

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

Projet d'Appui au Secteur de la Santé du Burundi

« PROJET KIRA »

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SOCIAL SPECIFIQUE AUX BATWA



BUJUMBURA, DECEMBRE 2016

RESUME EXECUTIF (KIRUNDI)

INCAMAKE Y'ISHIGWA MU NGIRO RY'UMUGAMBI

Intumbero nyamukuru

1. Umugambi werekeye igisata c'amagara y'abantu wiswe KIRA uje kwunganira aho uwundi wiswe PADSS ugejeje mu guteza imbere amagara y'abantu. Umugambi Kira ufise ihangiro nyamumukuru ihagaze ku bice bibiri : (i) icambere gutsimbataza ivyo PADSS yashitse ko , (ii) gufasha umugambi wo kugura umwimbu mu gisata c'amagara y'abantu hamwe no gushimangira umugambi wo gufata mu mugongo abakenyezi bibungenze kwibaruka no kuvura abana batarashikana imyaka itanu ku buntu.
2. Umugambi KIRA uje wisunga politike y'igisata c'amagara y'abantu (2016-2025) ushira imbere kwibaruka kw'abakanyezi no kuvura abana batarenza imyaka itanu ugiye gushirwa mu giro mu rugero rwa Kabiri. Uwo nawo ukaba ushimikiye kugwanya ingwara zituruka kufungura nabi, ibikorwa bishimishije mu mavuriro,inyigisho zishemeye mu masomero y'abaforoma, guteza imbere amagara y'abantu wishimikije ubumenyi bw'abaremashakiyago..
3. Umugambi KIRA ugizwe n'ibice bitatu bikuru (i)kuriha umwimbu ujanye n'umugambi wo kuvura ku buntu abana batarashikana imyaka itanu hamwe n'abakenyezi bibungenze be no gukarahiza ubwenge abakozi bo mu mavuriro (ii)gushigirakira umugambi FBP mu mavuriro (iii) gukarahiriza ubwenge inzego nshasha zigiyeye gutangura uwo mugambi wo kugurisha umwimbu (FBP)
4. Igisata ca kabiri c'uugambi KIRA mu gace ka gatatu(2.C), kerekeye guhimiriza abanyagihugu kwijukira kuja kwa muganga hamwe n'ivyerekeye gukinga impanuka zijanye imibano n'ibidukikije zoterwa n'ishirwa mu giro uno mugambi. Iki gisata nico citaye ho abatwa mu kuronswa ivyo vyose abandi banyagihugu baronka mu gisata c'amagara y'abantu.
5. Umugambi Kira warategekanije uburyo bwo kubandanya ibikorwa vya PADSS nko guhimiriza abanyagihugu bijukira kuja ku mavuriro, guhindura inyifato mu vyerekeye kugira amagara meza,na cane cane ba Ntahonikora, uherye ku batwa kugira baronke ico cose abandi barundi bose baronka mu mavuriro.
6. Icgwa ca kozwe n'abahinga mu mwaka wa 2009, cerekanye neza ko ba Ntahonikora na cane cane Abatwa batitura amavuriro kubera imvo nyinshi. Aha twovuga nko kubura isi ndimwa,ibitabizo,uburyo bwo gusaba ingurane, urukororo rw'imyenda itavanako, kubura imfungurwa,uburaro,ikumirwa, kudaserukirwa, kubura ibisabwa n'amategeko no mu ntwaro..

Abo Umugambi KIRA werekeye

7. Abakenyezi bibungenze hamwe n'abana batarashikana imyaka itanu udasize inyuma ba Ntahonikora na cane cane abatwa. Igitigiri gitegekanijwe ni abantu barenga imiliyoni zibiri (2,32) mu mwaka wa 2017. Mu mwaka wa 2021 igitigiri kizoshika abantu imiliyoni

(2,55) bangana igice ca kane b'abarundi bose. Abigeme, inkumi hamwe n'abakenyezi bangana 62%.

8. Umugambi uzoshimikira cane ku batwa kubera ubukene bari mwo. Abatwa bangana 1% kandi bafatwa nabi, bagakumirwa, bagasuzugurwa. Barakeneye cane gufatwa mu mugongo kuko ntibagira aho baba, ntaco kwambara, abana ntibiga, nta matongo bafise, nta bitabizo baronka, bakama barwaragurika ibihe vyose

Imvo nyamukuru zo kwitaho Abatwa

9. Uwu mugambi ujejwe kugwanya ubukene ugashimikira kw'iterambere rirama, shingiro ry'ibanki y'isi yose mu kwubahiriza agateka ka muntu hamwe n'imibereho y'abasangwabutaka. Uyu mugambi uronswa uburyo ni Banki y'isi yose ubanjwe kwemezwa n'abasangwabutaka bose kandi baronkenjwe insiguro zihangije, atagitsure canke agahototo.
10. Imigambi nk'iyi itegekenya ingingo zijanye no gukinga ingaruka mbi zoshikira abatwa, canke naho gupfupfahaza ingaruka mbi igihe zishitse. Imigambi ifashwe mu mugongo n'ibaki y'isi yose iritwararika ko Abatwa baronse mwo inyungu.

Ibiganiro hamwe n'Abatwa

11. Ibanki y'isi yose itegekenya ko Abatwa bahabwa umwanya wo gusigurirwa umugambi, nabo bagashikiriza ivyo biyumvira atagahato, atankomanzi. Ibi biganiro bizoba ku bisata vyose vy'umugambi KIRA kugira ngo abatwa bo nyene bafate ingingo zibereye. Ibiganiro bizobera ku migwa mikuru y'intara z'ubuvuzi. Abaserukiye abandi nabo bazaronka akanya ko kubitunganiriza ku ma komine. Abatwa nibo bazokwitwora abazobaserukira mu biganiro.

Kuvyerekeye inyigisho

12. Inyigisho zifatiye kuvyo bakeneye, zizohabwa abatwa zizotuma bo nyene bagira umugabi gwabo bwite. Urutonde rw'ivyigwa ruzokorwa hisunzwe ivyo bakeneye kumenya cane.
13. Urwo rutonde ruzoheza ruganigwe ko n'abatwa, hamwe n'ibindi bisata vy'igihugu bifashijwe mwo n'ibanki y'isi yose kugira hige abatwa benshi.

Gukwirikirana ishigwa mu ngiro ry'umugambi

14. Uyu mugambi uzokwirikiranwa ku rugero rw'umugambi nyamukuru KIRA kugira haboneke neza intambwe yashitswe ko na ba Ntaronikora hari mwo abatwa. Iyi ntumbero izokwerekana ingene ibikorwa vyategekanijwe biriko bararangugwa. Izofasha kandi gutora inyishu zikenewe mu gihe cose habonetse ingorane mw'irangurwa ry'umugambi KIRA.

Amafaranga ategakanijwe

15. Ubushikiranganji bw'amagara y'abantu no kugwanya ikiza Sida buzobandanya buzofasha mu gutanga amarata yo kwivuriza ko CAM, guhimiriza abatwa kwitura amavuriro

hamwe no guhimiriza abarundi ngo bahindure inyifato mu kuja kwivuza kwa muganga igihe cose bagwaye. Amafaranga ategakanijwe angana n'imiliyoni amajana abiri na cumi na zitanu n'ibihumbi ijana na mirongo irindwi na bibiri **(215.172.000 Fbu)**. Angana ibihumbi ijana na mirongi ibiri n'umunani n'amajana ane na mirongi itandatu **(128 460)** mu mafaranga y'abanyamerika

