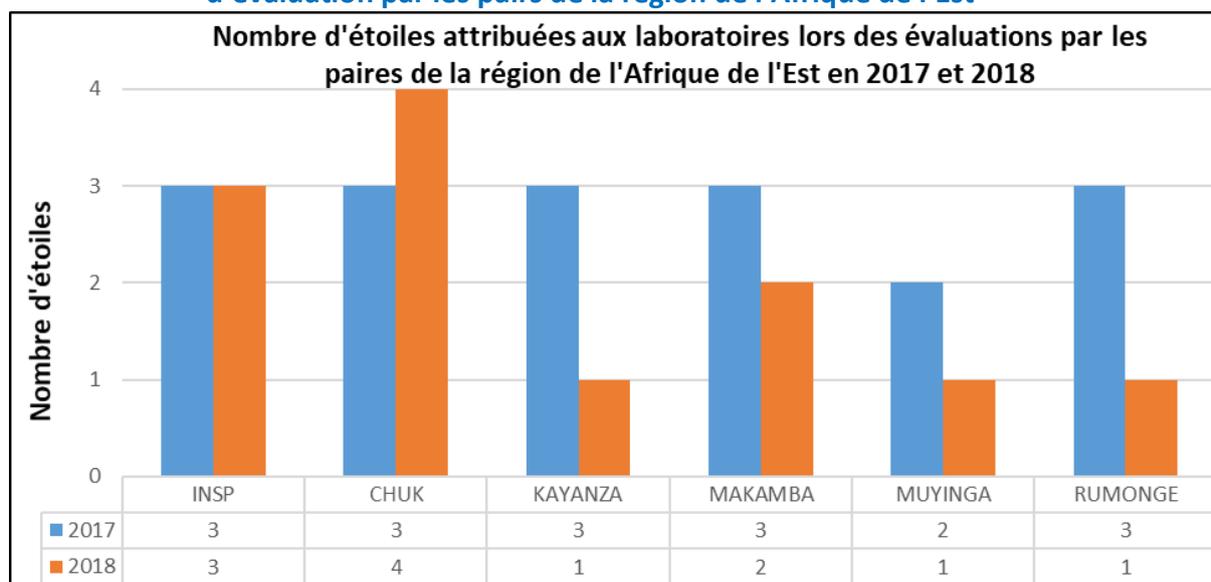
De 2017 à 2018, les scores de performance des laboratoires ont augmenté pour les laboratoires du CHUK et de l'INSP, sont restés les mêmes pour les laboratoires des hôpitaux de district de Kayanza, de Muyinga et Rumonge tandis que le laboratoire de Makamba a connu une baisse de son score de performance.

Graphique 40: Performance des laboratoires du projet EAPHLN en termes d'étoiles gagnées



Le laboratoire de l'INSP a maintenu 4 étoiles tous les trimestres de l'année 2018 de même que le CHUK à part au troisième trimestre où ce dernier a connu une baisse du nombre d'étoiles à 3. Tous les autres laboratoires ont connu une hausse du nombre d'étoiles entre le premier et le quatrième trimestre 2018.

Graphique 41: Evolution du nombre d'étoiles entre 2017 et 2018 selon les rapports d'évaluation par les pairs de la région de l'Afrique de l'Est



Selon les rapports des évaluations régionales, le laboratoire du CHUK a connu une augmentation du nombre d'étoiles entre 2017 et 2018 tandis que le laboratoire de l'INSP a connu une stagnation du nombre d'étoiles. Tous les autres laboratoires ont vu le nombre d'étoiles baisser, avec une chute de 2 étoiles pour les laboratoires des hôpitaux de district de Kayanza et Rumonge.

Il faut remarquer que l'évaluation de janvier 2018 avait un caractère spécial car elle a été réalisée pour la certification des laboratoires. Dans ce contexte, elle a été conduite par des auteurs plus expérimentés en matière d'audit et en provenance d'ASLM.

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-Gratuité pour assurer la qualité des données. La continuité du système de 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.

La vérification des prestations quantitatives des formations sanitaires a été assurée par les vérificateurs des CPVV renforcés par d'autres membres du CPVV recrutés qui ont commencé à prester en Février 2018. La vérification des prestations au niveau des hôpitaux nationaux a été réalisée par les membres de la cellule technique élargie.

Les 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 faiblesses dans la vérification des prestations quantitatives.

Points forts:

- ✓ La continuité de la triangulation des données vérifiées a amélioré la qualité des données du système d'information sanitaire;
- ✓ L'augmentation du nombre des vérificateurs de l'équipe du CPVV a réduit la charge du travail des vérificateurs contribuant ainsi à améliorer la qualité de la vérification;
- ✓ Le suivi des recommandations des vérifications a résolu certains problèmes identifiés au niveau des FOSA;
- ✓ 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).
- ✓ L'usage du logiciel OPENCLINIC dans certains hôpitaux a permis l'obtention rapide et la fiabilité des données de vérification.

Points faibles:

- ✓ Partogrammes non et/ou mal complétés par certaines FOSA voir même absents pour certains cas d'accouchements;
- ✓ Persistance des discordances entre les données déclarées, les données vérifiées et validées dans certaines FOSA;
- ✓ Absence de certains registres et/ou de registres standards dans certaines FOSA;
- ✓ Mauvais remplissage et mauvaise tenue des registres dans certaines FOSA;
- ✓ Manque de rapport SIS ou rapport SIS incomplet ou fiche de déclaration incomplète dans certaines FOSA;
- ✓ Insuffisance dans l'analyse des données SIS dans les FOSA, d'où la persistance des écarts entre les données déclarées, vérifiées et validées;
- ✓ Mauvaise compréhension de la définition des indicateurs par les prestataires surtout la CPN, la CPoN et le VAT2-5 avec comme conséquence une mauvaise déclaration des cas;
- ✓ Découverte de cas de tricheries pour certains indicateurs;

- ✓ Incohérence entre les données du registre d'accueil et celles des services de la FOSA;
- ✓ Négligence dans la notification systématique des patients référés à l'hôpital par les FOSA;
- ✓ Mauvais archivage de certains outils dans certaines FOSA (fiches de stock, fiches de suivi des CPN, PF, outils de gestion financière, dossiers obstétricaux, etc).

Contraintes:

- ✓ Absence de connexion Internet dans certains CPVV;
- ✓ Absence de ressources matérielles (matériel et fournitures de bureau, véhicules, etc) pour certains CPVV.

Recommandations:

- ✓ Renforcer les capacités des FOSA dans l'archivage des outils, le remplissage du partogramme, l'analyse et le rapportage des données(DSNIS);
- ✓ Assurer la disponibilité des registres standards de collecte des données en quantité suffisante(DSNIS);
- ✓ Rendre disponible le rapport SIS et la fiche de déclaration bien complétée dans les délais (FOSA);
- ✓ Appliquer les mesures décrites dans le manuel des procédures FBP en vigueur pour décourager les tricheries(CPVV) ainsi que les mesures administratives (BPS, BDS);
- ✓ Respecter les mesures mises en place par le système de référence et contre référence notamment dans la notification systématique des cas référés au niveau des hôpitaux(Hôpitaux);
- ✓ Assurer la disponibilité des ressources matérielles et d'une connexion internet au niveau des CPVV(DGR).

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.

Les évaluations de la qualité technique au niveau des Centres de Santé ont été réalisées par les équipes du CPVV. Au niveau des Hôpitaux, les évaluations de la qualité technique ont été réalisées par les hôpitaux pairs des autres provinces en collaboration avec l'équipe de vérification du CPVV sous la facilitation de la CT-FBP.

Les évaluations improvisées de la qualité technique des FOSA ont été effectuées par la CT-FBP élargie. 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.

A partir du 4^{ème} trimestre 2018, chaque hôpital a été évalué avec des indicateurs spécifiques à lui seul choisis au hasard parmi la liste des indicateurs de la grille d'évaluation de la qualité technique des hôpitaux.

Dans les provinces appuyées par ENABEL/Programme UE/PASS/FBP avenant 2 (Kirundo, Rumonge et Muramvya), les évaluations improvisées de la qualité technique ont été réalisées aussi dans les CDS pendant le 4^{ème} trimestre 2018.

Ces évaluations à l'improviste 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 2018, quelques points forts et faibles ont été relevés.

Points forts:

- ✓ Les PAA et les PAS sont disponibles dans les FOSA;
- ✓ L'organisation et la réalisation des évaluations de la qualité technique des Hôpitaux 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 permanence des services est assurée dans les FOSA;
- ✓ L'accueil et l'orientation des patients sont améliorés dans les FOSA.

Points faibles:

L'analyse des PV de validation des factures du mois Janvier à Décembre 2018 montre de manière générale les principales faiblesses suivantes:

- ✓ Faible taux de réalisation des activités planifiées surtout celles liées aux investissements au niveau des FOSA;
- ✓ Non application de certains protocoles nationaux (PCIME, SPT, VBG, malnutrition,) par les prestataires dans certaines FOSA;
- ✓ La gestion financière au niveau de certaines FOSA est lacunaire: non disponibilité/ mauvais remplissage des outils de gestion, dépenses mal justifiées, procédures de décaissement non respectées;
- ✓ Mauvaise tenue/remplissage des registres standards dans certaines FOSA;
- ✓ L'hygiène est précaire dans certaines formations sanitaires;
- ✓ Non encadrement des FOSA à contrat secondaire;
- ✓ Partogrammes absents et/ou incomplets dans certaines FOSA;
- ✓ Dossiers du personnel souvent incomplets parfois inexistant dans les CDS;
- ✓ Manque de clôture dans la plupart de FOSA;
- ✓ Mauvaise gestion des déchets biomédicaux;
- ✓ Dépistage non systématique de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans;
- ✓ Insuffisance dans la prise en charge de la malnutrition au niveau des FOSA;
- ✓ Calendrier CPN et CPON non respecté dans la plupart des FOSA.

Recommandations:

- ✓ Renforcer l'encadrement et la supervision des FOSA dans la réalisation des activités planifiées surtout celles liées aux investissements, application des protocoles, remplissage des outils, gestion des déchets biomédicaux (BDS);
- ✓ Améliorer la qualité de l'hygiène et environnement de travail dans les FOSA, (BDS et FOSA);
- ✓ Veiller à la complétude des dossiers administratifs individuels du personnel dans les FOSA (BDS et FOSA);

- ✓ Améliorer la détection et la prise en charge des enfants malnutris au niveau des FOSA(BDS);
- ✓ Renforcer la stratégie de la relance des abandons CPN et CPoN (BDS et FOSA);
- ✓ Assurer un bon archivage des documents (BDS et FOSA).

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, Musinga, 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.

La synthèse des résultats de ces évaluations nous permettent de dégager les points forts et les points faibles observés sur terrain:

Points forts:

- ✓ La gestion administrative dans la plupart des laboratoires est améliorée (travail d’équipe renforcé, Personnel mobilisé et motivé et engagement des équipes de direction);
- ✓ Une amélioration nette du système de la qualité des services de laboratoire (voir l’évolution des scores de qualité depuis T4 2017 à T4 2018);
- ✓ Les outils pour la mise en œuvre du système de gestion et la qualité du laboratoire sont en place et le suivi est assuré;
- ✓ La plupart des 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 améliorés.

Points faibles:

- ✓ Faiblesses observées dans la gestion des risques potentiels (Hotte de sécurité non certifiée, échantillons non transportés dans des boîtes isothermes, etc);
- ✓ Fréquentes ruptures de stock des réactifs et consommables au sein des laboratoires;
- ✓ La maintenance des équipements n’est pas régulière;
- ✓ L’étalonnage/ calibration des équipements n’est pas faite;
- ✓ Les indicateurs de qualité ne sont pas suivis correctement dans certains laboratoires;
- ✓ Gestion des conformités, les incidents et les risques est lacunaire dans les laboratoires de CIBITOKÉ, GITEGA et RUYIGI;
- ✓ La production des documents reste à améliorer en conformité avec la norme ISO 15189 dans les laboratoires de CIBITOKÉ, GITEGA et RUYIGI.

Recommandations:

- ✓ Organiser des formations sur la gestion des risques potentiels dans les laboratoires de CIBITOKÉ, GITEGA et RUYIGI (DPML/Projet EAPHLN).
- ✓ Assurer la disponibilité des réactifs et consommables au niveau des laboratoires (Responsables des institutions concernées)
- ✓ Assurer la calibration, la maintenance et la réparation des équipements dans tous les laboratoires (DPML/Projet EAPHLN);

- ✓ Assurer la gestion des conformités, des incidents et des risques (Responsables des institutions concernées);
- ✓ Se conformer à la norme ISO 15189 dans la production des documents surtout dans les laboratoires de CIBITOKÉ, GITEGA et RUYIGI (Responsables des institutions concernées).

III.2. Analyse des rapports de la vérification communautaire

La poursuite du 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 objectifs de:

- ✓ authentifier au niveau communautaire les données de prestations offertes par les FOSA;
- ✓ mesurer le degré de satisfaction de la communauté

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

Points forts:

- ✓ Disponibilité des résultats des enquêtes communautaires;
- ✓ Augmentation du nombre de vérificateurs au niveau des CPVV a amélioré la qualité des prestations communautaires.

Points faibles

- ✓ Absence de formation des enquêteurs, de supervision de l'enquête et la restitution des résultats par manque de fonds;
- ✓ Tricherie dans le remplissage des fiches par des données fictives;
- ✓ Faible capacité d'analyse et d'utilisation des résultats des enquêtes communautaires par les BPS/BDS et par les FOSA;
- ✓ 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.

Contraintes

- ✓ Manque de carburant pour le suivi de l'enquête communautaire;
- ✓ Faible coût d'une fiche bien remplie.

Recommandations:

- ✓ Renforcer les capacités des enquêteurs, BPS/BDS et FOSA dans l'analyse et l'utilisation des résultats des enquêtes communautaires;
- ✓ 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**

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

Points forts:

- ✓ Les rapports trimestriels d'activités sont produits et transmis à temps à la hiérarchie;
- ✓ Les réunions du CPSD provincial sont tenues;
- ✓ La formation en cours d'emploi du personnel des CDS est assurée;
- ✓ Implication progressive de la communauté dans la gestion des services de santé;
- ✓ Le suivi de la gestion des ressources humaines et financières est effectif dans les BPS et BDS;
- ✓ Les BPS encadrent les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs PAA;
- ✓ 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 la plupart de réunions de planification des CDS;
- ✓ Non-participation des cadres de certains BDS aux audits cliniques effectuées à l'Hôpital de District;
- ✓ Participation irrégulière de certains Médecins Chefs de District dans les réunions du comité de gestion de l'Hôpital de District;
- ✓ Ruptures de stock des médicaments essentiels 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;
- ✓ Mauvais archivage des documents;
- ✓ Absence de cohérence entre le PAA et PAS et les rapports mensuels d'activités des FOSA;
- ✓ Faible participation des MCD dans les réunions de validation du CPVV;
- ✓ Réunions mensuelles d'analyse des données du SIS communautaire non régulièrement tenues;
- ✓ Les réunions trimestrielles du comité de gestion du district ne sont pas régulièrement tenues;
- ✓ Faible encadrement des GASC.

Recommandations

- ✓ Assurer la participation effective du BDS dans les réunions de planification des CDS, réunions du comité de gestion de l'hôpital de district et les réunions de validation du CPVV(BDS);
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments essentiels dans les Districts Sanitaires(BDS);
- ✓ Assurer la disponibilité et la complétude des dossiers administratifs individuels du personnel de l'Equipe Cadre des BDS et titulaires des CDS(BDS);
- ✓ Assurer un bon archivage des documents (BPS et BDS);
- ✓ Assurer la cohérence entre le PAA et PAS et les rapports mensuels d'activités des FOSA(BDS);
- ✓ Participer à l'encadrement des GASC et tenir des réunions mensuelles d'analyse de leurs rapports d'activités (BDS).

❖ **Au niveau des CPVV**

Points forts:

- ✓ La plupart des indicateurs de la grille d'évaluation ont été bien exécutés;
- ✓ Les activités planifiées sont réalisées dans les délais;
- ✓ La négociation et la signature des contrats avec les FOSA sont assurées

- ✓ L'organisation et le suivi des activités de vérifications communautaires sont assurés.
- ✓ Archivage correct des documents administratifs;
- ✓ La vérification des prestations quantitatives et qualitatives des FOSA respecte la méthodologie décrite dans le Manuel des Procédures FBP.

Contraintes

- ✓ Absence de connexion internet dans certains CPVV;
- ✓ Insuffisance de certaines ressources (matériel de bureau, fonds d'entretien des véhicules).

Recommandations:

- ✓ Rendre disponible la connexion internet au niveau de tous les CPVV (DGR);
- ✓ Fournir des moyens logistiques à tous les CPVV(DGR).

III.4. Evaluation de la performance des écoles paramédicales

Points forts:

- ✓ Augmentation des résultats de l'analyse des rapports issus des évaluations trimestrielles;
- ✓ Disponibilité des PAA au niveau des écoles paramédicales.

Points faibles:

- ✓ Réunions pédagogiques non tenues;
- ✓ Nombre d'enseignants des cours fondamentaux et professionnels insuffisants;
- ✓ Mauvais archivage des documents.

Recommandations

- ✓ Organiser régulièrement les réunions pédagogiques(EPM);
- ✓ Recruter les enseignants des cours fondamentaux et professionnels(DGR);
- ✓ Assurer un bon archivage des documents(EPM).

III.5. Evaluation de la performance des sous unités du niveau Central (CT FBP, DGR, DGSSLS et DGP)

L'évaluation de la performance de la CT FBP et des sous –unités du niveau central (DGSSLS, DGR, DGP) ont eu lieu pour tous les trimestres de l'année 2018.

❖ Pour la CT-FBP

Points forts

- ✓ Pour l'année 2018, 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 2018, 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.6. Analyse des rapports des audits techniques et financiers

Il est prévu, dans le cadre de la convention de subside conclue entre l'Agence Belge de développement 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, 12 Hôpitaux de District et 12 Comités Provinciaux de Vérification et de Validation ont été audités techniquement tandis que 120 FOSA dont 12 Hôpitaux de district et 108 Centres de Santé ont été audités financièrement au cours de l'année 2018. Les résultats de ces audits ont montré des points faibles et points forts qui ont conduit à la formulation de quelques recommandations. Les rapports ont été partagés avec tous les niveaux du MSPLS pour prise de décisions.

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, le Gouvernement et d'autres partenaires, 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:

- ✓ Une tendance générale à la baisse des écarts entre les scores de vérification et de contre vérification est observée depuis le début de l'évaluation de la qualité technique par les CPVV;
- ✓ Les rapports du système d'information sanitaire (SIS) sont disponibles et transmis régulièrement et à temps aux BDS;
- ✓ Les tarifs applicables sont respectés dans la majorité des FOSA auditées;
- ✓ La permanence des services est effective dans la majorité des FOSA auditées;
- ✓ Disponibilité des intrants PF et des vaccins dans la majorité des FOSA auditées;
- ✓ Les femmes qui viennent en CPN sont soumises au dépistage VIH;
- ✓ Les réunions statutaires sont tenues au niveau des FOSA;
- ✓ Les audits des décès maternels et infantiles sont réalisés dans les hôpitaux audités;
- ✓ Le processus de vérification et de validation respecte les procédures en vigueur.

