

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

PROJET KIRA : FINANCEMENT ADDITIONNEL

PLAN DES PEUPLES AUTOCHTONES BATWA



BUJUMBURA, SEPTEMBRE 2020

EXECUTIVE SUMMARY

Context of the project

1. In order to continue activities related to the FBP-Free, the Health Support Project -KIRA will receive additional funding over a four-year period (2021-2025). The Updated Aboriginal Peoples Planning Framework is being made in the context of obtaining this additional funding. It should be remembered that the KIRA Project started in June 2017 and runs until June 2021. During the implementation it was found that some components saw the budget exhausted. That is why the additional funding is necessary.
2. KIRA project is aligned with the new vision of the health sector in Burundi (policy national of health 2016-2025) that promotes a free-FBP of second generation program. The idea of the second generation is a response to the findings on malnutrition, the modest quality of health services, the problems related with the paramedic training, the low level of community health policy).
3. KIRA project has four components namely (I) payment of gratuity and the performance of providers of health services with four sub-components. The component (II) support to the implementation of FBP/free also has three sub-components while the component (III) covers the strengthening of providers and services newly incorporated into the program. Component 4: Emergency Response Component (SSRC) - US\$0.00 27. A CRSU will be included in the proposed project in accordance with the Operational Policy (PO) 10.00 paragraphs 12 and 13, for projects in Urgent Need for Assistance or Capacity Constraints. This will allow a rapid reallocation of project funds in the event of a natural or man-made disaster or crisis that has caused, or is likely to cause, an imminent negative economic and/or social impact.
4. The component 2.C will support to the promotion of demand from the communities and the activities of social and environmental safeguards. This component as the opportunities of working with vulnerable groups including the Batwa through specific social backups interventions including assistance to the Batwa people for better access to health services.
5. Concretely the KIRA project will provide funds for the same type of activities and the PADSS including project through the implementation of the agreement signed between the MSPLS and the UNIPROBA to increase the demand for services, the promotion of healthy behaviours, and to help particularly vulnerable groups including the Batwa, access to the health care and social rights in the same way as other citizens.
6. The sociological study carried out in 2009 has developed the major obstacles to access to health care to vulnerable in connection with including (i) the absence or lack of means of production (land, livestock, tool), access to capital (ii) a cycle of debt with loan sharks huge up to 200% rates, (iii) (food, shelter, clothing) basic unmet needs (iv) very poor access to health services education and drinking water (v) exclusion, exclusion and discrimination, secular for the Batwa nomadism (vi), (vii) no representation of the vulnerable in the management of health facilities (viii) administrative constraints (lack of administrative documents giving access to health care), (ix) illiteracy (x) difficult access to information.

Direct beneficiaries of the project

7. All pregnant women and all children under 5 years without exception would be affected by the project including vulnerable groups including the Batwa. Thus, the number of beneficiaries reach 2.32 million in 2017 and 2.55 people by 2021, or a little less than a quarter of the population of Burundi. Girls, adolescent girls and women represent 62% of the beneficiaries of the project. KIRA
- 8 .The project will put a special focus on the Batwa view their situation of extreme vulnerability. Indeed, Batwa are a very minority social group. They live in a kind of social inferiority, marginalized and discriminated against by the company are estimated at 1% of the population of Burundi. The Batwa feel a need of economic support in view of their social conditions and very difficult economic characterized by a lack of arable land, lack of livestock, dilapidated habitats, glaring in the household, frequent disease malnutrition and a lack of means for the schooling of children.

Fundamentals raisons for developpement of Batwa community

9. This policy contributes to the mission of reduction of poverty and promotion of sustainable development pursued by the World Bank by guaranteeing a process of development that respects fully the dignity, human rights, economic systems and cultures of indigenous peoples. The of the Bank will be funding that, if during the consultation free and based on the communication of the information necessary to make an opinion, the project gets massive support in the community on the part of the populations.
10. Such projects financed by the Bank include measures: has) to avoid a potential negative impact on Aboriginal communities; or (b) If this is not possible, to mitigate, minimize or compensate for these effects. The projects financed by the Bank are also designed to ensure that culturally appropriate indigenous people that benefit the female population as in the male population and all generations.

Process of consultation with the Batwa

11. The OP 4.10 requires a consultative process prior, free, and based on the communication of the information required at each stage of the preparation and execution of the project, with Aboriginal people affected by the project and its activities. This framework will be integral part of all stages of implementation of the project of KIRA. Beneficiaries will receive information about the project so that they are able to make decisions freely and without coercion, intimidation or manipulation. The process of consultation will take place at the provincial level and refunds at the communal level. It is necessary to mention that the Batwa will elect them - their delegated.

Capacity-building

12. The strengthening of skills for the Batwa their specific needs may also contribute to the involvement of the latter in the implementation of this policy. A training plan will be developed after consultation with beneficiaries about their priorities in training.

13. Once the available training plan the planning of training sessions will be organized and discussed with the beneficiaries, taking into account their availability, and especially the complementarity with other stakeholders (including IDA projects) to ensure a broad participation of the beneficiaries. This strategy will allow to make economies of scale in terms of finance.

14. Budget

15. The budget consists of two aspects (i) Executive Agency (ii) and the stimulation of demand as part of Implementation of the project KIRA. The executing agency will carry out activities in connection with the distribution of the CAM, the awareness of the Batwa to use health facilities. As for the stimulation of demand, the DPSHA will put a special focus on behavior change of the population about the disease and especially the use of health facilities.

RESUME EXECUTIF

Contexte du Projet KIRA

1. En vue de poursuivre les activités en rapport avec le FBP-Gratuité, le projet d'Appui au Système de Santé -KIRA va bénéficier d'un financement additionnel sur une période de quatre ans (2021-2025). L'actualisation du Plan des Peuples Autochtones se réalise dans le contexte de l'obtention de ce financement additionnel. Il y a lieu de rappeler que le Projet KIRA a démarré en juin 2017 et court jusqu'au mois de juin 2021. Au cours de la mise en œuvre il a été constaté que certaines composantes ont vu le budget épuisé. D'où alors un financement additionnel pour poursuivre les activités phares du programme FBP-Gratuité et renforcer par conséquent le système de santé du Burundi.
2. L'orientation générale dans le cadre de l'obtention du financement additionnel est de respecter la structure du projet KIRA initial. Les composantes et les objectifs de développement du projet doivent être respectés. Il en est de même pour les cibles. Seuls les indicateurs liés aux activités en rapport avec l'équipement des laboratoires et ceux en rapport avec les violences sexuelles basées sur le genre devront être ajoutés. Les politiques opérationnelles de sauvegardes sociales doivent être inchangées.
3. Le projet KIRA est aligné sur la nouvelle vision du secteur de la santé au Burundi (Politique Nationale de Santé 2016-2025) qui fait la promotion d'un programme de Gratuité-FBP de seconde génération. L'idée de la seconde génération est une réponse face aux constats portant notamment sur la malnutrition, la modeste qualité des services de santé, les problèmes en rapport avec la formation paramédicale, le faible niveau de la politique de la santé communautaire...).
4. Le Projet KIRA a quatre composantes à savoir (i) paiement de la Gratuité et de la performance des prestataires de services de santé avec quatre sous composantes. La composante (ii) appui à la mise en œuvre du FBP/Gratuité a aussi trois sous-composantes tandis que la composante (iii) porte sur le renforcement des prestataires et des prestations nouvellement intégrées au programme FBP. (vi) Composante de Réponse en Situation d'Urgence (CRSU) - 0,00 dollar américain 27. Une CRSU sera incluse dans le projet proposé conformément à la Politique Opérationnelle (PO) 10.00 paragraphes 12 et 13, pour les

projets en Situation de Besoin Urgent d'Assistance ou de Contraintes de Capacité. Cela permettra une réaffectation rapide des fonds du projet en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme ou de crise qui a causé, ou risque de causer d'une manière imminente, un impact économique et / ou social négatif important. Il y a lieu de noter qu'avec le financement additionnel, le projet Kira va intégrer les aspects en rapport avec les violences basées sur le genre et ceux liés aux activités de laboratoire. Cette intégration résulte de la fin des projets qui s'occupaient de ces aspects.

5. La sous composante 2.C porte sur l'appui à la promotion de la demande auprès des communautés et aux activités de sauvegardes sociales et environnementales. Cette sous composante offre les opportunités de travailler avec les groupes vulnérables dont les Batwa à travers les interventions spécifiques aux sauvegardes sociales notamment l'assistance aux populations Batwa pour mieux accéder aux services de santé.
6. Concrètement le projet KIRA apportera des fonds pour le même type d'activités que pour le projet parent PADSS notamment à travers la mise en œuvre de la convention signée entre le MSPLS et l'UNIPROBA pour accroître la demande des services, la promotion des comportements sains, et aider particulièrement les groupes vulnérables dont les Batwa, à accéder aux soins de santé et aux droits sociaux au même titre que les autres citoyens.
7. L'étude sociologique réalisée en 2009 a développé les obstacles majeurs d'accès aux soins envers les groupes vulnérables en rapport avec notamment (i)l'absence ou le manque de moyens de production (terre, bétail, outil), d'accès au capital (ii)Un cycle d'endettement avec des taux usuriers énormes jusqu'à 200% ,(iii) des besoins de base (nourriture, logement, habillement) non satisfaits (iv) le très faible accès aux services de santé, d'éducation et d'eau potable (v) exclusion, auto-exclusion et discrimination,(vi)Nomadisme séculaire pour les Batwa,(vii) Non représentativité des vulnérables dans les organes de gestion des formations sanitaires (viii) Contraintes d'ordre administratif (manque de documents administratifs donnant accès aux soins de santé), (ix)Analphabétisme(x) Accès difficile à l'information

Bénéficiaires directs du projet

8. Toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 5 ans sans exception seraient touchés par le projet y compris les Groupes vulnérables dont les Batwa. Ainsi, le nombre de bénéficiaires atteindra 2,32 millions de personnes en 2017 et 2,55 personnes en 2021, soit un peu moins du quart de la population du Burundi. Les filles, les adolescentes et les femmes représentent 62% des bénéficiaires du projet KIRA.
9. Dans le cadre de la mise en œuvre des sauvegardes sociales,le projet KIRA mettra un focus particulier sur les Batwa étant donné leur situation d'extrême vulnérabilité. En effet, les Batwas constituent un groupe social très minoritaire. Ils sont estimés à 1% de la population du Burundi et vivent dans une sorte d'infériorité sociale, marginalisés et discriminés par la société. Les Batwa éprouvent un besoin de soutien économique au regard de leurs conditions sociales et économiques très difficiles caractérisées par un manque de terres cultivables, un manque de bétail, des habitats délabrés, une malnutrition criante dans les ménages, des maladies fréquentes et un manque de moyens pour la scolarisation des enfants.

Raisons fondamentales de se focaliser sur les Batwa.

10. La présente politique contribue à la mission de réduction de la pauvreté et de promotion d'un développement durable poursuivie par la Banque Mondiale en garantissant un processus de développement qui respecte pleinement la dignité, les droits de la personne, les systèmes économiques et les cultures des Populations autochtones. Le financement de la Banque ne sera accordé que, si lors de la consultation libre et fondée sur la communication des informations nécessaires à se faire une opinion, le projet obtient un soutien massif dans la communauté de la part des populations.
11. De tels projets financés par la Banque prévoient des mesures destinées : a) à éviter des répercussions négatives potentielles sur les communautés de population autochtone ; ou b) si cela n'est pas possible, à atténuer, minimiser ou compenser ces répercussions. Les projets financés par la Banque sont aussi conçus de manière à assurer que les populations autochtones culturellement adaptés qui profitent à la population féminine comme à la population masculine et à toutes les générations.

Processus de consultations avec les Batwa

12. Le PO /4.10 exige un processus de consultation préalable, libre, et fondée sur la communication des informations requises à chaque étape de la préparation et de l'exécution du projet, avec les peuples autochtones affectés par le projet et ses activités. Ce cadre fera partie intégrante de toutes les étapes de mise en œuvre du projet KIRA. Les bénéficiaires devront recevoir les informations sur le projet de sorte qu'ils soient capables de prendre des décisions librement et sans contrainte, intimidation ou de manipulation. Le processus de consultation aura lieu au niveau provincial et les restitutions au niveau communal. Il y a lieu de mentionner que les Batwa vont élire eux-mêmes leurs délégués.

Renforcement des capacités

13. Le renforcement des compétences à l'intention des Batwa en fonction de leurs besoins spécifiques pourra aussi contribuer à l'implication de ces derniers dans la mise en œuvre de cette politique. Un plan de formation sera élaboré par l'ONG en charge de l'implémentation de ce plan appuyé par le MSPLS après avoir consulté les bénéficiaires sur leurs priorités en formation.
14. Une fois le plan de formation disponible la planification des sessions de formation sera organisée et discutée avec les bénéficiaires en tenant compte de leur disponibilité et surtout la complémentarité avec d'autres intervenants (projets IDA notamment) pour assurer une large participation des bénéficiaires. Cette stratégie permettra de faire des économies d'échelle en moyens financiers. La participation des femmes sera maximisée.

Mécanismes de suivi-évaluation

15. Le Suivi-évaluation de ce plan devra s'intégrer dans le cadre global du suivi-évaluation du projet KIRA pour mesurer les progrès réalisés /atteints en faveur des Groupes Vulnérables dont les Batwa. Cette stratégie permettra de renseigner sur le déroulement des activités

de retenues dans ce plan et les difficultés rencontrées pour y apporter des correctifs adaptés

Budget

16. Le Budget est constitué par deux aspects à savoir (i) le budget pour l'agence d'exécution ainsi que (ii) la stimulation de la demande dans le cadre de la mise en œuvre du projet KIRA. L'agence d'exécution va réaliser des activités en rapport avec la distribution des CAM, la sensibilisation des Batwa à utiliser les structures de santé. Quant à la stimulation, de la demande, la DPSHA va mettre un accent particulier sur le changement de comportement des populations face à la maladie et surtout à l'utilisation des structures de santé.