Executive Summary

Context of the project

1. The Burundi Health Sector Support Project (KIRA) is an extension of the interventions of the Health Sector Development Support Project (PADSS). KIRA's objectives are: (i) to build on the achievements of the PADSS and (ii) to address the weaknesses and current limits of free-Performance Based Financing (PBF) program. The KIRA project aims to spread the PBF culture in Burundi. The final goal is to further improve the performance of the health system by supporting the PBF.
2. KIRA project is aligned with the vision of the Burundi National Health Policy (2016-2025) that promotes a second generation free PBF program. It is a response to previous findings of malnutrition, poor quality of health service delivery, the problems related to paramedical training and weak community health policy.
3. KIRA project has three components namely: (i) Payment of free health care and performance bonuses to health care providers; (ii) Free health care and results based financing implementation Support; (iii) Strengthening the newly integrated providers and services in the RBF program.
4. Sub-component 2C will support the promotion of health service demand from the communities and activities related to social and environmental safeguards. It offers the opportunity address the needs of vulnerable groups, including the Batwa, through specific social interventions to improve access to health services.
5. Concretely, the KIRA project will provide funds for the same type of activities as the PADSS project through the implementation of the specific activities to increase the demand for services, the promotion of healthy behaviours, and to help particularly vulnerable groups including the Batwa, gain access to health care and other social services as other citizens.
6. The sociological study carried out in 2009 identified the major obstacles vulnerable groups in Burundi have to overcome in order to access health care. These include: (i) the absence or lack of means of production such as land, livestock, tools and access to capital; (ii) a vicious cycle of debt with loan sharks with up to 200% interest rates; (iii) basic unmet needs of food, shelter, clothing; (iv) very poor access to health services education and drinking water; (v) exclusion, self-exclusion and discrimination; (vi) Batwa nomadism; (vii) non representation of vulnerable groups in the management of health services; (viii) administrative constraints (lack of administrative documents to obtain access to health care); (ix) illiteracy; (x) difficult access to information.

Direct project beneficiaries

7. All pregnant women, all children under 5 years and vulnerable groups (including the Batwa) will benefit directly from the project. Thus, the number of beneficiaries will reach 2.32 million in 2017 and 2.55 million 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 KIRA project.
8. The project will focus specially on the Batwa because of their condition of extreme vulnerability. The Batwa constitute approximately 1% of the Burundian population and

live in a kind of social inferiority, marginalized and discriminated against by rest of the society. It is very important to provide support for the Batwa given the challenging socio-economic conditions characterized by a lack of arable land, lack of livestock, dilapidated habitats, very poor housing conditions, frequent disease, malnutrition and a lack of means for the schooling of children.

Need for a special focus on the Batwa community

9. The World Bank policy on Indigenous peoples 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.
10. Such projects financed by the Bank include measures to: a) avoid potential negative impacts on indigenous 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 measure that are culturally appropriate to indigenous people benefit females as well as males, young and old.

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 indigenous 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 the activities in the national plan.
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.

Monitoring and Evaluation

14. Monitoring and evaluation of this plan will be integrated into the overall monitoring and evaluation framework of the KIRA project to measure the progress made achieved in favor of Vulnerable Groups including the Batwa. This strategy will provide information on the progress of the deduction activities in this plan and the difficulties encountered in correcting them.

Budget

15. The Ministry of Health will carry out activities in connection with the distribution of the CAM, the awareness of the Batwa to use health facilities and will put a special focus on behavior change of the population regarding health issues. **The total estimated budget for the implementation of this plan national de developpement social specifique aux Batwa is FBu 215 172 000 (USD 128 460).**

RESUME EXECUTIF

Contexte du Projet

1. Le projet KIRA s'inscrit dans le prolongement des interventions du Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé (PADSS). Le projet (KIRA) a 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. Le projet KIRA vise à généraliser la culture du financement basé sur la performance au Burundi. Le but final étant d'améliorer davantage la performance du système de santé au travers de l'appui de la Gratuité-FBP.
2. 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...).
3. Le Projet KIRA a trois composantes : (i) paiement de la Gratuité et de la performance des prestataires de services de santé ; (ii) appui à la mise en œuvre du FBP/Gratuité a aussi trois sous-composantes ; (iii) porte sur le renforcement des prestataires et des prestations nouvellement intégrées au programme FBP.
4. 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 des 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.
5. Concrètement le projet KIRA apportera des fonds pour le même type d'activités que pour le projet PADSS, notamment à travers la mise en œuvre des activités spécifiques 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.
6. L'étude sociologique réalisée en 2009 a identifié les obstacles majeurs d'accès aux soins envers les groupes vulnérables. Ces obstacles sont 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

7. 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 millions 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.
8. Le Projet 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.

9. 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.
10. 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

11. 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 intégrale 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

12. 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 après avoir consulté les bénéficiaires sur leurs priorités en formation.

13. 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.

Mécanismes de suivi-évaluation

14. 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.

Budget

15. Le Ministère de sante va réaliser des activités en rapport avec la distribution des CAM, la sensibilisation des Batwa à utiliser les structures de santé ainsi que de mettre un accent particulier sur le changement de comportement des populations face à la maladie et surtout à l'utilisation des structures de santé. **Le budget estimatif pour la mise en oeuvre du plan national de developpement social specifique aux Batwa est 215 172 000 Fbu (128 460 USD).**

SIGLES ET ACRONYMES

Sigle	Signification
ADD	Association Duhaguruke Dukore
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
CTN-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
PECADOM	Prise en Charge des Cas de Paludisme à Domicile
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 (Kirundi, anglais, francais)	2-9
	Sigles et acronymes	12
I	CONTEXTE DU PROJET	11
II	CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF	20
III	APPROCHE METHODOLOGIQUE	22
IV	APERÇU GENERAL DU CONTENU DES CONSULTATIONS DANS LES PROVINCES GITEGA, KARUSI, RUYIGI ET KIRUNDO	23
V	LES IMPACTS POTENTIELS DU PROJET KIRA SUR LES POPULATIONS BATWA	27
VI	BREF PRESENTATION DES GROUPES VULNERABLES ET PROFIL DE VULNERABILITE	30
VII	EVALUATION SOCIALE DU PROJET EN FONCTION DE LA POPULATION CIBLEE, LES BATWA	33
VIII	CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN	35
IX	MECANISME DE GESTION DES CONFLITS ET DES PLAINTES	38
X	DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL	39
XI	RENFORCEMENT DES CAPACITES	40
XII	COMPLEMENTARITE ET SYNERGIE DES PROJETS IDA EN FAVEUR DES GROUPES VULNERABLES DONT LES BATWA	41
XIII	ACTIVITES PLANIFIEES DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE POPULATION BATWA	43
XIV	BUDGET ESTIMATIF	47
XV	MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION	48
XVI	DIVULGATION DES RAPPORTS	49
	ANNEXES	46
	Bibliographie	50
	Profil des Batwas	52
	Cadre de tri	55
	Listes des participants aux consultations organisees a l'endroit des Batwa et aux associations qui les appuient	56
	Modele de formulaire de gestion des plaintes	

I. CONTEXTE DU PROJET

1. Le projet d'Appui au Secteur de la Santé du Burundi, KIRA, 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, est un programme du Gouvernement du Burundi, avec le soutien de la Banque mondiale. 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...).
2. Le projet s'inscrit dans le prolongement des interventions du Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé (PADSS). Mis 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. Malgré ces résultats, 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) a 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.

I.1 Objectif de développement du projet

3. 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.
4. 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.
5. Ce Cadre de planification pour les peuples autochtones (CPPA) 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 Batwas. 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.2 Description du projet

6. 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 suivants 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

7. 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.
8. 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 insuffisant, 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.
9. 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 indicateurs « quantité » 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.
10. 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.

Sous-composante 1.B : Paiement de la performance des groupements d'agents de santé communautaire

11. 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...).

12. 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. 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

13. 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 comme cela se fait actuellement dans le cadre du projet HSDSP.

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

14. 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.
15. *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.

16. 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.
17. L'appui de la Coopération Belge prend fin en Mars 2017 et il importe 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.
18. 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) :

19. 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.
20. **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.

21. **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).
22. 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 goulots 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.
23. **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.
24. **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.
25. 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

26. **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

27. **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.

28. **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.

29. 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.

30. **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

31. **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.

32. **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

33. Le projet KIRA apportera des fonds pour le même type d'activités que pour le projet HSDSP 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.

34. 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

35. 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.

II. CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

36. Ce plan national de développement social spécifique aux Batwas est préparé en réponse aux exigences auxquelles est soumis le projet dans le cadre de la convention financière entre le gouvernement du Burundi et la Banque mondiale. La politique opérationnelle 4.10 (PO4.10) de la Banque Mondiale est déclenchée vu la présence des peuples autochtones dans la zone d'intervention du projet.