Points faibles:

- ✓ Les FOSA ne sont pas suffisamment supervisées/ encadrées par les BDS: supervision /encadrement irréguliers, non intégrés et non formatifs;
- ✓ Insuffisances dans l'élaboration, l'exécution et le suivi évaluation des PAA et PAS;
- ✓ Les investissements porteurs de changement ne sont pas exécutés à un taux satisfaisant;
- ✓ L'analyse de l'information sanitaire par cible collinaire et le suivi de l'évolution des indicateurs ne sont pas maîtrisés;
- ✓ Certains outils de collecte de données ne sont pas disponibles et/ou sont mal remplis surtout les registres de surveillance infantile et les registres de dispensation des médicaments;
- ✓ Des lacunes au niveau de l'hygiène et environnement de travail:
- ✓ Les différents protocoles de prise en charge (PCIME clinique, SPT, Malnutrition, VIH, VBG, etc) ne sont pas disponibles dans certaines FOSA, et/ou ne sont pas correctement appliqués;
- ✓ Les ressources humaines dans les FOSA restent insuffisantes au regard des normes sanitaires;
- ✓ 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 (rupture de stock de certains médicaments traceurs, non respect des procédures de commande des médicaments, faible taux de satisfaction des commandes des FOSA);
- ✓ Certains équipements et matériel manquent ou ne sont pas adéquats (tables d'accouchement, tensiomètres, thermomètres, hémoglobinomètre, glucomètre, tables de réanimation des bébés, lampe chauffantes, couveuses etc.);
- ✓ Insuffisances d'encadrement des relais communautaires par les FOSA;
- ✓ Insuffisances dans le suivi de l'exécution du budget (rapport de suivi de l'exécution du budget non produit et/ou non analysé);
- ✓ Insuffisances dans le système d'archivage des documents administratifs, des registres, des dossiers médicaux et des fiches de stock et de gestion;

Principales Recommandations des audits techniques:

- ✓ Renforcer l'encadrement des FOSA par les équipes cadres BDS/BPS sur différents aspects: la planification, analyse de l'information sanitaire, remplissage des outils de collecte des données, archivage des documents, gestion des déchets biomédicaux, application des différents protocoles de prise en charge, gestion des médicaments, suivi de l'exécution du budget, etc);
- ✓ Rendre disponibles les équipements biomédicaux, les intrants de laboratoire et les consommables indispensables pour assurer des soins curatifs et préventifs de qualité au niveau des FOSA;
- ✓ Assurer une bonne prise en charge des patients selon les protocoles en vigueur surtout en rapport avec la PCIME clinique, SPT, Malnutrition, VIH, VBG, Paludisme, Maladies chroniques non transmissibles;
- ✓ Suivre et faciliter le processus de recrutement du personnel contractuel dans les FOSA selon les normes;
- ✓ Améliorer la santé communautaire par la formation / recyclage et encadrement des ASC;
- ✓ Assurer l'hygiène et la propreté du CDS et de l'HD partout et en permanence.

- ✓ Améliorer la disponibilité des médicaments au niveau des pharmacies de district;
- ✓ Améliorer le système d'archivage de tous les documents importants du CDS
- ✓ Les CPVV doivent participer activement dans la validation des PAA et PAS des FOSA.

III.6.2. Audits financiers

Points faibles suivants:

- ✓ Non-respect des directives du manuel des procédures administratives, financières et comptables en rapport avec l'achat des médicaments et autres consommables : cela est principalement dû au fait que les pharmacies de district ne remettent pas toujours les documents requis (facture, bon de livraison) et aux CDS qui ne font pas systématiquement de PV de réception ;
- ✓ Les constatations relatives à la gestion du patrimoine (absence d'inventaire physique actualisé des équipements, absence de codification des équipements du CDS et faiblesse dans le contrôle des fiches de stock) ;
- ✓ 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 notamment par un mauvais lassement et archivage insatisfaisant des pièces et documents ;
- ✓ Absence d'inventaire physique actualisé des équipements dans certaines formations sanitaires ;
- ✓ Absence des carnets de bord ;
- ✓ Faiblesses des procédures de passation des marchés.

Principales Recommandations des audits financiers:

- ✓ Renforcer l'encadrement/supervision des FOSA en matière de gestion financière, comptable et administrative;
- ✓ Elaborer un plan de formation comportant les domaines de compétences clés en particulier les procédures de passation des marchés.

III.7. Principales recommandations d'une mission d'évaluation du projet PASS de l'Union européenne appuyant le FBP

Une mission d'évaluation à mi-parcours du Programme d'Appui au Système de Santé à travers l'outil FBP (UE/PASS/FBP) financé par l'union européenne et mis en œuvre par ENABEL et COPED a eu lieu en novembre 2018 et a émis une série de recommandations au MSPLS dont les principales sont reprises ci-dessous :

- ✓ Poursuivre et accentuer l'orientation sur la qualité ;
- ✓ Plaidoyer pour la mobilisation d'autres partenaires pour le FBP-Gratuité ;
- ✓ Revoir la vision de la CAMEBU pour mieux servir (se référer au plan stratégique);
- ✓ Appuyer les ECD pour améliorer la disponibilité et l'exploitation des rapports mensuels de gestion des CDS en vue de prises des décisions plus pertinentes ;
- ✓ Alléger la vérification quantité des prestations FBP-Gratuité en la basant sur les risques ;
- ✓ Développer le travail analytique par les CPVV ;
- ✓ Investir dans l'apprentissage (combinaison des bases de données, tableaux de bord, analyse des données, délibération collective, révision de l'action...).

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

Dans ce chapitre sont abordés les aspects en rapport avec l'évaluation de la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport de mise en œuvre du FBP pour l'année 2017, la planification et le suivi de la mise en œuvre.

IV.1. Evaluation de la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel FBP 2017

Au total onze (11) recommandations avaient été formulées dans le rapport d'évaluation de la mise en œuvre du FBP. Le tableau suivant donne la synthèse de l'état de mise en œuvre de chacune des recommandations.

Tableau 9: Etat de la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel FBP 2017

N°	RECOMMANDATION	ETAT DE MISE EN OEUVRE	OBSERVATIONS
1	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)	Réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le Gouvernement a respecté son engagement en augmentant sa contribution pour le co-financement du FBP-Gratuité, passant de 1,5% du budget général de l'Etat en 2017 à 1,6% en 2018 ; ✓ <i>Global Alliance for Vaccines and Immunization</i> (GAVI) a affecté une enveloppe de 8,3 millions de dollars américains pour l'appui au co-financement du FBP-Gratuite à travers la BM pour la période allant de 2019 à 2020 ; ✓ La banque allemande (KfW) à travers l'ONG internationale Cordaid a donné une enveloppe de 3,9 millions d'euros pour 2 ans (2018 à 2019) pour l'appui au co-financement du FBP-Gratuité dans les provinces de Gitega et Muramvya ; ✓ L'UE a signé avec le Gouvernement burundais un avenant de convention de 5 millions d'euros pour participation au co-financement de cette approche.
2	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)	Réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Une réunion a été organisée à l'endroit des gestionnaires du niveau opérationnel (BPS et BDS) en vue d'identifier les principales difficultés et contraintes rencontrées dans la planification et la mise en œuvre des investissements porteurs de changements positifs dans l'amélioration de la qualité des prestations ; ✓ Les gestionnaires des BPS et BDS ont été formés sur l'identification des priorités d'investissement ; ✓ Un suivi des investissements porteurs de changements dans l'amélioration de la qualité a été réalisé par les membres de la CT-FBP élargie et des recommandations pertinentes ont été formulées ; ✓ Dissémination des résultats de l'enquête SARA (<i>Service availability and Readyness Assessment</i>) qui mesure la disponibilité et les capacités opérationnelles des services de santé dans les FoSa et sensibilisation pour l'utilisation de ces résultats.

3	Réaliser une étude des coûts des soins de santé (Direction Générale de la Planification)	Non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les TDR de recrutement d'un bureau chargé de la réalisation de l'étude ont été élaborés par la DGP en collaboration avec la CT-FBP puis approuvés par la BM ; ✓ Le processus de recrutement a été lancé par la DGR ; ✓ L'analyse des offres est en cours au moment de la rédaction du présent rapport.
4	Actualiser les tarifs des prestations médicales et paramédicales sur base d'une étude actualisée des coûts de soins de santé (Cabinet du MSPLS)	Non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'étude des coûts des soins et des prestations de santé n'a pas été réalisée suite au retard accusé dans le processus de recrutement du consultant indépendant devant la réaliser
5	Mettre en œuvre la nouvelle tarification des prestations sanitaires basée sur les coûts réels (Cabinet du MSPLS)	Non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'étude des coûts des soins et des prestations de santé n'a pas été réalisée suite au retard accusé dans le processus de recrutement du consultant indépendant devant la réaliser
6	Elaborer une stratégie nationale d'assurance qualité dans le secteur de la santé (DODS)	Non réalisé	Les référentiels de qualité au niveau communautaire, Centre de Santé et Hôpital de District sont en cours de finalisation par la DODS au moment de l'élaboration du présent rapport
7	Rendre disponible au niveau des formations sanitaires 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)	Non réalisé	Certains protocoles comme celui de la PCIME Clinique et SPT sont disponible dans certaines FOSA ; d'autres protocoles n'ont pas encore été élaborés surtout au niveau des Hôpitaux
8	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)	Réalisé partiellement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les constats des audits financiers rapportent que ces manuels ne sont pas disponibles dans certaines FOSA (Sur 101 FOSA auditées, 40 n'avaient pas de manuel des procédures, soit environ 40% ; ✓ Le contenu de ces manuels n'est pas respecté dans certaines FOSA.
9	Renforcer les capacités en gestion financière au niveau des formations sanitaires	Non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les dernières formations datent de 2015 ✓ Turn-over rapide des personnels qui avaient bénéficié de cette formation ✓ Manque de financement
10	Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments (DPML)	Partiellement réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ On observe toujours des ruptures en médicaments dans certaines FOSA et pharmacies de district ✓ Il y a parfois rupture de stocks de certains médicaments essentiels à la CAMEBU

11	Recruter le personnel qualifié en conformité avec les normes sanitaires au niveau des formations sanitaires (Direction des Ressources Humaines)	Non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persistance d'un besoin criant en personnels dans les FOSA (en quantité et en qualité) ✓ Les formations sanitaires ont été autorisées par le MSPLS à recruter du personnel qualifié en fonction de leurs moyens et dans le respect des procédures en la matière
----	---	-------------	--

IV.2. Système de planification dans le cadre de la mise en œuvre du FBP

Depuis la mise en œuvre du FBP à travers tout le pays en 2010, la bonne pratique de planification est devenue une réalité observable dans toutes les formations sanitaires et d'autres structures intégrées dans cette approche de financement. Depuis 2013, il existe un canevas unique de planification rendu disponible par la DGP et qui est actualisé une fois les deux ans. Cette planification s'intègre dans les lignes directrices tracées à travers les documents de politique et de stratégie de santé tels que la PNS, le PNDS, les plans stratégiques sous-sectoriels et les normes sanitaires pour la mise en œuvre de ce dernier. Il subsiste cependant certaines difficultés à aligner les plans stratégiques de certains programmes de santé avec le PNDS entraînant ainsi des faiblesses dans l'efficacité et l'efficience des actions de santé. Ces plans d'actions constituent une condition sine quo non pour la signature d'un contrat FBP.

IV.3. Suivi de la mise en œuvre du FBP

IV.3.1. Missions de suivi de la mise en œuvre du FBP

IV.3.1.1. Missions conjointes au niveau opérationnel

Au niveau intermédiaire, les missions conjointes trimestrielles de suivi de la mise en œuvre du FBP ont été réalisées par les membres des CPVV accompagnés par les membres des équipes cadres de PS et de DS en faveur des CDS, des hôpitaux de district et autres hôpitaux contractualisés. Ces missions ont été réalisées dans des FOSA qui étaient confrontées à des problèmes importants pouvant porter atteinte à l'offre de soins et de services de santé de qualité. Il s'agit notamment des tricheries sur les indicateurs contractualisés, des écarts élevés punissables conduisant à des sanctions financières, de la faible qualité des données transmises à travers le SIS, du non-respect des directives et des protocoles de prise en charge, du non-respect des procédures de gestion financière et des médicaments et de la non-exécution de certaines activités des PAA. Participent à ces missions les membres des CPVV, les membres de l'Equipe cadre de PS, les membres de l'équipe cadre de DS et les PTF appuyant la mise en œuvre du FBP au niveau opérationnel s'ils existent.

Les missions conjointes permettent de découvrir les problèmes prioritaires auxquels font face les structures visitées et de formuler des recommandations pour résoudre ces problèmes en précisant les personnes chargées de leur mise en œuvre. Au cours de l'année 2018, ces missions ont entre autres permis de confirmer l'existence des cas de fraude dans la déclaration des prestations par les FOSA et de les sanctionner par l'annulation d'une partie ou de la totalité de la facture. Cependant, dans certaines provinces, les rapports de ces missions conjointes ne sont pas partagés avec d'autres acteurs des niveaux intermédiaires tels que le BPS, BDS et la Province administrative. En outre, certaines structures ayant bénéficié de ces missions conjointes de supervision ne reçoivent pas de feed-back d'où le risque de ne pas pouvoir améliorer la qualité de leurs prestations.

IV.3.1.2. Missions de suivi de la mise en œuvre du FBP organisées par les structures du niveau central

Des descentes sur le terrain sont organisées par la CT-FBP sur un rythme trimestriel en vue de se rendre compte de l'état de mise en œuvre du FBP-Gratuité. Participent à ces descentes des membres de la CT-FBP élargie identifiés sur base de leurs compétences vis-à-vis des aspects à investiguer par la mission. A cette occasion, les participants relèvent les forces et les faiblesses constatées et formulent des recommandations. Des mesures correctrices d'application immédiate sont également proposées lorsque les circonstances s'y prêtent.

Les informations issues des rapports de ces missions de supervision font l'objet de rapports compilés qui sont par la suite transmis à l'autorité compétente pour information et action. En outre, les résultats des missions de suivi-évaluation font l'objet de restitution dans des réunions trimestrielles de la CT-FBP élargie et constituent une voie privilégiée de rendre compte de l'état de mise en œuvre du FBP aux principales parties prenantes.

Les recommandations issues de ces missions de suivi sont censées permettre d'améliorer les pratiques en tenant compte des moyens disponibles et du contexte. Cependant, des faiblesses subsistent parfois dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées et/ou la prise de mesures administratives par les instances de régulation habilitées. Cela témoigne de la faiblesse de fil conducteur entre les recommandations formulées au niveau technique et les mesures correctrices qui devraient être prises au niveau politique et de régulation en vue de corriger certaines faiblesses constatées.

La Direction générale de la planification a organisé au cours de l'année 2018 des missions de suivi de la mise en œuvre du FBP-Gratuité focalisées sur la problématique de variabilité de certains indicateurs contractualisés ainsi que sur la faible performance dans la planification et la réalisation des investissements générateurs de changement. Les FoSa visitées ont été choisies sur base de leur contribution jugée importante dans la baisse de ces indicateurs au niveau national.

Par rapport à la faiblesse des investissements, le choix a porté sur les FOSA qui avaient réalisé peu d'investissement alors qu'elles avaient reçu d'importants subsides à travers le FBP-gratuité.

Ces missions ont offert une opportunité de sensibiliser les formations sanitaires visitées à prendre des initiatives visant à se focaliser beaucoup plus sur des investissements produisant des améliorations directes sur l'offre de soins et de services de qualité plutôt que dans la construction d'ouvrages ne produisant pas d'effet telles que les clôtures en matériaux durables.

IV.3.2. Missions d'audit technique et financier réalisées par les PTF

Au cours de l'année 2018, des missions d'audit technique et financier ont été réalisées par ENABEL au niveau opérationnel en vue de suivre la mise en œuvre du FBP/Gratuité. Deux missions ont été réalisées chaque mois au terme desquelles un rapport d'audit unique a été rédigé. Au total, 12 structures ont été visitées par mois parmi lesquels 10 CDS, 1 hôpital de district et un CPVV. Les CDS visités ont été choisis de façon aléatoire sur la liste des FOSA ayant signé un contrat principal dans le cadre de l'approche FBP-Gratuité. Deux objectifs étaient suivis à travers ces missions : (i) contre vérifier la qualité technique au niveau des

FOSA, (ii) auditer les processus de vérification et de validation avec trois composantes : vérification quantité, processus de validation des factures, processus d'évaluation qualité.

Les rapports produits au terme de ces missions d'audit ont été transmis à la CT-FBP, à l'Union Européenne, à ENABEL et au Comité de Pilotage du Programme UE/PASS/FBP. Selon les résultats de la mission d'évaluation à mi-parcours du projet PASS effectuée au 4^{ème} trimestre 2018, les missions réalisées par ENABEL ont visé ultimement l'efficacité de l'intervention d'ENABEL et la redevabilité face à l'Union Européenne. Ces missions sont jugées très pertinentes car elles réalisent la vérification du traitement comptable adéquat, la contre-vérification, les audits financiers pour valider l'utilisation effective des moyens financiers pour l'Union européenne et l'appui technique centrale par l'alimentation du dialogue sectoriel (Rapport de mission d'évaluation à mi-parcours du PASS/FBP).

En 2018, dans le cadre de l'audit des comptes du projet KIRA dont plus de 98% du budget finance la mise en œuvre du FBP, un certain nombre des structures de santé du niveau intermédiaire et périphérique ont été visités. L'objectif de cette visite était de mesurer le niveau de disponibilité et la capacité d'utilisation des outils exigés dans la mise en œuvre du FBP. Partant des constatations issues de ces visites, des recommandations ont été formulées dont les principales sont les suivantes :

- ✓ Rendre disponible le manuel des procédures de mise en œuvre du FBP dans toutes les FOSA y compris celles ayant un contrat secondaire ;
- ✓ Faire vérifier et approuver l'outil d'indice par l'autorité habilitée du Médecin Chef de District ;
- ✓ Rendre disponible les fiches patient pour toutes les consultations externes et pour les patients en observation ;
- ✓ Assurer la formation sur la tenue des livres de banque et de caisse ;
- ✓ Assurer la formation sur la tenue en Excel des fiches de suivi des dépenses et des recettes ;
- ✓ Tenir correctement les fiches de suivi et les utiliser pour les rapports financiers ;
- ✓ Instaurer un regroupement des documents d'achat des médicaments dans un dossier d'achat unique avec référence sur la facture originale dans les pièces de banque ;
- ✓ Faire programmer en Access ou Excel, une application simple comptable permettant la réalisation des rapports financiers mensuels ;
- ✓ Faire une formation à la tenue de la comptabilité et à l'utilisation de cette application ;
- ✓ Rédiger une note sur la sauvegarde informatique (registre, disque dur, flashdisk) ;
- ✓ Payer les primes FBP par ordre de virement et non par paiement à la caisse.

IV.3.3. Réunions de la Cellule Technique Nationale Elargie

Le Manuel des Procédures de mise en œuvre du FBP prévoit que « la CT-FBP élargie est un cadre d'échanges et de concertation au niveau central du MSPLS composé de membres de la CT-FBP, des cadres du MSPLS ainsi que des staffs techniques provenant des différents PTF. Elle a pour mission d'appuyer la CT-FBP dans la mise en œuvre technique du FBP à tous les niveaux du système de santé ». Les réunions de la CT-FBP élargie se tiennent une fois par trimestre et permettent entre autres d'informer les participants sur l'état de mise en œuvre des activités du FBP-Gratuité à tous les niveaux. Il s'agit également d'un cadre d'information et de concertation permettant aux principaux acteurs de formuler des propositions permettant la résolution des difficultés et contraintes observées dans la mise en œuvre de cette approche de financement à tous les niveaux.

Au cours de l'année 2018, quatre réunions ordinaires et deux réunions extraordinaires de la CT-FBP élargie ont été tenues. Les échanges ont porté sur les principaux thèmes suivants :

- ✓ Validation du rapport annuel de mise en œuvre du FBP-Gratuité pour l'année 2017 ;
- ✓ Le suivi de la mise en œuvre des recommandations ayant été formulées lors de la réunion précédente ;
- ✓ Intégration des activités de lutte contre les violences sexuelles et celles basées sur le genre dans l'approche FBP ;
- ✓ Analyse de l'évolution de quelques indicateurs contractualisés et de l'utilisation du budget FBP-Gratuité ;
- ✓ Révision des grilles d'évaluation de la qualité technique au niveau des CDS et des Hôpitaux de District ;
- ✓ Résultats des évaluations improvisées de la qualité des soins offerts dans les FOSA incluses dans l'approche FBP-Gratuité ;
- ✓ Rapports des missions d'encadrement et de suivi de la mise en œuvre du FBP-Gratuité au niveau opérationnel
- ✓ Adoption du projet de révision à la hausse des tarifs des indicateurs FBP-Gratuité au niveau des centres de santé ;
- ✓ Etat d'exécution des investissements dans les FOSA.

IV.3.4. Ateliers de coordination et de suivi de la mise en œuvre du FBP

Au cours de l'année 2018, deux ateliers semestriels de coordination et de suivi de la mise en œuvre du FBP ont été organisés dont l'un en juin et l'autre en décembre, conformément au prescrit du Manuel des procédures de mise en œuvre du FBP-Gratuité. Les thèmes abordés lors de ces ateliers sont :

- ✓ Evolution comparée de quelques indicateurs contractualisés pour les mêmes trimestres de l'année 2017 et 2018 ;
- ✓ Etat de mise en œuvre du FBP-Gratuite des soins de janvier à avril 2018 ;
- ✓ Etat d'hygiène et salubrité de l'environnement en milieu hospitalier : cas de 19 hôpitaux et d'un centre de santé de la mairie de Bujumbura ;
- ✓ Difficultés rencontrées au niveau du fonctionnement des CPVV dans la mise en œuvre du FBP-Gratuité ;
- ✓ Restitution des résultats des audits réalisés dans les FOSA par ENABEL ;
- ✓ Etat des lieux des préparatifs pour la mise en œuvre du FBP communautaire ;
- ✓ Organisation et état de mise en œuvre du FBP dans les écoles paramédicales ;
- ✓ Point d'information sur les concepts de leadership et management ;
- ✓ Point d'information sur la communication en tant qu'outil de management ;
- ✓ Modalités pratiques de la contractualisation du niveau central du MSPLS ;
- ✓ Etat de mise en œuvre du FBP dans le cadre du projet laboratoire (EAPHLNP) ;
- ✓ Proposition des principales modifications à apporter au manuel des procédures FBP ;
- ✓ Etat de mise en œuvre du FBP au niveau Communautaire ;
- ✓ Proposition d'un cadre d'échange sur l'amélioration du rapportage des données liées à la carte d'assistance médicale (CAM).