SIGLES ET ACRONYMES

Sigle	Signification
ADD	Association Duhaguruke Dukore
AE	Agence d'exécution
ASC	Agent de Santé Communautaire
BDS	Bureau du District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de Santé
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CDS	Centre de Santé
COSA	Comité de Santé
CPPA	Cadre de Planification pour les Peuples Autochtones
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CT-FBP	Cellule Nationale de Coordination du Financement Basé sur la Performance
DGR	Direction Générale des Ressources
DO	Directives Opérationnelles
DPSHA	Direction de la Promotion de la santé hygiène et Assainissement
DSNIS	Direction du Système National d'information statistique
GASC	Groupement des Agents de Santé Communautaire
FBP	Financement Basé sur la Performance
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
PECADOM	Prise en Charge des Cas de Paludisme à Domicile
PRADECS	Projet d'Appui au Développement Economique et Social
SRMNI	Santé Reproductive Maternelle Néonatale et Infanto-Juvenile
PADSS	Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé
UNIPROBA	Unissons-nous Pour le Progrès des Batwa

TABLE DES MATIERES

	INTITULE	PAGE
	RESUME EXECUTIF	i-x
I	CONTEXTE DU PROJET	11
II	LES IMPACTS POTENTIELS DU PROJET KIRA SUR LES POPULATIONS BATWA	18
III	EVALUATION SOCIALE DU PROJET EN FONCTION DE LA POPULATION CIBLEE, LES BATWA.	19
IV	CADRE JURIDIQUE ET ADMINITRATIVE DU PLAN	20
III	LES POLITIQUES OPERATIONNELLES DE SAUVEGARDES DE LA BANQUE MONDIALE	21
V	APPROCHE METHODOLOGIQUE	22
VI	ACTIVITES REALISEES DANS LE PPA ORIGINAL	
VII	LECONS APPRISES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PPA ORIGINAL	
VIII	SYNTHESES GENERALE DU CONTENU DES CONSULTATIONS DANS LES PROVINCES CIBITOKI- GITEGA -RUTANA -MUYINGA	21
IX	PLANIFICATION DES CONSULTATIONS AVEC LES COMMUNAUTES BATWA	32
X	MECANISME DE GESTION DES CONFLITS ET DES PLAINTES	34
XI	LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE MISE EN ŒUVRE DU CPPA	35
XII	RENFORCEMENT DES CAPACITES	36
XIII	COMPLEMENTARITE ET SYNERGIE DES PROJETS IDA EN FAVEUR DES GROUPES VULNERABLES DONT LES BATWA	38
XIV	ACTIVITES PLANIFIEES DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE SAUVEGARDES SOCIALES	42
XV	BUDGET	44
XVI	MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION	45
XVII	DIVULGATION DES RAPPORTS	46
XVIII	ANNEXES	47

I. CONTEXTE DU PROJET

17. En vue de poursuivre les activités en rapport avec le FBP-Gratuité, le projet d'Appui au Système de Santé -KIRA va bénéficier d'un financement additionnel sur une période de quatre ans (2021-2025). L'actualisation du Plan des Peuples Autochtones se réalise dans le contexte de l'obtention de ce financement additionnel. Il y a lieu de rappeler que le Projet KIRA a démarré en juin 2017 et court jusqu'au mois de juin 2021. Au cours de la mise en œuvre il a été constaté que certaines composantes ont vu le budget épuisé. D'où alors un financement additionnel pour poursuivre les activités phares du programme FBP-Gratuité et renforcer par conséquent le système de santé du Burundi.
18. L'orientation générale dans le cadre de l'obtention du financement additionnel est de respecter la structure du projet KIRA initial. Les composantes et les objectifs de développement du projet doivent être respectés. Il en est de même pour les cibles. Seuls les indicateurs liés aux activités en rapport avec l'équipement des laboratoires et ceux en rapport avec les violences sexuelles basées sur le genre devront être ajoutées. Les politiques opérationnelles de sauvegardes sociales doivent être inchangées.
19. Le Projet KIRA reste toujours aligné sur la nouvelle vision du secteur de la santé au Burundi (Politique Nationale de Santé 2016-2025) et appui le programme de FBP-Gratuité de seconde génération. L'idée de la seconde génération est une réponse face aux constats portant notamment sur la malnutrition, la modeste qualité des services de santé, les problèmes en rapport avec la formation paramédicale, le faible niveau de la politique de la santé communautaire...).
20. Le projet continue à s'inscrire dans le prolongement des interventions du Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé (PADSS). Mise à l'échelle nationale depuis avril 2010, celui-ci a apporté un appui technique et financier dans la mise en œuvre de la stratégie de Financement Basé sur la Performance et la Gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes y compris les groupes vulnérables.
21. Malgré des résultats forts encourageants, des faiblesses en matière d'accès aux soins en faveur des groupes vulnérables persistent et empêchent une grande performance du système de santé. Le projet (KIRA) vient combler ces lacunes avec un double objectif de (i) construire sur les acquis du PADSS et de (ii) remédier aux faiblesses et limites actuelles du programme de Gratuité-FBP (iii) intégrer les aspects en rapport avec les violences sexuelles et celles basées sur le genre et les laboratoires.
22. Ce Plan pour les peuples autochtones (PPA) répond aux exigences de la Banque mondiale. C'est une réponse qui permet de s'assurer que le projet KIRA respecte les droits, les intérêts, la dignité et la culture des groupes vulnérables, en particulier les Batwa. Il vise aussi l'inclusivité et l'équité de toutes les catégories sociales afin de bénéficier des avantages du projet dans toutes les zones d'intervention.

I.1 Objectif de développement du projet

23. L'Objectif de développement du projet est d'améliorer la qualité des services de santé et leur utilisation par les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et les couples en âge de procréer. Toute la population Burundaise sera bénéficiaire du projet KIRA qui vise l'amélioration de la performance de toutes les formations sanitaires

publiques (546), la majorité des prestataires de soins confessionnels (à but non lucratif) et quelques centres de santé privés à but lucratif.

24. Toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 5 ans sans exception seraient touchés par le projet. Ainsi, le nombre de bénéficiaires atteindra 2,32 millions de personnes en 2017 et 2,55 personnes en 2021, soit un peu moins du quart de la population du Burundi. Les filles, les adolescentes et les femmes représentent 62% des bénéficiaires du projet KIRA.

Indicateurs des résultats de l'ODP

Le projet KIRA comporte cinq indicateurs qui seront utilisés pour suivre les progrès dans la réalisation des objectifs de développement du projet:

(a) Les personnes ayant reçu des services essentiels de santé, de nutrition et de population (SNP):

(i) Enfants vaccinés (nombre)

(ii) Les femmes et les enfants ayant reçu des services de nutrition de base (nombre)

(iii) Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (nombre)

(b) Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu quatre visites de soins prénatals au cours des 28 premières semaines de grossesse

(c) Prévalence contraceptive chez les adolescents (pourcentage)

(d) Prévalence contraceptive totale pour les méthodes modernes (pourcentage)

(e) Score national moyen de qualité des formations sanitaires (score)

(f) le nombre de cas de violences sexuelles basés sur le genre notifié

I.2 Description du projet

25. Les composantes du Projet KIRA sont :

Composante 1 : Paiement de la Gratuité et de la performance des prestataires de services de santé

Cette composante va payer les prestataires de services selon leurs performances respectives : formations sanitaires ; agents de santé communautaire ; écoles de santé ; programmes de santé publique ; organes de régulation et les entités de mise en œuvre.

Sous-composante 1.A : Paiement de la Gratuité et de la performance des formations sanitaires

26. Le remboursement de la Gratuité et le paiement des bonus FBP seront effectués au profit des formations sanitaires publiques, celles à but non lucratif et quelques formations sanitaires privées sur tout le territoire du Burundi et selon une procédure nationale homogène. Le paiement des formations sanitaires se fera en fonction de leurs performances relatives à un panier cohérent de prestations de santé - des activités de Nutrition, des prestations de prévention, des services de santé maternelle, néonatale, infantile et juvénile ; Paludisme ; VIH-SIDA ; Tuberculose ; Planification Familiale – qui pourra être révisé/ajusté au fur et à mesure que le programme évolue.

27. Le paiement du FBP aux formations sanitaires sera directement lié à des indicateurs de quantité et de qualité prédéfinis. En effet, le niveau de qualité des soins, bien qu'ayant connu une amélioration, reste encore insuffisante, et des efforts importants sont à consentir à ce niveau. Ainsi pour contribuer à améliorer davantage la qualité des services et soins de santé, le Ministère de la Santé, avec l'appui de ses partenaires internationaux, envisage une révision des modalités de mise en œuvre du FBP au niveau des formations sanitaires pour mettre un accent particulier sur la qualité des soins. Au niveau des Hôpitaux Nationaux et Hôpitaux de District, la composante quantité du FBP va être limitée uniquement au remboursement des prestations liées à la gratuité des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et de certaines pathologies liées à la grossesse.
28. Au niveau des Centres de Santé, les deux composantes « quantité et qualité » seront maintenues en termes de couverture sanitaire et d'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, le poids de la composante qualité sera revu à la hausse pour inciter les centres de santé à améliorer davantage la qualité des prestations sanitaires ; et le tarif des indicatrices « quantités » sera revu à la baisse, à l'exception des indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et celles qui accouchent.
29. Des activités complémentaires accompagneront ce processus de promotion de la qualité. Elles seront appuyées dans le cadre des fonds du projet KIRA mais aussi par une assistance technique complémentaire. Deux activités seront mises en œuvre. Des concours qualité seront organisés entre les formations sanitaires de même niveau (Centres de Santé, Hôpitaux) pour stimuler davantage la qualité et des prix seront attribués aux meilleurs Centres de Santé et Hôpitaux. A terme, il est envisagé la mise en place d'un mécanisme d'assurance qualité au niveau des formations sanitaires avec l'élaboration de documents de politique et stratégie de qualité, le développement des normes et référentiels de qualité, la mise en place d'un véritable système d'accréditation des formations sanitaires par étapes en s'orientant vers un processus de certification.
30. Comme mentionné ci-dessus, la sous composante 1.A va prendre en compte les aspects en rapport avec les violences sexuelles basées sur le genre et ceux liés aux activités de laboratoire.
- 31. Sous-composante 1.B : Paiement de la performance des groupements d'agents de santé communautaire**
32. La mise en place de cette composante se fera progressivement avant la passation à l'échelle car elle concerne un nombre très important d'agents de santé communautaire (près de 12,000). Ces agents sont regroupés dans 860 coopératives appelées Groupements d'Agents de Santé Communautaires – (GASC). Chaque GASC comprend entre 10 et 15 agents. La mise en œuvre sera progressive et concernera en premier les zones où des expériences pilotes ont eu lieu et où l'approche et la culture communautaires sont très développées grâce aux différents programmes des partenaires comme l'UNICEF, le Fonds Mondial... (Nutrition, Paludisme...).
33. Le paiement de la performance sera effectué au bénéfice des GASC (à l'instar des formations sanitaires), qui ont chacun un compte bancaire, selon une liste de prestations et d'indicateurs prédéfinis par le Manuel de Procédure du FBP. Gratuité seconde génération. Chaque mois, les performances des agents de santé communautaire seront consolidées au niveau du GASC auquel ils appartiennent. Le paiement de la performance

se fera en une seule opération directement au GASC. La performance est liée à des activités prédéfinies portant sur (i) des activités de promotion de la santé et de prévention, (ii) des prestations curatives simple et basiques, (iii) des services de référence aux centres de santé adéquats et (iv) la distribution à base communautaire de certains intrants. Les performances des GASC seront jugées au travers d'une double grille d'évaluation en vue de mesurer aussi bien la quantité que la qualité des services rendus par les agents de santé communautaire.

Sous-composante 1.C : Paiement de la performance des entités de mise en œuvre

34. Le paiement des primes aux entités de mise en œuvre de la Gratuité-FPB se fera selon leur performance. Les principales entités de mise en œuvre du FBP sont la Cellule Nationale Technique en charge de la Coordination du Programme Gratuité-FBP, les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation, les Bureaux Provinciaux de Santé, les Bureaux des Districts Sanitaires et le Département chargé de l'engagement des dépenses du Programme Gratuité-FBP (DGR). Ces entités jouent un rôle déterminant dans le fonctionnement et la réussite du programme. Ils recevront des bonus à la performance selon les règles définies par le Manuel de Procédure FBP-Gratuité seconde génération.

Sous-composante 1.D : Paiement de la performance des entités appuyant les formations sanitaires

35. Tous les prestataires et entités concernés par cette sous-composante recevront des paiements à la performance. Ces primes seront utilisées pour améliorer aussi bien leur fonctionnement (achat de petits équipements, mobilier de bureau, petits travaux...) que la motivation de leurs personnels. Cette sous-composante est déjà définie en détail dans le nouveau Manuel de Procédure FBP qui lui consacre un chapitre spécifique.

36. *Soutien aux Ecoles de Santé* : Partant de l'analyse de la stratégie actuelle de développement des ressources humaines, certains goulots d'étranglement ont été identifiés : (i) la production des ressources humaines pour la santé n'est pas en adéquation, en quantité et en termes de profils, avec les besoins pour réaliser les objectifs prioritaires de la politique de santé ; (ii) qualification des infirmiers du niveau Centre de Santé inadaptée avec prédominance des profils de niveau A3 (qualification la plus basse) ; (iii) manque de certaines ressources humaines essentielles pour réaliser les objectifs prioritaires de la politique sanitaire ; (iv) personnel pas suffisamment motivé. Face à ces contraintes, le Ministère de la Santé, avec l'appui de ses partenaires, a entrepris une réforme de la formation paramédicale afin d'améliorer la production des infirmiers de qualité. La formation des infirmiers de niveau A3 a été abandonnée au profit des infirmiers de niveau A2.

37. Le ministère, avec l'appui de la Coopération Belge, a mis en œuvre la contractualisation selon l'approche de FBP au niveau des écoles paramédicales avec un focus sur les activités techniques et administratives. La contractualisation au niveau des écoles paramédicales vise à améliorer la qualité de la formation du personnel paramédical infirmier A2 et partant la qualité des soins offerts à la population. Il s'agit plus spécifiquement de : (i) assurer un encadrement adéquat des stages, (ii) créer les conditions favorables de mise

en œuvre de la réforme des formations paramédicales, notamment des référentiels de formation, (iii) assurer un encadrement technique et pédagogique des enseignants des écoles paramédicales publiques, (iii) motiver le personnel des écoles paramédicales dans un contexte de rémunération insuffisante, (iv) renforcer la gestion et l'organisation des écoles paramédicales.

38. L'appui de la Coopération Belge a pris fin en Mars 2017 et il a été jugé important d'en assurer la continuité vu les bons résultats obtenus. Le Projet KIRA prendra le relai tout en améliorant le mécanisme actuel. Le paiement à la performance au profit de ces écoles servira aussi bien pour l'amélioration de leur fonctionnement que pour la motivation de leur personnel et enseignants. Seules les écoles publiques et les écoles à but non lucratif sont concernées par ces primes.
39. Les écoles paramédicales sont évaluées une fois par trimestre par les pairs (les autres écoles paramédicales) avec la facilitation de la CT-FBP et du service en charge des écoles paramédicales du Ministère de la Santé. Ces écoles sont évaluées sur base des critères comme : (i) l'effectif des élèves en première année, (ii) l'effectif des enseignants permanents, (iii) la dispensation des cours théoriques, (iv) l'encadrement pédagogique, (v) l'encadrement des stagiaires sur terrain au niveau des formations sanitaires répondant aux normes exigées, (vi) la tenue de séances pédagogiques et du comité de direction. Un plafond trimestriel (si la performance est de 100%) est accordé à chaque école et en fonction du score obtenue, une enveloppe est attribuée à chaque école paramédicale. Une proportion de cette enveloppe est utilisée pour la motivation du personnel et une autre pour contribuer au fonctionnement de l'école paramédicale.