Cadre juridique et administratif du Burundi

37. 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.

38. La Constitution du Burundi (2005) dans son article 13 reconnaît explicitement une égalité de statut et de droit à tous les citoyens burundais. Les articles 164 et 180 assurent la représentation de l'ethnie Batwa au sein de l'Assemblée nationale et au Sénat. 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.

39. 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.

40. 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 Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, 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.

41. 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.

42. « La lettre de politique nationale de décentralisation et de développement communautaire »¹ promulguée en 2007, consacre la participation citoyenne dans la gestion des affaires de l'Etat de la base au sommet. Les Batwas, et toute la population des groupes vulnérables, y trouvent un cadre d'épanouissement au travers des mécanismes de résolution des conflits via les principes de la gouvernance locale mise en place au niveau des structures décentralisées.

¹ Ministère du Développement Communal et de la Décentralisation, Lettre Nationale de décentralisation et de

43. Le Gouvernement du Burundi présente la vision du développement à long terme avec principal mandat d'asseoir une politique de développement centrée sur la valorisation du citoyen burundais en tant qu'acteur et premier bénéficiaire du progrès à travers cette lettre de décentralisation et de développement communautaire. Ceci par la mise en avant des concepts d'équité et de transparence devant permettre l'accès de tous aux services sociaux de base, l'éducation, la santé et l'eau potable, et l'instauration de pratiques de bonne gestion des affaires publiques et de respect du droit.

Les Politiques Opérationnelles de Sauvegardes de la Banque Mondiale

44. 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.

45. Le projet KIRA déclenche les politiques opérationnelle suivantes : politique opérationnelle (PO/4.10) sur les peuples autochtones et la 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.

46. 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 concernées².

47. 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 destinées³ : 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.

48. 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.

²Banque Mondiale, Manuel Opérationnel de la Banque Mondiale, Politiques Opérationnelles 4.10 , juillet 2005

³ Ibidem

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

49. La méthodologie adoptée dans l'élaboration du présent cadre de planification aura été guidé 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)
50. La **collecte des informations qualitatives** a été faite à travers les consultations en forme d'entretiens individuels et les concertations communautaires avec les représentants des Batwa, et des associations qui appuient les groupes Batwa, dans quelques provinces d'intervention du projet Kira notamment à Karusi, Gitega, Ruyigi et Kirundo en septembre 2016.
51. Les échanges ont porté essentiellement sur les acquis du PADSS, la collaboration entre l'UNIPROBA 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. Les résumés des concertations, ainsi que les listes de présence et des personnes rencontrées, sont en annexe de ce document.
52. Les rencontres ont eu lieu avec les représentants de l'UNIPROBA au niveau national à savoir le Représentant Légal, le Président de l'UNIPROBA et le chargé des services financiers. Des entretiens ont eu lieu aussi avec les autorités administratives et sanitaires notamment le Gouverneur de la province de Ruyigi, les Conseillers principaux des Gouverneurs des Provinces Gitega, Kirundo et Karusi. Au niveau de l'administration sanitaire les entretiens ont eu lieu avec le Médecin Provincial de Karusi, celui de Kirundo et le Médecin Chef de District de Ruyigi.
53. **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 situation socioéconomique des Batwa, 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.

IV. APERÇU GENERAL DU CONTENU DES CONSULTATIONS DANS LES PROVINCES GITEGA, KARUSI, RUYIGI ET KIRUNDO

IV.0 Organisation des Consultations

54. Dans le cadre de préparation du projet KIRA, les consultations ont été organisées conjointement avec le Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre à travers le Secrétariat Permanent de la Commission Nationale de la Protection Sociale qui préparait le Projet d'Appui aux Filets Sociaux. Une réunion préparatoire a eu lieu à Bujumbura, le 12 septembre 2016, entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et les responsables de l'UNIPROBA en vue de mener une identification des participants aux ateliers de consultations. L'UNIPROBA est une association locale qui s'occupe de la promotion de la communauté Batwa au niveau national. Cette association est représentée dans toutes les communes du pays. Dans le cadre du projet PADSS, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida a signé, en 2014, une convention avec l'UNIPROBA pour mener à bien quelques actions pour assurer l'accès des Batwa aux soins de santé.
55. D'autres ONGs comme CONCERN, Norwegian Church Aid, World Vision, ainsi que des associations locales (Action Batwa et Association Duhaguruke Dukore) qui œuvrent en faveur de la promotion de la communauté Batwa au niveau local 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 été invités. En total il y eu 155 participants, dont 73 femmes (47%)⁴. En vue de permettre aux participants de s'exprimer librement, l'animation a eu lieu en langue maternelle, le Kirundi.
56. Les intervenants aux ateliers se sont exprimés librement dans leur langue maternelle, le kirundi, 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.

IV.1. Quelques Acquis du Projet PADSS (2010-2016)

57. Le projet PADSS a financé la mise en œuvre de convention entre l'association *Unissons pour le Progrès des Batwa* (UNIPROBA) et le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida pour sensibiliser les communautés Batwa à l'utilisation des services de santé.
58. Les participants aux ateliers de Consultations ont reconnu les avantages bénéfiques du projet PADSS notamment :
- (i) l'importance des séances de sensibilisation à l'endroit de la communauté Batwa à l'utilisation des structures de santé. Selon le rapport de l'UNIPROBA, durant la période de janvier à avril 2016 beaucoup de Batwa ont participé aux séances de sensibilisation portant sur les thèmes en rapport avec les consultations gratuites pré- et post-natales des femmes enceintes Batwa et autres groupes vulnérables.

⁴ Gitega = 21 femmes sur 40 invités, Karusi = 16 femmes sur 40 invités; Ruyigi = 15 femmes sur 36 invités; Kirundo = 21 femmes sur 39 invités.

- (ii) Selon les participants aux consultations, aujourd'hui une large majorité des femmes Batwa accouche 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 PADSS.
- (iv) Les participants ont aussi reconnu l'importance de la représentation des Batwa dans les COSA (**493 Batwas**) et ASC (**669 Batwas sur 12000 au niveau national**) au niveau national. Cela leur permet de mieux s'intégrer dans les organes de gestion des structures de santé.⁵ 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 quelques Batwa ont été engagé dans certaines formations sanitaires comme aide-soignant.
- (v) Les participants ont déclaré que des Batwas ont bénéficié des Cartes d'Assistance Médicale (CAM) grâce au fonds du PADSS. Cela leur permet d'accéder aux soins dans les structures de santé. Au total, il est prévu que 6000 CAM, d'une validité d'un an, seraient distribuées aux familles Batwa dans le cadre du PADSS avant la fin de juin 2017.
- (vi) Les connaissances acquises sur la thématique santé (lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le paludisme, la construction et utilisation des latrines) Certains participants 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.

IV.2 Les faiblesses vues par les Participants

59. 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.
60. 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.
61. Une motivation des Agents de Sante notamment des moyens de déplacement a été soulevée ainsi que la persistance des attitudes négatives liées aux stéréotypes et autres clichés en rapport avec la peur d'être consulté par des médecins de sexe différents de celui du patient, empêchant quelques Batwa à utiliser les services de santé.

⁵ Département de la Promotion de la santé, Hygiène et Assainissement PSHA Rapport d'activités annuel , décembre 2012

62. Bien que la participation des Batwa dans les réunions sanitaires ou administratives est souvent assurée mais parfois ils ne sont pas invités lorsqu'il est prévu une motivation en termes d'honoraires.
63. Concernant le partage des informations à travers la transmission des rapports aux autorités administratives et sanitaires, il a été noté que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ne transmet pas le rapport des activités aux autorités locales.



Une femme Mutwakazi lors des consultations à Kirundo

IV.3 Les souhaits des participants à prendre en compte dans le projet KIRA

- (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) La coordination des intervenants en faveur des Batwa pour beaucoup d'efficacité
 - (iii) Prise en compte des préoccupations des Batwa (par les autorités) notamment le problème de l'accès à la terre, la justice, l'école..
64. 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.
65. 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 grâce aux interventions du PADSS. 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)
66. 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 administratives des services de santé, l'accès à l'éducation, à la justice, à la terre. 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.