CHAPITRE V : DOCUMENTATION ET RECHERCHE ACTION

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

En 2018, trois numéros trimestriels du « Bulletin des nouvelles FBP » ont été produits et diffusés auprès du public cible.

- Le premier numéro paru en février 2018 portait sur les succès et limites du FBP du point de vue des prestataires et des bénéficiaires des services de santé ;
- Le deuxième numéro du bulletin des nouvelles FBP paru en Mai 2018 portait sur l'évolution des indicateurs de qualité au niveau des formations sanitaires ;
- Le troisième numéro du bulletin a été publié en Octobre 2018 et revenait essentiellement sur les principales recommandations issues de l'atelier semestriel de suivi de la mise en œuvre du FBP tenu en juin 2018 ;

V.2. Publications sur la mise en œuvre du FBP au Burundi

Deux articles sur la mise en œuvre du FBP au Burundi ont été publiés :

- ❖ **Martin Rudasingwa, Robert Soeters et Olivier Basenya, *The effect of performance-based financing on maternal healthcare use in Burundi : a two-wave pooled cross-sectional analysis (Global Health Action vol 10, 1327241, 2017)***

Cet article publié dans le journal Global Health Action s'est focalisé sur les effets du FBP sur l'utilisation des soins maternels au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux de District. Les résultats de l'étude montrent un impact du FBP sur les accouchements institutionnels avec une augmentation de 39,5%. Aucun effet du FBP n'a été trouvé sur les consultations prénatales et sur la vaccination antitétanique des femmes enceintes

- ❖ **Stefan Van Bastelaere et al., *Performance Based Financing at the Ministry of Health – How Burundi made his central administration perform better through strategic financing (Open Access Journal of Public Health, Vol. 2, Issue 3, 020, 2018)*** : le Burundi a introduit le FBP au niveau central de son Ministère de la Santé Publique et l'article analyse si le FBP a entraîné une amélioration de la performance des services du niveau central. Les résultats de l'étude indiquent que la performance des services du niveau central a connu une nette amélioration notamment au niveau de l'encadrement des niveaux intermédiaire et périphérique, la mise en œuvre des plans d'action et l'environnement de travail.

V.3. Dissémination des résultats de l'atelier de mise à niveau des CPVV

La CT FBP a animé du 6 au 9 février 2018 à l'hôtel le Paradis à Kayanza un atelier de mise à niveau des membres des équipes de vérification des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation des prestations des formations sanitaires (CPVV).

Toutes les provinces sanitaires ont été représentées. Au total deux cent participants venus de toutes les provinces du pays se sont réunis pour échanger et discuter des modalités pratiques de vérification dans le cadre du FBP. Les délégués de l'ENABEL et celui de CORDAID avaient aussi répondu au rendez-vous.

Dans son mot d'ouverture des travaux de l'atelier, Dr Jean Kamana, Coordonnateur de la CT-FBP a précisé que l'objectif de l'atelier est d'harmoniser les techniques de vérification dans toutes les formations sanitaires. Il a recommandé à tous les vérificateurs d'avoir une même vision, orientation et convergence sur les méthodes et pratiques d'évaluation des prestations des formations sanitaires. La solidarité entre les vérificateurs, la résolution des difficultés par le biais d'échange et d'entraide ont été aussi suggérées.



Dr Jean Kamana, lors de l'ouverture des travaux de l'atelier de Kayanza

C'est au cours de cet atelier que les CPVV ont été informés qu'ils vont procéder à l'évaluation qualitative des Centres de Santé tous les trois mois et participer à l'évaluation de la qualité technique des hôpitaux par les pairs.

Cette activité a été rapportée dans le bulletin FBP et Panorama n°12.

V.4. Dissémination des résultats des travaux de l'atelier de formation des formateurs du niveau central, intermédiaire et périphérique impliqués dans la mise en œuvre du FBP communautaire

Deux ateliers de formation des formateurs, l'un à l'intention des cadres du niveau central, l'autre pour les cadres et responsables du niveau intermédiaire et périphérique ont été organisés respectivement à Gitega et à Ngozi.

Le premier atelier organisé à l'intention des cadres et agents du niveau central MSPLS a eu lieu du 13 au 16 février 2018 à IWACU Hôtel de Gitega. Les différents services y compris le Cabinet du Ministre étaient représentés. Au total, 41 participants ont suivi la formation.



Photo de famille des participants de Gitega



Photo de famille des participants de Ngozi

Le deuxième atelier a eu lieu du 19 au 22 février 2018 à l'Hôtel le Plateau de Ngozi. Les Médecins Provinciaux et Médecins Chefs de Districts, les Coordonnateurs des Comités

Provinciaux de Vérification et de Validation, les Comités Provinciaux de Promotion de la Santé des provinces sanitaires de Makamba, Gitega, Kayanza et Mwaro avaient répondu au rendez-vous.



Dr Jean Kamana ouvre les travaux de Ngozi



Dr Misago Léonidas Ouvre les travaux de Gitega

L'objectif global visé au cours de ces ateliers est d'harmoniser les points de vue et amener les formateurs et les participants à émettre sur la même longueur d'ondes sur les différents outils de mise en œuvre du FBP Communautaire.

La méthodologie adoptée a été participative. Après les exposés classiques, les facilitateurs organisaient des travaux de groupe sur des sujets pertinents contenus dans le manuel des procédures FBP Communautaire.

V.5. Reportage et dissémination de quelques résultats de la mise en œuvre du FBP

Des activités de reportage sur terrain ont été réalisées notamment dans les hôpitaux de Cankuzo, Rutana, Ruyigi. De manière générale le reportage a porté sur les raisons fondamentales des faibles résultats de la qualité technique obtenus par les formations sanitaires lors de l'évaluation du quatrième trimestre de l'année 2017. Le focus des reportages et des entretiens étaient centrés sur les leçons apprises, les contraintes et les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la qualité et renforcer davantage le système de santé.

Face aux faibles résultats de l'évaluation de la qualité technique, les responsables des formations sanitaires rencontrés se sont engagés à être beaucoup plus regardant. Les médecins provinciaux de Cankuzo, Ruyigi et Rutana sont confiants quant à l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires de leur circonscription respective. A leurs yeux les faiblesses observées relèvent parfois de la négligence.

Des réunions de restitution ont eu lieu dans chaque province sanitaire et regroupaient les CPVV, les titulaires des centres de santé, les BPS et les BDS pour harmoniser les points de vue et surtout observer ensemble les raisons à la base des résultats inhabituels. A la fin de la réunion les participants ont reconnu l'objectivité des évaluations.



Aménagement de la cour intérieure de l'Hôpital de Cankuzo

A Rutana, les titulaires des CDS – confrontés à la réalité- ont accepté la note obtenue et se sont engagés à déployer beaucoup d'efforts pour viser de bons résultats lors de la prochaine évaluation.

A Cankuzo, les aspects ayant entraîné une baisse du score de qualité des formations sanitaires peuvent trouver des solutions efficaces et les responsables des formations sanitaires ont convenus de s'y mettre avec méticulosité et technicité exigée en se référant à la grille d'évaluation et aux normes en vigueur.

Dans les autres formations sanitaires notamment Cibitoke, Kayanza, Muyinga, Ngozi et Makamba, il a été question d'échanger avec les prestataires de soins, les bénéficiaires sur les avantages de la réforme FBP notamment en matière d'accès aux soins. Selon les bénéficiaires rencontrées la réforme FBP couplée à la gratuité a contribué sensiblement à l'amélioration de l'accès aux soins.

Au niveau des FOSA de Cibitoke, Gitega et Muyinga visités des investissements ont été réalisés, notamment la construction de blocs de maternité, blocs opératoires, l'achat de matelas neufs, des lits, et appareils médicaux, l'achat des ordinateurs, imprimantes, photocopieuses.

V.6. Elaboration des messages de sensibilisation à l'intention des prestataires des soins et des garde malades en matière d'offre et de 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. Deux objectifs étaient visés : (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.

En collaboration avec les producteurs des émissions de l'IEC, des outils d'éducation et de sensibilisation des communautés à adopter des attitudes favorables à l'utilisation des structures de santé ont été produits.

V.9. Alimentation du site web dédié au FBP

Le site web www.fbpsanteburundi.bi est régulièrement alimenté. Des articles divers sur la mise en œuvre du FBP, des expériences à partager, des leçons apprises sont aussi publiés sur le site. Un bulletin trimestriel est aussi publié sur le site ainsi que des documents stratégiques. Il ya lieu de mentionner que toutes ces informations sont validées par la Cellule Technique Nationale du FBP avant la publication.

V.10. Publication du bulletin trimestriel Panorama

Le treizième bulletin Panorama a été publié au mois de novembre 2018. Le bulletin PANORAMA continue d'être produit sur base trimestrielle et contient les informations en rapport avec la mise en œuvre du FBP, les succès, les défis, les stratégies à mettre en place pour faire face aux défis identifiés. Des reportages sur la gestion des déchets bio médicaux, la sensibilisation sur l'hygiène en milieu de soins ont été produits. Des réflexions stratégiques sur le FBP ont été publiées. Le Bulletin contient également des informations en rapport avec les réalisations du Projet de Mise en Réseau des Laboratoires de santé Publique dans les Pays Membres de la Communauté de l'Afrique de l'Est.

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) les ressources humaines, (ii) les médicaments et autres produits de santé, (iii) l'information sanitaire, (iv) la gouvernance, le leadership et l'implication de la communauté à la gestion des services de santé, (v) le financement de la santé et (vi) les infrastructures et équipements.

VI.1. Disponibilité des ressources humaines

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.

De plus, les FOSA ont de nouveau la latitude de recruter le personnel dont ils ont besoin en utilisant leurs fonds propres dont des fonds FBP. Cette possibilité avait été suspendue en 2017 mais a été de nouveau autorisée par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA en juin 2018.

D'après la cartographie des ressources humaines de 2017, le personnel qui est géré par le statut de la fonction publique représente 42% et 48% travaillent sous un contrat local (contrat avec la FOSA sur fonds propres).

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). L'évaluation de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé se base sur les éléments suivants:

- ✓ 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.
- ✓ Les produits de décontamination ont été achetés par le CDS au moins une fois pendant le trimestre ;
- ✓ L'approvisionnement en boîtes de sécurité se fait au moins une fois 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.

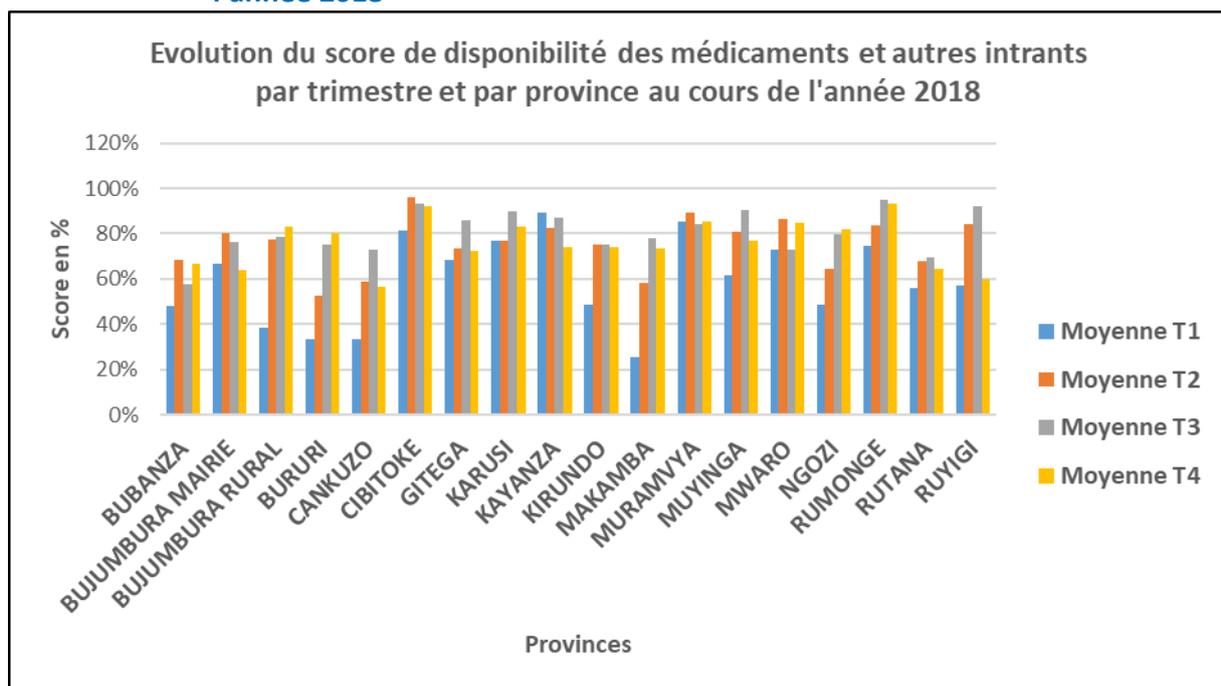
Il est à noter qu'il y a eu persistance de rupture de stock de médicaments à la Centrale d'Achat des Médicaments (CAMEBU), ce qui a eu comme corollaire des ruptures de stock dans les pharmacies des BDS et des formations sanitaires.

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 (Direction générale des Services de santé, la Direction Générale des Ressources et la Direction des Pharmacies, du Médicaments et de laboratoire).

Le nouveau code des marchés publics a été revu à la hausse le plafond d'achat des médicaments dans les pharmacies de gros passant de cinq millions de francs burundais à (5 000 000 bu) à douze millions cinq cent mille francs burundais (12 500 000 Fbu). Cette mesure est de nature à contribuer à l'amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau des pharmacies de district.

De plus, la CAMEBU a reçu en 2018 l'autorisation de s'approvisionner en médicaments et consommables médicaux directement à partir des fabricants, ce qui va réduire les ruptures de stock de médicaments observées à ce niveau.

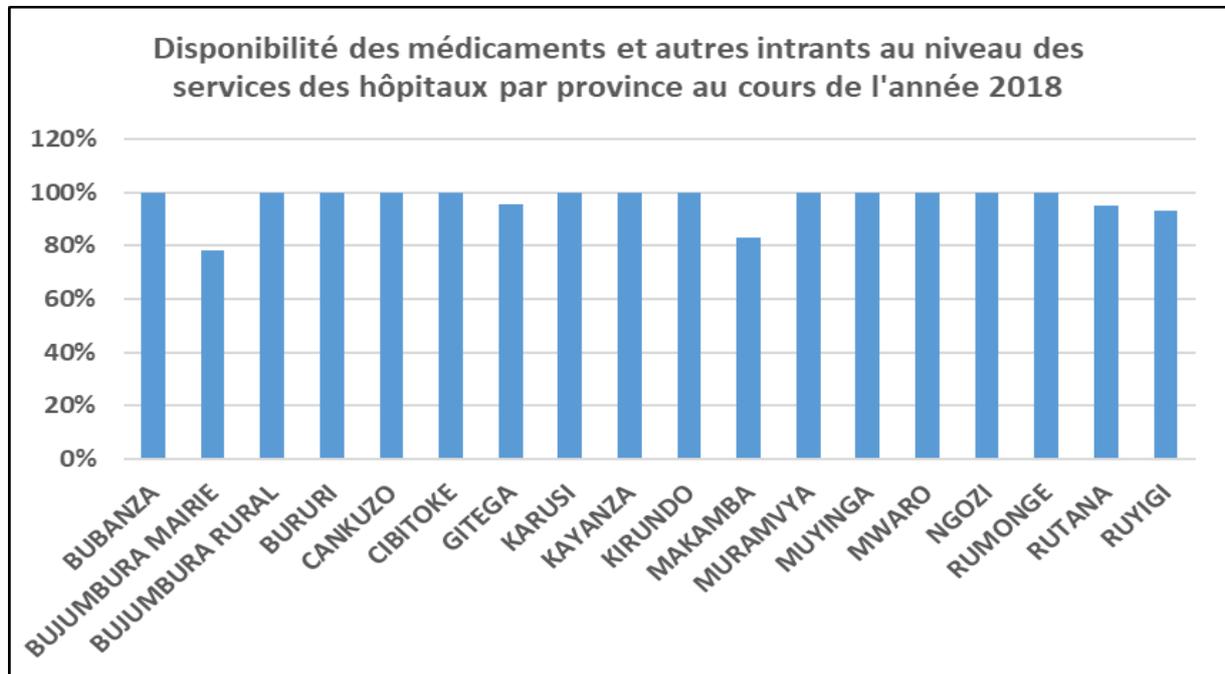
Graphique 42: Disponibilité des médicaments au niveau des Centres de Santé au cours de l'année 2018



Source : Base des données FBP

Le graphique ci-dessus indique qu'aucune province n'a connu une disponibilité permanente d'au moins 10 médicaments traceurs essentiels durant tous les trimestres de l'année 2018. Les scores ont été bas dans la plupart des provinces au 1^{er} trimestre mais ont connu une évolution progressive à la hausse au cours du reste de l'année.

Graphique 43 : Approvisionnement des services hospitaliers en Médicaments essentiels et Consommables



Source : Base des données FBP

L'indicateur évalué mesure le degré de satisfaction de l'approvisionnement en médicaments essentiels des services hospitaliers par la pharmacie centrale de l'hôpital. D'une manière globale, les taux moyens de satisfaction des commandes hospitaliers au cours de l'année 2018 sont de 100% dans la quasi-totalité des provinces à l'exception de Bujumbura Mairie, Makamba, Rutana et Ruyigi.

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.

Avec l'utilisation du DHIS2 dans toutes les formations sanitaires, la production des rapports SIS est très facile et les données produites sont de qualité.

Grâce 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.

Les discordances entre les données déclarées par les FOSA dans le DHIS2 et les données vérifiées dans le cadre du FBP se sont considérablement réduites, ce qui dénote une amélioration dans la collecte des données. En effet, au cours de l'année 2018, l'écart moyen entre les données déclarées et les données vérifiées est de 0,021% en 2018 (seuil de tolérance de 5%).

De plus, une interopérabilité entre la base de données du système d'information sanitaire (DHIS2) et la base de données du FBP (Open RBF) est prévue pour 2019 et permettra de renforcer davantage la qualité des données du SIS.

Toutefois, il persiste un problème d'interprétation des données en utilisant la population dénombrée et celle issue de la projection de l'ISTEEBU à partir des résultats du recensement 2008 qui ne sont pas les mêmes, d'où les opérateurs sur terrain ont des difficultés sur le calcul des cibles à utiliser.

Tableau 10: Taux de Complétude et de Promptitude des rapports des Centres de Santé/Année 2018

Provinces	Complétude	Promptitude
Bubanza	98,7%	95,1%
Bujumbura Mairie	91,9%	72,4%
Bujumbura-Rural	88,1%	70,8%
Bururi	97,2%	80,3%
Cankuzo	97,0%	72,9%
Cibitoke	97,5%	86,3%
Gitega	92,6%	68,8%
Karuzi	95,8%	79,0%
Kayanza	93,4%	74,8%
Kirundo	89,2%	69,2%
Makamba	95,5%	77,8%
Muramvya	96,6%	77,4%
Muyinga	89,4%	75,3%
Mwaro	94,9%	74,7%
Ngozi	95,5%	84,6%
Rumonge	94,8%	72,6%
Rutana	98,1%	75,0%
Ruyigi	94,3%	73,8%
Moyenne	93,8%	76,3%

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

Des actions en vue de renforcer la gouvernance et le leadership surtout au niveau intermédiaire et périphérique ont été réalisées par le MSPLS au cours de l'année 2018. Nous citerons entre autres la vulgarisation dans tous les BPS et BDS la note d'application de l'ordonnance ministérielle n° 1160/2018 du 27/08/2018 portant seuils de passation, contrôle et de publications des marchés publics pour les administrations publiques et assimilées; la formation des gestionnaires des BPS, des BDS et des hôpitaux de districts de tout le pays sur la gestion des marchés publics; la mise en place des cellules de gestion des marchés publics dans les hôpitaux; l'organisation des missions de contrôle interne au niveau des FOSA avec des recommandations pertinentes pour améliorer la gouvernance et la gestion.