Soutien aux Programmes de Santé Publique (Nutrition et Santé Reproductive) :

40. Le projet KIRA cible prioritairement la Gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, et Infanto-Juvenile (SRMNI) ainsi que la Nutrition. Si dans ces domaines, des améliorations ont été bien notées, de défis importants restent à relever : les indicateurs de malnutrition au Burundi sont alarmants (la malnutrition chronique au Burundi dont le taux de 58% est la plus élevée au monde) et le problème de la qualité des soins offerts à la population (y compris la SRMNI), se pose avec acuité et pourrait être un des facteurs clés qui explique une relative stagnation de certains indicateurs de santé.
41. **Les Programmes de Santé de la Reproduction et de Nutrition seront contractualisés au travers d'un paiement à la performance.** Cette contractualisation est un complément par rapport au FBP dont bénéficient déjà les formations sanitaires et le FBP dont va bénéficier les agents de santé communautaire. Ces deux programmes recevront des primes selon leur performance spécifiquement dans l'appui du niveau opérationnel (District, Hôpitaux et Centres de Santé). Ces primes seront utilisées pour motiver les personnels des deux programmes et pour améliorer leur fonctionnement.
42. ***Soutien au Système National d'Information Sanitaire*** : Dans le souci de renforcer la prise de décision et la planification des stratégies de santé fondées sur des bases factuelles (évidences), le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires, a mis en œuvre des politiques et stratégies d'amélioration du fonctionnement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

43. Bien que les rapports d'exhaustivité et de promptitude se soient améliorés suite à la mise en œuvre du FBP, le SNIS connaît des difficultés pour produire en temps réel toutes les données nécessaires à la prise de décision (planification, gestion et réponse aux urgences) et à satisfaire les exigences de rapportage principalement pour les raisons suivantes : (i) le SNIS actuel n'intègre pas le volet communautaire ; (ii) difficultés de coordination des sous-systèmes ; (iii) insuffisance du contrôle de la qualité des données ; (iv) ruptures de stock des outils de collecte des données ; (v) absence de mécanismes de validation des données ; (vi) personnel insuffisamment motivé ; (vii) irrégularité des enquêtes qui limite la disponibilité de données actualisées ; (viii) absence de données sur le secteur privé. Dans le cadre du projet KIRA, la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) sera contractualisée en vue d'améliorer sa performance et lever partiellement ou totalement les différents goulets d'étranglement ci-haut cités. Les paiements à la performance sont destinés à la motivation du personnel (plafond de 65%) mais aussi à l'amélioration du fonctionnement du SNIS.
44. **Soutien aux organes de régulation** : Le niveau central du Ministère de la Santé chargé de la régulation (ressources humaines, ressources financières, approvisionnement, planification, régulation des produits pharmaceutiques, réglementation sanitaire, tutelle des services de soins...) n'est pas contractualisé et ceci influe négativement sur la performance des niveaux intermédiaire et périphérique. En effet, dans les évaluations qui étaient réalisées au niveau des formations sanitaires, des Bureaux Provinciaux de Santé et des Bureaux de District Sanitaire, il est apparu que certaines insuffisances observées étaient le fait des services du niveau central qui n'accompagnaient pas suffisamment et n'apportaient pas l'appui nécessaire aux niveaux intermédiaire et périphérique.
45. **En 2013, une expérience de la contractualisation des services du niveau central a démarré avec l'appui financier de la Coopération Belge.** Cette contractualisation a concerné non pas des individus mais des Unités de Prestation (départements chargés de la régulation). Une unité de prestation est comprise comme « une équipe qui a les mêmes obligations de résultats à produire et dont les membres dépendent d'une même autorité hiérarchique ». Ces unités de prestations sont conçues comme des équipes de 10 à 20 personnes au maximum. 65% du montant reçu par chaque unité de prestation était utilisé comme prime pour le personnel et 35% comme frais de fonctionnement du service (achat de matériel bureautique, ordinateurs et autres petits équipements...). La contractualisation du niveau central a amélioré la performance des entités de régulation et a renforcé leur appui au niveau opérationnel. Cette approche s'est arrêtée en 2015 à cause de la crise politique qu'a connue le pays.
46. Dans le cadre du projet KIRA, il est proposé que la contractualisation de toutes les entités de régulation au niveau central utilise la même approche que celle qui a été expérimentée de 2013 à 2014. Il s'agira de fixer une enveloppe plafond (si la performance est égale à 100%) à octroyer à ces entités. Cette approche a l'avantage de permettre un fonctionnement harmonieux des structures concernées, d'assainir le climat de travail au sein du personnel et de permettre au niveau central de contribuer efficacement à la performance des niveaux opérationnels et intermédiaires.

Composante 2 : Appui à la mise en œuvre du FBP/Gratuité

47. **Cette composante est stratégique même si son poids financier ne dépasse pas 17%.** En effet, elle est importante pour la réussite aussi bien du projet KIRA que du programme national de Gratuité-FBP. Elle appuiera le processus de vérification et de contre-vérification ainsi que le renforcement des capacités du ministère de la santé, la gestion du projet KIRA, la promotion de la demande des services de soins auprès des communautés et les activités de sauvegardes sociales et environnementales.

Sous-composante 2.A : Appui au processus de vérification et de contre-vérification

48. **Un financement sera alloué aux activités de vérification en vue de renforcer sa qualité et son efficacité tout en maîtrisant les coûts de son fonctionnement.** La vérification comporte deux volets : la vérification “ex-ante” s’effectue avant que le paiement ne soit effectué et la contre-vérification ou la vérification “ex-post” qui se fait une fois que le paiement est réalisé. Actuellement (projet HSDSP), la vérification des prestations est assurée par : (i) l’équipe du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) pour la vérification quantitative ; (ii) les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et les Bureaux de Districts Sanitaires (BDS) pour l’évaluation de la qualité au niveau des CDS ; (iii) les pairs pour l’évaluation de la qualité dans les hôpitaux ; (iv) les associations locales (à base communautaire) qui sont chargées de la vérification communautaire (véracité des prestations) ; (v) la contre-vérification est assurée par des entités indépendantes qui sont contractualisées. Le projet KIRA continuera de financer les activités de vérification de la majorité de ces entités. Les changements sont décrits ci-dessous.

49. **Un changement est nécessaire face aux coûts très élevés de la vérification.** De 2010 à 2013, les évaluations de la qualité technique au niveau des Centres de Santé étaient réalisées par les BPS en collaboration avec les BDS. A partir de 2014, il a été décidé de confier l’évaluation de la qualité technique des Centres de Santé à des ONG indépendantes. En effet, il avait été constaté que l’évaluation qui était faite par les BPS et les BDS constituait en quelque sorte un conflit d’intérêt car ces derniers sont sensés encadrer les Centres de Santé.

50. De plus, une certaine complaisance était observée dans les scores de qualité attribués aux Centres de Santé. Au niveau des Hôpitaux, l’évaluation par les pairs a été maintenue avec la participation des ONG indépendantes. Cependant, cette évaluation de la qualité technique par des ONG indépendantes a été réalisée uniquement dans 6 Provinces sur les 18 que compte le Pays, faute de ressources financières suffisantes. Le constat est que la réalisation des évaluations de la qualité technique des Centres de Santé par des ONG indépendantes, leur participation aux évaluations de la qualité par les pairs au niveau des Hôpitaux ainsi que leur contribution aux évaluations mensuelles quantitatives coûte cher, aux alentours de 3 millions de \$US par an pour les 18 Provinces du Pays.

51. **En vue de renforcer la vérification tout en maîtrisant ses coûts, le projet KIRA propose les changements suivants :** recruter des contractuels qui recevraient un salaire mensuel et qui seraient mis à la disposition des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV). Les CPVV auraient alors la mission de vérifier les prestations quantitatives au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) et d’évaluer la qualité technique au niveau des Centres de Santé. Au niveau des Hôpitaux, l’évaluation de la qualité technique par les pairs va se poursuivre. Ainsi, le CPVV serait composé de fonctionnaires et contractuels comme c’est le cas actuellement et aurait les tâches

suivantes : (i) évaluer la qualité technique des Centres de Santé à la fin de chaque trimestre, (ii) participer à l'évaluation de la qualité technique des Hôpitaux de District par les pairs et (iii) participer aux évaluations mensuelles des prestations quantitatives au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux en compagnie d'autres vérificateurs du CPVV. Pour les Hôpitaux nationaux, une équipe de la Cellule Technique Nationale en charge de la Coordination du FBP (CT FBP) élargie participera aux évaluations de la qualité technique par les pairs. Ce changement induira une baisse d'environ 35% du coût actuel des ONG indépendantes chargées de la vérification. Le projet KIRA financera les salaires des contractuels chargés de l'évaluation de la qualité et de la quantité ainsi que les primes à la performance des vérificateurs fonctionnaires (comme c'est le cas actuellement); et au Gouvernement de financer les coûts opérationnels de mise en œuvre ainsi que les salaires des vérificateurs fonctionnaires.

Sous-composante 2.B : Renforcement des capacités du Ministère de la Santé et appui à la gestion du projet

52. **Diverses activités de renforcement des capacités du Ministère de la Santé seront financées dans le cadre du projet KIRA.** Ces activités couvrent différents domaines comprenant le suivi & évaluation, la gestion financière, les aspects de sauvegardes sociales et environnementales, la passation des marchés, et d'autres aspects de gestion et coordination du projet. Des audits financiers et des enquêtes ad hoc seront également financés.

53. **Le projet financera également la gestion du projet KIRA.** A l'instar du projet HSDSP, cela se fera au travers d'un appui financier au fonctionnement de la Cellule Technique Nationale de Coordination du Programme Gratuité-FBP et aux experts chargés de la gestion du projet et qui sont placés au sein du Ministère de la Santé.

Sous-composante 2.C : Appui à la promotion de la demande auprès des communautés et aux activités de sauvegardes sociales et environnementales

54. Le projet KIRA apportera des fonds pour le même type d'activités que pour le projet PADSS pour accroître la demande des services, promouvoir le comportement sain, et aider particulièrement les groupes vulnérables, notamment les Batwa, à avoir accès aux services de santé. Ceci comprend le renforcement des capacités et la formation des acteurs à assise communautaire, et l'utilisation des médias, des campagnes de sensibilisation et diverses activités de communication.

55. Le projet appuiera également la mise en œuvre d'activités de sauvegardes sociales et environnementales notamment l'assistance aux populations Batwa pour mieux accéder aux services de santé et de mettre en place un nombre additionnel d'incinérateurs de type Montfort en vue de faciliter le traitement des déchets biomédicaux de façon efficiente.

Composante 3 : Renforcement des prestataires et des prestations nouvellement intégrées au programme FBP

56. **Ce soutien concerne les écoles de formation des infirmiers et les agents de santé communautaire.** Aux premières, un montant forfaitaire sera attribué à chaque école en vue de financer de petits investissements (équipements techniques, ordinateurs, réseau informatique, bibliothèque, petits travaux de rénovation...) en vue d'une mise à niveau à

petite échelle. L'appui aux agents de santé communautaire consiste à mettre à leur disposition un kit qui inclut entre autres : une bicyclette (vélo), un parapluie, des bottes, une boîte pour médicaments, des sacoches, un chapeau et une blouse.

57. Composante 4 : Contingence en cas d'intervention d'urgence

Cette composante permettra la réaffectation rapide des montants alloués au projet en cas de désastre naturels ou humains ou de situation de crises.

II. LES IMPACTS POTENTIELS DU PROJET KIRA SUR LES POPULATIONS BATWA

II.1 Bref Présentation de la situation des BATWA¹

58. Les Batwas constituent un groupe social très minoritaire. Ils sont estimés à 1% de la population du Burundi et vivent dans une sorte d'infériorité sociale, marginalisées et discriminées par la société. À cause de cela, leur cohabitation avec les autres groupes sociaux du pays est difficile. Les Batwa éprouvent un besoin de soutien économique au regard de leurs conditions sociales et économiques très difficiles caractérisées par un manque de terres cultivables, des habitats délabrés et en paille, une malnutrition criante dans les ménages, des maladies fréquentes et un manque de moyens pour la scolarisation des enfants.

59. Ils pratiquent souvent des activités de survie comme la poterie, la forge, la manutention des planches et des madriers, le transport des moellons de rivière et de carrière, la vente du bois de chauffage qui leur permet de disposer d'un peu de revenus. Leur activité principale reste le travail de l'argile. Toutefois, à cause du manque de terre, ils sont de plus en plus privés de surfaces cultivables et donc de cette ressource.

60. L'argent collecté sert essentiellement à la satisfaction des besoins alimentaires. Par conséquent, c'est difficilement qu'ils arrivent à couvrir des dépenses connexes comme l'habillement, la scolarisation des enfants et les soins de santé. Cette situation de pauvreté extrême est à la base de leur vulnérabilité dont les conséquences se manifestent sur tous les aspects de leur vie sociale, notamment d'isolement social, de déscolarisation de leurs enfants, d'insalubrité de leurs logements et surtout d'exclusion sanitaire. Elle nourrit par ailleurs le sentiment de plus en plus répandu dans la communauté, Batwa qu'ils sont des citoyens de seconde zone privés de tout, même de leurs droits élémentaires.

II.2 Impacts Positifs du Projet sur les populations autochtones

61. Avec le financement additionnel, le projet Kira va intervenir dans toutes les formations sanitaires de l'étendue du pays. Les membres de la communauté Batwa vont bénéficier des services offerts dans le cadre des interventions du projet notamment la gratuité des soins pour les femmes batwa enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

62. Le projet Kira va renforcer le caractère inclusif au niveau des communautés avec un accent soutenu dans la cooptation des Batwa dans les instances communautaires. Une forte représentation des Batwa dans les structures sanitaires sera renforcée surtout au niveau des COSA. L'accès aux soins de santé des populations Batwa va être

¹ Une note détaillée se trouve en annexe 2 de ce document

renforcé grâce à l'obtention des documents administratifs comme la carte d'identité, les attestations de mariage et de naissance des enfants Batwa.

63. En outre, le projet va veiller à ce que les Batwa restent représentés dans les Groupements des Agents de Santé Communautaire et ces derniers vont bénéficier des retombées générées par le FBP communautaire. En conséquence les ménages des Batwa vont connaître un niveau amélioré grâce aux différentes interventions du projet KIRA sur toute l'étendue du territoire.
64. Il y a lieu de mentionner l'amélioration des connaissances des populations Batwa à travers les interventions du Projet KIRA en matière de renforcement des capacités sur la thématique santé dans son ensemble. En outre, grâce aux plaidoyers organisés dans le cadre de la mise en œuvre du projet KIRA, les actions en rapport avec la discrimination positives vont être observées notamment au niveau de l'accès aux droits sociaux comme l'accès à l'éducation, l'accès à la justice.
65. Le Projet Kira va favoriser l'émergence d'un cadre d'échanges prenant en compte les préoccupations majeures des populations Batwa. Ces derniers vont être intégrés dans le processus de planification locale de suivi évaluation de mise en œuvre des plans d'actions initiés dans et par les communautés. Des approches ayant tendance à minimiser les aspects de marginalisation, de stigmatisation et de déni vont être mis en place pour accroître le niveau d'intégration sociale des populations Batwa dans la communauté. En vue de clarifier les impacts positifs du projet envers les communautés Batwa il y lieu de mentionner le nombre de batwa ayant bénéficiés des différentes interventions. Cela permettra de se rendre à l'évidence des retombées positives sur l'ensembles des membres de la communauté Batwa.

III.3. Impacts négatifs sur les populations Batwa

66. S'agissant des impacts négatifs, force est de constater que les inégalités risquent d'être amplifiées au cas où les préoccupations populations Batwa ne soient pas pris en compte par le Projet KIRA. En effet, le projet KIRA doit minimiser les risques relatifs à aux inégalités liées au faible niveau d'accès aux droits sociaux des groupes vulnérables dont les Batwa. Un accent particulier sera mis sur la sensibilisation des femmes Batwa à faire vacciner leurs enfants.
67. La faible compétence des groupes vulnérables dont les Batwa à appréhender les procédures de plainte dans le secteur de la santé pour accéder au droit à la santé sera tenu en considération durant toute la période d'intervention du Projet KIRA.
68. Un autre aspect qui pourrait avoir des impacts négatifs est celui de laisser perdurer le faible niveau de capacités des groupes vulnérables dont les Batwa à défendre eux-mêmes leurs intérêts sociaux. Il en est de même pour les faibles capacités de pouvoir formuler des revendications sans oublier les circuits administratifs et judiciaires de recours. Dans ce cas le mécanisme de gestion des plaintes les communautés qui ne savent pas lire ni écrire sont représentés à travers les Groupements des Agents de santé communautaire et les Comités de Santé.

Si un membre de la communauté non instruite bénéficiaire des avantages du projet Kira comme les Batwa par exemple subit une injustice, il existe trois voies à exploiter pour que sa plainte soit enregistrée et traitée :

- (i) La plainte est enregistrée par le Mutwa mandaté dans le comité de santé qui à son tour va saisir les autres membres du COSA qui invitera le plaignant pour l'écouter et traiter la plainte ;
- (ii) La plainte peut être reçue par le GASC lors des séances de sensibilisation ou de visite à domicile des Agents de Santé communautaire. Là aussi, le plaignant est reçu et sa plainte entre dans le réseau pour enregistrement et le traitement ;
- (iii) La troisième voie est que si la plainte n'est pas urgente, le plaignant pourra l'exprimer lors des enquêtes communautaires organisées semestriellement dans les aires de santé dans le cadre du Financement Basé sur la Performance et là, le feed back est donné lors des ateliers de restitution des résultats de l'enquête.