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

V.1 Bref Présentation de la situation des Batwa⁶

67. 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. À cause de cela, leur cohabitation avec les autres groupes sociaux du pays était difficile. Les Batwa éprouve un besoin de soutien économique au regard de leurs conditions sociale et économique 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.
68. 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.
69. 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.

V.2 Impacts Positifs du Projet sur les populations autochtones

70. Le projet Kira va intervenir sur toute l'étendue du pays et dans presque toutes les aires d'attraction de toutes les formations sanitaires. Les grandes concentrations des familles Batwa se trouvent dans les provinces Cibitoke (11,8%), Ngozi (11,1%), Kirundo (9,5%) et Gitega (8,8%)⁷.
71. Le projet KIRA va renforcer le caractère inclusif au niveau des communautés avec un accent soutenu sur les groupes vulnérables dont les Batwa. 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 renforcé grâce à l'obtention des documents administratifs comme la carte d'identité, les attestations de mariage et de naissance des enfants Batwa.
72. 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.

⁶ Une note détaillé se trouve en annexe 2 de ce document

⁷ UNIPROBA, enquête sur l'accès à justice, 2008

73. 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.
74. 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.

V.2 Impacts négatifs sur les populations Batwa

75. 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.
76. 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.
77. 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.

V.3 Actions à mener pour minimiser les impacts négatifs

78. Concrètement, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, à travers le DPSHA va veiller à ce que les préoccupations des Batwa formulées ci-dessus soient prises en compte dans les Plans Communaux de Développement Communautaire (PCDC). Lors de la préparation de ces plans, les représentants des secteurs de la vie nationale (santé, éducation, justice, agriculture, environnement..) sont invités et en vue de garantir l'inclusivité, les représentants des vulnérables dont les Batwa prennent part à ces séances de planification locale. Le DPSHA, en collaboration avec les entités administratives et sanitaires locales, doit donc veiller à ce que les Batwa soient entendus et que leurs préoccupations soient formulées dans ces plans avec une durée de cinq ans.
79. Le projet KIRA veillera à ce que les Batwa soient représenté dans le Comité communal de suivi évaluation de la mise en œuvre des plans d'action annuels.
80. Le tableau suivant montre les actions concrètes à mener pour minimiser les impacts négatifs

Impacts négatifs	Actions à mener	Responsable
Non prise en compte des préoccupations des Batwa en matière de santé	Organier des plaidoyers en faveur des Batwa	DPSHA/Agence
Non représentativité dans les structures de prise de décision/ Inégalités sociales/Discrimination /stigmatisation	Veiller au maintien du processus de cooptation des Batwa dans les COSA et les GASC. Plaidoyer en faveur de la discrimination positive	DPSHA/Agence
Non maîtrise des procédures administratives en matière de gestion des plaintes	Organisation des séances de formation sur les mécanismes de gestion de plaintes	DPSHA/Agence
Faibles capacités sur la thématique santé	Renforcement des capacités Batwa en la matière	DPSHA/Agence

VI. BREF PRESENTATION DES GROUPES VULNERABLES ET PROFIL DE VULNERABILITE

Le présent cadre de Planification pour les Peuples Autochtones concerne en grande partie les Batwa dans le cadre de l'accès aux soins. Cependant, la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), a inventorié au sein de la population burundaise les catégories de vulnérabilité ayant aussi des difficultés liées à l'accès aux soins. Comme le problème concerne les groupes vulnérables dont les Batwa le tableau montre les types de groupes vulnérables et leur limite à l'accès aux soins de santé. D'autres catégories de vulnérable se trouvent aussi parmi les Batwa.

Catégories de vulnérables	Type de vulnérabilité	Description	Accès aux soins ou non de santé	Remèdes	Observations
Les enfants orphelins chefs de ménages	Manque d'argent/Manque de nourriture/ non représentativité dans les comités de santé	Les différentes crises que le pays a connues depuis 1993 a emporté des vies humaines notamment celle des chefs de famille laissant sur le carreau des veuves et des orphelins	Faible accès aux soins de santé	Assistance sociale/attestation d'indigence	Cette catégorie nécessite appui et soutien de la part des autorités communales
Les personnes victimes du VIH/SIDA	Discrimination/stigmatisation/déni /traitement de frustration	Les personnes et les membres des familles qui sont infectées et affectées par le VIH/SIDA souffrent de la non satisfaction des besoins fondamentaux, du coût de traitement et de la prise en charge des enfants, des petits enfants et des parents victimes du SIDA.	Gratuité des médicaments anti rétroviraux/parfois des ruptures sont observées	Prise en charge/globale	Sensibiliser les pouvoirs publics à la promotion des droits des PVVIH
Les veuves et les veufs monoparentaux	/manque d'argent, /contraintes d'ordre administratifs/non représentativité/attitude négatives face au médicament/résignation	Une des conséquences de la guerre et du VIH/SIDA est l'apparition d'un grand nombre de chefs de ménages veufs. Cette catégorie reste vulnérable du fait des pratiques discriminatoires liées au genre tel que l'accès à l'héritage, à la terre, au crédit et à l'éducation.	Faible accès aux soins de santé	Restauration de la CAM, création des mutualités communautaires	Les communes doivent apporter soutien aux personnes adultes en situation de monoparentalité en octroyant des attestations d'indigence de manière transparente
Les personnes âgées	Contraintes d'ordre administratif/Faible représentativité /poids des traditions/traitement de frustration	l'étude réalisée par le PRADECS en 2008 place les personnes handicapées et âgées parmi les groupes hautement vulnérables.	Difficile accès aux soins de santé	Sensibilisation, formation action des leaders communautaires	Idem

Catégories de vulnérables	Type de vulnérabilité	Description	Accès aux soins ou non de santé	Remèdes	Observations
Les handicapés	Traitement de frustration aux malades/		Difficile accès aux soins de santé	Sensibilisation / recrutement des opérateurs de proximité,	Idem
Les Batwa	Attitudes négatives face à la maladie/poids des traditions/nomadisme/c ontrainte d'ordre administratif/faible accès à l'information/manque d'argent	Ils sont catégorisés comme groupe vulnérable compte et tenu de leur situation sociale et économique précaire dans laquelle ils vivent	Difficile accès aux soins de santé	Sensibilisation, formation action des leaders communautaires /Distribution des CAM/ Mesures de discrimination positives	Sensibiliser les responsables des associations BATWA à intégrer les autres catégories et surtout changer de mentalités et de comportements
Les rapatriés	Manque d'argent/contrainte d'ordre administratif/	La plupart des personnes qui rentrent de leur exil n'ont pas n'ont ni terre ni famille d'accueil, constituant pour ainsi dire un groupe à risque	Attestation d'indigence/distribution des CAM	Attestation d'indigence	Les autorités administratives et sanitaires doivent disponibiliser les documents donnant accès aux soins
Les malades mentaux	situation de dérèglementation/non représentativité spatio-temporelle	Cette catégorie est présente parmi la population burundaise. Plusieurs raisons expliquent ces cas pathologiques. La pauvreté s'inscrit naturellement parmi celles-ci. Les malades mentaux, dans leur mod et développent beaucoup de problèmes de santé qui nécessitent l'appui de solidarité nationale.	Assistance sociale/	Gratuité	Prise en charge globale (nutrition, habillement soins de santé, logement)
Les déplacés des guerres intérieures et extérieures	manque d'argent	Les déplacés intérieurs font l'objet d'un taux élevé de VIH et souffrent d'une forte prévalence des violences sexuelles	Difficile accès aux soins de santé	Attestation d'indigence/CAM	Sensibilisation des chefs de ménages à développer des réflexes d'autoprise en charge progressive
Les indigents	Manque d'argent/situation de dénuement /	Ils sont reconnus comme étant une catégorie des personnes incapables de se faire de quoi manger, de quoi	Difficile accès aux soins/	Prise en charge globale	Le ministère de la solidarité est appelé à donner les cartes