En outre, les évaluations trimestrielles réalisées auprès des BPS, BDS et FOSA ainsi que les audits techniques et financiers réalisés régulièrement par les PTFs permettent de prodiguer des recommandations aux organes de régulation au niveau intermédiaire et périphérique et aux FOSA en vue d'améliorer leur gouvernance.

VI.4.2. Renforcement de la participation communautaire

Au cours de l'année 2018, le FBP Communautaire a effectivement démarré en contractualisant les GASC dans 6 provinces pour un paquet communautaire d'activités comprenant 25 indicateurs.

Des 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.

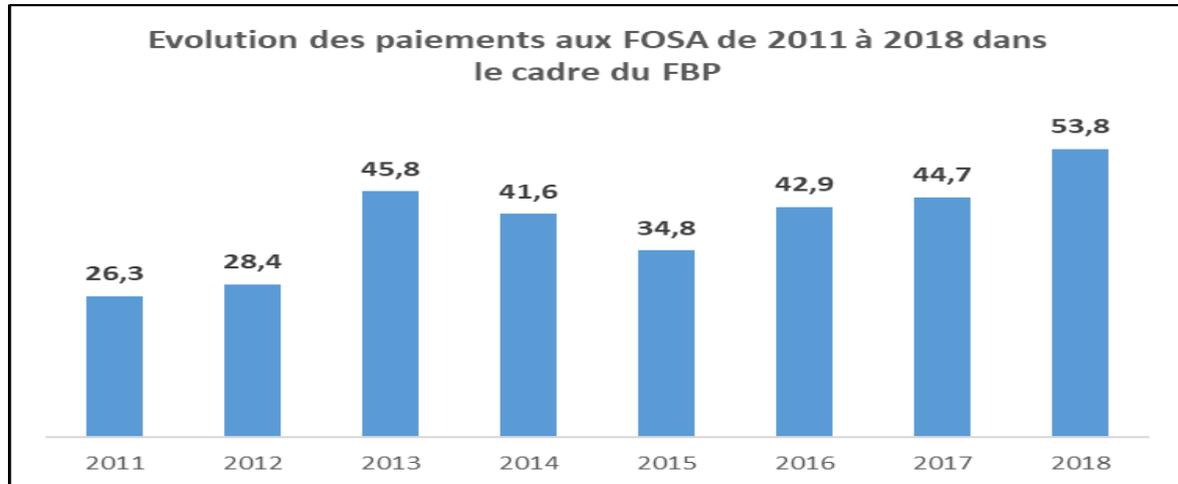
VI.5. Financement et autonomie de gestion

Le MSPLS a mobilisé en 2018 des financements additionnels dans le secteur de la santé à travers le FBP. En effet, l'union européenne a accordé au FBP/Gratuité un financement additionnel de 5 millions d'euros; GAVI Alliance va financer le FBP pour un montant de 8, 3 millions USD pour 2019 à 2020; KfW a mobilisé 3,9 millions d'euros pour le financement du FBP.

Le FBP a contribué à renforcer l'autonomie de gestion des FOSA notamment par l'instauration d'une culture de planification en fonction des besoins réels, la possibilité de recrutement du personnel par les FOSA et avec leurs fonds propres, l'utilisation des recettes des FOSA sur place en fonction des besoins exprimés dans les plans d'action pour lever les goulots d'étranglement handicapant la performance des FOSA.

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

Graphique 44 : 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, de 2016 à 2017 et de 2017 à 2018; une hausse a été notifiée respectivement de 23,2%; 4,19% et 20,35%.

VI. 6. Infrastructures et équipements

Les investissements porteurs de changement ont été effectués par les formations sanitaires grâce aux subsides du FBP. En effet, le FBP a favorisé la construction des nouvelles infrastructures, la réhabilitation des anciennes infrastructures et l'acquisition des nouveaux équipements et matériels médicaux. Toutefois, lors d'une réunion tenue par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA en juin 2018, une recommandation a été formulée visant à se focaliser beaucoup plus sur des investissements ayant un impact direct sur la qualité comme les équipements, les tables d'accouchements et autres plutôt que de prioriser la construction des clôtures et la réhabilitation des infrastructures. En effet, selon l'enquête SARA, seuls 26% des FOSA disposent de tous les équipements essentiels.



Microscope au CDS Matana, Province Bururi



Incinérateur au CDS Murago, Province Cankuzo

CHAPITRE VII : FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Le Gouvernement entreprend depuis 2018, une mise à échelle progressive du FBP Communautaire capitalisant ainsi des résultats encourageants tirés de ses expériences pilotes menées avec ses partenaires Techniques et Financiers entre 2008 et 2016 dans les provinces Makamba, Mwaro et Gitega.

La mise en œuvre de cette approche sur terrain implique des agents de santé communautaire organisés en Groupements d'Agents de Santé Communautaires (GASC) qui œuvre chacun dans une aire de responsabilité d'un Centre de Santé Public ou Confessionnel. Il est prévu que ces GASC contractualisés signent à leur tour de sous contrats avec les Mamans lumière qui s'occuperont de la prise en charge des cas de malnutrition aiguë modérée.

Le paquet de prestations des GASC couvre un ensemble de 25 indicateurs regroupés en 4 grandes activités liées à (i) la référence des cas au niveau des formations sanitaires (13 indicateurs), (ii) la récupération des abandons (6 indicateurs), (iii) la sensibilisation et visites à domicile (2 indicateurs), (iv) la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives non prescriptibles (1 indicateur) et (v) la prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire (Paludisme, pneumonie, diarrhée et malnutrition aiguë modérée – 4 indicateurs).

Dans la mise en œuvre du FBP au niveau communautaire, le Gouvernement est appuyé par la Banque Mondiale à travers le projet KIRA, la KfW à travers l'ONG CORDAID et par GAVI. La mise en œuvre du FBP Communautaire se fait de manière progressive sur trois années consécutives avec intégration de 6 Provinces pour chaque année. La CT FBP travaille en étroite collaboration avec DPSHA pour la mise en œuvre du FBP Communautaire.

VII.1. Besoins, sources et gap de financement

VII.1. Préparation à la mise à échelle du FBP Communautaire

Au cours de la phase de préparation, la réflexion a été menée sur la priorisation des provinces et l'élaboration du Manuel des procédures FBP Communautaire.

VII.1.1 Priorisation des provinces pour le passage à l'échelle progressif du FBP Communautaire

La priorisation des provinces pour le démarrage progressif du FBP communautaire a pris en compte différents facteurs dont: (i) l'expérience en FBP communautaire, (ii) l'existence dans la province de partenaires potentiels engagés en FBP communautaire, (iii) la mise en œuvre dans la province d'un paquet iCCM partiel, (iv) province complètement couverte en santé communautaire et (v) avoir dans la province des GASC formés et équipés.

Par voie de pondération des points accordés par critères, les provinces ont été regroupées en 3 en fonction des 3 phases retenues de mise à échelle progressive du FBP Communautaire.

Les provinces de Gitega, Kayanza, Kirundo Makamba, Muyinga et Mwaro ont été retenues pour la première phase (2018-2019); les provinces de Cibitoke, Karuzi, Bubanza, Cankuzo, Ruyigi et Muramvya pour la deuxième phase (2019-2020); et les provinces de Ngozi, Rutana, Bujumbura Rural, Bururi, Rumonge et Bujumbura Mairie pour la dernière phase (2020-2021).

La province de Muramvya a bénéficié d'un financement de KFW via CORDAID; ce qui lui a permis de sortir des provinces programmées à la deuxième phase pour aller dans la première phase.

VII.1.2 Processus d'élaboration du manuel des procédures FBP Communautaire et ses outils

Au cours de l'année 2017, le MSPLS et ses partenaires techniques et financiers ont élaboré un Manuel des procédures du FBP Communautaires et ses outils de mise en œuvre en français. Ce fut un long processus avec des ateliers d'échange et de validation.

De Janvier à Septembre 2018, ce manuel FBP Communautaire et ses outils ont été traduits en Kirundi (langue nationale) et les différents outils ont été pré-testés dans la province de Makamba.

VII.2. Mise en oeuvre du FBP Communautaire

VII.2.1. Formations sur le FBP Communautaire

VII.2.1.1. Formation des facilitateurs du niveau central

Un pool de formateurs nationaux qui avait participé à l'élaboration du Manuel des procédures FBP Communautaire a facilité la formation des facilitateurs du niveau national. Ces derniers étaient ciblés dans toutes les directions et ou services impliqués dans la santé communautaire à savoir: la CT-FBP (Cellule Technique FBP), la Direction de la Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement (DPSHA), la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) et de la Direction de l'Offre et de la Demande des Soins (DODS). La formation des facilitateurs a duré 4 jours en août 2018 et a porté sur la version française du manuel des procédures FBP Communautaire.

VII.2.1.2. Formation des formateurs du niveau intermédiaire

Les participants des provinces ciblées lors de la première phase (Gitega, Makamba, Mwaro, Kirundo, Muyinga, Kayanza et Muramvya) ont été répartis en 3 zones de formation. Les facilitateurs du niveau central ont animé les sessions. La formation des formateurs a regroupé deux types de participants: (i) les membres des équipes cadres du Bureau Provincial de Santé (1 par EC BPS), des districts (2 par ECD), les coordonnateurs provinciaux pour la promotion de la santé (1CPPS par province) et les coordonnateurs des Comtés Provinciaux de Vérification et de Validation (2 par CPVV). En vue d'assurer un encadrement rapproché des GASC dans l'élaboration des plans d'action et dans la mise en œuvre, les infirmiers titulaires des centres de santé (1 par CDS) ont été impliqués à cette étape des formations.

Les participants à ces sessions furent formés pour assurer à leur tour la formation des prestataires (membres GASC et TPS/Infirmier du centre de santé à contrat principal). Les sessions ont été organisées au cours des mois d'août et septembre 2018 et duraient chacune 3 jours.

VII.2.1.3. Formation des Groupements d'Agents de Santé Communautaires et des Techniciens de promotion de la santé

Les participants aux sessions de formation des prestataires qui étaient membres des GASC, des TPS ou infirmiers des centres de santé furent au total 1 093 personnes couvrant 273 aires de santé. Par GASC, étaient invités à la formation le président, le trésorier et le secrétaire faisant ainsi un total de 819 membres des GASC formés sur le Manuel des procédures FBP communautaire et ses outils de mise en œuvre. Dans la conception, les trois membres formés par GASC ont une mission de former les autres membres de leur GASC sous l'accompagnement des TPS ou Infirmiers formés.

Tableau 11: Effectif des participants du niveau périphérique formés sur le FBP Communautaire

Province	Membres GASC	TPS/ Infirmier point focal santé communautaire (IFSC)
Kirundo	138	46
Gitega	165	57
Muyinga	141	46
Kayanza	126	42
Makamba	99	33
Muramvya	72	24
Mwaro	78	26
Total	819	274

VII.2.2. Elaboration des plans d'action et négociation des contrats

98% des GASC (269 sur 274 GASC) ont élaboré dans la deuxième quinzaine du mois de décembre 2018, des plans d'action sous l'encadrement des CDS et surtout des TPS dans 6 provinces. Les contrats qui ont été signés dans ces provinces ont pris effet à partir du 01 Décembre 2018. Les acteurs de la province de Muramvya qui furent formés la première quinzaine du mois de décembre 2018, ont élaboré les plans d'action fin décembre et signés des contrats qui ont pris effet à partir du 01 janvier 2019.

Néanmoins, certains GASC (Exemple: 3 en province Gitega et 2 en province Kayanza) n'ont pas pu signer leurs contrats. Il s'agit des GASC des aires de responsabilité des CDS confessionnels dont les responsables attendaient encore l'aval de leurs supérieurs hiérarchiques.

VII.2.3. Résultats préliminaires sur la mise en œuvre du FBP

Tableau 12: GASC sous contrat FBP dans 7 Provinces

N°	Provinces	GASC Identifiés	GASC sous contrat	%	Observations
1	GITEGA	57	55	96%	Les CDS confessionnels de Mugera et Mushasha attendaient encore l'autorisation de leur hiérarchie pour signer un contrat avec leurs GASC
2	KAYANZA	42	40	95%	Les CDS confessionnels de Gatara et Buraniro attendaient encore l'autorisation de leur hiérarchie pour signer un contrat avec leurs GASC
3	KIRUNDO	46	46	100%	
4	MAKAMBA	33	33	100%	
5	MURAMVYA	24	24	100%	
6	MUYINGA	46	46	100%	
7	MWARO	26	26	100%	
Total		274	270	98,5%	

Sur 274 GASC identifiés dans les provinces de Gitega, Kayanza, Kirundo, Makamba, Muramvya, Muyinga et Mwaro; 269 GASC sont sous contrat FBP Communautaire, soit 98%.

Tableau 13 : Réalisation du paquet des GASC par province en Décembre 2018

N°	Indicateurs	Gitega	Kayanza	Kirundo	Makamba	Muyinga	Mwaro	TOTAL
1	Cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) dépistes, référés et confirmés par le CDS	44	16	197	57	53	12	379
2	Cas de tuberculose suspectés par les ASC, référés et confirmés par le CDS	0	2	3	6	19	1	31
3	Femme enceinte référée pour accouchement et arrivée au CDS	36	231	462	474	304	92	1599
4	Femme enceinte, avec risque, accompagnée et arrivée au CDS pour accouchement	24	3	39	15	20	2	103
5	Femme avec fistule obstétricale suspectée, référée et arrivé au CDS	77	0	0	1	0	0	78
6	Femme enceinte référée pour une première consultation prénatale précoce (CPN1) au premier trimestre de la grossesse	7	337	229	214	349	39	1 175
7	Femme enceinte référée pour une première consultation prénatale précoce (CPN1) au premier trimestre de la grossesse	86	263	416	121	382	14	1 282
8	Mère référée pour consultation post natale et arrivée au CDS dans les premiers jours suivant l'accouchement	34	158	198	154	150	58	752
9	Femme enceinte référée pour dépistage du VIH/PTME	22	78	46	149	177	46	518
10	Enfants de moins de 5ans avec signes de danger et/ou d'alerte vus par l'ASC référés, arrivés et confirmés par le CDS	0	54	151	6	148	58	417
11	Enfants de moins de 5ans avec fièvre vus par l'ASC dont le TDR est négatif, référés, arrivés au CDS	0	616	320	119	606	225	1 886
12	Cas référé par un ASC pour dépistage du VIH/SIDA ayant retiré les résultats	1	135	206	32	296	52	722
13	Cas de violences sexuelles et celles basées sur le genre(VSBG) référés par un ASC, arrivés au CDS dans les 72 heures et validés par la FOSA	4	2	4	1	17	0	28
14	Cas de récupération d'abandon d'une méthode contraceptive moderne	0	14	21	38	54	33	160
15	Cas de récupération des abandons des femmes enceintes pour CPN 2,3, et 4	15	5	28	2	19	5	74
16	Cas sous antirétroviraux (ARV) perdu de vue récupéré	1	1	3	0	4	0	9
17	Cas sous Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) perdu de vue récupéré	1	0	0	4	0	0	5
18	Cas d'abandons du PEV : enfant de moins de 24 mois perdu de vue et récupéré	69	87	297	58	86	88	685
19	La distribution des méthodes contraceptives non prescriptibles	292	338	112	20	224	53	1039
20	La prise en charge communautaire du paludisme pour l'enfant de 2 mois à 59 mois	4429	2832	17801	3981	10810	798	40651
21	La prise en charge communautaire de la diarrhée pour l'enfant de 2 mois à 59 mois	731	307	179	0	88	321	1626
22	La prise en charge communautaire de la pneumonie pour l'enfant de 2 mois à 59 mois	347	39	36	0	97	0	519

23	Cas de malnutrition aiguë modérée dépistés, et traités avec succès au niveau communautaire	410	415	24	0	150	185	1 184
24	Nombre de séances de sensibilisation animées par les ASC	350	242	319	262	397	187	1 757
25	Nombre de visites à domicile effectuées par les ASC	405	347	413	290	420	220	2 095

Le constat qui se dégage est que les GASC sont déjà à l'œuvre avec un niveau de prestation impressionnant dans certaines provinces. Il s'agit entre autre d'un nombre important de cas de malnutrition aiguë sévère dépistés, référés et confirmés par le CDS; des cas suspects de tuberculose référés par les ASC et confirmés par le CDS; des cas de paludisme pris en charge au niveau communautaire; des abandons du PEV récupérés ou de VSBG référées et arrivées au CDS dans les 72 heures et validés par les FOSA.

Tableau 14 : Proportion des réalisations des GASC par province et par indicateur

Année 2018		Total	Décembre					
N°	Indicateurs		Gitega	Kayanza	Kirundo	Makamba	Muyinga	Mwaro
1	Cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) dépistes, référés et confirmés par le CDS	379	12%	4%	52%	15%	14%	3%
2	Cas de tuberculose suspectés par les ASC, référés et confirmés par le CDS	31	0%	6%	10%	19%	61%	3%
3	Femme enceinte référée pour accouchement et arrivée au CDS	1599	2%	14%	29%	30%	19%	6%
4	Femme enceinte, avec risque, accompagnée et arrivée au CDS pour accouchement	103	23%	3%	38%	15%	19%	2%
5	Femme avec fistule obstétricale suspectée, référée et arrivé au CDS	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	Nouvelle acceptante d'une méthode de planification familiale référée et arrivé au CDS	1175	1%	29%	19%	18%	30%	3%
7	Femme enceinte référée pour une première consultation prénatale précoce (CPN1) au premier trimestre de la grossesse	1282	7%	21%	32%	9%	30%	1%
8	Mère référée pour consultation post natale et arrivée au CDS dans les premiers jours suivant l'accouchement	752	5%	21%	26%	20%	20%	8%
9	Femme enceinte référée pour dépistage du VIH/PTME	518	4%	15%	9%	29%	34%	9%
10	Enfants de moins de 5ans avec signes de danger et/ou d'alerte vus par l'ASC référés, arrivés et confirmés par le CDS	417	0%	13%	36%	1%	35%	14%
11	Enfants de moins de 5ans avec fièvre vus par l'ASC dont le TDR est négatif, référés, arrivés au CDS	1886	0%	33%	17%	6%	32%	12%
12	Cas référé par un ASC pour dépistage du VIH/SIDA ayant retiré les résultats	722	0%	19%	29%	4%	41%	7%
13	Cas de violences sexuelles et celles basées sur le genre(VSBG) référés par un ASC, arrivés au CDS dans les 72 heures et validés par la FOSA	28	14%	7%	14%	4%	61%	0%
14	Cas de récupération d'abandon d'une méthode contraceptive moderne	160	0%	9%	13%	24%	34%	21%

15	Cas de récupération des abandons des femmes enceintes pour CPN 2,3, et 4	74	20%	7%	38%	3%	26%	7%
16	Cas sous antirétroviraux (ARV) perdu de vue récupéré	9	11%	11%	33%	0%	44%	0%
17	Cas sous Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) perdu de vue récupéré	5	20%	0%	0%	80%	0%	0%
18	Cas d'abandons du PEV : enfant de moins de 24 mois perdu de vue et récupéré	685	10%	13%	43%	8%	13%	13%
19	La distribution des méthodes contraceptives non prescriptibles	1 039	28%	33%	11%	2%	22%	5%
20	La prise en charge communautaire du paludisme pour l'enfant de 2 mois à 59 mois	40 651	11%	7%	44%	10%	27%	2%
21	La prise en charge communautaire de la diarrhée pour l'enfant de 2 mois à 59 mois	1 626	45%	19%	11%	0%	5%	20%
22	La prise en charge communautaire de la pneumonie pour l'enfant de 2 mois à 59 mois	519	67%	8%	7%	0%	19%	0%
23	Cas de malnutrition aiguë modérée dépistés, et traités avec succès au niveau communautaire	1 184	35%	35%	2%	0%	13%	16%
24	Nombre de séances de sensibilisation animées par les ASC	1 757	20%	14%	18%	15%	23%	11%
25	Nombre de visites à domicile effectuées par les ASC	2 095	19%	17%	20%	10%	20%	11%

La proportion de 52% en province Kirundo (par rapport aux cas dépistés dans les 6 provinces en FBP Communautaire) des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) dépistés, référés et confirmés par les CDS est justifiée par la situation de famine déclarée.