III. EVALUATION SOCIALE DU PROJET EN FONCTION DE LA POPULATION CIBLEE, LES BATWA.

III.1 Quelques résultats des évaluations précédentes

69. L'étude sociologique² sur les aspects sociaux, réalisée en 2009 dans le cadre de la préparation du projet PADSS, a identifié les obstacles majeurs d'accès aux soins envers les groupes vulnérables dans trois provinces échantillonnées (Cankuzo, Cibitoke, et Ngozi). Les obstacles majeurs identifiés portent notamment sur (i) l'absence ou le manque de moyens de production (terre, bétail, outil), d'accès au capital ; (ii) Un cycle d'endettement avec des taux usuriers énormes jusqu'à 200% ,(iii) des besoins de base (nourriture, logement, habillement) non satisfaits (iv) le très faible accès aux services de santé, d'éducation et d'eau potable (v) exclusion, auto-exclusion et discrimination,(vi) Nomadisme séculaire pour les Batwa, (vii) Non représentativité des vulnérables dans les organes de gestion des formations sanitaires ; (viii) Contraintes d'ordre administratif (manque de documents administratifs donnant accès aux soins de santé) ; (ix) Analphabétisme (x) Accès difficile à l'information
70. L'étude montre que les Batwa ne fréquentent jamais les structures de santé pour des raisons multiples notamment l'extrême pauvreté, l'auto exclusion, la discrimination/stigmatisation, le manque d'informations, la non représentativité, le déni et le mépris... Ils consultent les sorciers, les devins ou procèdent à l'auto médication.
71. Cette situation fragilise la santé des populations Batwa notamment celle des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans Batwa. L'étude montre aussi que sur le plan social, les Batwa sont discriminés, marginalisés³, méprisés par les autres membres de la société, à travers des pratiques coutumières deshumanisantes.
72. Une autre étude (2008)⁴ affirme que les populations Batwa n'ont pas l'accès à la terre. De par leur ancien mode de vie de nomadisme, les Batwa ne se sont jamais fixés définitivement sur une propriété foncière et en faire la leur. Ils vivent de la chasse et de la cueillette et pratiquent beaucoup plus la poterie et la forge que l'agriculture et l'élevage.⁵
73. Dans la tradition Batwa, lorsqu'une famille perdait un des siens ou quand le climat social avec son entourage devenait malsain, les autres membres de cette famille migraient vers un autre endroit réputé propice, laissant derrière tout ce qu'elle possédait. Il en était de même lorsque des Batwa découvraient un terrain de chasse situé loin de leur site d'habitation.
74. La même situation se présente pour l'accès à la justice. En effet selon l'ONG *Penal Reform International* (PRI), par droit d'accès à la justice, il faut entendre, le droit d'accès au juge

² Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, 2009. Rapport définitif de l'Etude sur les aspects sociaux du PADSS. Bujumbura, septembre 2009

³Idem.

⁴ UNIPROBA, enquête sur l'accès à la terre des Batwa, Bujumbura, Août 2008

⁵ Une description détaillée du mode de vie des Batwa est en annexe2 du document

et le droit de se faire conseiller, défendre et représenter. Mais c'est également le droit à un recours effectif devant un tribunal. Le droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial. C'est aussi le droit de pouvoir obtenir une aide juridictionnelle si l'on ne dispose pas des ressources suffisantes⁶. On peut y ajouter l'accès à l'éducation pour tous en matière de droit et de procédure judiciaire et à un mécanisme de résolution des conflits fondé sur la justice réparatrice⁷.

75. L'enquête sur l'accès des Batwa⁸ à la justice précise que lorsqu'un différend, de quelque nature que ce soit, oppose les Batwa entre eux, il est rare que ce conflit dépasse les familles des intéressés ou la communauté Batwa. Le linge sale se lave en famille. Un Mutwa qui traduirait un autre Mutwa devant la justice des cours et tribunaux serait considéré comme un traître d'autant plus que les Batwa ont cette idée que celui qui serait jugé en tort risque la prison. Cela a été témoigné par les participants aux consultations organisées en septembre 2016 notamment en province sanitaire de Karusi.

IV. CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

76. Ce Plan pour les Peuples Autochtones (CPPA) est préparé dans le cadre de la convention financière entre le gouvernement du Burundi et la Banque mondiale. La politique opérationnelle 4.10 (PO 4.10) de la Banque Mondiale est donc déclenchée vu la présence des peuples autochtones dans la zone d'intervention du projet.

Cadre juridique et administratif du Burundi

77. Le dispositif légal de mise en œuvre de ce cadre est consacré dans les documents officiels, ordonnances ministérielles, les conventions et autres documents de politique en place favorisant effectivement l'amélioration de la santé des groupes vulnérables dont les Batwa.

78. La Constitution du Burundi (2018) dans son article 21 reconnaît explicitement une égalité de statut et de droit à tous les citoyens burundais. Le chapitre relatif aux droits de l'homme en son article 21 quant à lui reconnaît le respect et la protection de la dignité humaine. Le Burundi s'est doté en 2010 d'une politique nationale engagée pour la prise en charge des personnes vulnérables qui est confiée au Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne humaine et du Genre.

79. En 2012, le ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida a instauré la Carte d'Assistance Médicale (CAM) pour permettre à toute personne adulte relevant du secteur informel et rural d'accéder aux soins moyennant un paiement de 3000 fbu par ménage. Les groupes vulnérables dont les Batwa bénéficient des avantages de cette mesure au même titre que les autres citoyens.

⁶ *L'accès à la justice : un droit fondamental / le point de vue de l'avocat*, Conférence « vers un meilleur accès des citoyens à la justice, METAYER Karine, Bruxelles, 2002.

⁷ *Access to justice in sub-saharan africa : the role of traditional and informal justice systems*, Penal Reform International (PRI). Publié sous la direction de SCHARFE Wilfried, professeur associé de criminologie, Université du Cap, janvier 2000.

⁸

80. Le gouvernement du Burundi a élaboré des politiques sectorielles en rapport avec les Enfants Orphelins et autres Vulnérables, la Stratégie Nationale de Lutte contre le SIDA, le Plan national de développement (2017-2027), la Vision Burundi 2025, des instruments qui prennent en considération certains groupes vulnérables spécifiques notamment les enfants chefs de ménage, les handicapés, les rapatriés et les Batwa. En janvier 2015, le Gouvernement du Burundi a validé la stratégie de la Protection sociale au Burundi.
81. Le ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida vient de promulguer la Politique Nationale de Santé 2016-2025, l'unique instrument de référence nationale pour toutes les interventions et intervenants dans le secteur de la santé. Ce document prend en compte les valeurs de solidarité, l'équité et égalité, la justice sociale, le respect des droits humains, l'intégrité et l'éthique dans toutes les interventions du secteur de la santé.
82. Le ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida vient d'élaborer un document de gestion des réclamations et un chapitre pour les bénéficiaires non instruits dont les Batwa consacre les modalités pratiques pour acheminer une plainte. Des registres de plaintes sont disponibles dans le cadre de répertorier les plaignants et les solutions ya réservées.

Les Politiques Opérationnelles de Sauvegardes de la Banque Mondiale

83. Les politiques de sauvegardes environnementales et sociales de la Banque Mondiale comprennent à la fois, les Politiques Opérationnelles (OP), les Directives Opérationnelles (DO) et les Procédures de la Banque (PB). Elles sont conçues pour protéger l'environnement et la société contre les effets négatifs potentiels des projets, plans, programmes et politiques.
84. Le projet KIRA va déclencher les politiques opérationnelles suivantes : politique opérationnelle (PO/4.10) sur les peuples autochtones et politique opérationnelle sur l'évaluation environnementale et sociale (PO/4.01). La PO/4.10 est déclenchée car il existe des peuples autochtones dans la zone d'intervention tandis que la Po/4.01 est déclenchée à cause des travaux de constructions de quelques incinérateurs et de réhabilitation des centres de santé prévues au cours des interventions.
85. La politique opérationnelle PO/4.10 contribue à la mission de réduction de la pauvreté et de promotion d'un développement durable poursuivie par la Banque Mondiale en garantissant un processus de développement qui respecte pleinement la dignité, les droits de la personne, les systèmes économiques et les cultures des Populations autochtones. Chaque fois que la Banque est sollicitée pour financer un projet affectant directement des populations autochtones, elle exige de l'emprunteur qu'il s'engage à procéder, au préalable, à une consultation libre et fondée sur une communication des informations aux populations concernées⁹.
86. Le manuel des opérations de la Banque Mondiale précise que le financement de la Banque ne sera accordé que, si lors de la consultation libre et fondée sur la communication des informations nécessaires à se faire une opinion, le projet obtient le soutien massif dans la communauté de la part des populations autochtones. Ces projets prévoient des mesures

⁹Banque Mondiale, Manuel Opérationnel de la Banque Mondiale, Politiques Opérationnelles 4.10 , juillet 2005

destinées¹⁰ : a) à éviter des répercussions négatives potentielles sur les communautés de population autochtone ; ou b) si cela n'est pas possible, à atténuer, minimiser ou compenser ces répercussions. Les projets financés par la Banque sont aussi conçus de manière à assurer que les populations autochtones en retirent des avantages socioéconomiques culturellement adaptés qui profitent à la population féminine comme à la population masculine et à toutes les générations.

87. L'application de la PO4.10 dans le projet KIRA assure donc la non-exclusion des Batwa, de manière à ce qu'ils bénéficient des services de santé burundais au même titre que les autres citoyens burundais.

V. APPROCHE METHODOLOGIQUE

88. La méthodologie adoptée dans l'élaboration du présent Plan aura été guidée par deux techniques importantes à savoir (i) collecte des informations qualitatives (individuels, autorités de santé, provinciales, organisation des concertations) observations (ii) collecte des informations secondaires (revue documentaire). Faudrait-il mentionner que la mise à jour du PPA se base sur les expériences et leçons apprises par les activités réalisées à travers le Projet KIRA.

89. La **collecte des informations qualitatives** a été faite à travers les consultations organisées en quatre provinces régionales à savoir (CIBITOKÉ, GITEGA, RUTANA et MUYINGA). La Province Cibitoke a regroupé les participants en provenance de (Rumonge, Bubanza, Bujumbura mairie, Bujumbura, Cibitoke). La Province de Rutana a regroupé les participants en provenance de (Cankuzo, Ruyigi, Bururi, Makamba et Rutana). La province de Gitega a regroupé les participants en provenance de (Gitega, Mwaro, Muramvya et Karusi). La province de Muyinga a regroupé les participants en provenance de (Muyinga, Ngozi Kirundo et Kayanza).

90. Les consultations ont eu lieu autour des points en rapport avec le rappel du cadre contextuel de la politique Opérationnelle 4.10, le rappel de l'exigence des documents dans le cadre des préalables pour avoir des fonds additionnels. Il a été aussi question d'échanger sur les acquis déjà capitalisés à travers la mise en œuvre des sauvegardes sociales, notamment (la gratuité des soins envers les femmes batwa, la cooptation dans les organes communautaires, les plaidoyers auprès des administratifs pour acquérir les documents donnant accès aux soins de santé, la sensibilisation à l'utilisation des services de santé).

91. La collaboration entre l'ONG ABS en charge de l'implémentation du PPA en cours et les administrations territoriales et sanitaires et les défis à relever ainsi que les stratégies à mettre en place pour faire face à ces défis a été soulevée. Les résumés des concertations, ainsi que les listes de présence et des personnes rencontrées, sont en annexe de ce document. D'autres questions d'échanges ont porté sur les obstacles à l'accès aux soins envers les groupes vulnérables, les avantages du projet Kira, les risques négatifs potentiels et les actions pertinentes à enclencher pour mitiger ces impacts négatifs.

92. **La revue de documentaire a permis** de consulter la politique sectorielle du ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida, les documents en rapport avec la

¹⁰ Ibidem

situation socioéconomique des Batwa, le plan national de développement (2017-2027, les documents en rapport avec la problématique de l'accès à la justice des batwa. D'autres documents ont porté sur les aspects liés à l'équité en matière de soins, l'étude relative au financement de la santé au Burundi.

VI. ACTIVITES DEJA REALISEES DANS LE PPA ORIGINAL

93. Depuis la signature du contrat entre le MSPLS et l'ONG ABS en juillet 2019, pour mettre en œuvre le PPA en cours d'exécution, quelques activités méritent d'être mentionnées.

Sensibilisation des batwa sur la thématique santé

- (i) Selon les rapports de l'ABS au sujet des réalisations sur la thématique santé, il y a lieu d'affirmer qu'au stade actuel le niveau est satisfaisant. En effet, le nombre de séances de sensibilisation est 99. Les participants de sexe masculin Batwa sont 1217 tandis que le nombre de femmes est de 1909. Le nombre total des participants atteint est 3126. Faisons remarquer que cette activité se poursuit. Les principaux thèmes abordés portent sur le planning familial, la lutte contre les violences sexuelles, les préventions et prise en charge contre le Vih/Sida, la santé de la reproduction..
- (ii) Selon les participants aux consultations, aujourd'hui des femmes Batwa accouchent dans les structures de santé. Lors des réunions de concertations les Batwa ont témoigné que le fait d'être soigné dans les structures sanitaires augmente la confiance en eux-mêmes et cela accroît le niveau d'acceptation sociale au sein de la communauté.
- (iii) Lorsqu'une femme *mutwakazi* se trouve dans une situation d'urgence, elle bénéficie des services de l'ambulance au même titre que les autres catégories de la population Burundaise, chose inimaginable avant les interventions du projet.
- (iv) Certains participants reconnaissent les connaissances acquises sur la thématique santé (lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le paludisme, la construction et utilisation des latrines). Les membres des ASC Batwa se sentent utile à la société notamment grâce aux compétences acquises dans le cadre de la Prise en Charge des Cas de Paludisme à Domicile (PECADOM). Ils affirment que les voisins placent confiance en eux et viennent les consulter en cas de besoin.

Sensibilisation des autorités communautaires sur la cooptation des batwa

- (v) Les participants ont aussi reconnu l'importance de la représentation des Batwa dans les COSA (**428 Batwas**) et ASC (**641 Batwas**) et (**642**) membres Batwa du **GASC** au niveau national. Cela leur permet de mieux s'intégrer dans les organes de gestion des structures de santé.¹¹¹² Les agents de santé communautaire Batwa ont bénéficié du matériel didactique composé de cahiers, stylos pour faciliter la tâche dans l'exercice de leur métier au quotidien. En outre, il a été constaté que

¹¹ Rapports ABS juillet 2020

¹² Département de la Promotion de la santé, Hygiène et Assainissement PSHA Rapport d'activités annuel , décembre 2012

quelques Batwa ont été engagé dans certaines formations sanitaires comme aide-soignant.

Achat et distribution des CAM

- (vi) Les participants ont déclaré que des Batwas ont bénéficié des Cartes d’Assistance Médicale (CAM) 2400 grâce au projet KIRA. Cela leur permet d’accéder aux soins dans les structures de santé. Au total, 8400 CAM (6000 pour le PADSS et 2400 pour Kira) ayant une validité d’un an, en faveur des familles Batwa ont été distribuées jusqu’à présent

Réalisation de la cartographie de ménages Batwa

- (vii) Une autre activité réalisée porte sur la cartographie des ménages Batwa. Cette activité a été réalisée par l’ONG ABS et les données sont disponibles au niveau national par province. Sur base de type de vulnérabilité notamment la situation de handicap, l’orphelinat, le sans abri, la pauvreté extrême un nombre de menages a été identifié comme vulnérable et cela été un critère prépondérant pour avoir une carte d’assistance médicale. Le tableau ci-dessous illustre les propos.