Catégories de vulnérables	Type de vulnérabilité	Description	Accès aux soins ou non de santé	Remèdes	Observations
Les femmes à partenaires multiples	Manque d'argent/pauvreté/frustration	Leur activité de prédilection les expose non seulement à des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, mais aussi à des agressions et violences physiques et, surtout sexuelles.	Sensibilisation au dépistage volontaire/ Disponibilité des médicaments contre le VIH/SIDA	Education sexuelle	d'indigence dans la transparence Les femmes à partenaires multiples devraient être encouragées à abandonner ce métier grâce notamment aux activités génératrices de revenus.
Les enfants de la rue	Manque d'argent/ de situation de dénuement/ contrainte d'ordre administratif/	Ils n'ont ni abris ni de quoi se nourrir convenablement. C'est aussi de grandes victimes des agressions de toutes sortes, des problèmes d'hygiène que nécessite l'intervention de la solidarité nationale.	Difficiles /accès aux soins	Initier des programmes d'appui social	Initialiser des programmes d'appui aux enfants de la rue pour atténuer le niveau de vulnérabilité
Les expulsés des frontières	Manque d'argent/ Nomadisme/ manque d'assistance médicale/	Se sont, en principe, des personnes à qui il manque d'abris et qui s'exposent à ciel ouvert dans la rue, faute de moyens de s'insérer ou même de rentrer au	Difficile accès aux soins	Respect les lois internationale et les droits humains	Les expulsés des frontières n'ont pas de cadre d'expression si ce n'est celui des migrants. des mesures de respects des droits humains sont à promouvoir
Les femmes (mères) qui accouchent en prison	Pauvreté/Manque d'argent/faible assistance médicale/	Leur activité de prédilection les expose non seulement à des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, mais aussi à des agressions et violences physiques et, surtout sexuelles.	Accès limité aux soins de santé	Promotion des droits des femmes en prisons. mettre en œuvre Directives de l'OMS	Respect des droits humains y compris celui des prisonniers

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

VII.1. Quelques résultats des évaluations précédentes

81. L'étude sociologique⁸ 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.
82. 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.
83. 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, marginalisés⁹, méprisés par les autres membres de la société, à travers des pratiques coutumières deshumanisantes.
84. Une autre étude (2008)¹⁰ 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.¹¹
85. 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.
86. 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 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

⁸ 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

⁹Idem.

¹⁰ UNIPROBA, enquête sur l'accès à la terre des Batwa, Bujumbura, Août 2008

¹¹ Une description détaillée du mode de vie des Batwa est en annexe2 du document

et impartial. C'est aussi le droit de pouvoir obtenir une aide juridictionnelle si l'on ne dispose pas des ressources suffisantes¹². 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 réparatrice¹³.

87. L'enquête sur l'accès des Batwa 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.

¹² *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.

¹³ *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.

VIII. CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

88. 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 intégrale de toutes les étapes de mise en œuvre du projet KIRA. Les bénéficiaires 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. Ces informations devraient être partagées suffisamment en avant afin que les concernés puissent participer à la prise de décision les concernant.
89. Les Batwa devront être bien informés sur le projet et les impacts potentiels (positifs et négatifs) des activités proposées. Les consultations devraient employer des méthodes appropriées à la culture locale des Batwas avec une attention particulière aux préoccupations des femmes autochtones, les jeunes, et les enfants et leur accès aux opportunités et avantages de développement.
90. Culturellement les Batwa veulent rester discrets sur certaines attitudes. En matière de gestion des conflits par exemple, les Batwa ne veulent pas que l'affaire soit portée à la connaissance du monde extérieur de leur communauté. Ils cherchent eux-mêmes à la résoudre sans intermédiaire. Maîtrisant donc parfaitement les techniques de communication, dans un cadre détendu, l'animateur devra faire recours à la technique d'écoute active avec empathie pour mettre en confiance les intervenants. Cette stratégie permet aux intervenants de s'exprimer en toute liberté/quiétude sur toutes les préoccupations/thèmes majeurs notamment l'adhésion massive et totale de la communauté Batwa à la philosophie du Projet. D'autres thèmes porteront sur les mécanismes de gestion des conflits et des plaintes en cas de discrimination ou de marginalisation des membres de la communauté Batwa. D'autres vont aborder les droits sociaux et surtout comment les défendre. D'autres porteront sur l'importance de la CAM, d'autres thèmes abordent la peur du public qui engendre l'auto exclusion et le non accès à certains droits, d'autres sur de clichés ou stéréotypes du passé (infériorité de la catégorie Batwa par rapport aux autres couches de la société burundaise..). Tout cela dans le but de mobiliser l'adhésion et cultiver l'éveil chez les Batwa en vue de l'intégration sociale épanouie.
91. Cependant certaines attitudes sont aussi à évoquer notamment de maris Batwa qui préfèrent vendre des biens familiaux à l'insu du conjoint pour subvenir à leurs besoins individuels au lieu d'accorder la priorité au ménage. D'autres thèmes porteront sur les mariages précoces et non enregistrés dans l'Etat civil, l'endogamie pratiquée chez certaines familles Batwa avec des conséquences négatives qui s'ensuivent sur la progéniture, les rapports sexuels non protégés, ou encore les rapports sexuels avec les partenaires multiples... Ces stratégies de consultations ont été utilisées dans le cadre de la mise en œuvre du PRADECS (Projet d'Appui au Développement Economique et Social) volet inclusion des vulnérables dans le processus du développement communautaire¹⁴ et ont été bénéfiques.

VIII.1 Le processus de la mise en œuvre du plan

¹⁴ Sakaganwa Jean Pierre, Stratégie de communication pour le PRADECS, Bujumbura, 2008

92. 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 niveau 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. La DPSHA veillera à ce que chaque commune soit représentée.
93. 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.
94. Les séances de restitution seront organisées au niveau communal à l'intention des membres des parties prenantes et les populations n'ayant pas eu l'opportunité de participer aux ateliers provinciaux. Les séances de restitution seront animées par les délégués en étroite collaboration avec un représentant des Batwa au niveau communal reconnu par les communautés. Le représentant des Batwa sera responsable pour l'enregistrement de la présence des Batwa aux séances (feuille de présence). Cet enregistrement sera transmis au Ministère de la sante ou à son représentant. La méthodologie participative est envisagée pour les consultations communautaires pour faciliter la production des idées novatrices servant de base pour la rédaction du document reflétant les idées de tous les participants.

VIII.2 Identification des parties prenantes pour la mise en œuvre au niveau provincial

95. L'objectif ultime est de voir un grand nombre de participants Batwa lors des consultations provinciales car en effet, toutes les parties prenantes doivent s'approprier du cadre de planification pour sa mise en œuvre réussie et sa durabilité. Ainsi, il y a lieu de considérer le critère de représentativité pour toutes les parties prenantes des groupes vulnérables dont les Batwa. Pour y parvenir, les organisateurs des consultations vont demander aux parties prenantes d'identifier eux-mêmes les délégués qui vont les représenter au niveau des consultations provinciales.
96. Un partenariat entre les parties prenantes au niveau local est tributaire d'une culture de collaboration et d'une dynamique de relation. La plupart des acteurs dans le processus de mise en œuvre du projet KIRA ne se connaissent pas ou encore moins n'échangent pas des informations produites ou reçues.
97. Les communautés Batwa vont élire leurs délégués aux consultations tout comme les membres des autres catégories des vulnérables. Cette stratégie garantit la confiance envers les organisateurs et les participants étant donné le caractère transparent dans la désignation de ces derniers.
98. La représentativité des parties prenantes contribuera sans nul doute à la gouvernance locale notamment du dialogue constructif avec tous les acteurs du secteur santé pour aboutir à une vision stratégique partagée sur l'accès aux droits sociaux.

99. 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 représentant 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.
100. Comme le partenariat exige le partage des responsabilités, les peuples Batwa seront appuyés 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 encourager 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.
101. En vue d'assurer une bonne réussite des travaux, les délégués administratifs au niveau provincial et communal devront participer durant les consultations pour garantir la mise en œuvre des décisions des consultations.

IX. MECANISME DE GESTION DES CONFLITS ET DES PLAINTES

102. 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.
103. 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 et les résultats peuvent servir à apporter des solutions aux insatisfactions énoncées par les bénéficiaires frustrés par des prestations sanitaires.
104. 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
105. 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.
106. 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 présenté dans l'annexe 5.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.

X. DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL

111. La mise en œuvre de ce cadre de planification s'inspire des arrangements institutionnels mis en place dans le cadre du projet PADSS et qui va servir de base au 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.
112. 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.
113. Une Agence ou Consultant de mise en œuvre sera recrutée sur concours à travers un appel d'offres ouvert à la concurrence. L'agence assurera la mise en œuvre au quotidien sur terrain et donne rapport à la DPSHA chaque trimestre.
114. 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 provinciales et locales. Chaque mission sera sanctionnée par un rapport contenant des recommandations à toutes les parties prenantes en vue de booster les résultats.
115. 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

116. Le Projet KIRA va élaborer le programme de renforcement des compétences à l'intention des Batwa en fonction de leur besoins 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.
117. 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.
118. 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 financé par la Banque mondiale.
119. 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.
120. 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

121. En vue de faire face à ces goulots observés ci-dessus de manière complémentaire, les Projets KIRA, et le Projet d'Appui aux filets sociaux et le Projet des violences sexuelles et basées sur le genre et la santé des femmes dans la région des Grands Lacs sont appelés à conjuguer les efforts et travailler en synergie pour plus d'efficacité.
122. Le projet KIRA intervient sur toute l'étendue du pays dans les formations sanitaires alors que 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.
123. 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).
124. 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 de ces trois projets 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.
125. Le Projet KIRA et le Projet d'Appui aux Filets Sociaux vont 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.
126. En vue de faire une planification des interventions, le tableau ci-dessous montre à titre indicatif les provinces les plus peuplées des communautés Batwa et cela va faciliter le ciblage des ménages les plus nécessiteux. Le tableau suivant montre le dénombrement des Batwa dans au niveau national. Le tableau propose aussi des zones d'intervention des pour chaque projet de la Banque Mondiale et ainsi éviter des doublons.

Effectif des Batwa par province

Provinces	Effectif	Intervenant IDA
Bubanza	6676	KIRA
Bujumbura Mairie	849	KIRA
Bujumbura Rural	5100	KIRA
Bururi	3956	KIRA
Cankuzo	786	KIRA
Cibitoke	7979	PVSBG
Gitega	6079	FILETS SOCIAUX
Karuzi	6732	FILETS SOCIAUX
Kayanza	6473	KIRA
Kirundo	7947	FILETS SOCIAUX

Makamba	2071	PVGSB
Muramvya	6203	KIRA
Muyinga	4700	PVGSB
Mwaro	3126	KIRA
Ngozi	8088	KIRA
Rutana	750	KIRA
Ruyigi	556	Filets Sociaux
TOTAL	78071	

Tableau adapté du : Rapport sur la situation foncière des Batwa du Burundi, août 2006-janvier 2008.
Bujumbura : UNIPROBA et IWGIA, p. 16

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

127. Les activités retenues dans ce cadre de planification 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 Cadre de planification des interventions en faveur des Batwa

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

128. Cette activité s'inscrit dans le prolongement du PADSS. 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.

129. 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 Groupement 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 Comite Provincial de Vérification et de Validation et validé par le comité de contre vérification pour transmettre les informations fiables à la CTN pour paiement.

130. 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 pour payer les frais de soins de santé. Ils se portent garant pour le recouvrement et le patient bénéficie des soins.

Recruter une agence d'exécution

131. La DPSHA, en collaboration avec l'expert en Passation des Marchés du Projet KIRA, élaborera les Termes de référence pour recruter une agence d'exécution/consultant chargé de la mise en œuvre de ce plan national. Ces termes de référence seraient partagé avec la Banque mondiale 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.

132. L'agence d'exécution/consultant sera chargée : (i) de dénombrer tous les Batwa au niveau national ; (ii) identifier les ménages Batwa ayant reçu la CAM et les donateurs ; (iii) identifier ceux qui ont besoin de la CAM ; (iv) organiser un atelier de consultations au niveau national ; (v) organiser un atelier national de cartographie des intervenants en faveur des Batwa ; (vi) organiser des séances de sensibilisation sur les mécanismes de gestion des conflits et plaintes ; (vii) organiser un plaidoyer sur la discrimination positive

en faveur des communautés Batwa ; (viii) organiser des sessions de renforcement des capacités sur la thématique santé.

Organiser un atelier de consultations des Batwa au niveau national

133. En vue de partager les informations avec les bénéficiaires sur le projet KIRA un atelier au niveau national regroupant cinquante participants représentant les Batwa devra être organisé pour disséminer les acquis du projet PADSS et embrayer sur les enjeux auxquels le Projet KIRA va affronter. L'objectif principal de ces ateliers est de recueillir des informations qui vont aider à mieux répondre aux besoins de santé 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 dans le cadre de la stimulation de la demande.

Identifier le nombre total de Batwa au niveau national qui possède la CAM et d'autres qui en ont besoin

134. Lors de consultations avec les Batwa dans les provinces Kirundo, Karusi, Ruyigi et Gitega, les participants ont souligné l'insuffisance de CAM distribuées. Comme il existe d'autres intervenants qui ont distribué les CAM, un travail de vérification est utile pour connaître les zones d'intervention, ceux qui ont eu les CAM et la durée de validité. Un travail d'identification du nombre total des Batwa permettra de connaître réellement leur besoin en matière de CAM. L'agence d'exécution pourrait réaliser cette activité avec l'appui de la DPSHA à travers les interventions des projets KIRA.

Achat et Distribution des nouveaux CAM auprès des ménages Batwa.

135. 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 pour le même montant. 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 PADSS.

136. 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. 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.

Organiser un atelier national de cartographie des interventions en faveur des groupes vulnérables dont les Batwa

137. Il existe des intervenants sur le terrain en faveur des Batwa, mais en réalité personne ne sait pas ce que fait l'autre. Chaque intervenant travaille en vase clos et cela ne favorise guère la complémentarité. Un cadre d'échanges et de partage des expériences pourrait contribuer à éviter des doublons ou des autres dysfonctionnements. La DPSHA va organiser cette activité.

Organiser quatre plaidoyers à l'intention des autorités administratives et sanitaires

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

Organiser quatre sessions annuelles de renforcement des capacités en faveur des ASC Batwa sur la thématique santé

139. 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. Le programme de renforcement des capacités sur la thématique santé va permettre aux bénéficiaires de s'acquitter convenablement à leur mission.

Organiser trois séances annuelles 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

140. Le Projet KIRA, en collaboration avec les autres projet IDA tel que le Projet d'Appui aux Filet Sociaux et le Projet d'Urgence Relatif aux violences sexuelles et Basées sur le Genre et la Santé des Femmes dans la région des Grands Lacs va organiser des séances de sensibilisation sur l'éducation sexuelle, le planning familial à l'intention des Batwa. Ces ateliers 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 leur santé.
141. 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 manque d'informations.

Organiser des séances de sensibilisation sur la gestion des plaintes et conflits

142. Les Batwa sont en besoins 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.

Organisation des missions de suivi-évaluation de la mise en œuvre de ce plan.

143. La DPSHA va organiser des missions de supervision mensuelles pour se rendre à l'évidence des réalisations sur le terrain.

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				
Organisation d'un atelier de consultation d	Liste des participants	AE	x			
Identifier le nombre total de Batwa niveau national	Nombre de CAM déjà distribués	AE	x			
Achat et Distribution des CAM	Nombre de CAM à Distribuer	AE	x	x	x	x
Organiser un atelier de cartographie des interventions en faveur des groupes vulnérables dont les Batwa	Liste des participants	AE	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 annuelles 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 trois séances annuelles 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 des Batwa sur les mécanismes de gestion des conflits	Liste des participants Nombre de litiges traités	AE				

XIV. BUDGET ESTIMATIF POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SOCIAL SPECIFIQUE AUX BATWA.

Rubriques	CT (FBU)
Atelier de sensibilisation Batwa	22 121 600
Education sexuelle, planning familial, les violences sexuelles pour femmes et hommes batwas	9 900 000
Atelier cartographie national	2 148 000
Achat et distribution des CAM	72 000 000
Sensibilisation et gestion des plaintes	14 533 600
Renforcement des capacités	12 620 800
Ateliers de Plaidoyers	20 308 000
Suivi évaluation du Plan	61 440 000
Total Budget Plan national (FBU)	215 172 000
Total Budget Plan national (USD)*	128 460

*1 USD = 1675 Francs Burundi

XV. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. 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 Groupes vulnérables dont les Batwa. Une étroite collaboration avec la DPSHA doit être renforcée pour booster les résultats.
148. Le tableau suivant montre les indicateurs de performance à de ce plan à travers les composantes du projet KIRA. Il sera opportun que le Ministère de la sante publique et de la lutte contre sida fasse un bilan de la mise en œuvre du plan a la fin du projet afin de tirer des enseignement.