Les ASC et les mamans lumière font la sensibilisation de la communauté sur la malnutrition, dépistent les malnutris au niveau communautaire qui sont ensuite référés vers le Service de Supplémentation Nutritionnelle du Centre de Santé (SSN). Une fois les enfants récupérés, ils retournent dans leurs familles respectives où un suivi est organisé par l'ONG Concern à travers son programme « Cash Transfert ». A travers ce dernier, toute famille ayant un enfant malnutris récupéré bénéficie de 32 000 Fbu par mois et cela pendant 6 mois. Ce montant est donné pour que la famille initie de petites activités génératrices de revenus tout en s'approvisionnant en vivres afin d'éviter toute rechute à l'enfant.

Les mamans lumière sont motivées pour faire la mensuration des paramètres de l'enfant en vue de s'assurer de son évolution pendant 6 mois. Chaque mois un rapport est produit, puis remis à l'ONG Concern. Après les 6 mois, il se fait un autre dépistage de masse pour enrôler de nouveaux malnutris. C'est le PAM qui donne aux CDS des vivres à la fois pour les SSN et pour des distributions de masse au niveau des centres de santé aux mères allaitantes et aux femmes enceintes.

La proportion de cas de paludisme traités au niveau communautaire est aussi relativement élevée à Kirundo plus qu'ailleurs (44%). Au vu du nombre élevé de cas de paludisme dans la province, l'autorité sanitaire provinciale a pris l'initiative d'augmenter le nombre d'ASC chargés de soins. Ce qui est préoccupant ici, c'est le suivi de ces ASC dans un contexte où les supervisions formatives intégrées sont rares.

La proportion de Cas de VSBG à Muyinga (61%) référés et arrivés aux CDS dénote une mise en œuvre de programmes spécifiques dans ces provinces avec un encadrement adéquat des ASC sur ces thématiques.

Tableau 15: Taux de Consommation du Budget alloué aux prestations communautaires

N°	Provinces	Nombre de GASC	Plafond Subsidés mensuel	Facture Décembre 2018	%
1	GITEGA	55	34 160 100	16 339 900	47,8%
2	KAYANZA	38	25 170 600	12 455 000	49,5%
3	KIRUNDO	45	28 766 400	42 638 200	148,2%
4	MAKAMBA	32	19 776 900	11 736 400	59,3%
5	MUYINGA	45	28 167 100	29 080 500	103,2%
6	MWARO	26	15 581 800	4 656 100	29,9%
Total		241	169 601 900	116 906 100	68,9%

Le tableau ci-dessus indique que les provinces de Kirundo et Muyinga ont dépassé leur enveloppe mensuelle tandis que les provinces de Mwaro, Gitega et Kayanza ont consommé moins de 50% de leur budget.

VII.2. Principaux défis liés à la mise en œuvre du FBP Communautaire

- ✓ Manque des registres et fiches de collecte dans certains GASC d'une part et la disponibilité des outils inappropriés d'autre part ;
- ✓ Paquet incomplet pour la stratégie icCM : la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée n'est appliquée que dans certains Districts avec des ruptures en Amoxicilline dispersible et en Zinc souvent enregistrées ;
- ✓ Les CDS qui n'offrent pas d'intrants aux GASC amenant parfois des ASC à prester sans gants ;
- ✓ Faible implication des équipes cadre des BDS dans l'encadrement des CDS de façon générale et des activités du niveau communautaire en particulier ;
- ✓ Absence d'expérience des infirmiers points focaux dans l'encadrement des GASC ; ce qui pose souvent des problèmes là où le TPS n'arrive pas ;
- ✓ Les aspects logistiques et de motivation des encadreurs des GASC ne sont pas bien étudiés et risqueront bientôt de bloquer le suivi sur terrain des ASC ;
- ✓ Le nombre important des ASC impliqués dans la prise en charge des malades à domicile dans un contexte de rareté de missions de suivi ;
- ✓ Peu d'infirmiers et d'ASC ont été formés sur le Manuel des procédures FBP Communautaires ; ce qui entraîne de difficultés de collaboration sur terrain ;
- ✓ Les mamans lumière ne sont pas encore impliquées dans la mise en œuvre du FBP Communautaire: les sous-contrats ne sont pas encore signés.

VII.3. Principales recommandations

- ✓ Assurer l'harmonisation des registres synthèse pour les GASC ;
- ✓ Réaliser un plaidoyer pour la disponibilité des intrants et médicaments pour la stratégie icCM ;
- ✓ Assurer la mobilisation des financements pour garantir une mise en œuvre correcte du FBP Communautaire ;
- ✓ Faire un plaidoyer pour un financement par l'Etat des indicateurs communautaires pour éviter une mise à échelle de l'approche dans une logique projet ;
- ✓ Faire un plaidoyer pour un financement du fonctionnement des COSA ;
- ✓ Renforcer les capacités des ECD sur la supervision formative intégrée ;

- ✓ Renforcer le leadership des ECD, des titulaires des CDS et des points focaux en santé communautaire pour assurer un bon encadrement des Agents de santé Communautaire et des mamans lumière
- ✓ Assurer une coordination des partenaires dans l'encadrement des mamans lumière en veillant à ce qu'une approche systémique soit privilégiée par les intervenants dans la province ;
- ✓ Préparer la relève de l'action du PAM et de l'ONG Concern dès que la situation sur la sécurité alimentaire s'améliore (Implication des Mamans lumière dans l'organisation des FARN) surtout dans la province de Kirundo ;
- ✓ Renforcer les capacités des infirmiers points focaux de la santé communautaire sur le FBP Communautaire et les techniques d'encadrement.
- ✓ Assurer Appui des GASC par les centres de santé concernés en outils manquants ;
- ✓ Organiser des supervisions formatives intégrées et régulières intégrant les différents acteurs des aires de santé ;
- ✓ Assurer la disponibilité des intrants et médicaments pour la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée ;
- ✓ Assurer le suivi de la gestion des déchets issus de la prise en charge communautaire des cas.

CHAPITRE VIII : FINANCEMENT DE LA STRATEGIE FBP

VIII.1. Besoins, sources et gap de financement

Tableau 16 : Besoins, sources et gap de financement pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux au cours de l'année 2018

Sources de financement	Financement prévisionnel 2018 (Fbu)	Financement reçu en 2018 (Fbu)	% de financement reçu par rapport aux prévisions
Union européenne	24 941 698 687	25 640 185 634	102,80%
Banque Mondiale	22 652 790 273	21 343 086 988	94,22%
Gouvernement	21 589 097 602	15 736 550 292	72,89%
KFW via CORDAID	4 195 349 742	4 130 980 186	98,47%
TOTAL	73 378 936 304	66 850 803 100	91,10%

Les fonds prévus pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux (formations sanitaires, organes de régulation et autres entités, coûts opérationnels) par le Gouvernement et les PTFs pour l'année 2018 ont été utilisés à 91,10%.

Le dépassement des fonds prévus par l'union européenne via ENABEL sont liés à l'obtention d'un financement additionnel à partir de juillet 2018.

Le taux d'utilisation de 72,89% des fonds du Gouvernement est lié au changement de l'année fiscale qui va désormais de juillet à juin. Ainsi, le reste des fonds du Gouvernement sera utilisé au cours du premier semestre 2019.

VIII.2. Utilisation des budgets prévisionnels par Province

VIII.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 17 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel pour l'année 2018 (bonus qualité compris) au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)

PROVINCE	Prévision Année 2018	Utilisation Année 2018	Pourcentage
BUBANZA	2 767 323 292	2 346 431 841	84,79%
BUJUMBURA MAIRIE	5 859 012 119	9 465 086 730	161,55%
BUJUMBURA RURAL	3 472 246 351	2 258 713 530	65,05%
BURURI	2 324 623 417	2 142 077 374	92,15%
CANKUZO	1 782 069 906	1 085 210 999	60,90%
CIBITOKÉ	3 200 350 804	3 121 668 811	97,54%
GITEGA	5 486 254 729	5 636 868 198	102,75%
KARUSI	3 340 852 398	2 221 819 595	66,50%
KAYANZA	4 112 166 319	2 820 629 674	68,59%
KIRUNDO	4 709 071 305	2 894 919 548	61,48%
MAKAMBA	3 331 528 480	2 472 640 627	74,22%
MURAMVYA	2 247 574 931	1 172 214 687	52,15%
MUYINGA	4 723 105 243	3 834 970 505	81,20%
MWARO	2 096 722 106	1 323 212 654	63,11%
NGOZI	4 970 609 612	4 885 040 005	98,28%
RUMONGE	2 840 184 426	1 789 836 279	63,02%
RUTANA	2 552 482 675	1 848 754 385	72,43%
RUYIGI	2 853 683 681	2 487 798 214	87,18%
TOTAL	62 669 861 796	53 807 893 656	85,86%

Nota Bene : Au 31/03/2019, il n'existe aucun arriéré de paiement aux formations sanitaires au titre de l'année 2018.

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les fonds prévus en 2018 au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) ont été utilisés à **85,86%** (bonus de qualité compris) contre 81,95% pour l'année 2017.

Les Provinces de Bujumbura Mairie et Gitega ont dépassé leurs plafonds prévisionnels. Pour Bujumbura Mairie, cela est essentiellement lié à la présence des Hôpitaux Nationaux dans la ville de Bujumbura qui drainent les populations en provenance d'autres Provinces. Il en est de même pour la province de Gitega qui reçoit beaucoup de patients en provenance des provinces environnantes. D'autres provinces ont des taux d'utilisation inférieurs à 70% : il s'agit de Bujumbura rural, Cankuzo, Karusi, Kayanza, Kirundo, Muramvya, Mwaro, Rumonge et Rutana.

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

Tableau 18 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel pour l'année 2018 au niveau des Centres de Santé (bonus de qualité compris)

PROVINCE	Prévision Année 2018	Utilisation Année 2018	Pourcentage
BUBANZA	1 664 773 914	1 101 906 870	66,19%
BUJUMBURA MAIRIE	2 450 164 712	868 631 489	35,45%
BUJUMBURA RURAL	2 088 843 455	1 357 341 947	64,98%
BURURI	1 398 453 313	1 135 567 049	81,20%
CANKUZO	1 072 062 487	708 251 609	66,06%
CIBITOKÉ	1 925 275 788	1 676 516 588	87,08%
GITEGA	3 300 436 123	2 225 995 892	67,45%
KARUSI	2 009 799 122	1 527 387 222	76,00%
KAYANZA	2 473 808 260	1 592 830 260	64,39%
KIRUNDO	2 832 895 993	2 027 877 809	71,58%
MAKAMBA	2 004 190 014	1 357 779 181	67,75%
MURAMVYA	1 352 102 274	637 539 966	47,15%
MUYINGA	2 841 338 568	2 329 179 326	81,97%
MWARO	1 261 351 818	785 573 646	62,28%
NGOZI	2 990 232 924	2 418 985 972	80,90%
RUMONGE	1 708 605 914	1 298 214 951	75,98%
RUTANA	1 535 529 508	1 010 836 203	65,83%
RUYIGI	1 716 726 833	1 254 470 042	73,07%
TOTAL	36 626 591 019	25 314 886 022	69,12%

Nota Bene : Au 31/03/2019, il n'existe aucun arriéré de paiement au titre de l'année 2018.

Au niveau des Centres de Santé, le taux d'utilisation du budget FBP pour l'année 2018 est de **69,12%** contre 67,03% pour l'année 2017. Aucune Province n'a dépassé son enveloppe annuelle. Deux provinces ont eu un taux de consommation inférieur à 50% : il s'agit de Bujumbura Mairie (35,45%), et Muramvya (47,15%). 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 Muramvya, une partie de la population se fait soigner dans la province de Gitega.

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

Tableau 19 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel pour l'année 2018 au niveau des Hôpitaux (bonus de qualité compris)

PROVINCE	Prévision Année 2018	Utilisation Année 2018	Pourcentage
BUBANZA	1 102 549 378	1 244 524 971	112,88%
BUJUMBURA MAIRIE	3 408 847 407	8 596 455 241	252,18%
BUJUMBURA RURAL	1 383 402 896	901 371 583	65,16%
BURURI	926 170 105	1 006 510 325	108,67%
CANKUZO	710 007 419	376 959 390	53,09%
CIBITOKÉ	1 275 075 015	1 445 152 223	113,34%
GITEGA	2 185 818 606	3 410 872 306	156,05%
KARUSI	1 331 053 276	694 432 373	52,17%
KAYANZA	1 638 358 060	1 227 799 414	74,94%
KIRUNDO	1 876 175 312	867 041 739	46,21%
MAKAMBA	1 327 338 466	1 114 861 446	83,99%
MURAMVYA	895 472 658	534 674 721	59,71%
MUYINGA	1 881 766 675	1 505 791 179	80,02%
MWARO	835 370 288	537 639 008	64,36%
NGOZI	1 980 376 689	2 466 054 033	124,52%
RUMONGE	1 131 578 512	491 621 328	43,45%
RUTANA	1 016 953 167	837 918 182	82,39%
RUYIGI	1 136 956 848	1 233 328 172	108,48%
TOTAL	26 043 270 777	28 493 007 634	109,41%

Nota Bene : Au 31/03/2019, il n'existe aucun arriéré de paiement au titre de l'année 2018.

Le budget FBP des Hôpitaux pour l'année 2018 a été utilisé à **109,41% contre 106,67% en 2017**. Sept Provinces sur 18 ont dépassé leur enveloppe annuelle (Bubanza, Bujumbura Mairie, Bururi, Cibitoke, Gitega, Ngozi et Ruyigi). Pour Bujumbura Mairie, cette surconsommation est liée à une utilisation accrue des Hôpitaux Nationaux qui reçoivent des patients en provenance de plusieurs provinces. Par ailleurs, l'absence d'Hôpitaux de District dans la Mairie et le non respect du circuit de référence peut aussi expliquer cette situation. Les Hôpitaux de Gitega et Ngozi sont des Hôpitaux Régionaux qui drainent des populations d'autres Provinces. Les Provinces de Kirundo et Rumonge ont un taux d'utilisation inférieur à 50%. Pour Kirundo, cela peut s'expliquer par le fait qu'une partie de la population de Kirundo se fait soigner à l'Hôpital de Ngozi. Pour Rumonge, une partie importante de la population du District de Bugarama se fait soigner soit dans le District de Kabazi (Bujumbura Rural) ou en Mairie de Bujumbura.

VIII.3. Dépenses affectées aux indicateurs quantité versus qualité

VIII.3.1. Au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux (PMA+PCA)

Tableau 20 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des formations sanitaires (CDS et Hôpitaux)/Année 2018

Province	Quantité	Bonus/Malus Qualité	Total quantité+qualité	% Qualité
BUBANZA	2 079 857 618	266 574 223	2 346 431 841	11,36%
BUJUMBURA MAIRIE	7 641 266 396	1 823 820 334	9 465 086 730	19,27%
BUJUMBURA RURAL	1 954 011 516	304 702 014	2 258 713 530	13,49%
BURURI	1 870 653 396	271 423 978	2 142 077 374	12,67%
CANKUZO	1 042 481 250	42 729 749	1 085 210 999	3,94%
CIBITOKÉ	2 484 660 918	637 007 893	3 121 668 811	20,41%
GITEGA	4 654 695 436	982 172 762	5 636 868 198	17,42%
KARUSI	1 912 074 486	309 745 109	2 221 819 595	13,94%
KAYANZA	2 354 487 317	466 142 357	2 820 629 674	16,53%
KIRUNDO	2 469 159 499	425 760 049	2 894 919 548	14,71%
MAKAMBA	2 236 621 767	236 018 860	2 472 640 627	9,55%
MURAMVYA	1 045 379 384	126 835 303	1 172 214 687	10,82%
MUYINGA	3 261 712 972	573 257 533	3 834 970 505	14,95%
MWARO	1 081 593 477	241 619 177	1 323 212 654	18,26%
NGOZI	3 992 916 139	892 123 866	4 885 040 005	18,26%
RUMONGE	1 661 298 469	128 537 810	1 789 836 279	7,18%
RUTANA	1 645 024 446	203 729 939	1 848 754 385	11,02%
RUYIGI	2 311 241 029	176 557 185	2 487 798 214	7,10%
TOTAL	45 699 135 515	8 108 758 141	53 807 893 656	15,07%

Le bonus qualité obtenu par les formations sanitaires au cours de l'année 2018 représente **15,07%** de tous les fonds reçus par ces entités à travers le FBP, ce qui est loin des 40% prévu par le montage FBP. Cela peut s'expliquer par des malus obtenus par certaines FOSA ou des scores de qualité technique inférieurs à 70% dans d'autres FOSA. Ce taux a également baissé par rapport à 2017 où il était à 19,20%.

VIII.3.2. Au niveau des Centres de Santé (PMA)

Tableau 21 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des Centres de Santé pour l'année 2018

Province	Quantité	Bonus/Malus Qualité	Total quantité+qualité	% Qualité
BUBANZA	1 120 446 246	-18 539 376	1 101 906 870	-1,68%
BUJUMBURA MAIRIE	870 765 096	-2 133 607	868 631 489	-0,25%
BUJUMBURA RURAL	1 223 408 874	133 933 073	1 357 341 947	9,87%
BURURI	1 092 310 750	43 256 299	1 135 567 049	3,81%
CANKUZO	744 473 748	-36 222 139	708 251 609	-5,11%
CIBITOKÉ	1 377 042 748	299 473 840	1 676 516 588	17,86%
GITEGA	2 060 319 773	165 676 119	2 225 995 892	7,44%
KARUSI	1 398 682 347	128 704 875	1 527 387 222	8,43%
KAYANZA	1 421 009 883	171 820 377	1 592 830 260	10,79%
KIRUNDO	1 807 362 805	220 515 004	2 027 877 809	10,87%
MAKAMBA	1 339 533 837	18 245 344	1 357 779 181	1,34%
MURAMVYA	633 872 001	3 667 965	637 539 966	0,58%
MUYINGA	2 105 952 574	223 226 752	2 329 179 326	9,58%
MWARO	679 563 460	106 010 186	785 573 646	13,49%
NGOZI	2 130 580 931	288 405 041	2 418 985 972	11,92%
RUMONGE	1 223 716 863	74 498 088	1 298 214 951	5,74%
RUTANA	982 856 824	27 979 379	1 010 836 203	2,77%
RUYIGI	1 315 084 589	-60 614 547	1 254 470 042	-4,83%
TOTAL	23 526 983 349	1 787 902 673	25 314 886 022	7,06%

Au niveau des Centres de Santé, le bonus qualité obtenu en 2018 représente seulement **7,06%** 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 2018, plusieurs Centres de Santé ont été pénalisés par des malus de qualité (score de qualité global inférieur à 50%) notamment dans les provinces de Bubanza, Bujumbura Mairie, Cankuzo et Ruyigi ; d'autres n'ont pas obtenu le score de qualité global de 70% qui permet d'obtenir un bonus de qualité.

Ce taux a fortement baissé par rapport à 2017 où il était à 18,61%.

VIII.3.3. Au niveau des Hôpitaux (PCA)

Tableau 22 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des Hôpitaux pour l'année 2018

Province	Quantité	Bonus/Malus Qualité	Total quantité+qualité	% Qualité
BUBANZA	959 411 372	285 113 599	1 244 524 971	22,91%
BUJUMBURA MAIRIE	6 770 501 300	1 825 953 941	8 596 455 241	21,24%
BUJUMBURA RURAL	730 602 642	170 768 941	901 371 583	18,95%
BURURI	778 342 646	228 167 679	1 006 510 325	22,67%
CANKUZO	298 007 502	78 951 888	376 959 390	20,94%
CIBITOKI	1 107 618 170	337 534 053	1 445 152 223	23,36%
GITEGA	2 594 375 663	816 496 643	3 410 872 306	23,94%
KARUSI	513 392 139	181 040 234	694 432 373	26,07%
KAYANZA	933 477 434	294 321 980	1 227 799 414	23,97%
KIRUNDO	661 796 694	205 245 045	867 041 739	23,67%
MAKAMBA	897 087 930	217 773 516	1 114 861 446	19,53%
MURAMVYA	411 507 383	123 167 338	534 674 721	23,04%
MUYINGA	1 155 760 398	350 030 781	1 505 791 179	23,25%
MWARO	402 030 017	135 608 991	537 639 008	25,22%
NGOZI	1 862 335 208	603 718 825	2 466 054 033	24,48%
RUMONGE	437 581 606	54 039 722	491 621 328	10,99%
RUTANA	662 167 622	175 750 560	837 918 182	20,97%
RUYIGI	996 156 440	237 171 732	1 233 328 172	19,23%
TOTAL	22 172 152 166	6 320 855 468	28 493 007 634	22,18%

Au niveau des Hôpitaux ; **22,18%** des fonds FBP gagnés par les Hôpitaux au cours de l'année 2018 sont liés aux indicateurs qualité, ce qui est encore loin des 40% prévus mais largement supérieur à la situation des Centres de Santé.