Cartographie des Batwa au niveau national

N°	Province	Nombre total de ménages	Nbre ménages vulnérables
1	Bubanza	2 213	168
2	Bujumbura	1 443	292
3	Bujumbura Mairie	295	46
4	Bururi	628	137
5	Cankuzo	627	148
6	Cibitoke	3 031	121
7	Gitega	2 127	358
8	Karuzi	805	196
9	Kayanza	3 555	98
10	Kirundo	1 435	98
11	Makamba	379	120
12	Muramvya	1 964	153
13	Muyinga	1 570	120
14	Mwaro	648	174
15	Ngozi	6 377	235
16	Rumonge	1 013	130
17	Rutana	391	126
18	Ruyigi	714	174
Total		29 215	2 894

Cette cartographie a contribué à connaître les ménages réels des Batwa qui ont besoin des CAM et les prévisions dans le cadre du budget. De ce qui précède il y a lieu de constater que le nombre de CAM à distribuer est très minime par rapport aux nécessaires. Une augmentation budgétaire pour les CAM est donc nécessaire.

VII. LEÇONS APPRISES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PPA ORIGINAL

94. Depuis la mise en œuvre du PPA à travers le Projet d'Appui au développement du Secteur de la Santé, il y a lieu d'attester une amélioration de la fréquentation des structures de santé par les membres de la communauté Batwa.
95. Aujourd'hui les Batwa attestent eux mêmes que la politique de gratuité initiée depuis 2006 est une décision salvatrice pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les femmes enceintes accouchent dans les milieux de soins comme en témoignent les bénéficiaires de services. Les enfants Batwa de moins de cinq bénéficient aussi les avantages de la Gratuité.
96. Cependant même si certains Batwa fréquentent les structures de santé au même titre que les autres citoyens burundais une frange de la communauté Batwa pratique encore de l'auto exclusion. Certains par ignorance des enjeux du projet, d'autres par l'extrême pauvreté exigeant par conséquent à lutter pour le quotidien incertain, d'autres par manque d'encadrement...
97. La précarité reste criante dans certains ménages Batwa. L'accès aux soins reste problématique étant donné la validité d'une année de la CAM. Il faut renouveler chaque année. Bien plus il faut un ticket modérateur lorsqu'il y a eu hospitalisation ! Les droits sociaux restent aussi méconnus dans le chef des communautés Batwa. Il faut informer et continuer d'informer sur les droits sociaux, surtout pratiquer la discrimination positive dans le cadre de l'obtention des documents donnant accès aux soins de santé.

VIII. SYNTHÈSE GÉNÉRALE DU CONTENU DES CONSULTATIONS DANS LES PROVINCES CIBITOKÉ, GITEGA RUTANA ET MUYINGA

VIII.0 Organisation des Consultations

98. Suite aux orientations données par les autorités du ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida en matière de prévention de la pandémie de la COVID-19, les consultations se sont déroulées dans des conditions stratégiques marquées par les règles de distanciation et le nombre réduit des participants par atelier. Les invitations ont été données par le MSPLS à travers la Direction Générale des Services de santé. Les consultations ont débuté le 27 /08/2020 et clôturé le 4/09/2020.



Les représentants de l'UNIPROBA lors des consultations

99. Les représentants de l'UNIPROBA au niveau provincial et les Cadres de la promotion de la santé au niveau provincial, les représentants de la protection civile au niveau provincial, les médecins de quelques hôpitaux, les chefs de service nursing) ont été invités dans les ateliers de consultations. Le critère genre a été tenu en considération au moment de l'identification des participants et lancement des invitations. Ainsi 40 participants par province (10 par commune) ont répondu à l'invitation. En vue de permettre aux participants de s'exprimer librement, l'animation a eu lieu en langue maternelle les consultations ont lieu à Cibitoke (27 /08/2020), Gitega (29/08/2020/) Muyinga (31/08/2020) et Rutana (4/09/2020)

100. En ce qui concerne les consultations avec les Batwa ,une réunion préparatoire a eu lieu à Bujumbura entre les délégués du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA en présence de l'ONG ABS et les responsables de l'UNIPROBA en vue d'échanger sur les enjeux de la réunion, et une identification des participants aux ateliers de consultations. La réunion avait aussi pour objectif de mettre à contribution les compétences des responsables de l'UNIPROBA du niveau National afin qu'ils puissent mobiliser les délégués Batwa à répondre aux invitations des consultations. Le résultats aura été vital car en effet le taux de participation des Batwa dans les consultations a été satisfaisant.

101. Les intervenants aux ateliers se sont ainsi exprimés librement dans leur langue maternelle sans complexe et en respectant aussi les consignes d'écoute et de tolérance mutuelles portant essentiellement, sur le fait de se compléter, chaque fois que cela était nécessaire. Cela a permis aux parties prenantes de se connaître d'abord, puis ensuite d'échanger sans crainte ni peur non seulement sur les enjeux

du moment en matière d'accès aux soins mais aussi sur d'autres sujets important relatifs à l'accès aux droits sociaux. Au moins de trente pour cent des femmes avait participé aux ateliers de consultation.

102. VIII.2 Points forts soulevés par les participants

Les participants ont déclaré les avantages du Projet notamment l'accès gratuit aux soins de santé en faveur de femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Selon leurs dires, aujourd'hui par exemple les femmes Batwa se rendent dans les structures de soins pour accoucher, chose impensable avant le démarrage du Projet PADSS. Les enfants de moins de cinq ans sont soignés gratuitement. Les Batwa sont cooptés dans les organes de décisions au niveau communautaire dans les ASC et les GASC et le COSA. L'accueil réservé aux Batwa a été aussi souligné comme un point fort. En effet, comparé aux années antérieures du Projet PADSS, les Batwa sont bien accueillis selon les propos des bénéficiaires.

VIII.3 Points faibles vus par les participants pendant les consultations

- (i) Le nombre de Cartes d'Assistance Médicale insuffisantes par rapport aux bénéficiaires. Il y a lieu de noter aussi les faibles moyens financiers des ménages Batwa pour payer le ticket modérateur de 20% du coût total des soins. Les participants notent aussi des difficultés en rapport avec le paiement de la contribution financière exigée pour le transport par l'ambulance en cas de référence contre référence ;
- (ii) Les participants ont soulevé l'injustice observée lors du remplacement des ASC BATWA. Il a été noté que ces derniers sont remplacés non par leurs pairs mais par les membres d'autres catégories de la population burundaise ;
- (iii) Parfois les Agents de Santé Communautaire Batwa ne perçoivent pas notamment des moyens de déplacement est aussi une faiblesse soulevée.
- (iv) Bien que la participation des Batwa dans les réunions sanitaires ou administratives soit souvent assurée parfois ils ne sont pas invités lorsqu'il est prévu une motivation en termes d'honoraires ;
- (v) Les participants ont soulevé la difficile accès à la justice envers les Batwa et autres groupes vulnérables aux moyens financiers limités ;



Les délégués de l'UNIPROBA pendant les séances de consultations à CIBITOKÉ

VIII.4 Les préoccupations /doléances des participants à prendre en compte dans le projet KIRA

De manière générale l'ensemble des participants a exprimé les doléances suivantes :

- (i) Le renforcement des connaissances sur la thématique santé notamment au niveau de la nutrition, le planning familial, la lutte contre la tuberculose a été sollicité par les participants aux ateliers de consultations.
- (ii) L'intensification de la lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre ;
- (iii) La coordination des intervenants en faveur des Batwa pour beaucoup d'efficacité
- (iv)** Prise en compte des préoccupations des Batwa (par les autorités) notamment le problème de l'accès à la terre, la justice, l'école, l'accès aux soins pour les adultes
- (v)** La problématique d'accéder aux documents administratifs donnant accès aux soins de santé pour les adultes.
- (vi)** La poursuite du processus de cooptation des Batwa dans les ASC, les COSA et le GASC

103. Le projet KIRA apportera des fonds pour le même type d'activités que pour le projet PADSS notamment à travers la mise en œuvre de ce cadre de planification des interventions en faveur des Batwa pour accroître la demande des services, la promotion des comportements sains, et aider particulièrement cette catégorie à accéder aux soins de santé et aux droits sociaux au même titre que les autres citoyens

104. Concrètement, le Projet KIRA va continuer à appuyer dans l'octroi des Cartes d'Assistance Médicales (CAM) en commençant par les ménages qui ne les ont pas eues .

105. En vue d'assurer l'équité, des réunions d'échanges et d'informations seront organisées avec les responsables de l'UNIPROBA sur ce sujet. Un partenariat sera aussi

négocié avec d'autres Projets pour contribuer à financer cette activité étant donné son caractère itératif (renouvellement des CAM chaque année). Il y a lieu de mentionner que le document de gestion des plaintes consacre un espace non négligeable des membres de la communauté non instruite y compris les Batwa à porter plainte en cas de besoin.

106. Le Projet KIRA va aussi appuyer les responsables de l'UNIPROBA à organiser des plaidoyers en faveur des Batwa pour qu'ils aient accès aux droits sociaux comme la participation dans les réunions, l'accès à l'éducation, à la justice, à la terre..

IX. PLANIFICATION DES CONSULTATIONS AVEC LES COMMUNAUTES BATWA PENDANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET KIRA

107. Le PO /4.10 exige un processus de consultation préalable, libre, et fondée sur la communication des informations requises à chaque étape de la préparation et de l'exécution du projet, avec les peuples autochtones affectés par le projet et ses activités. Ce Plan fera partie intégrante du projet KIRA. Durant le processus de mise en œuvre le PPA a une place importante pour s'assurer de l'équité envers les bénéficiaires. Ces derniers devraient recevoir les informations sur le projet de sorte qu'ils soient capables de prendre des décisions librement et sans contrainte, intimidation ou de manipulation.

Un atelier de lancement au niveau national

108. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida à travers la Direction générale des services de santé va organiser un atelier de lancement du PPA à l'intention des autorités légales de l'UNIPROBA au niveau national. En effet, les responsables de l'UNIPROBA sont les leviers à mettre en œuvre ce PPA. Batwa ils sont donc dans le droit d'être bien informés sur le projet et les impacts potentiels (positifs et négatifs) des activités proposées. Cette consultation nationale est une stratégie d'impliquer les autorités de l'UNIPROBA afin qu'ils puissent impliquer leurs collaborateurs de terrain notamment dans les consultations régionales. Les consultations devraient employer des méthodes participatives avec une attention particulière aux préoccupations des femmes autochtones, les jeunes, et les enfants et leur accès aux opportunités et avantages de développement offert dans le cadre du projet.

Organisation des consultations au niveau régional

109. Quatre consultations régionales à l'intention des délégués de l'UNIPROBA choisis au niveau provincial pour leur donner les informations sur les enjeux du Projet KIRA devront être organisées. En vue d'informer les Batwa et les autres catégories de groupes vulnérables sur les enjeux du projet KIRA, les consultations vont se dérouler au chef-lieu des provinces sanitaires en assemblées générales en vue de permettre une plus large participation des différentes parties prenantes. En effet une réunion de Consultation aura lieu à Ngozi et va regrouper les participants en provenance de (Kirundo, Ngozi Muyinga, Kayanza). Une autre réunion aura lieu à Gitega et va regrouper les ressortissants (Gitega, Karusi, Ruyigi et Rutana). Une autre aura lieu à Bururi et va regrouper les ressortissants des provinces (Bururi, Rumonge, Rutana et Makamba) et une autre va se dérouler à Cibitoke et va regrouper les

ressortissants des provinces (Cibitoke, Bubanza, Muramvya et Bujumbura). Chaque réunion durera 2 jours et regroupera 50 participants. Au total 200 individus auront participé dans les consultations. Il faudra veiller à ce que chaque commune soit représentée. A chaque séance des consultations, la présence (nombre total, nombre des femmes, d'hommes Batwa présents dans la salle) des Batwa seraient enregistrés afin de pouvoir suivre et valider l'impact réel du projet sur les Batwa.

Organisation des consultations communales

110. Après les régionales, suivront alors les consultations dans toutes les communes du pays (128) pour disséminer les informations reçues lors des régionales. L'objectif ultime est de voir un grand nombre de participants Batwa lors des consultations communales car en effet, toutes les parties prenantes doivent s'approprier de ce plan pour que sa mise en œuvre réussisse. Les membres de la communautés Batwa des sites éloignées devront être touchés pour comprendre les enjeux du projet.
111. Les délégués ayant participé dans les consultations régionales vont alors organiser des séances de restitution au niveau communal. Comme le pays compte 128 communes et que l'UNIPROBA est représenté dans chaque commune il faudra organiser 128 consultations à la fin du Projet. Chaque représentant de l'UNIPROBA au niveau communal devra s'organiser pour animer des consultations envers ses pairs et dresser le rapport à la hiérarchie. Une cartographie des consultations communales sera réalisée par l'ONG en charge d'implémenter le présent plan.
112. Les communautés Batwa vont élire leurs délégués aux consultations. L'aspect genre sera aussi pris en compte dans la représentativité afin que les femmes participent au même titre que les autres catégories. Aujourd'hui, la participation des femmes dans la mise en œuvre des politiques est reconnue comme un droit au même titre que les autres et les instruments juridiques internationaux y attachent une importance capitale. A titre d'exemple, les associations représentants des organisations de la société civile défendant les intérêts des Batwa comme l'UNIPROBA, GARUKIRA – ABATWA peuvent être consultés pour présenter les délégués aux consultations.
113. Comme le partenariat exige le partage des responsabilités, les communautés Batwa seront appuyé à créer des réseaux internes et externes pour faire face à certaines exigences du processus. Les associations des groupes vulnérables (comme celles des Batwa) constitueront des réseaux internes et externes pour consolider leurs effets plutôt que de les déployer unilatéralement. Ils seront aussi encouragés de créer des réseaux avec les autres organisations de la société civile pour accroître la synergie des moyens matériels, humains et financiers en vue d'apporter des réponses efficaces à des problèmes récurrents.

IX. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES DANS LE CADRE DU PROJET KIRA

114. Le ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida vient d'élaborer un document de gestion des plaintes. Il a été validé au mois d'avril 2020 et disséminé au mois de mai de la même année. Au cours de la mise en œuvre du projet KIRA, les conflits peuvent naître pour plusieurs causes comme le mauvais accueil, la discrimination, le mépris, l'atteinte à la dignité humaine, le refus à l'accès aux soins aux Batwa qui se rendent dans une formation sanitaire.

115. Pour faire face à ces conflits et plaintes, le niveau communautaire sera mis à contribution quant à la résolution pacifique des conflits. En effet, les enquêtes en rapport avec la satisfaction des bénéficiaires au niveau communautaire sont organisées dans le cadre du FBP-Gratuité et les résultats peuvent servir à apporter des solutions aux insatisfactions énoncées par les bénéficiaires frustrés par des prestations sanitaires.

116. Le membre de la communauté Batwa coopté parmi les ASC est l'interlocuteur et porte-parole principal chargé de porter la plainte au niveau communautaire pour tenter de régler le différend. Compte tenu de l'ampleur ou de la gravité de la plainte/conflit, il pourra jouer le rôle de conseiller en faisant recours au règlement pacifique à travers les conseils.

118. Si la personne lésée n'est pas satisfaite des solutions proposées, c'est autour du membre du COSA coopté de documenter la nature de plainte/ de conflit et saisir de manière formelle les membres du comité de santé.