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
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 Nombre de femmes qui fréquentent les formations sanitaires
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
Autres projets	
Composantes du projet d'appui aux filets sociaux	Indicateurs
Transferts monétaires	Nombre de ménages Batwa ayant payé le ticket modérateur
	Nombre de ménages Batwa ayant payé le Ticket ambulance

XVI. DIVULGATION DES RAPPORTS

149. 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.
150. 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.
151. L'usage des mailing lists 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.

Annexe 1 : Bibliographie

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

- ✓ 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 ¹⁵

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 »¹⁶.

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.

Accès des *Batwa* aux services des soins

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

¹⁵ Banque Mondiale, Etude qualitative sur l'équité en matière d'accès aux soins de santé, Bujumbura 2014

¹⁶Rapport de MRG INTERNATIONAL. Les Pygmées *Batwa* de la région des Grands Lacs, 2001, p.10

la 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 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.

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'utilisation des structures de santé. Comme un des résultats attendus est que 80% des communautés aient été sensibilisés à la fin du projet. Selon l'UNIPROBA, plusieurs 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. Les femmes Batwa rencontrées sur terrain lors des missions de suivi évaluation la majorité d'entre elles déclarent qu'elles utilisent les structures de santé lors de l'accouchement, les consultations post et prénatales. Les séances de sensibilisation sont organisées au niveau des Centres de santé par les agents de santé communautaires Batwa cooptés sous la supervision des responsables de l'UNIPROBA du niveau communal. Ces derniers se rendent régulièrement dans les ménages pour cette activité. 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 en juin 2017. 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 AUTOCHTONES

- Langue autochtone
- Langues voisine
- Langue nationale

B. Constitution du Burundi de 2005

5.0 Evaluation sociale

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

Langage avec tonalité différente

ANNEXE 4 :

Liste des Participants aux consultations organisées à l'endroit des Batwa et aux associations qui les appuient.

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES.

Province de Gitega

Date : 20/09/2016

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
1.	BADAMBE	NIACE	GITEGA	UNIPROBA	79719878	
2.	NRABIMANA	ALEXANDRE	GITEGA	ELEVE	-	
3.	MENYEREYE	THADE	GITEGA	ACTION BATWA	71540833	
4.	NTIMPIRANGEZA	ASTERI	GITEGA	SEMUKIBATWA	71618741	
5.	NEOTUNGICUMPAYE	LIBERAIRE	GITEGA	UNIPROBA	79894729	
6.	NYONZIMA	Mediatrice	GITEGA	ASC	7954486	
7.	BARAHONEYE	Suzwizi	BUGENDANA	icedede		
8.	MUWINTORRE	Bestile	GITEGA	NASERUKIYE URWARUKA		
9.	BARUSANZE	Emmanuel	ITABA	NASERUKIYE URWARUKA	68062117	
10.	NYIRUKANA	Lidier	ITABA	member de l'UNIPROBA	78026637	
11.	NYIRAMPABA	Yvanine	BUGENDANA	UNIPROBA	71.177.818	
12.	KABURU	Seth	BURAZA	UMUREMESHAMU	79432360	

2

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
13	MUKIRI	Boniface	BUGENDANA	cléman	71002730 69487418	
14.	MAMBAGABUWA	Amandate	BUGENDANA	UCCAD	-	
15.	NYABAKUNZI	Amandesi	BUGENDANA	UNIPROBA	-	
16.	MZIGYIMANA	Philémon	BUGENDANA	Tujijurle	-	
17.	BAYURRHE	JOSERONE	BURAZA	NAWENUZE	68828988	
18.	IRANTETURU	ESITELLA	BURAZA	NIKOROKA		
19.	TELEZO	NIMANI	BURAZA	UWIZIZUMBU		
20.	NYIRAMPABA	Joselyne	bitaga	COSA	68679779	
21.	GUTONA	Jozo Piri	Gitega	TWIRANURU TUWIZIZUMBU	79079942	
22.	BARAKAGENDAN	Teremiyu	BURAZA	TUBURAMANA		
23.	NYUNIMANA	Cornalie	ITABA	UNIPROBA	71175659	
24.	MPAWENAYO	stephanie	ITABA	COSA	69946899	
25.	BUREGEYA	claud	"	COS	-	
26.	NDIKUMANA	seanine	"	UNIPROBA	-	
27.	BUKEYENGEZA	Bemthe	"	UNIPROBA	-	

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
28.	MISIGO	Prisque	II	UNI PRO BA	-	
29.	CHEHA	E. richard	GITEGA	Agent d'Action Sociale	79988913	
30.	BARAVUMA NYANDWI	Pierre	BUGENDABA	UNI PRO BA	68643823	
31.	NYANDWI	Bomifag	BURAZA	UNI PRO BA	7952578	
32.	MTIBISHIMIRWA	jean	BUGENDABA	UNI PRO BA	-	
33.	MBURUNGU	Mathieu	BUGENDABA	UNI PRO BA	79609972	
34.	KUFJIKIRI	Gabriel	BUGENDABA	UCEDD	79070608	
35.	misigoro	Zakariya	ITALA	UMUREMESHU	68145962	
36.	MBURUBORO KIRASIRA	Egite	ITABA	UMUREMESHU	68143686	
37.	KIRASIRA	Benabé	BURAZA	umurivsi	-	
38.	NYONKURU	Alexis	BURAZA	A.S.C	-	
39.	NDASEGAMISE	Ephie	BURAZA	umurivsi	-	
40.	UGARAMA	Elyeze	BURAZA	umurivsi	-	

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES.

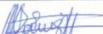
Province de Karusi

LIEU : C.P.D
Centre pour le Développement de Karusi

Date : 21/09/2016

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
1.	NTAHOMPAGAZE	Dieudonné	NYABIKERE	INIPROBA	69382175	
2.	ANS TOYI	Thomas	NYABIKERE	(TWA)	-	
3.	MIBORO	J. Claude	NYABIKERE	Jeune élève (TWA)	61626448	
4.	GATHUNGU	SARONA	NYABIKERE	A.S.C	69420754	
5.	DABAYI	Gustave	MUTUMBA	-	79190933 69120200	
6.	NIBIGIRA	Benjamin	MUTUMBA	Élève	67649007	
7.	MUGAMBARA	PIRE	MUTUMBA	Tongeron	-	
8.	HAYARIMANA	ZERANG	MUTUMBA	ASC	-	
9.	SHAKOMBWA	Pi SITOBA	MUTUMBA	ASERUKIYAKIPO	-	
10.	MAKARIYO	Antonie	MUTUMBA	Élève	-	
11.	MISAGO	BEZU	MUTUMBA	ASERUKIYAKIPO	-	

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
12.	NTIKWITOHADU		Gihogazi	ASERUKIYAKIPO	69406152	
13.	KAMUCISHA	Dieudonné	GIHOGAZI	SEURUKIYAKIPO	69807391	
14.	ZAWEDE	KAYEL	GIHOGAZI	ASERUKIYAKIPO	-	
15.	NIKORERIMANA	Samson	GIHOGAZI	Umurimyi	-	
16.	BIZIMANA	Michel	GIHOGAZI	A.S.C	69596390	
17.	NIKESYIMANA	Emmanuel	GIHOGAZI	COBA	69124967	
18.	MUNEZERO	Juziella	GIHOGAZI	Umurimyi	-	
19.	SHIMASEZU	adelle	GIHOGAZI	Umurimyi	-	
20.	ndakanyi Sal	meremiyi	GIHOGAZI	Umurimyi	-	
21.	KICUBURUDI	Stéphane	GIHOGAZI	A.S.C	-	
22.	SINDASHIBURA	jeanne	BUGENYUZI	Umurimyi	-	
23.	KAROHEROMU	marie	BUGENYUZI	Umurimyi	-	
24.	NIKORERIMANA	EVANGELINE	BUGENYUZI	ASC	-	
25.	NDAYAMBASE	Emilienne	BUGENYUZI	Umurimyi	-	
26.	NYANDWI	Leonie	BUGENYUZI	Umurimyi	-	