VIII.4. Equité provinciale dans le paiement des FOSA

Tableau 23 : Répartition par tête d'habitant et par an des paiement FBP aux FOSA par province

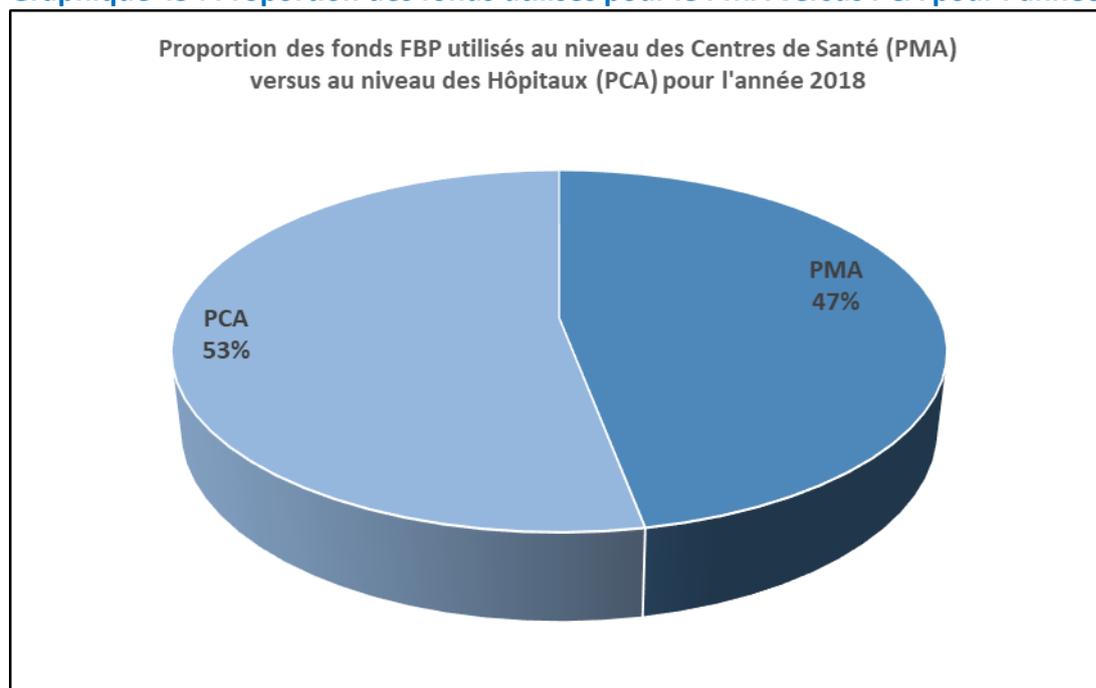
Province	Population 2018	Montant total FBP FOSA (Fbu)	Montant total FBP FOSA (USD)	Coût/capita/an (USD)
BUBANZA	520 371	2 346 431 841	1 295 655	2,49
BUJUMBURA MAIRIE	587 537	9 465 086 730	5 226 442	8,90
BUJUMBURA RURAL	629 162	2 258 713 530	1 247 219	1,98
BURURI	400 122	2 142 077 374	1 182 815	2,96
CANKUZO	282 622	1 085 210 999	599 233	2,12
CIBITOKÉ	599 777	3 121 668 811	1 723 727	2,87
GITEGA	777 662	5 636 868 198	3 112 572	4,00
KARUSI	552 942	2 221 819 595	1 226 847	2,22
KAYANZA	742 567	2 820 629 674	1 557 498	2,10
KIRUNDO	854 232	2 894 919 548	1 598 520	1,87
MAKAMBA	571 871	2 472 640 627	1 365 345	2,39
MURAMVYA	369 174	1 172 214 687	647 275	1,75
MUYINGA	837 726	3 834 970 505	2 117 598	2,53
MWARO	346 054	1 323 212 654	730 653	2,11
NGOZI	875 167	4 885 040 005	2 697 427	3,08
RUMONGE	451 265	1 789 836 279	988 314	2,19
RUTANA	371 795	1 848 754 385	1 020 847	2,75
RUYIGI	575 959	2 487 798 214	1 373 715	2,39
Total	10 346 007	53 807 893 656	29 711 703	2,87

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les paiements FBP aux formations sanitaires en 2018 (bonus qualité compris) représentent 2,8 USD/capita/an (au taux acheteur de la BRB au 19/03/2019 de 1 USD=1 811 Fbu). Des disparités s'observent entre les provinces avec deux provinces en dessous de 2 USD/capita/an à savoir Muramvya (1,75 USD/capita/an) et Bujumbura Rural (1,98 USD/capita/an). La Mairie de Bujumbura a reçu plus de ressources financières en fonction de sa population (8,90 USD/capita/an), ceci pouvant s'expliquer par la présence des Hôpitaux Nationaux accueillant des patients en provenance de plusieurs provinces. Il en est de même des provinces de Gitega (4 USD/capita/an) et Ngozi (3 USD/capita/an) qui comportent des Hôpitaux régionaux drainant les malades des provinces environnantes.

Des efforts en faveur d'une plus grande équité entre provinces sont à consentir.

VIII.5. Dépenses par paquet de services (PMA et PCA)

Graphique 45 : Proportion des fonds utilisés pour le PMA versus PCA pour l'année 2018



53% des fonds utilisés au niveau des formations sanitaires ont été orientés vers les Hôpitaux contre 47% pour les Centres de Santé. C'est la première fois depuis le début de la mise en œuvre du FBP en avril 2010 que le budget consommé par les Hôpitaux soit supérieur à celui consommé par les Centres de Santé. Il est à noter que le niveau communautaire a consommé un budget de 116 906 100 Fbu.

Tableau 24 : Proportion des fonds FBP utilisés au niveau du PMA et PCA de 2010 à 2018

Année	% PMA	% PCA
2010	62%	38%
2011	57%	43%
2012	61%	39%
2013	61%	39%
2014	56%	44%
2015	55%	45%
2016	52%	48%
2017	51%	49%
2018	47%	53%

Cette inversion des proportions d'utilisation des fonds FBP en faveur des hôpitaux observée en 2018 serait liée notamment :

- ✓ à la baisse de l'utilisation des services de santé au niveau des CDS suite au développement des prestations de prise en charge au niveau communautaire : en 2018, les agents de santé communautaire ont pris en charge 645 028 cas contre 76 820 cas en 2017 (source: DHIS2);
- ✓ à la baisse de 36,9% des cas de paludisme entre 2017 et 2018 alors que 96% des cas de paludisme sont pris en charge au niveau des Centres de Santé (source : données DHIS2 2017 et 2018) ;

- ✓ aux faibles scores de qualité globale au niveau des Centres de Santé ayant entraîné soit des malus de qualité ou l'absence de bonus de qualité.

Tableau 25 : Proportion du budget FBP PMA versus PCA au cours de l'année 2018

Province	PMA	PCA	PMA+PCA	% PMA Vs PCA
BUBANZA	1 101 906 870	1 244 524 971	2 346 431 841	46,96%
BUJUMBURA MAIRIE	868 631 489	8 596 455 241	9 465 086 730	9,18%
BUJUMBURA RURAL	1 357 341 947	901 371 583	2 258 713 530	60,09%
BURURI	1 135 567 049	1 006 510 325	2 142 077 374	53,01%
CANKUZO	708 251 609	376 959 390	1 085 210 999	65,26%
CIBITOKÉ	1 676 516 588	1 445 152 223	3 121 668 811	53,71%
GITEGA	2 225 995 892	3 410 872 306	5 636 868 198	39,49%
KARUSI	1 527 387 222	694 432 373	2 221 819 595	68,74%
KAYANZA	1 592 830 260	1 227 799 414	2 820 629 674	56,47%
KIRUNDO	2 027 877 809	867 041 739	2 894 919 548	70,05%
MAKAMBA	1 357 779 181	1 114 861 446	2 472 640 627	54,91%
MURAMVYA	637 539 966	534 674 721	1 172 214 687	54,39%
MUYINGA	2 329 179 326	1 505 791 179	3 834 970 505	60,74%
MWARO	785 573 646	537 639 008	1 323 212 654	59,37%
NGOZI	2 418 985 972	2 466 054 033	4 885 040 005	49,52%
RUMONGE	1 298 214 951	491 621 328	1 789 836 279	72,53%
RUTANA	1 010 836 203	837 918 182	1 848 754 385	54,68%
RUYIGI	1 254 470 042	1 233 328 172	2 487 798 214	50,42%
TOTAL	25 314 886 022	28 493 007 634	53 807 893 656	47,05%

Au cours de l'année 2018, les Hôpitaux ont plus bénéficié des fonds FBP que les Centres de Santé de manière globale ; mais dans 14 provinces sur 18, les Centres de Santé ont reçu plus de fonds que les Hôpitaux. C'est surtout la situation en Mairie de Bujumbura et dans la province de Gitega qui fait inverser la tendance car respectivement 91% et 61% des fonds FBP prévus pour ces deux provinces ont été consommés les Hôpitaux.

VIII.6. 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 :

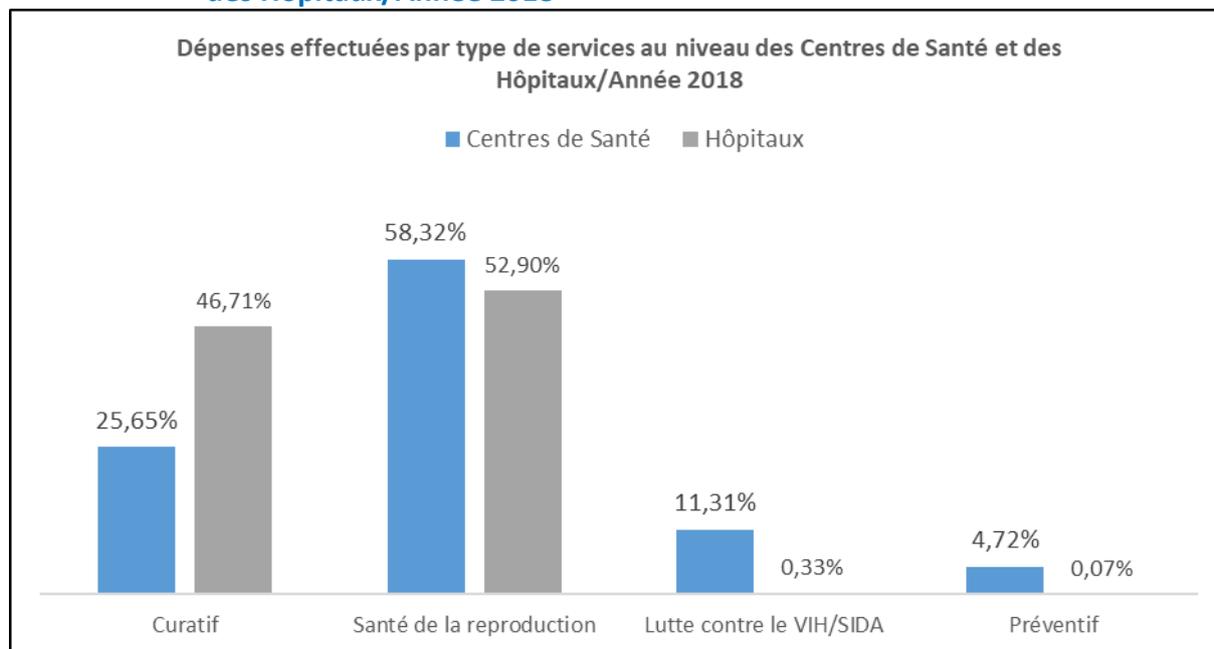
Tableau 26 : Répartition des indicateurs FBP par catégorie de services au niveau des Centres de Santé

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'hôpital
	7	Dépistage et PEC malnutrition chez les moins de 5 ans
	8	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris
Santé de la reproduction	9	Nouvelles Consultations Curatives 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 vaccinées
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 27 : 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 aiguë sévère avec complications
	6	Journée d'hospitalisation pour malnutrition aiguë 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 46 : Dépenses effectuées par type de services au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux/Année 2018



Aux niveaux des Centres de Santé, une part importante des dépenses FBP (58,32%) concerne les indicateurs en rapport avec la santé de la reproduction et 25,65% des dépenses sont liées aux indicateurs curatifs. Viennent ensuite les dépenses relatives aux indicateurs liés au VIH/SIDA (11,31%) et les indicateurs préventifs (4,72%).

Au niveau des Hôpitaux, les dépenses relatives aux indicateurs de santé de la reproduction sont les plus importantes (52,90%), puis viennent les indicateurs curatifs (46,71%), les indicateurs liés au VIH/SIDA (0,33%) et les indicateurs préventifs (0,07%).

Tableau 28 : Répartition des dépenses FBP au niveau des FOSA par type d'indicateurs

Type d'indicateur	PMA	%	PCA	%
Curatif	5 888 556 332	25,65%	10 215 299 826	46,71%
Santé de la reproduction	13 385 672 355	58,32%	11 568 100 040	52,90%
Lutte contre le VIH/SIDA	1 082 441 588	4,72%	14 350 000	0,07%
Préventif	2 596 942 469	11,31%	71 814 900	0,33%
Total	22 953 612 744	100,00%	21 869 564 766	100%

Nota bene : les totaux de ce tableau ne sont pas conformes aux tableaux sur les montants gagnés par les FOSA sur les indicateurs quantitatifs car certains indicateurs quantitatifs spécifiques aux Centres pour Handicapés et au Centre Neuropsychiatrique ne sont pas inclus dans l'analyse du tableau ci-dessus

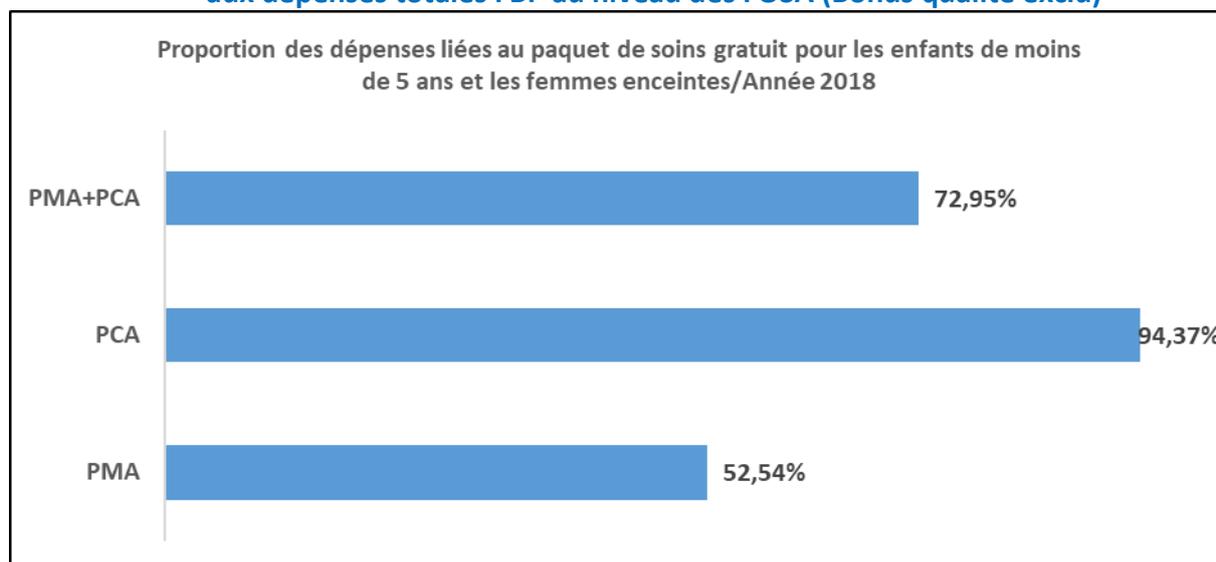
VIII.7. Dépenses affectées aux indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

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 29 : 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
Nouvelles Consultations Curatives Femme Enceinte	Nouvelles Consultations Curatives Femme Enceinte
Accouchement eutocique	Accouchement eutocique
Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë sévère sans complications médicales chez les de moins de 5 ans	Accouchement dystocique
	Césarienne
	Nouvelle consultation curative pour malnutrition aiguë sévère avec complications médicales chez les moins de 5 ans
	Journée d'hospitalisation pour malnutrition aiguë sévère avec complications médicales chez les moins de 5 ans

Graphique 47 : Proportion des dépenses liées au paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes pour l'année 2018 par rapport aux dépenses totales FBP au niveau des FOSA (Bonus qualité exclu)

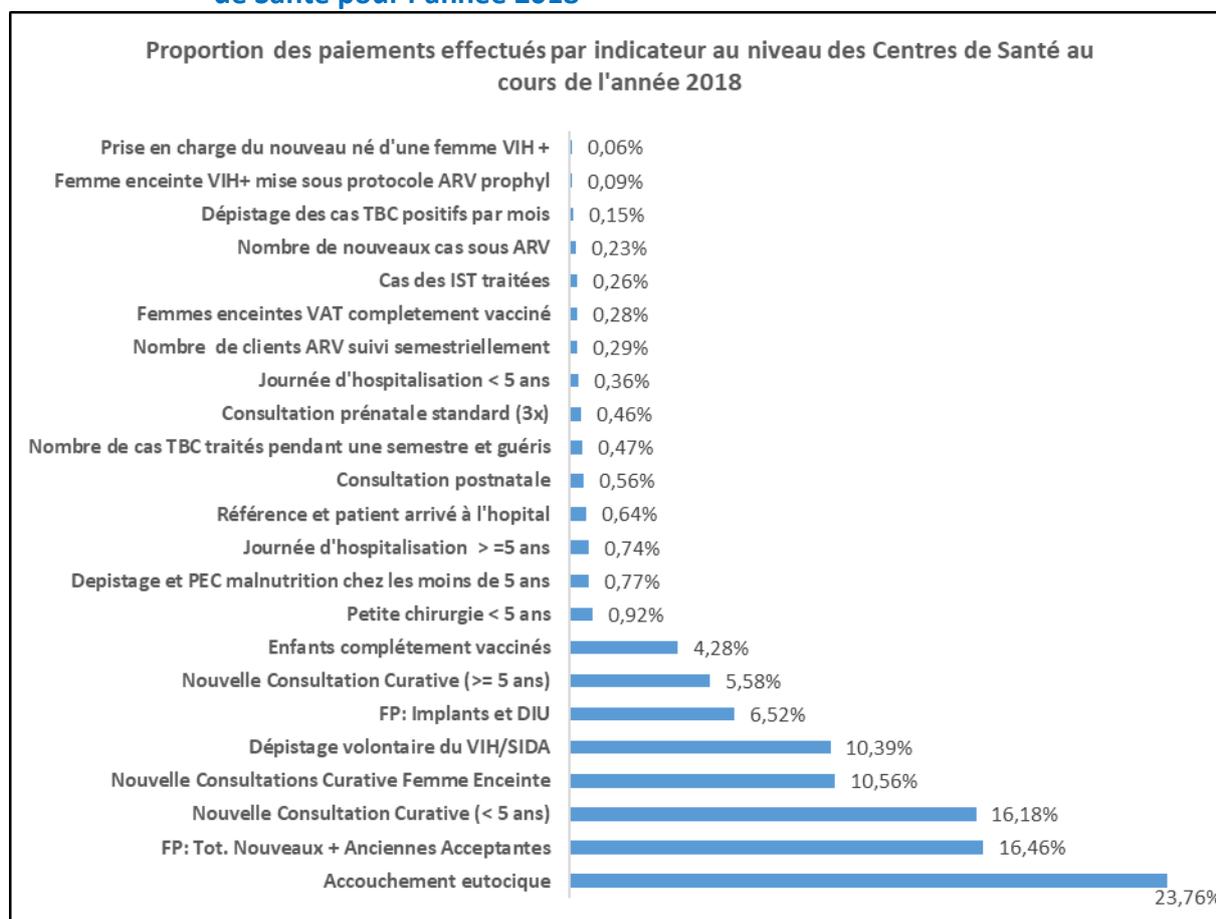


Les indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont bénéficié de 72,95% de tout le budget FBP des formations sanitaires (PMA+PCA) hors bonus qualité ; 52,54% du budget FBP au niveau des Centres de Santé (PMA) et 94,37% au niveau des Hôpitaux. Ces proportions sont quasi similaires à celles de 2017 qui étaient 72,73% (PMA+PCA) ; 53,97% (PMA) et 93,46% (PCA).