119. Un registre de plaintes devrait être disponible à tous les niveaux (Centre de santé, District sanitaire, Province sanitaire DPSHA et DGSLs et Inspection Générale de la santé) pour une bonne traçabilité du circuit administratif en matière de gestion des conflits et plaintes. A chaque niveau un délai de sept jours est prévu pour avoir donné un avis sur la plainte. Au-delà la personne lésée est autorisée de saisir la hiérarchie supérieure. Un modèle de formulaire de plainte est annexé au présent document.

120. S'il advenait que la solution ne soit trouvée au niveau du Centre de santé, la personne lésée est appelée à référer l'affaire au niveau du District Sanitaire, puis à la hiérarchie supérieure, c'est-à-dire la Province sanitaire. Des points focaux ont été mis en place pour documenter les plaintes reçues avec des solutions adaptées ou non.

121. La question sera adressée au niveau central représenté par l'Inspection Générale de la Santé. Celle-ci donnera la suite au plaignant après avoir documenté les contours du problème. En cas d'insatisfaction, c'est le recours aux juridictions nationales dont la Cour administrative.

122. Le projet Kira va sensibiliser les communautés Batwa sur le dispositif de plainte en place afin qu'ils aient connaissances sur les procédures et le dispositif juridique et administratif pour plaider leur cause. Dans toutes les séances de renforcement des capacités ou des plaidoyers ce thème figurera sur l'agenda.

123. Une ligne téléphonique verte sera négociée par la DPSHA auprès de l'Agence de Régulation et de Contrôle Téléphonique (ARCT) et communiqué aux Batwa afin de l'utiliser en cas de nécessité.

124. Compte tenu de la multiplicité des acteurs de mise en œuvre du projet Kira et des intérêts divergents des différents bénéficiaires directs et indirects, un document sur les mécanismes de gestion des plaintes et de recours a été élaboré afin de minimiser ou

atténuer l'impact négatif éventuel observé. Ce mécanisme servira à prévenir des conflits éventuels et leurs conséquences susceptibles de nuire à la bonne mise en œuvre du projet.

125. Le mécanisme de gestion des plaintes ne crée pas de structures parallèles pour sa fonctionnalité mais s'intègre parfaitement dans le montage institutionnel du MSPLS proposant à la fois des canaux de communication des plaintes. L'agence d'exécution devra organiser des séances de sensibilisation des Batwa sur ce document pour leur donner l'information en rapport avec le circuit et la gestion des plaintes. En cela, les membres de la communauté Batwa pourront alors s'en servir en cas de besoin.
126. Somme toute, conformément aux recommandations de la Banque Mondiale, le document sur le Mécanisme de Gestion des Plaintes est en adéquation avec les documents de sauvegarde en vigueur entre autre le Cadre de Gestion Environnemental et Social (CGES) et le PPA. Il donne l'ensemble des mesures et des procédures qui seront mises en œuvre par le projet Kira pour faciliter les potentiels plaignants à soumettre leurs plaintes.

X . LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE MISE EN ŒUVRE DU PPA

127. La mise en œuvre de ce cadre de planification s'inspire des arrangements institutionnels mise en place dans le cadre du projet PADSS et qui a servi de base pour le projet KIRA. En effet, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida reste le garant de la mise en œuvre de la politique opérationnelle de sauvegardes sociales.
128. La Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le Sida reste le Coordonnateur Technique tandis que la DPSHA assure la supervision directe et au quotidien de la mise en œuvre des politiques de sauvegardes sociales et environnementales. Le DPSHA rendra compte à la Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le SIDA.
129. Une Association locale regroupant les membres Batwa comme l'UNIPROBA sera recrutée sur entente directe ou à travers un MOU. En effet, le nouveau Directoire de l'UNIPROBA maîtrise les aspects administratifs étant donné l'expérience acquise dans l'Assemblée de la Communauté des Pays de l'Afrique de l'Est. Confier l'UNIPROBA la mise en œuvre du PPA sous financement additionnel favoriserait la participation et l'internalisation du PPA par les bénéficiaires eux-mêmes. Car comme le dit bien Ghandi, « ce que vous faites pour moi sans moi n'est pas pour moi ». Par ailleurs, dans un contexte de budget réduit, il se trouve que la collaboration entre ABS et UNIPROBA sur terrain ne soit pas conviviale sur terrain, ce qui fragilise le rendement.
130. La DPSHA quant à elle mettra sur pied un calendrier mensuel pour des missions de supervision sur terrain et sera responsable pour la diffusion des rapports trimestriels aux autorités provinciaux et locaux. Chaque mission sera sanctionnée par un rapport contenant des recommandations à toutes les parties prenantes en vue de booster les résultats.
131. L'agence d'exécution va travailler sous la responsabilité du Médecin Provincial au niveau provincial et du District Sanitaire au niveau opérationnel. Les titulaires de centres

de santé sont également concernés dans la facilitation des tâches à l'agence d'exécution au niveau des centres de santé.

XI. RENFORCEMENT DES CAPACITES

132. Le Projet KIRA va élaborer le programme de renforcement des compétences à l'intention des Batwa en fonction de leur besoin spécifiques pour contribuer à l'implication de ces derniers dans la mise en œuvre de cette politique. Un plan de formation sera élaboré après avoir consulté les bénéficiaires sur leurs priorités en formation. Ce plan de formation sera discuté lors des consultations régionales et communales.
133. Le Projet KIRA va organiser des séances d'échanges sur le plan avec les autres partenaires et les bénéficiaires en tenant compte de leur disponibilité en vue d'une complémentarité pour faire des économies d'échelle en moyens financiers.
134. A titre d'illustration et tenant compte des besoins déjà exprimés, les thèmes en rapport avec la lutte contre la tuberculose, l'hygiène, l'éducation nutritionnelle, le changement de comportement, et d'autres pourraient capter l'intérêt des participants aux sessions de formation dans les interventions du projet KIRA. Par contre, la sensibilisation sur la gestion et l'utilisation des fonds dans le cadre du transfert monétaire est envisagé dans le cadre du Projet FILETS Sociaux.
135. A côté de cela, les participants ont exprimé aussi les besoins de connaître les circuits judiciaires pour qu'ils puissent être à mesure de revendiquer eux-mêmes leurs droits.
136. Un focus très particulier sera mis sur la cartographie des intervenants en faveur des Batwa pour que le partage des responsabilités soit respecté. Chaque intervenant devra veiller à la mise en œuvre de son cahier des charges dans sa zone d'intervention, tout en respectant le circuit administratif. La collaboration, la complémentarité est donc utile pour que les interventions soient canalisées vers le renforcement du système de santé au niveau national.

XII. COMPLEMENTARITE ET SYNERGIE DES PROJETS IDA EN FAVEUR DES GROUPES VULNERABLES DONT LES BATWA

137. En vue de faire face à ces goulots observés ci-dessus de manière complémentaire, les Projets KIRA, va initier un programme de travail en synergie avec les autres projets IDA à conjuguer les efforts et travailler en synergie pour plus d'efficacité.
138. Le projet Kira intervient sur toute l'étendue du pays dans les formations sanitaires alors que par exemple le Projet d'Appui aux Filets Sociaux intervient dans quatre provinces du pays. Pour plus de complémentarité et de synergie le projet KIRA va préparer un cadre de partenariat pour enclencher les modalités de collaboration avec les autres projets qui interviennent en faveur des mêmes cibles notamment les Batwa.
139. A titre d'exemple, le Projet d'Appui aux Filets Sociaux pourra contribuer à sensibiliser les bénéficiaires Batwa à faire des économies pour payer le ticket modérateur en cas de nécessité. A côté de cela, les ménages des Batwa qui auront été ciblés sont en mesure de payer la contribution pour l'ambulance ou achat des Cartes d'Assurance Maladie (CAM).

140. En ce qui concerne le renforcement des capacités, un document contenant les besoins en formation devrait être partagé entre les responsables de mise en œuvre des projets IDA et partager alors les thématiques à développer séparément. Le Projet KIRA prendrait en charge les aspects en rapport avec la thématique santé dans les zones d'intervention autres que celles identifiées par le Projet d'Appuis aux Filets Sociaux.
141. Le Projet KIRA va organiser et exécuter des plaidoyers en faveur des populations Batwa sur l'accès à la justice, à l'éducation et à l'accès à la terre dans leur zone d'intervention respective. Les autres thèmes à développer sont notamment l'intégration des Batwa dans les structures collinaires et communales.

XIII. ACTIVITES PLANIFIEES DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE POPULATION BATWA

142. Les activités retenues dans ce plan découlent des faiblesses observées sur terrain lors des consultations ou dans les évaluations sociales réalisées antérieurement par d'autres acteurs sur le terrain. Une agence d'exécution sera recrutée pour la mise en œuvre de ce plan en faveur des Batwa

(i) Recruter une agence locale pour mettre en œuvre le PPA

143. La DPSHA en collaboration avec l'expert en Passation des Marchés du Projet KIRA vont élaborer les Termes de référence pour recruter une agence d'exécution/consultant chargé de la mise en œuvre de ce Cadre de planification. Ces termes de référence seront partagés avec la BM pour commentaire et approbation. L'agence d'exécution va signer un contrat avec le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA pour une durée annuelle renouvelable après évaluation des performances.

(ii) Organiser un atelier de consultations des Batwa au niveau national

144. En vue de partager les informations avec les bénéficiaires sur le projet KIRA un atelier au niveau national à l'intention des autorités supérieures de l'UNIPROBA avec les collaborateurs directs devra être organisé pour disséminer les acquis du projet et embrayer sur les enjeux auxquels le Projet KIRA va affronter. L'objectif principal de cet atelier est de recueillir des informations qui vont aider à mieux répondre aux besoins des populations Batwa dans les différentes provinces. C'est aussi le canal d'informer les peuples autochtones sur le projet, les avantages du projet sur la vie des populations autochtones, les défis, la gestion des plaintes.. Cette activité sera réalisée par la DPSHA, délégué du MSPLS en matière de mise en œuvre des sauvegardes sociales et environnementales.

(iii) Organiser quatre ateliers de consultations régionales

145. Après l'atelier national, quatre ateliers régionaux regroupant trente participants vont être organisés en vue de disséminer les informations sur le projet auprès des responsables provinciaux de l'UNIPROBA. D'autres associations des Batwa devront aussi participer à ces ateliers. En vue de collecter le maximum d'informations et permettre à

chacun de s'exprimer librement et sans contrainte des séances d'échanges par pair seront organisées durant les consultations régionales.

(iv) Organisation des ateliers de consultations au niveau communal

Comme mentionné ci-dessus, les consultations communales vont être organisées au chef lieu de la commune pour permettre aux bénéficiaires en grand nombre de comprendre les enjeux du projet. Ces ateliers seront animés par les responsables de l'UNIPROBA au niveau communal sous l'encadrement des cadres de la DPHA notamment le CPPS ou le Technicien de promotion de la santé. L'objectif ultime est de permettre une pénétration du projet au niveau collinaire. En assemblées collinaire, les délégués des Batwa ayant participé aux communales pourront à leur tour disséminer le projet au niveau colline. Les ateliers communaux devront être réalisées sur une période durant la première année de mise en œuvre du Projet. Chaque atelier devra regrouper trente participants.

(v) Achat et Distribution des nouveaux CAM auprès des ménages Batwa.

146. La politique de la Carte d'assistance Médicale est une décision du Gouvernement du Burundi initiée depuis 1984 et revue en 2012 pour permettre aux populations du secteur informel et rural d'accéder aux soins de santé. Le Chef de ménage doit avoir une carte d'identité et une photo passeport et les enfants pris en charge doivent avoir moins de 18 ans. La CAM donne droit au paquet minimum de services offerts dans une formation sanitaire. Aujourd'hui, le coût de la CAM est de 3000 francs Burundais renouvelable chaque année. Les Batwa font partie de la catégorie des bénéficiaires de la CAM mais confrontés à des difficultés financières à cause de leur situation de précarité, nécessitent un appui comme celui du KIRA.

147. Dans le cadre du projet KIRA, il va donc falloir identifier le nombre exact des Batwa qui n'ont jamais bénéficié de CAM et qui en ont besoin. L'Agence d'exécution /Consultant devra alors dresser la liste des bénéficiaires par Centre de Santé en fonction des critères d'équité. Comme par le passé il faudrait au moins 6000 CAM à distribuer. Elle procédera à la signature des Contrats avec les BPS auxquels sont annexées les listes des bénéficiaires par CDS. Les frais des CAM sont payés par l'Agence via les ordres de virement sur les comptes CAM des BPS. Les bénéficiaires sont alors invités à se présenter aux CDS les plus proches avec les Cartes National d'Identité et les photos passeports pour acquérir ces CAM. Un travail de Suivi pour une bonne livraison des CAM sera assuré par la DPSHA.

(vi) Organiser quatre plaidoyers à l'intention des autorités administratives et sanitaires pour obtenir gratuitement des documents administratifs

148. Comme il a été mentionné ci-dessous, les groupes vulnérables dont les Batwa éprouvent des difficultés quant à l'obtention des documents administratifs donnant droit à l'accès aux soins de santé. Il a été aussi soulevé un problème relatif à l'accès à l'emploi des jeunes Batwa ayant obtenus de diplômes ou des certificats du secondaire

149. Un plaidoyer en faveur des administrateurs communaux pourrait faciliter l'accès aux documents administratifs pour les démarches en rapport avec l'accès à la justice et aux soins. Les Médecins Chefs de District pourraient être sensibilisés pour faciliter l'accès à l'emploi des aides-soignants Batwa dans les centres de santé

(vii) Organiser quatre sessions trimestrielles de renforcement des capacités en faveur des ASC Batwa sur la thématique santé

150. Les faibles connaissances des ASC sur la thématique santé ont été soulevées notamment en matière de lutte contre la malnutrition, la lutte contre la tuberculose, les violences faites sexuelles faites aux jeunes filles et femmes batwa. Le programme de renforcement des capacités sur la thématique santé va permettre aux bénéficiaires de s'acquitter convenablement à leur mission. Les sessions pourront être organisées au niveau province dans des assemblées.

(viii) Organiser quatre des séances de sensibilisation trimestrielles envers les Batwa sur l'éducation sexuelle, le planning familial, les violences sexuelles faites aux femmes, les opportunités et droits et les devoirs des citoyens

151. Le Projet KIRA, va intégrer les volets violences sexuelles basées sur le genre. Les séances vont contribuer à répondre à leurs besoins en matière des mariages précoces, les grossesses non désirées, les attitudes face aux violences sexuelles basées sur le genre, et d'autres aspects négatifs qui fragilisent la santé des jeunes filles et femmes batwa. Des séances d'informations sur les opportunités en matière d'emploi ou la connaissance des droits sont aussi utiles pour éveiller et aiguïser l'esprit des Batwa qui parfois hésitent à demander une information ou défendre leurs droits par peur ou discrimination. Ces séances se déroulent au niveau des sites ou dans les assemblées collinaires des Batwa en général. Il s'agit d'une activité continue durant toute la période de mise en œuvre du projet.

(ix) Organiser deux séances de sensibilisation semestrielle sur la gestion des plaintes et conflits

152. Un document sur la gestion des plaintes vient d'être validé par le MSPLS. Les circuits des plaintes sont mentionnés dans ce document. Les Batwa sont en besoin criant de connaître les circuits administratifs et judiciaires pour porter plainte lors des éventuelles injustices faites aux patients Batwa dans les formations sanitaires. Pour y parvenir, l'agence d'exécution/Consultant sous la supervision de la DPSHA devra alors organiser des sessions de sensibilisation sur les mécanismes de gestion des conflits et plaintes en faveur des Batwa.

(x) Sensibiliser les Communautés Batwa à l'utilisation des structures de santé

153. Cette activité s'inscrit dans le cadre des activités des Agents de Santé Communautaire. En effet, les Agents de santé Communautaire Batwa Coptés vont poursuivre l'activité de sensibilisation au niveau des ménages Batwa pour qu'ils utilisent les structures de santé. Une programmation mensuelle de séances de sensibilisation sur des thèmes en rapport avec la consultation Pré et Post natale, la lutte contre le paludisme, la nutrition

...sera faite avec l'appui de l'agence d'Exécution. Le nombre sera déterminé lors des évaluations des prestations des GASC dans le cadre du FBP Communautaire.