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
27.	C. mamba	Mataziye	BUSENYI	umunyanyi	-	
28.	NZOHABONIMANA	Simon	BUGENYUZI	ASE	79992627 61515331	
29.	BUCUMI	Felicien	Bugenyuzi	umunyanyi	61647275	
30.	mayange	Domestica	RUGENZI	umunyanyi	61514757	
31.	MHI MIRIMANA	Félicien	BUGENYUZI	improba	61645836	
32.	BUCUMI	BUSENYI	MUTUMBA	umunyanyi	-	
33.	KUBIMANA	Sébastien	MUTUMBA	PROFESSEUR	69180326	
34.	BAVIZUZE	Odias	MUTUMBA	ATELIERIER	69787477 7784986	
35.	HABONIMANA	PASCASIE	NYABIKERE	Agriculteur	-	
36.	NZISABIRA	K. SILE	NYABIKERE	umunyanyi	-	
37.	NIZIGAMA	JOSKIRIMU	NYABIKERE	umunyanyi	-	
38.	MANIRAKIZA	Athanas	NYABIKERE	Cultivateur	-	
39.	MAAYISENGA	André	NYABIKERE	Cultivateur	-	
40.	NAHIRUBUSA	Isaac	NYABIKERE	Cultivateur	-	

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES.

Province de Ruyigi

Date : 22/09/2016

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
1.	DUSABE	Noëlle	BUTASANYWA	-	61559837	
2.	BURURO	jeon	BozaGaiZwa	-	69242352	
3.	KAPAYIMBA	Ricard	BUTASANYWA	-	-	
4.	SILASIMANA	Michiel	BUTASANYWA	-	-	
5.	Sindayigaya	mamethe	Butaganza	CSA	71728200	
6.	MUKUNYWA		BUTASANYWA	-	-	
7.	NAKAMANO	Judith	"	Confital	68496527	
8.	BATWENGE	Mathias	"	-	-	
9.	NYUMUKITA	france	BWERU	-	-	
10.	citeretse	BEATRICE	BWERU	-	79216922	
11.	BEBE	Amilil	BWERU	-	-	
12.	NDAVISHIMWE	Séaphirin	BUTASANYWA	-	-	

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
13	NTAMUKIRANA	Clère	BUTASANYWA	-	-	
14.	KWIZERA	Esperance	BWERU	-	-	
15.	NBABUSIMANA	Gaudence	BUTEZI	-	-	
16.	NABISENE	Fabiola	BUTEZI	-	-	
17.	NABUSIMBO	Alexandre	BWERU	-	-	
18.	SABORUKIRA	Gaillard	BUTASANYWA	-	-	
19.	BARABATIMWE	Method	ButaGaiZwa	-	-	
20.	JUMA	WEASA	BWERU	-	-	
21.	NACUMU	spcial	BWERU	-	-	
22.	NTERAKAZURA	Mediatrice	BUTEZI	omulamwe	-	
23.	NTIKAZOTERA	Bernard	BUTEZI	-	6157218	
24.	NYANDWI	Leonard	BUTEZI	-	-	
25.	MATANDIKO	KABURO	BUTEZI	-	-	
26.	NIKGUYIMANA	Kagiriya	BUTEZI	-	-	
27.	NIMUBONA	Richard	GISERU	-	68472400	

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
28.	NDEREYIMANA	Vital	BUTEZI	-	616148	
29.	UTAHONDI	Jean	GISURU	-	68474808	
30.	BAGEZERA	JARIN	GISURU	-	-	
31.	NSANZURUKA	Alex	GISURU	-	-	
32.	SEBASTIEN	MORISI	GISURU	-	-	
33.	WEAMBIMANA	FORTUNA	GISURU	-	-	
34.	HAKEMURUKA	BEYATIRI	GISURU	-	7117894	
35.	BAHITA	Emmanuel				
36.	BAHITA	Emmanuel	GISURU	chef d'antenne	79022470 69540167	
37.	BUKURU	Geofford	BUTEZI	-		
38.						
39.						
40.						

LISTE DES PERSONNES CONSULTEES.

Province de Kirundo

Date : 23/09/2016

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
1.	HATUNGIRIMANA	goroji	RUGABIRA	UMURIMBI	79923580	
2.	Muteziwabo	Josephine	BUGABIRA	UMURIMBI		
3.	BUTURUKU	pasihan	BUCOSI	UMURIMBI		
4.	MIRATI	AMBERIBO	BUGABIRA	UMURIMBI	69083027	
5.	AMUKAMUKA	ADASIYA	BUGABIRA	UMURIMBI		
6.	NSABENDA	NADIA	BUGABIRA	UMURIMBI	67977523	
7.	MUNYABIRO	Jehon	BUGABIRA	UMURIMBI	69655646	
8.	MUKAMUKA	NASIRI	BUGABIRA	UMURIMBI		
9.	NGENZENDORE	ERIC	BUGABIRA	UMURIMBI	6977395	
10.	NYABURU	hilita	BUSONI	UMURIMBI	68219016	
11.	MUBURU	ROZATA	BUSONI	UMURIMBI		

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
12.	NTAVSHWARIMBAK	Jacqueline	Kirundo	umurimyi		
13.	BATAMURIZA	Jeanine	Kirundo	umurimyi	69 988 619	
14.	MANDAMBONA	CARINIA	Kirundo	umurimyi		
15.	Bacabambiteye	SIMON	NTEGA	umurimyi	69405476	
16.	NDURUSUCE	PASCASIA	NTEGA	umurimyi	- -	
17.	KAMPAYANO	URAZIYA	BUSASASI	umurimyi	- -	
18.	MUKANKOUMKA		NTEGA	umurimyi	- - -	
19.	NKURIYINGANA	ENAMURI	BUSONI	umurimyi	69845511	
20.	KAZIZUKA	IRARI	KIRUNDO	umurimyi	- - -	
21.	USENGIYUMBA	Pascal	BUSONI	Facilitateur	68437407	
22.	MATAKARA	François	KIRUNDO	umurimyi	-	
23.	NKERAMUKIYO	JUVENA	BUSONI	PERIZI OHUKIHAMBA	68991644	
24.	NABYASHIMYE	JAIL	KIRUNDO	Facilitateur	68870546	
25.	MUNYIMANA	EMELYNE	KIRUNDO	Président	79 189 126	
26.	Bacabambiteye		Kirundo	umurimyi		
27.	RUSA	UMAS	NTEGA	umurimyi	6 8 76276	

Numéro	Nom	Prénom	Commune d'origine	Fonction occupée	Téléphone de contact	Signature
28.	Ndagijimana	Virginie	Kirundo	umurimyi	68293481 79083332	
29.	MURGERANTWARI	Aloise	Bugabira	umurimyi	68157043	
30.	HARUMANA	CONRAD	BUSONI	umurimyi	68262180	
31.	MURGERANTWARI	Pelagie	Bugabira	umurimyi	71366131 68221544	
32.	MURGERANTWARI	Jeanbaptiste	Kirundo	Umubanyi	79407438 69297550	
33.	MIBURA	Jean-cline	NTEGA	umubumyezi	68260952	
34.	BUVANDIMWE	PASCAL	NTEGA	umurimyi		
35.	Ndayisenga	TARAZI	NTEGA	umurimyi		
36.	MURMUNA		NTEGA	umurimyi		
37.	KANYALLO		NTEGA	umurimyi		
38.	HANDYUBWA	KIRO	BUSONI	umurimyi		
39.	KANYINZI		BUSONI	umurimyi		
40.						

ANNEXE 5 : 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		Non-réception des fonds		Situation de vol d'argent	
Faibles performances des prestataires des services		Non-disponibilité des équipements requises		Autre	
Exclusion (femme, jeune)		Tension intrafamiliale			
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)