VIII.8. Paiements FBP par indicateur au cours de l'année 2018

VIII.8.1. Au niveau des Centres de Santé (PMA)

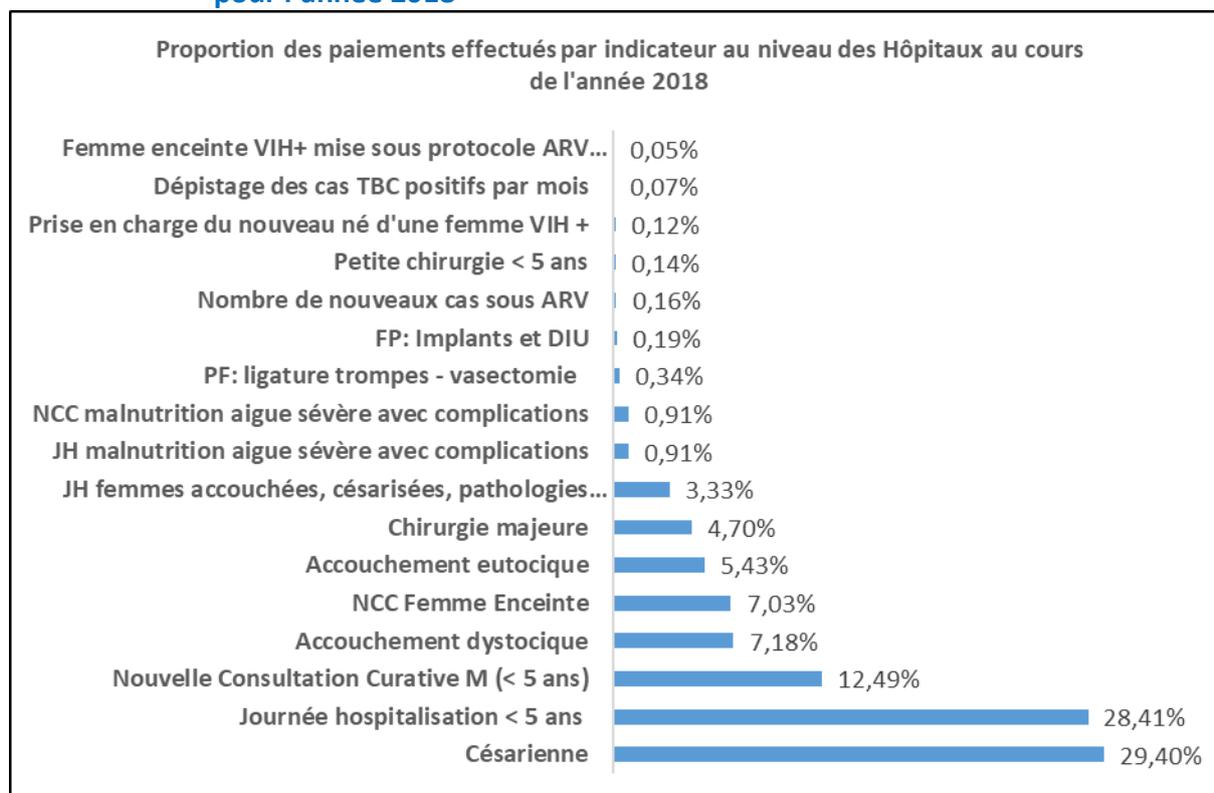
Graphique 48 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des Centres de Santé pour l'année 2018



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 2018 (23,76%) est en rapport avec l'indicateur accouchement eutocique, suivi des cas de nouvelles et anciennes acceptante de méthodes contraceptives (16,46%), les nouvelles consultations curatives pour les moins de 5 ans (16,18%), les nouvelles consultations curatives pour les femmes enceintes (10,56%), le dépistage volontaire du VIH (10,39%). Ces 5 indicateurs représentent à eux seuls 77,34% du budget FBP qui est allé vers les Centres de Santé (hors bonus de qualité).

VIII.8.2. Au niveau des Hôpitaux (PCA)

Graphique 49 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des Hôpitaux pour l'année 2018



Au niveau des Hôpitaux, la proportion la plus importante des paiements FBP effectués au cours de l'année 2018 (29,40%) est allée vers l'indicateur césarienne, suivi de l'indicateur journée d'Hospitalisation pour les moins de 5 ans (28,41%), nouvelle consultation curative des médecins pour les moins de 5 ans (12,49%), accouchement dystocique (7,18%) et nouvelle consultation curative des femmes enceintes (7,03%). Ces 5 indicateurs représentent à eux seuls 84,50% du budget FBP qui est allé au niveau des Hôpitaux (hors bonus de qualité).

VIII.8.3. Au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)

Graphique 50 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des formations sanitaires (CDS et Hôpitaux) au cours de l'année 2018



En regroupant ensemble les paiements effectués par indicateur en 2018 au niveau de toutes les formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux), l'on constate que la part importante (14,72%) est allée vers l'indicateur accouchement eutocique. 74,40% du budget alloué au FBP pour l'année 2018 au niveau des formations sanitaires ont été orientés vers 6 indicateurs : accouchement eutocique, nouvelles consultation curative des moins de 5 ans, césarienne, journée d'hospitalisation des moins de 5 ans, nouvelle consultation curative des femmes enceintes et PF nouvelles et anciennes acceptantes.

VIII.9. Subsidés des organes de régulation et autres entités (primes de performance)

Tableau 30 : Primes de performance pour les organes de régulation et autres entités pour l'année 2018 (en Fbu)

Organes de régulation	Montant annuel prévu	Montant annuel utilisé	Pourcentage
DGSSLS	73 645 440	73 645 440	100%
DGR	73 645 440	71 727 040	97,40%
DGP	73 645 440	73 645 440	100%
CT FBP	285 957 760	285 340 000	99,78%
PNSR	93 616 004	53 391 331	57,03%
BPS	576 018 012	531 373 871	92,25%
BDS	1 383 187 650	1 139 509 701	82,38%
CPVV Validation	214 643 000	213 234 624	99,34%
CPVV Vérification	1 009 800 000	998 962 690	98,93%
Associations locales (ASLO)	308 135 600	291 143 000	94,49%
Laboratoires EAPHLN	2 176 822 000	1 789 251 701	82,20%
Ecoles paramédicales	495 900 000	453 944 250	91,54%
TOTAL	4 092 294 346	3 731 973 137	91,20%

Les organes de régulation et les autres entités impliquées dans la mise en œuvre du FBP ont consommé 91,20% de leur budget prévisionnel FBP au cours de l'année 2018 comme l'indique le tableau ci-dessus ; contre 88,65% pour l'année 2017.

Pour le PNSR, il est à noter qu'au moment de la rédaction du présent rapport, le 4^e trimestre 2018 n'avait pas encore été évalué ni payé, ce qui explique le taux d'utilisation à 57%.

VIII.10. Autres dépenses liées à la mise en œuvre du FBP

Tableau 31 : Coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du FBP pour l'année 2018 (en Fbu)

Dépenses liées à la mise en œuvre du FBP	Gouvernement	Banque Mondiale	Union européenne	KFW via CORDAID	Total	%
Appui logistique aux CPVV (Location bureau, location véhicules et carburant pour la vérification, matériel bureautique, Maintenance équipements informatiques)	936 361 121	298 161 957		202 388 378	1 436 911 456	15,9%
Appui logistique et fonctionnement de la CT FBP		642 216 510			642 216 510	7,1%
Renforcement des capacités		214 938 981		19 568 200	234 507 181	2,6%
Salaires des membres de la CT FBP	44 100 000				44 100 000	0,5%
Salaires des experts appuyant le FBP		861 380 418	907 868 000	162 812 364	1 932 060 782	21,4%
Primes des vérificateurs fonctionnaires	541 075 975	457 886 715			998 962 690	11,1%
Salaires des vérificateurs fonctionnaires	399 600 000				399 600 000	4,4%
Salaires des vérificateurs contractuels		1 485 915 752		263 845 024	1 749 760 776	19,4%
Prime équipe de validation du CPVV		213 234 624		11 487 970	224 722 594	2,5%
Suivi et évaluation mise en œuvre FBP, audits techniques et financiers trimestriels		34 757 300	424 469 370		459 226 670	5,1%
Appui au niveau opérationnel pour la résolution des goulots d'étranglement			470 947 282		470 947 282	5,2%
Coûts opérationnels liés à la vérification (évaluation qualité hôpitaux par les pairs, évaluation hôpitaux nationaux, évaluations improvisées de la qualité technique des hôpitaux, évaluations des BPS, BDS, CPVV, EPM)		140 865 978			140 865 978	1,6%
Coût de la Conte vérification					0	0,0%
Coût de la vérification communautaire (paiement aux ASLO)		291 143 000			291 143 000	3,2%
Total	1 921 137 096	4 640 501 235	1 803 284 652	660 101 936	9 025 024 919	100%
Répartition par bailleur	21%	51%	20%	7%	100%	

Comme indiqué dans le tableau ci-dessus, au cours de l'année 2018, le projet KIRA de la Banque Mondiale a financé 51% des coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP, suivi du Gouvernement (21%), de l'Union européenne via ENABEL (20%) et de KFW via CORDAID (7%).

VIII.11. Dépenses globales pour la mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2018

Tableau 32 : Tableau récapitulatif des coûts liés à la mise en œuvre du FBP pour 2018

Structures de mise en œuvre	Montant annuel utilisé	Pourcentage
Centres de Santé (PMA)	25 314 886 022	37,87%
Hôpitaux (PCA)	28 493 007 634	42,62%
DGSSLS	73 645 440	0,11%
DGR	71 727 040	0,11%
DGP	73 645 440	0,11%
CT FBP (Primes de performance)	285 340 000	0,43%
PNSR	53 391 331	0,08%
Projet FBP Laboratoire (Paiement à 8 Hôpitaux et INSP)	1 789 251 701	2,68%
BPS	531 373 871	0,79%
BDS	1 139 509 701	1,70%
Sous total paiement aux structures	57 825 778 180	86,50%
Appui logistique aux CPVV (Location bureau, location véhicules et carburant pour la vérification, matériel bureautique, Maintenance équipements informatiques)	1 436 911 456	2,15%
Appui logistique et fonctionnement de la CT FBP	642 216 510	0,96%
Renforcement des capacités	234 507 181	0,35%
Salaires des membres de la CT FBP	44 100 000	0,07%
Salaires des experts appuyant le FBP	1 932 060 782	2,89%
Primes des vérificateurs fonctionnaires	998 962 690	1,49%
Salaires des vérificateurs fonctionnaires	399 600 000	0,60%
Salaires des vérificateurs contractuels	1 749 760 776	2,62%
Prime équipe de validation du CPVV	224 722 594	0,34%
Suivi et évaluation mise en œuvre FBP, audits techniques et financiers trimestriels	459 226 670	0,69%
Appui au niveau opérationnel pour la résolution des goulots d'étranglement	470 947 282	0,70%
Coûts opérationnels liés à la vérification (évaluation qualité hôpitaux par les pairs, évaluation hôpitaux nationaux, évaluations improvisées de la qualité technique des hôpitaux, évaluations des BPS, BDS, CPVV, EPM)	140 865 978	0,21%
Coût de la Conte vérification	0	0,00%
Coût de la vérification communautaire (paiement aux ASLO)	291 143 000	0,44%
Sous total coûts opérationnels	9 025 024 919	13,50%
TOTAL GENERAL	66 850 803 100	100,00%
TOTAL GENERAL EN USD	36 913 751	
Population 2018	10 346 007	
Coût per capita (Fbu)	6 462	
Coût per capita (USD)	3,57	

Comme l'indique le tableau ci-dessus, le coût total de mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2018 a été de 66 850 803 100 Fbu ; soit 36 913 751 USD (*au taux acheteur de la BRB au 19/03/2019 de 1USD=1 811 Fbu*). Pour l'année 2017, le coût de la mise en œuvre était de 51 781 520 286 Fbu, soit une hausse du budget de 29,10% de 2017 à 2018. Il est à noter que 80,49% des fonds FBP pour l'année 2018 sont allés au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) contre 13,50% pour les coûts opérationnels.

En 2018, le coût global de la mise en œuvre du FBP est de 3,57 USD per capita an.

Tableau 33 : Comparaison du coût de mise en œuvre du FBP de 2011 à 2018

Type de coût	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Coût total (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	64 747 931 311
Coût per capita Fbu	3 778	3 932	5 904	5 502	4 386	5 069	5 190	6 462
Coût per capita USD	3,02	2,62	3,88	3,57	2,81	3	2,95	3,57

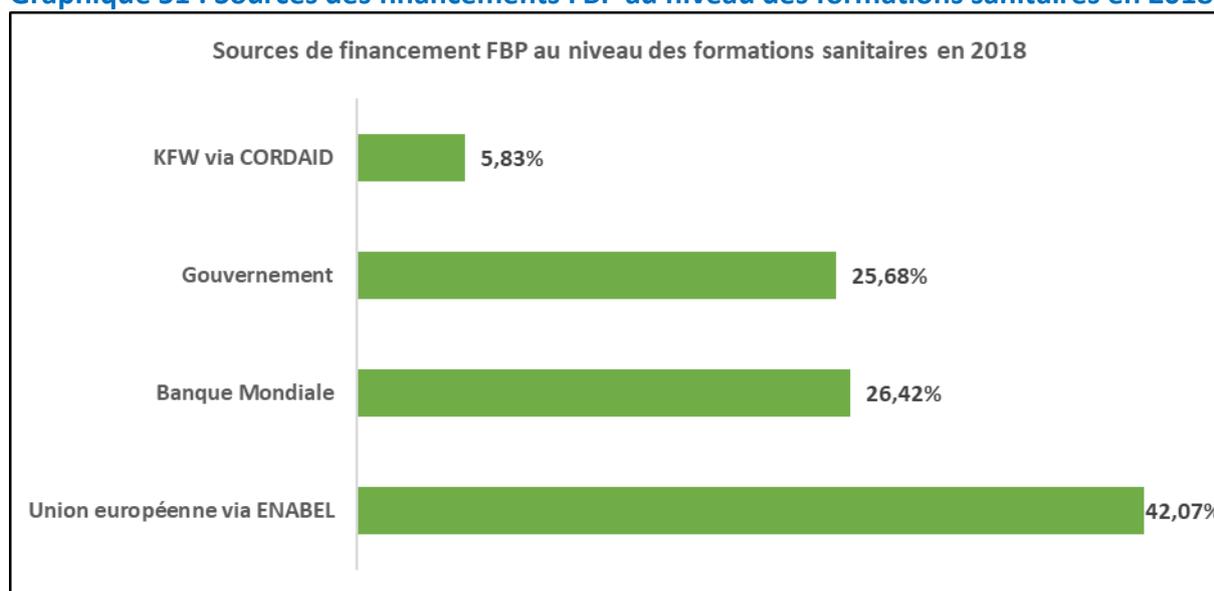
Le coût per capita de mise en œuvre du FBP en en USD a baissé de 2011 à 2012 avant de connaître un bond à 3,88 USD en 2013, suite essentiellement à la révision à la hausse des tarifs des indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2014, 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. En 2018, on note une évolution à la hausse jusqu'à 3,57 USD/capita/an.

VIII.12. Le cofinancement du FBP

Au cours de l'année 2018, les acteurs suivants ont participé au financement du FBP : le Gouvernement, la Banque Mondiale, la Commission européenne (via ENABEL) et la KFW via CORDAID.

VIII.12.1. Cofinancement du FBP au niveau des formations sanitaires

Graphique 51 : Sources des financements FBP au niveau des formations sanitaires en 2018



Comme l'indique le graphique ci-dessus, l'Union européenne via la Coopération Belge a financé 42,07% des fonds FBP payés aux formations sanitaires, suivi de la Banque Mondiale (26,42%), le Gouvernement (25,68%) et la KFW via CORDAID (5,83%).

En 2017, l'Union européenne avait contribué au paiement de 48,67% des factures FBP ; suivi de la Banque Mondiale (35,33%) et le Gouvernement (16%).

Tableau 34 : Répartition par partenaire des montants FBP payés aux formations sanitaires au cours de l'année 2018

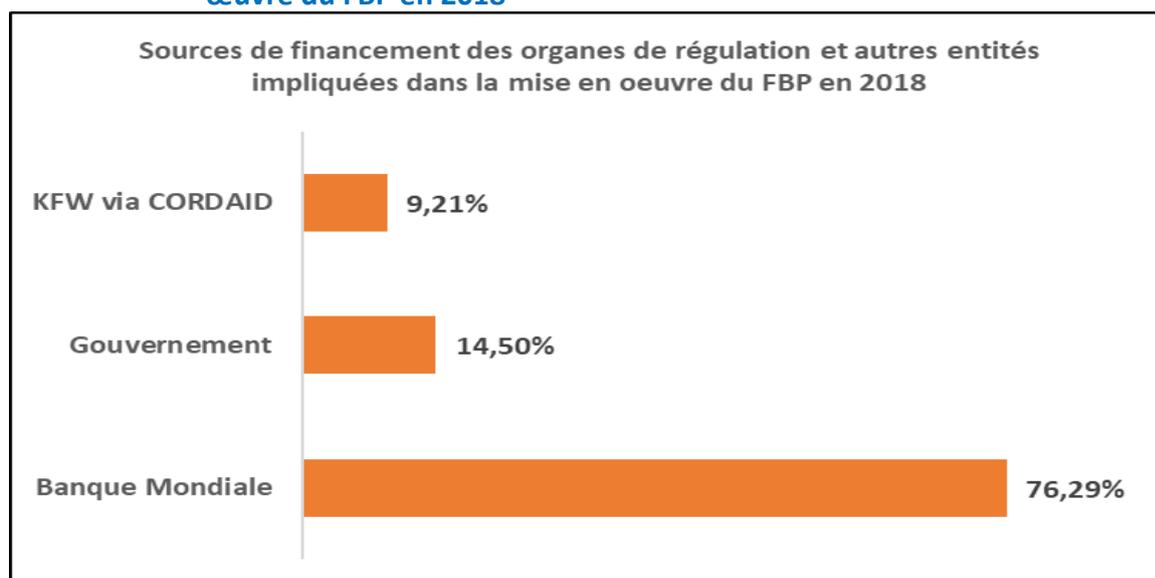
Source de financement	Montant en Fbu	%
Union européenne via ENABEL	22 637 003 817	42,07%
Banque Mondiale	14 216 988 628	26,42%
Gouvernement	13 815 413 196	25,68%
KFW via CORDAID	3 138 488 015	5,83%
Total	53 807 893 656	100%

Il est à noter que suite au changement de l'année fiscale au Burundi, le Gouvernement a prévu de financer 21 040 097 602 Fbu pour une période de 12 mois allant de juillet 2018 à juin 2019. Le montant payé par le Gouvernement couvre les factures FBP de la période de juin à décembre 2018. Le reste du montant prévu par le Gouvernement sera payé pour les factures de la période janvier à juin 2019.

VIII.12.2. 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, le PNSR, Ecoles paramédicales, les laboratoires, les BPS, les BDS, les CPVV et les associations locales (ASLO).

Graphique 52 : Sources des financements pour la mise en œuvre du FBP au niveau des organes de régulation et des autres entités impliquées dans la mise en œuvre du FBP en 2018



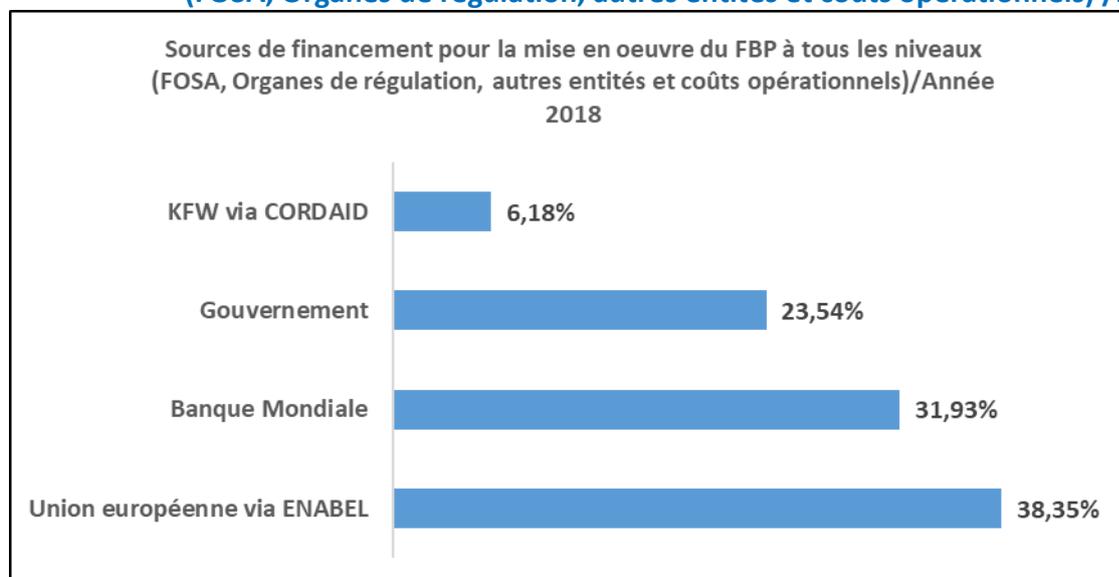
Les prestations des organes de régulation et des autres entités impliquées dans la mise en œuvre du FBP ont été payées en grande partie par le projet KIRA de la Banque Mondiale (77,39%). Vient ensuite le Gouvernement (14,71%) et KFW via CORDAID (7,90%).