154. Une liste des chefs de ménages ayant participé dans les séances de sensibilisation est disponible à la fin de chaque séance pour un suivi soutenu. Les Groupements d'Agents de santé Communautaire sont rémunérés en fonction de leurs prestations notamment le nombre de Batwa femme par exemple qui ont bénéficié des soins dans une structure de soins. Les résultats devront être fournis par le CPVV et validés par le comité de contre vérification pour transmettre les informations fiables à la CTN pour paiement.

155. Les membres des Comités de Santé Batwa cooptés quant à eux devront continuer à assurer leur rôle au niveau des structures de santé. Concrètement ils sont là pour faciliter l'accès aux soins de leurs pairs, et rester à leur écoute notamment plaider en leur faveur en cas de manque d'argent cash pour payer les frais de soins de santé.. Ils se portent garant pour le recouvrement et le patient bénéficie des soins.

(xi) Organisation des missions de suivi-évaluation de la mise en œuvre de ce cadre.

156. La DPSHA va organiser des missions de supervision bi mensuelles pour se rendre à l'évidence des réalisations sur le terrain. Des rapports de mission de supervision seront adressés à la Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le Sida en charge de l'aspect technique du Projet Kira dans son ensemble.

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DE MISE EN ŒUVRE DU CPPA ET INDICATEURS DE RESULTATS

Activités	Indicateurs des résultats	Responsabilité	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
Recrutement de l'agence d'exécution/Consultant	Contrat signé	DPSHA/EPM				
Organisation d'un atelier de consultation de lancement national	Liste des participants	AE	X			
Consultations régionales	Liste des participants	AE	X			
Consultations communales	Liste des participants	AE	xx	xxx	xxx	Xxx
Achat et Distribution des 6000 CAM	Nombre de CAM à Distribuer	AE	X	X	x	x
Organiser quatre plaidoyers à l'intention des autorités administratives et sanitaires	Nombre de plaidoyers organisés et liste des participants	AE	X	X	x	x
Organiser quatre sessions de renforcement des capacités en faveur des ASC Batwa sur la thématique santé	Nombre de sessions de renforcement des capacités organisées	DPSHA/CTN	X x xx	Xxxx	Xx xx xx xx	Xx xx xx
Organiser quatre séances trimestrielles de sensibilisation envers les Batwa sur l'éducation sexuelle, le planning familial, les violences sexuelles faites aux femmes, les opportunités et droits et les devoirs des citoyens	Nombre de séances de sensibilisation Nombre de thèmes développés	DPSHA	Xxx	xxx	xxx	xxx
Sensibilisation semestrielle des Batwa sur les mécanismes de gestion des conflits	Liste des participants Nombre de litiges traités	AE	Xx	Xx	xx	xx

XIV. BUDGETISATION ESTIMATIF

157. Le budget prévisionnel pour la mise en œuvre du présent PPA est de 700.000.000 fbu. L'agence de mise en œuvre devra ventiler le budget pour réaliser les activités ci haut mentionnées. Une attention particulière reste quand même pour l'achat des nouveaux 6000 CAM.

Budgétisation des activités planifiées

Rubrique	unité	Cout unitaire	Quantité	Total
frais de fonctionnement				
organisation des ateliers de consultations				
National	participant			
frais de déplacement	Participant	30000	30	900000
Régional	Participant			
Frais de déplacement		30000	120	3600000
Communal				
Frais de déplacement		30000	3840	11520000 0
Achat CAM	Carte	3000	6000	
Plaidoyer	participant	30000	480	14400000
Renforcement des capacités				
frais de déplacement		30000	480	14400000
sessions sur le planning et les violences sexuelles				
frais de déplacement		30000	480	14400000
Mécanisme de gestion des Plaintes				
Frais de déplacement		30000	480	14400000
				17730000 0
Frais de fonctionnement de l'AE				52270000 0
				70000000 0

XV. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

158. La DPSHA est chargée d'assurer le Suivi régulier de la mise en œuvre de ce cadre de planification au niveau national. Les missions de suivi-évaluation seront programmées tous les mois et les rapports de missions seront adressés à l'autorité hiérarchique et aux partenaires de mise en œuvre.
159. Le Suivi-évaluation de ce plan devra s'intégrer dans le cadre global du suivi-évaluation du projet KIRA pour mesurer les progrès réalisés /atteints en faveur des Groupes Vulnérables dont les Batwa. Cette stratégie permettra de renseigner sur le déroulement des activités de retenues dans ce plan et les difficultés rencontrées pour y apporter des correctifs adaptées.
160. Il renseignera aussi sur les opportunités en matière de leçons et tenir en compte durant la période de mise en œuvre du Projet KIRA. A titre d'exemple le processus de suivi-évaluation permettra de connaître le nombre de femmes et les enfants Batwa et ayant bénéficié de la gratuité. Le suivi évaluation va renseigner sur le nombre des Batwa intégrés dans les GASC et qui bénéficient des avantages de la nouvelle donne.
161. L'expert en Suivi-évaluation du projet KIRA veillera à ce que les indicateurs prévus renseignent sur les progrès/retombées du projet Kira sur la santé des des Groupes vulnérables dont les Batwa. Une étroite collaboration avec la DPSHA doit être renforcée pour booster les résultats.

Le tableau suivant montre les indicateurs de performance de ce plan à travers les composantes du projet KIRA

Composantes du projet KIRA	Indicateurs de performance
Composante 1 : Paiement de la Gratuité et de la performance des prestataires de services de santé	Nombre de femmes et enfants Batwa déclarés et validés par les formations sanitaires. Nombre de membres Batwa du COSA ayant reçu le Bonus
Sous-composante 1.B : Paiement de la performance des groupements d'agents de santé communautaire	Nombre des Agents de santé Communautaire Batwa intégré dans les GASC Nombre de cas de femmes Batwa traités à domicile Nombre de femmes Batwa référées au niveau de centres de santé
	Nombre de femmes ayant suivi des séances sur les violences sexuelles basées sur le genre
Sous-composante 2.C : Appui à la promotion de la demande auprès des communautés et aux activités de sauvegardes sociales et environnementales	Nombre de femmes Batwa qui participent aux séances de sensibilisation sur la thématique santé Nombre de femmes qui fréquentent les formations sanitaires Nombre de Batwa nouvellement cooptés dans les COSA, ASC et GASC
Composante 3 : Renforcement des prestataires et des prestations nouvellement intégrées au programme FBP	Nombre des agents de santé communautaire Batwa ayant reçus un Kits didactique.
Soutien aux Programmes de Santé Publique (Nutrition et Santé Reproductive)	Nombre de femmes et enfants Batwa ayant bénéficié de l'appui nutrition

Composante 4 : Contingence en cas d'intervention d'urgence : Cette composante permettra la réaffectation rapide des montants alloués au projet en cas de désastre naturels ou humains ou de situation de crises.

XVI. DIVULGATION DES RAPPORTS

Afin d'assurer le partage des informations contenues dans les rapports à grande échelle, des canaux de communication complémentaires seront initiés afin de faciliter l'accès à l'information aux différents intervenants. Il y a lieu de noter par exemple le site web du ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida, le site web du FBP et d'autres canaux comme les bulletins qui sont publiés régulièrement au ministère de la santé ou par d'autres ministères.

En outre, en vue de partager avec les bénéficiaires du projet, un bulletin en langue nationale pourra être édité deux fois l'année et contiendrait des résultats atteints pour des informations phares produits dans le cadre des rapports d'activités.

L'usage des mailing listes pourra aussi faciliter la divulgation des rapports à plus grande échelle afin de partager les résultats avec les partenaires n'ayant pas accès aux sites web.

Annexe1 : Bibliographie

Le présent *Plan en Faveur des groupes vulnérables* se trouve renforcé par les documents suivants:

- ✓ Plan National de Développement 2018-2027
- ✓ La constitution du Burundi juin 2018
- ✓ Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, Politique Nationale de santé 2016-2025
- ✓ Ministère de l'eau, de l'environnement et de l'Aménagement du Territoire, Plan de développement des Groupes vulnérables dont les Batwa et la cohésion sociale (2012)
- ✓ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Rapport définitif sur 'étude sociologique relative aux obstacles à l'accès aux soins (2009)
- ✓ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Mémoire d'Entente entre l'UNIPROBA et le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (2014) :
- ✓ Banque Mondiale, Rapport définitif sur Etude qualitative sur l'équité en santé pour des groupes vulnérables au Burundi , Bujumbura, Décembre 2014
- ✓ Ministère de l'Intérieur, Ordonnance du (Mars 2016) portant sur le mariage gratuit des rapatriés et autres vulnérables
- ✓ Banque Mondiale, Union européenne, Etude sur le Financement de la santé au Burundi, Rapport synthèse (2014) :
- ✓ Ministère du Développement Communal, Étude sur les groupes vulnérables et la cohésion sociale au Burundi (2006)
- ✓ UNIPROBA, Rapport d'activités réalisées dans le premier trimestre de la deuxième phase mise en œuvre de la convention MSPLS-UNIPROBA
- ✓ Maître Assistant Aimé- Parfait NIYONKURU, Rapport sur l'étude de l'accès à la justice des Batwa, Bujumbura,
- ✓ Projet d'Appui au Développement Communautaire et Social (PRADECS), Cadre de gestion environnementale et Sociale, Bujumbura, Nov 2006
- ✓ Maître MBONIGABA Noé et Ali : Les droits économiques et sociaux d'une communauté de Batwa de Gitega, étude de base participative, Bujumbura 2008
- ✓ Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne humaine et du Genre, Stratégie de la protection sociale, Bujumbura, janvier 2015

Annexe 2 : PROFIL DES BATWAS ¹³¹⁴

Les *Batwa* sont un peuple de chasseurs cueilleurs, nomades et sans terres propres. Les *Batwa* ont été forcés à se rabattre essentiellement à des activités peu rentables de poterie, de forge, de travail à la tâche pour leurs voisins, avec la disparition progressive des forêts. Au niveau socio-démographique, les *Batwa* constitue la catégorie sociale minoritaire car elle ne compte que moins d'1% de la population totale burundaise.

Les conditions de vie dans lesquelles vivent les *Batwa* sont globalement d'extrême précarité et ce pour les raisons majeures qui suivent : Manque de terres cultivables, manque de bétail, habitats délabrés, malnutrition criante dans les ménages, maladies fréquentes, manque de moyens pour la scolarisation des enfants, manque d'habits; bref, les *Batwa* font face au quotidien à de sérieux défis sociaux qui prennent origine dans la pauvreté. Ce qui signifie que comparativement aux autres composantes sociales, les *Batwa* sont dans le désarroi, car même le travail à la tâche qui leur procurait un peu de revenus est devenu actuellement difficilement accessible.



Une femme Mutwa du site de Nyagatobe en commune de Rugazi en train de préparer de la patte dans un pot sous un couvert de fortune

Avec l'exiguïté des terres, les communautés *Batwa* se trouvent non seulement privées des terres cultivables mais également de l'argile ; la principale source de revenus pour la majorité d'entre eux. C'est ce qu'exprime succinctement ce rapport :

« En outre, l'accès à l'argent est devenu de plus en plus difficile pour beaucoup de *Batwa* car la pression de terre encourage les fermiers à assécher des marécages argileux pour les cultiver »¹⁵.

Actuellement, les *Batwa* vivent essentiellement des recettes de petites activités de poterie, de forge, de travail à la tâche, de transport des planches et des madriers, de transport des moellons de rivière et de carrière, de la vente du bois de chauffage, de taxi vélo, etc.

Les *Batwa* Agents de Santé Communautaires et membres des Comités de Santé, les *Batwa* leaders collinaires représentant de l'UNIPROBA ainsi que les responsables administratifs à la

¹³ Voir extrait du document annexe4

¹⁴ Banque Mondiale, Etude qualitative sur l'équité en matière d'accès aux soins de santé, Bujumbura 2014

¹⁵Rapport de MRG INTERNATIONAL. Les Pygmées *Batwa* de la région des Grands Lacs, 2001, p.10

base sont les mieux indiqués pour mener à satisfaction cette activité de sensibilisation. C'est ainsi que l'activité d'intégration des Batwa (par cooptation) parmi les Agents de Santé Communautaire et parmi les membres des Comités de Santé (sur appui et financement du Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé /Volet communautaire) a beaucoup contribué à la sensibilisation des populations en général et des groupes vulnérables (particulièrement les Batwa) à un plus grand recours aux services de santé.

Cette mobilisation des Batwa en matière d'utilisation des structures des soins de santé doit être accompagnée par la sensibilisation sur l'importance de l'officialisation des mariages afin qu'ils puissent avoir accès aux documents administratifs exigés (tels que les actes d'état civil (attestation de nationalité et les extraits d'acte de naissance) exigés pour être éligibles offerts dans le cadre de la gratuité des soins ciblés.

Le PADSS a contribué à sensibiliser les autorités administratives et sanitaires sur l'établissement de gratuité des pièces d'identité pour les personnes qui n'en ont pas dont les Batwa (actes de naissance, de décès, de mariage et cartes d'identité) notamment en organisant des audiences foraines sur les collines.

Concernant la politique de la gratuité de soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et les femmes qui accouchent, les Batwa en sont dans leur grande majorité bien informés et apprécient les bienfaits de cette politique qui a amélioré le taux d'accouchement assisté. Ils reconnaissent que les enfants ou les femmes batwa bénéficiant de cette politique ne font l'objet d'aucune discrimination lorsqu'ils fréquentent les structures de soins.

Globalement, les catégories Batwa bénéficiaires de la politique de Gratuité n'éprouvent pas de problèmes particuliers d'accéder aux soins de santé par l'intermédiaire de cette politique, pour autant qu'ils soient en possession des documents administratifs exigés. Dans le cas contraire, ils sont obligés de payer ces prestations alors qu'ils sont démunis et il est déplorable que le recours aux structures de soins de santé se fasse tardivement à cause de leur situation de pauvreté.

Concernant la prise en charge des soins de santé des personnes adultes Batwa par le Ministère ayant la Solidarité Nationale dans ses attributions, il y a lieu de signaler que très peu de BATWA disposent de l'attestation d'indigence qui est exigée pour avoir gratuitement accès aux soins de santé à cause du manque de documents administratifs exigés pour accéder à cette prise en charge ainsi que du manque d'informations y relatives.

Toutefois, il faut préalablement noter que les critères objectifs d'identification des indigents soient d'abord déterminés et qu'il soit ensuite procédé au dénombrement de ces derniers. L'Association UNIPROBA pourrait alors assurer le plaidoyer et le suivi des stratégies mises en œuvre en faveur de la composante BATWA. Faudrait-il rappeler que dans le cadre de la mise en œuvre du PADSS, une convention a été signée entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA en vue de mener un paquet d'activités dont celles en rapport avec l'organisation des campagnes de sensibilisation des Batwa à l'acquisition des CAM¹⁶. Selon l'UNIPROBA 2550 séances de sensibilisation ont été organisées depuis la signature de la Convention et la même source indique que 66,33/% de femmes utilisent les structures de santé.

¹⁶ Voir annexe 4

Les ménages Batwa ayant des capacités financières ont pu acheter eux –mêmes les CAM tandis que d'autres (4782) ont bénéficié de l'Appui du PADSS. Le processus de distribution des CAM par UNIPROBA continue jusqu'à atteindre 6000 CAM prévues d'ici la fin du projet. Les problèmes évoqués portent sur l'extrême précarité de la communauté Batwa où le manque de terre engendre la faim et la malnutrition chronique avec ces effets dévastateurs sur la santé des enfants. Les écoliers abandonnent l'école à cause du manque de frais et des uniformes. En ce qui concerne la qualité de leur accueil dans les structures de soins, les Batwa affirment globalement qu'ils sont bien accueillis à l'instar d'autres patients.