Tableau 35 : Répartition par partenaire des montants FBP payés aux organes de régulation et autres entités impliquées dans la mise en œuvre du FBP en 2018

Source	Montant annuel (Fbu)	Pourcentage
Banque Mondiale	2 847 018 958	76,29%
Gouvernement	541 075 975	14,50%
KFW via CORDAID	343 878 204	9,21%
Total	3 731 973 137	100%

VIII.12.3. Cofinancement de la mise en œuvre du FBP (Formations sanitaires, entités de régulation et coûts opérationnels) pour 2018

Graphique 53 : Sources des financements pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux (FOSA, Organes de régulation, autres entités et coûts opérationnels) /2018



En intégrant tous les paiements effectués pour la mise en œuvre du FBP (FOSA, Organes de régulation, autres entités, coûts opérationnels), l'union européenne via ENABEL est la première source de financement du FBP/Gratuité pour l'année 2018 (38,35%), suivi de la Banque Mondiale (31,93%), du Gouvernement (23,54%) et CORDAID via le financement de la KFW (6,18%).

Tableau 36 : Répartition par partenaire des montants FBP utilisés à tous les niveaux en 2018 (FOSA, Organes de régulation, autres entités et coûts opérationnels)

Source de financement	Montant (Fbu)	Montant (USD)	Pourcentage
Union européenne via ENABEL	25 640 185 634	14 158 026	38,35%
Banque Mondiale	21 343 086 988	11 785 250	31,93%
Gouvernement	15 736 550 292	8 689 426	23,54%
KFW via CORDAID	4 130 980 186	2 281 049	6,18%
TOTAL	66 850 803 100	36 913 751	100%

Nota bene : 1 USD=1 811 Fbu (taux acheteur de la BRB au 19/03/2019)

VIII.13. Motivation financière des prestataires de soins

VIII.13.1. Au niveau des Centres de Santé

Tableau 37 : Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2018

Catégorie du personnel	Montant par individu (Fbu)	Montant par individu (USD)
Titulaire du CDS	120 406	66
Infirmier A2	97 654	54
Infirmier A3	88 210	49
Gestionnaire	86 526	48
Aide-Soignant	39 766	22
Personnel d'appui	38 407	21

Nota bene : 1 USD=1 811 Fbu (Source BRB)

Au cours de l'année 2018 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 **120 406 Fbu ; 97 654 Fbu et 88 210 Fbu**. Le niveau des primes en 2018 a baissé par rapport à 2017 où les primes mensuelles moyennes étaient respectivement de 161 873 Fbu ; 158 159 Fbu et 113 923 Fbu pour les trois catégories de personnel précitées.

VIII.13.2. Au niveau des Hôpitaux de District

Tableau 38 : Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2018

Catégorie du personnel	Montant par individu (Fbu)	Montant par individu (USD)
Directeur Hôpital	116 850	65
Directeur Administratif et Financier	90 183	50
Directeur Adjoint chargé des soins	109 277	60
Médecins Généralistes	100 424	55
Infirmiers Licenciés	105 847	458
Infirmiers A1	88 016	49
Infirmiers A2	82 481	46
Infirmiers A3	67 091	37
Personnel d'appui	38 378	21

Au cours de l'année 2018, au niveau des Hôpitaux de District, les Directeurs des Hôpitaux et les Médecins Généralistes ont reçu une prime de performance mensuelle moyenne respectivement de 116 850 Fbu et 100 424 Fbu. Comparativement à 2017, il y a une baisse des primes mensuelles moyennes pour les médecins généralistes (119 181 Fbu en 2017).

Pour les infirmiers des Centres de Santé (niveau A3), leur salaire moyen étant d'environ 200 USD, cette prime de performance représente en moyenne 18,5% 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 15,7% de leur salaire mensuel.

VIII.13.3. 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 2018.

Tableau 39 : Prime de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel à l'Hôpital Militaire de Kamenge en 2018

Catégorie du personnel	Montant par individu (Fbu)	Montant par individu (USD)
Directeur Général	329 893	182
Directeur Administratif et Financier	306 338	169
Directeur Adjoint chargé des soins	306 338	169
Médecins Spécialistes	204 574	113
Médecins Généralistes	122 668	68
Dentiste, Ingénieur, Master, Pharmacien	117 955	65
Infirmiers Licenciés	95 407	53
Infirmiers A1, Graduat	86 364	48
Infirmiers A2	58 838	32
Infirmiers A3	50 073	28
Personnel d'appui	31 604	17

Nota bene : 1USD=1 811 Fbu (Source BRB)

Tableau 40 : Prime de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel à au Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge en 2018

Catégorie du personnel	Montant par individu (Fbu)	Montant par individu (USD)
Directeur Hôpital	113 283	63
Directeur Administratif et Financier	110 400	61
Directeur Adjoint Chargé des Soins	114 750	63
Médecins spécialistes	Pas de médecin spécialiste	Pas de médecin spécialiste
Médecins généralistes	88 983	49
Infirmiers Licenciés	86 983	48
Infirmiers A1	66 916	37
Infirmiers A2	64 900	36
Infirmiers A3	50 183	28
Personnel d'appui	40 150	22

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

IX.1. Forces et Opportunités

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

- ✓ La volonté politique du Gouvernement qui se manifeste chaque année par une contribution au financement du FBP/Gratuité. **La contribution de l'Etat pour l'année fiscale juillet 2018 à juin 2019 s'élève à 21 040 097 602 Fbu, soit l'équivalent de 11 785 250 USD (aux taux de 1 USD=1 811 Fbu) ;**
- ✓ L'implication effective des partenaires techniques et financiers :
 - l'Union européenne qui est le premier contributeur au financement du FBP/Gratuité en 2018 avec un appui à hauteur de 38,35% des dépenses effectuées, va apporter un financement additionnel de 5 millions Euros pour la période de juillet à novembre 2019. Des négociations sont également en cours pour un autre financement de l'union européenne d'un montant de 27,5 millions d'euros pour la période allant de décembre 2019 à 2022 mais la décision n'est pas encore prise ;
 - la Banque Mondiale est le deuxième contributeur du financement du FBP/Gratuité en 2018 à hauteur de 31,93% des dépenses effectuées à travers le projet KIRA qui prendra fin en juin 2021 ;
 - la KfW a financé le FBP/Gratuité à hauteur de 6,18% des dépenses effectuées ;
 - GAVI Alliance va démarrer en 2019 l'appui au FBP/Gratuité à travers le projet KIRA de la Banque Mondiale pour un montant de 8,3 millions USD pour une période de deux ans ;
- ✓ A travers le FBP, une grande partie des ressources financières (80,49% en 2018) est utilisée par les formations sanitaires ;
- ✓ 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 pour 2019 et permettra une plus grande transparence et une amélioration plus accrue de la qualité des données ;
- ✓ Le couplage du FBP et de la Gratuité ciblée des soins qui permet un fonctionnement harmonieux des deux approches :
 - le FBP apporte à la gratuité des soins (i) son système de vérification et de validation qui permet d'éviter les risques de surfacturation et de fraudes au niveau des FOSA, (ii) un système de paiement régulier avec transfert direct des fonds sur les comptes bancaires des FOSA permettant à ces dernières de disposer de ressources financières en temps utile pour acheter les médicaments et autres intrants, (iii) un mécanisme pour améliorer la qualité des soins permettant aux bénéficiaires de la gratuité ciblée des soins d'avoir accès à des soins dont la qualité s'améliore de plus en plus;
 - la gratuité des soins de son côté apporte au FBP une dimension sociale et politique. En effet, la stratégie de gratuité ciblée est très appréciée des populations et des politiciens mais également PTF. La contribution importante du Gouvernement à la stratégie FBP/Gratuité est fortement liée à la composante gratuité des soins qui permet de mobiliser plus facilement des ressources financières, et notamment de la part de l'Etat, dont bénéficie le FBP.

IX.2. Contraintes et Faiblesses

Bien que le FBP/Gratuité 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 réalisés. La faiblesse dans la prise en charge clinique et le non respect ou la non utilisation des protocoles de prise en charge des pathologies sont encore observés au niveau des FOSA. Il est à noter également un manque au niveau national d'une stratégie nationale d'assurance qualité : **cette observation était également revenue lors du rapport annuel FBP/Gratuité 2017 mais un processus d'élaboration des référentiels de qualité au niveau communautaire, Centre de Santé et Hôpital de District est en cours de finalisation au moment de la rédaction du présent rapport. Ces outils permettront d'améliorer davantage la prise en charge clinique au niveau des FOSA périphériques ;**
- ✓ 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 et/ou ne sont pas correctement appliqués : **cette contrainte avait été relevée en 2017 mais aucune amélioration n'a été apportée en 2018 ;**
- ✓ Partogrammes non et/ou mal complétés par certaines FOSA voir même inexistantes pour certains cas d'accouchements;
- ✓ Absence de registres standards du SIS dans certaines FOSA;
- ✓ Le niveau d'investissement en faveur d'une amélioration de la qualité des soins au niveau des FOSA est insuffisant malgré la disponibilité des ressources financières et l'élévation des seuils de passation des marchés : en effet, les seuils de passation des marchés sont passés de 5 millions Fbu à 12,5 millions de Fbu. Cependant, certaines FOSA avaient tendance à privilégier des investissements liés aux constructions au lieu de se focaliser sur les équipements et autres matériels ayant un impact direct sur la qualité des soins mais le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA a donné aux FOSA des orientations claires à ce sujet ;
- ✓ Les indicateurs gratuité ne sont pas remboursés à leurs coûts réels. Cette situation entraîne des tensions de trésorerie au niveau des FOSA en général et des Hôpitaux en particulier. Le corollaire de cette situation est que la politique de gratuité cblée des soins n'est plus appliquée intégralement, les FOSA et surtout les Hôpitaux demandant souvent à leurs patients, pourtant bénéficiaires de la gratuité des soins, d'acheter eux-mêmes les médicaments et autres intrants nécessaires à leur prise en charge ;
- ✓ Faible encadrement/supervision des Centres de Santé et des Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) par les Bureaux de District Sanitaire ;
- ✓ Faible encadrement du niveau central du MSPLS à l'endroit des BPS et BDS ;
- ✓ 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 ; non disponibilité/ mauvais remplissage des outils de gestion, dépenses mal justifiées, procédures de décaissement non respectées ;
- ✓ L'insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau des formations sanitaires au regard des normes sanitaires, surtout dans les zones périphériques ;

- ✓ Problématique d'archivage des outils de collecte des données, des dossiers médicaux et des documents administratifs au niveau des formations sanitaires : ***il s'agit d'une contrainte qui revient dans les différents rapports annuels mais aucune action n'a été réalisée pour juguler cette situation ;***
- ✓ Faible participation des équipes cadres de district dans les réunions de planification des Centres de Santé, dans les audits cliniques au niveau des hôpitaux et dans les réunions du comité de gestion de l'hôpital ;
- ✓ Persistance de ruptures de stock de médicaments et consommables médicaux au niveau de la CAMEBU et de certaines FOSA ;
- ✓ Insuffisance 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 étude des coûts de soins est prévue en 2019 en vue d'actualiser cette tarification ;***
- ✓ Manque des registres du SIS Communautaire et des fiches de collecte dans certains GASC d'une part et la disponibilité des outils inappropriés d'autre part ;
- ✓ Paquet incomplet pour la stratégie de prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire (iCCM) par les agents de santé communautaire : la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée n'est appliquée que dans certains Districts avec des ruptures de stock en Amoxicilline dispersible et en Zinc souvent enregistrées ;
- ✓ Le nombre très élevé (au-delà des recommandations du MSPLS) des ASC impliqués dans la prise en charge des malades à domicile dans certaines provinces comme Kirundo posant le problème de qualité de ces prises en charge dans un contexte d'insuffisance d'encadrement des agents de santé communautaire.

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

- ✓ Insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre du FBP/Gratuité : un gap de financement d'environ 55 millions USD pour la période 2019 à 2021 a été objectivé ;
- ✓ Faible capacité d'analyse des données générées par le FBP/Gratuité à tous les niveaux ;
- ✓ 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 : ***cette faiblesse avait été également relevée dans le rapport annuel FBP 2017 et une solution est envisagée en 2019 avec la digitalisation des grilles d'évaluation ;***
- ✓ Mauvaise compréhension de la définition des indicateurs par les prestataires surtout la CPN, la CPoN et le VAT2-5 avec comme conséquence une mauvaise déclaration des cas ;
- ✓ Faible capacité d'analyse et d'utilisation des résultats des enquêtes communautaires par les BPS/BDS et par les FOSA ;
- ✓ Les résultats des enquêtes communautaires ne sont pas restitués aux FOSA et/ou ASLO par manque de moyens financiers ;
- ✓ Absence de formation/recyclage à l'endroit des associations locales (ASLO) en charge des enquêtes communautaires ;
- ✓ Absence de connexion Internet dans certains CPVV ;
- ✓ Absence de ressources matérielles (matériel et fournitures de bureau, véhicules, etc) pour certains CPVV.

CHAPITRE X : RECOMMANDATIONS

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

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

- ✓ Réviser les grilles d'évaluation de la qualité technique des FOSA à la lumière des référentiels de qualité en cours d'élaboration au niveau de la direction de l'offre et de la demande de soins ;
- ✓ Elaborer les grilles d'évaluation de la qualité des FOSA à utiliser lors des concours de qualité en vue de stimuler l'amélioration de la qualité des soins ;
- ✓ Former/recycler les associations locales chargées de réaliser les enquêtes communautaires ;
- ✓ Assurer une analyse des données générées par la mise en œuvre du FBP/Gratuité depuis 2010 pour documenter les forces et contraintes en vue d'apporter des améliorations ;
- ✓ Renforcer les capacités d'analyse des résultats des enquêtes communautaires au niveau des BPS, BDS et CPVV ;
- ✓ Former/recycler les vérificateurs des CPVV sur les indicateurs quantité contractualisés au niveau des FOSA et des GASC, les grilles d'évaluation de la qualité technique au niveau des FOSA et des GASC, les fiches d'enquête communautaire des prestations des FOSA et des GASC ;
- ✓ Assurer le suivi de la mise en place d'une interopérabilité entre la base de données FBP et le DHIS2 ;
- ✓ Assurer le suivi du processus de digitalisation des grilles d'évaluation de la qualité technique au niveau des FOSA et des grilles d'enquêtes communautaires.

X.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) ;
- ✓ Documenter les capacités des BDS à encadrer efficacement les FOSA en termes de ressources humaines, moyens logistiques et financiers, nombre de FOSA à couvrir (DGSSLS) ;
- ✓ Mobiliser des ressources financières pour renforcer les capacités et appuyer le fonctionnement des BDS afin qu'ils assurent efficacement leur mission d'encadrement et de supervision des Centres de Santé et Hôpitaux de District (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Réaliser une étude des coûts des soins de santé (Direction Générale de la Planification) ;
- ✓ Revoir à la hausse les tarifs des indicateurs gratuité contractualisés dans le cadre du FBP sur base des résultats de l'étude d'actualisation des coûts des soins de santé (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Actualiser les tarifs de toutes les prestations médicales et paramédicales sur base des résultats de l'étude d'actualisation des coûts des soins de santé (Cabinet du MSPLS) ;
- ✓ Assurer le suivi de la réalisation des investissements des formations sanitaires en vue d'améliorer l'offre de soins (DGR) ;
- ✓ Finaliser l'élaboration des référentiels de qualité du niveau communautaire, Centre de Santé et Hôpital de District (DODS) ;
- ✓ Rendre disponible au niveau des FOSA 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) ;

- ✓ 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) ;
- ✓ Renforcer les capacités en gestion financière au niveau des BPS, BDS et FOSA (DGR) ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments au niveau de la CAMEBU (DPML) ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des FOSA en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments (DPML) ;
- ✓ Recruter le personnel qualifié en conformité avec les normes sanitaires au niveau des FOSA (DRH) ;
- ✓ Mobiliser des ressources financières pour le renforcement des capacités d'analyse des données générées dans le cadre du FBP/Gratuité et du FBP Communautaire au niveau de la CT FBP, des BPS et BDS (DGSSLS et DGR) ;
- ✓ Renforcer l'encadrement des BPS et BDS par les services et programmes du niveau central du MSPLS ;
- ✓ Réaliser un plaidoyer pour la disponibilité des intrants et médicaments pour la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée au niveau communautaire (DODS) ;
- ✓ Assurer le respect du nombre d'agents de santé communautaire impliqués dans la prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire (DODS) ;
- ✓ Elaborer une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel FBP/Gratuité 2018 après concertation avec les différentes entités concernées (DGP).

X. 3. A l'endroit des BDS et BPS

- ✓ Assurer l'encadrement des FOSA dans l'élaboration de leurs plans d'action annuel et semestriel ;
- ✓ Assurer une participation effective des équipes cadres des BDS dans les réunions de planification des Centres de Santé, dans les audits cliniques au niveau des hôpitaux et dans les réunions du comité de gestion de l'hôpital ;
- ✓ Assurer la disponibilité des registres du SIS au niveau des FOSA et des registres du SIS Communautaire au niveau des GASC ;
- ✓ Appuyer les FOSA dans l'archivage correct des outils de collecte des données, des dossiers médicaux et des documents administratifs et financiers ;
- ✓ Renforcer les supervisions formatives et l'encadrement des formations sanitaire.

X. 3. A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers

- ✓ Poursuivre le financement du FBP/Gratuité et du FBP Communautaire et mobiliser des ressources financières additionnelles ;
- ✓ Assurer au MPPLS un appui technique pour la mise en œuvre efficiente du FBP/Gratuité au niveau des FOSA, des organes de régulation et autres entités de mise en œuvre ainsi qu'au niveau communautaire ;
- ✓ Assurer un appui technique et financier pour renforcer le système de santé dans son ensemble.

CONCLUSION

Le Burundi a une longue expérience de mise en œuvre du FBP au niveau des FOSA, des organes de régulation, des écoles paramédicales et des laboratoires de biologie médicale. En 2020, le pays va célébrer le dixième anniversaire de généralisation de l'approche FBP à l'échelle nationale. Des avancées notables sont objectivées notamment en matière d'utilisation des services de santé, d'amélioration de certaines dimensions de la qualité des soins et de renforcement des piliers du système de santé de manière globale. Des défis persistent surtout en terme de qualité des soins, de gestion financière et comptable, d'encadrement et de supervision des FOSA, et de financement de l'approche FBP/Gratuité.

Le FBP seconde génération a démarré en 2017 avec un focus sur le renforcement de la qualité des soins. Cependant, le niveau de qualité des soins n'est pas encore satisfaisant surtout en terme de prise en charge clinique. Des réflexions ont été menées pour améliorer la qualité des soins ; et l'une des approches retenue est l'organisation des concours qualité sur base d'outils permettant de mieux objectiver certaines dimensions de la qualité telles que la compétence du personnel (à l'aide de vignettes), l'hygiène et la gestion des déchets biomédicaux, l'interview des patients à la sortie des FOSA (exit interview), le leadership et management, la disponibilité des médicaments et autres intrants ainsi que la disponibilité des ressources humaines. De plus, le MSPLS est entrain d'élaborer des référentiels de qualité du niveau communautaire, des Centres de Santé et de l'Hôpital de District sur lesquels les prestataires vont se baser pour améliorer la qualité des soins et sur base desquels les différents outils d'évaluation de la qualité au niveau des FOSA vont être élaborés.

La gestion financière et comptable est relevée systématiquement par différentes missions de supervision et d'audits comme étant un goulot d'étranglement important au niveau des FOSA. De plus, les BDS n'encadrent pas suffisamment les FOSA faute de capacités techniques et de moyens logistiques. Un appui aux BDS et un renforcement des capacités en gestion financière et comptable en faveur des FOSA du niveau périphérique se posent en termes de priorité.

Le couplage FBP/Gratuité ne peut réussir que si les indicateurs gratuité sont remboursés à leurs coûts réels, ce qui n'est pas le cas actuellement. Une révision à la hausse des tarifs des indicateurs gratuité sur base d'évidences scientifiques doit être menée.