ANNEXE 3 : CADRE DE TRI

Cette section permet de vérifier la conformité des exigences de la Banque Mondiale en faveur de la Politique Opérationnelle PO/4.10 des Batwa. Les caractéristiques des groupes vulnérables devront être vérifiées en fonction des critères mentionnés ci-dessous et la Constitution du Burundi de 2005.

A. Détails des Critères de la Banque Mondiale PO/ 4.10

1.0 IDENTITE

- Déclaration volontaire
- Reconnaissance de cette identité par d'autres groupes

2.0 ATTRIBUTS COLLECTIFS

- Habitats des Batwa
- Existence et appartenance aux terres ancestrales
- Ressources naturelles

3.0 DIFFERENTES INSTITUTIONS COUTUMIERES

- Institutions Culturelles
- Institutions Sociales
- Institutions Politiques

4.0 LANGUES DES AUTOCHTHONES

- Langue autochtone
- Langues voisine
- Langue nationale

B. Constitution du Burundi de 2018

5.0 Evaluation sociale

- Population minoritaire

- Culture spécifique
- Mode de vie traditionnel
- Moyens de subsistance traditionnels
- Situation géographique

Langage avec tonalité différente

Annexe 4

VIII.2 Modalités de gestion des plaintes pour les acteurs non instruits dont les Batwa et les autres vulnérables

Comme mentionné ci-dessus, les communautés sont des acteurs incontournables dans la mise en œuvre du projet KIRA. Ils sont représentés à travers les Groupements des Agents de santé communautaire et les Comités de Santé.

Si un membre de la communauté non instruite bénéficiaire des avantages du projet Kira comme les Batwa par exemple subit une injustice, il existe trois voies à exploiter pour que sa plainte soit enregistrée et traitée :

- (iv) La plainte est enregistrée par le Mutwa mandaté dans le comité de santé qui à son tour va saisir les autres membres du COSA qui invitera le plaignant pour l'écouter et traiter la plainte ;
- (v) La plainte peut être reçue par le GASC lors des séances de sensibilisation ou de visite à domicile des Agents de Santé communautaire. Là aussi, le plaignant est reçu et sa plainte entre dans le réseau pour enregistrement et le traitement ;
- (vi) La troisième voie est que si la plainte n'est pas urgente, le plaignant pourra l'exprimer lors des enquêtes communautaires organisées semestriellement dans les aires de santé dans le cadre du Financement Basé sur la Performance et là, le feed back est donné lors des ateliers de restitution des résultats de l'enquête.

A chaque réception du plaignant , la plainte doit être formalisée et accompagnée le plaignant sur tout le parcours jusqu'à ce que la solution soit trouvée. A côté de la formalisation il y a lieu de recourir aux réunions entre le plaignant et la partie adverse afin que les conflits soient vidés. Pour ceux qui ne savent ni lire et écrire, le COSA doit organiser des assemblées trimestrielles à l'intention de la population de l'aire de santé pour leur expliquer les modalités de circuits des plaintes éventuelles, la fonctionnalité du centre de santé. Par ailleurs, les

plaintes des personnes vulnérables non instruits seront régulièrement enregistrées par les ASC lors des réunions de travail dans la communauté, lors des séances de sensibilisation pour le changement de comportement ou lors des visites à domicile. Ces plaintes entreront ainsi dans le circuit, traitées et le feed back donné à qui de droit par les membres des COSA ou des GASC.

Dès que le budget du projet le permettrait, il pourra être explorée l'option de numéro téléphone vert gratuit. Cela exigera la présence d'un réceptionniste disponible 24H/24 et 7jours/7. Cette option sera également explorée dans tout le pays et des outils appropriés seront conçus.

S'agissant des plaignants en rapport avec les violences bases sur le genre, le circuit est le même. Dans les communautés les Agents de Santé communautaire, les COSA vont aussi prendre en charge les plaintes émanant des femmes ou des hommes ayant subi des violences basés sur le genre.

Anexe 5:

Liste des Participants aux consultations

ATELIER SUR LES CONSULTATIONS DANS LE CADRE DE SAUVEGARDES SOCIALES EN ENVIRONNEMENTALES

LISTE DES PRESENCES DES PARTICIPANTS DANS LA PROVINCE DE MUYINGA

date: Le 21/11/20

N°	NOMS ET PRENOMS	PROVENANCE	FONCTION	TEL	SIGNATURE
01	MBISAMAKORO Léonce	KAYANZA	chef d'Antenne OBPE	61788737	
02	MUNEBIRO Laurent	NGOZI	chef d'antenne OBPE	69299936	
03	NZIRUBUSA Pascal	MUYINGA	chef d'Antenne UNIPROBA	68383382	
04	REN SIMANA Aimable	MUYINGA	haut focal UNIPROBA	61696205 79796983	
05	DR ² HAMBIDANA Célestine	NGOZI	Protection CPPC	69086700	
06	MUYONZIMA Camille	KIRUNDO	OBPE	68071525	
07	MUKAMBARAKIZA Collasse	KAYANZA	Médecin Consultant Hop. Kayanza	79934534 79362588	
08	NDAYIKIZA Gylle	MUYINGA	CPPS	71047122	
09	NDAYISABA Aérié	NGOZI	CPPS	79964846	
10	Mibaro Sacuvatori	KAYANZA	chef d'Antenne UNIPROBA	68384119	
11	Kayobera J Pierre	NGOZI	chef d'Antenne UNIPROBA	79484531	
12	Guillaume Umuhanzi yayo	NGOZI	MDH-NGOZI	79394162	
13	Bel pasteur mapiki cyrien	NGOZI	UNIPROBA Ruhororo	69937635	
14	MARUZANIGE Régile	KIRUNDO	chef d'antenne UNIPROBA	68221579	

15	HARERIMANA ROSORATA	KIRUNDO	UNPORO BIA BUSONI	62203895	Handwritten signature
16	NEKORURIRO Claudette	KAYANZA	DR ^h Femme UNPORO BIA	71176073	Handwritten signature
17	MINAMI Sylvester	KAYANZA	LPPS	7999405	Handwritten signature
18	OPP, MINAMI Pascal	MUYINGA	CPC	69487914	Handwritten signature
19	OPP MIBIRO Gerard	KAYANZA	CPC	69883948	Handwritten signature
20	OPPA NTAZEYE Jean Boico	KIRUNDO	CPC	69701630	Handwritten signature
21	DR MUYENTWARI Hadise	MUYINGA	MDH MUYINGA	69112839	7991251 - 06
22	CIMPAYE Denise	Muyinga	chef Nursing	69876528	Handwritten signature
23	HARJAMANA Cyprien	MUYINGA	chef d'entretien O. B. P. E. MUYINGA	69187071	Handwritten signature
24	BARINYUNIRA Jeanany	KIRUNDO	CPS	6828667	Handwritten signature
25	IRUKOZANGABA John	KIRUNDO	Medecin consultant hopital Kirundo	79923109	Handwritten signature
26	NSAVYIMANA Victor	Bujya	chauffeur	79474268	Handwritten signature
27	HABARENZI Francois	Bujya	Gestionnaire	79931251	Handwritten signature
28	NSAVYIMANA Victor	Bujya	chauffeur	79474268	Handwritten signature
29	NSENGUYUNGA Paul Leo	Bujya	chauffeur	79553148	Handwritten signature
30	KARUSIYIKO Venant	"	ESCE	79991631	Handwritten signature
31	NKESHIMANA Thaddei	Bujya	concoleur BRITA	7992392	Handwritten signature
32					
33					

AMIA ZIWA	Yco akosa	Ahoawuye	NUMEROFONE	Email	UMUWUWO
NIBIRANTIRA Jamil	CPPS	MAKAMIRA	79950820	nibirani@gmail.com	
N NYONSABA Adelin	Med. Director Hôp. CANKUZO	CANKUZO	76109604	nyonsaba-adelin@yahoo.fr	
Dr NIZYINANA Elias	M.D.T. NAKANINA	NAKANINA	79491282	eliasnyzi1973@gmail.com	
HUYARIKANA Donato	CPPS	RUTANA	6990749797008	donatohuyarikana@gmail.com	
ZAKI CAKO Gerard	CPPS	CANKUZO	76477601	zacakog@gmail.com	
PC. HADUSINANA J. nali	Prot. civik	CANKUZO	68510895	hadusini@gmail.com	
CONGIERA Patrick	Chef d'Antenne provinciale de l'UNIPROBIT-Bururi	BURURI	61866950	patrick.congiera@gmail.com	
HAKERIMANA Jean	UNIPROBIT: Membre	RUTANA	69467119		
INKIYAZAKO Zobulon	Chef d'antenne provinciale de l'uniprobit COMINALE UNIPROBIT	RUTANA BURURI	68384101		
ITIHEBUWAYO ERIC					
IZIGAMA Godefroid	OBPE CANKUZO	CANKUZO	69429563	izigamagodefroid@gmail.com	
NIRAMPESA Genard	OBPE RUTANA	RUTANA	61506233	nirampesa@gmail.com	
ISHIMIRIMANA Lemani	Environnement	MAKAMIRA	71818001	leonienslim@gmail.com	

NYANZI Saouda	Q2/muzi UNIPROBA	NYANZA-lac	61218716	
NIXOMWUNGERE Renovat	OBPE	BURURI	79499550	niwenwa09@gmail.com
INTIHERU WAYOELIC	Communal BURURI	BURURI	6999947	salumalex75@gmail.com
SALUM Alex	CP/protection Civile	RUTANA	71974903	burikunzirajclauda@gmail.com
OPCA BIRIKUNZIRA Jean Claude	CP/protection Civile	BURURI		
MUFASHIMANA seconde	Infirmiere	HOP. BURURI Regional	79429694	mufashimana@gmail.com
Rokundo Marie Fabida	Infirmiere (Nursing)	Hop Rutana	7978711	rokundo_fabida@gmail.com
Bi GUBIMANA Marie	Antenne UNIPROBA	Nyanza-lac Nkba	79823883 69723078	
V MINANI Joseph	C.P. protection Civile	MAKAMBA	68322701	josephminani32@gmail.com
HARUGIYAREMYE Adolphe	CPPS	BURURI	79532101	adolpheharugya@gmail.com
NKESHIMANA Thadde	Conseiller BPSA	MPPS/Byumba	79982392	Nkeshimana2@yahoo.fr
KABARENGU Francis	Gestonnaire	MPPS / Byu	7993421	kabarengu@gmail.com

AMITZIMA	AKAZI	AHO ABA	N° KARANGAWUNTU	TEREFONE	Email	Signature
DE NTHARIRIWA Bidace	Umuganga	Hôpital Rusizi	531.111110080	79485418	nthaririziwa Bidace@yahoo.com	
MATIMIRIMANA Bruce	OBPE/Muramoya	Muramoya	531.1111/26.105	68093252	mshimimana bruce@yahoo.com	
MUSIKIRANTEYE Jean	BPE/AMAZA	MWARO	531.1103125.622	68907986	musikiranteye@gmail.com	
GAZPARD NIZIGIYI	Umuganga	MWARO	531.16057943/602	79987763	gazpard_nizigi@gmail.com	
MURAMBA Hubert	Umuganga	MWARO	0201/300.294	79575666	murambahubert10@gmail.com	
MURAMBA Jean Paul	OBPE Karuri	Karuri	531.066/45.382/04	75321827	mzejipaul@gmail.com	
MURAZANA Thérèse	CPS	MWARO	110734.144	49935527	murazana.therese@gmail.com	
MUKUMI Thérèse	Quérubira Abakwa	BISOLA	931.130126.239	69165999 79962595	murazana.therese2017@gmail.com	
MUKESIMANA Jean Paul	Antenne UMI PRO BA	MWARO	531.1603/3786107	68372145		
MURAMBA Bidace	ABS Region Centre-Est	CANKUZO	83578939	61.189.595	bidacebidace@gmail.com	
MURAMBA Prince Ndayishimiye	PNB (Protection civile)	GITEGA	110115.214	75210032	muramba.prince@gmail.com	
MURAMBA Félicité	Superssem BPS GITEGA	GITEGA	531.0605/93.098	69881901	muramba.felicit@gmail.com	
MURAMBA Sylvester	Coord. Prot. Civile	KRUSI	531.0702/12362/96	79240293	muramba.sylvester@yahoo.com	
MURAMBA Emmanuelle	chef d'atelier	RUSIZI	531.1504/29/458	-	muramba.emmanuelle@gmail.com	

ENTEKERE J. Anne	Ibidukikije	Twaro	531.1602/30.345	79490914	melendeherejean bororo@yahoo.fr	
AMISENZA Nestor	ITERAMBERE RYAMAGARA yia banku	MURAMVA	0201/116.926	79986195	ndayishesha 2016@gmail.com	
SARANDAGINESEBO	CAPS	KARUSI	423107.657	71350392	barandajibos @gmail.com	
24171MAMA Melchi redich	Gukingira ibidukikije	Ruyigi	1503/15.444	69476752	melchi redich nziyizi maha gmail.com	
TUMGIMANA J. Marie	OBPE	GITEGA	531.0902/2884/52	79904032	byizigazib@yahoo.fr	
SHAZI Walter Jean Jacy	Dakor	MURAMVA	1107/83.603	79899342	wdhiter20@gmail.com	
idadwemias	UNIPROBA	MUTAHU GiteGA.	0609/32790	79719972		
otungicomp e. RIBURAT	UNIPROBA	GiteGA.	0601120	79894729		
SHINGIROA Sosthine	Protection Civile	MURAMVA	1102/600517	68874040	Sosthine @gmail.com	
SHINGIROA NIRAMBERA	MED	KIGANDA	1105/42.946	79422734	Sosthine @gmail.com	
AMIZIMANA Claire	Point focal Zone Rugamba UNIPROBA	RUYIGI (Gisuru)	531.1504/291382/98	79022470	brhans9@gmail.com	

ANNEXE5 : Modèle de Formulaire de gestion des plaintes

Formulaire de gestion des plaintes					
No de plainte				Copies envoyé à	
Nom de l'enregistreur				Parti récepteur	
Province/District/Colline/Village				Parti responsable	
Date				Copy pour base des données	
				Copie pour le demandeur	
Information sur plaignant(e)			Plainte reçu par :		
Nom				Téléphone	
Numéro de téléphone				Réunion communautaire	
Adresse				Courrier	
Village				Informel	
District/Province				Autres	
Signature de plaignant(e)					
Détails de grief (Cochez la case pertinente)					
Manque de transparence dans l'identification des menages batwa bénéficiaires		<input type="checkbox"/>		Non-réception des fonds	
Faibles performances des prestataires des services		<input type="checkbox"/>		Non-disponibilité des équipements requis	
Exclusion (femme, jeune)		<input type="checkbox"/>		Tension intrafamiliale	
		<input type="checkbox"/>		Situation de vol d'argent	
		<input type="checkbox"/>		Autre	
		<input type="checkbox"/>			
Information détaillée sur la plainte					
<i>Description de plainte/grief</i>					
Information sur la gestion de grief					
<i>Description d'action requise :</i>					

Vérification de la résolution de plainte		
<i>Mesures prises pour appliquer les mesures correctives</i>	<i>Date d'échéance</i>	
Responsabilité pour l'action requise		
Fermeture de plainte		
Cette partie sera rempli et signé par le plaignant quand il / elle est satisfaite de la résolution de sa plainte		
Remarques		
Nom et signature de plaignant(e)	Date	Représentatif de la SEP (nom, titre et signature)