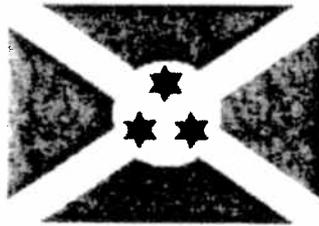


# REPUBLIQUE DU BURUNDI



---

## FICHE D'IDENTIFICATION

---

**Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

## COOPERATION BELGO – BURUNDAISE

**Dans le cadre du Programme Indicatif de Coopération  
2010-2013**

**Octobre 2009**

*ALY*

*Eg*

---

## 1. TITRE ET DESCRIPTION DE LA PRESTATION DE COOPERATION

---

**Titre : Programme d'appui institutionnel au secteur de la Santé Publique**

### 1.1. Introduction

Ce programme intégré vise à appuyer le Ministère de la Santé Publique (MSP) dans ses fonctions régaliennes de planification, de régulation, de gestion et d'organisation du système de santé, ainsi que de suivi-évaluation des prestations du système de santé et de l'évolution de l'état de santé de la population. D'importantes réformes ont été entamées au Burundi et ce programme est également conçu comme un appui au MSP pour mener à bien ces réformes. Le programme vise non seulement le niveau central du Ministère, mais aussi le niveau périphérique : les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) les Bureaux de Districts (BDS) et les Centres de Santé (CDS) afin d'y améliorer les prestations par une politique de formation, d'encadrement et de motivation du personnel de manière à augmenter en quantité et en qualité les prestations de santé au bénéfice de la population. Le programme se centre aussi sur l'amélioration de la formation du personnel médical avant emploi et en cours d'emploi.

### 1.2. Contexte et analyse du secteur de la santé au Burundi

Le Système de santé du Burundi est organisé sous forme de pyramide à 3 niveaux : le niveau central représenté par l'Administration centrale du Ministère de la Santé Publique, le niveau intermédiaire constitué par 17 Bureaux Provinciaux de Santé et le niveau périphérique représenté par 45 Districts Sanitaires qui sont les entités les plus opérationnelles du système de santé et un réseau de formations sanitaires (Centres de Santé et hôpitaux).

Le réseau de soins comprend les Centres de Santé qui sont la porte d'entrée du système de soins, les Hôpitaux de Districts et les Hôpitaux Nationaux et Spécialisés.

La carte sanitaire du Burundi indique que le pays compte environ 600 Centres de santé fonctionnels, dont 63% relèvent du secteur public. Des 47 hôpitaux sur l'ensemble du territoire, il y en a 42 qui sont fonctionnels, dont 38 hôpitaux de district et 4 hôpitaux spécialisés.

Le **secteur privé** à but non lucratif est essentiellement constitué de centres de santé (33% de l'ensemble) appartenant aux confessions religieuses. Ces dernières disposent également d'un réseau de 8 hôpitaux de district sur les 42 fonctionnels au niveau national. Ce secteur participe pleinement à la réalisation du Paquet Minimum d'Activités et du Paquet Complémentaire d'Activités en conformité avec la Politique Nationale de Santé et est intégré au système de santé public par agrégation.

Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique est essentiellement présent au niveau des centres urbains et plus particulièrement au niveau de la ville de Bujumbura. Ce secteur joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'absence de données chiffrées de ses activités. Au niveau des structures de soins, le secteur privé lucratif comprend 6 cliniques qui se trouvent dans la ville de Bujumbura et un réseau de centres de santé et pharmacies disséminés sur tout le territoire. Ce secteur souffre également d'un manque de contrôle de qualité et de supervision.

#### 1.2.1. Situation épidémiologique

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH /SIDA, la tuberculose, les traumatismes et brûlures.

Le profil épidémiologique du Burundi présente un tableau relativement sombre au vu des chiffres de mortalité. En effet, **le ratio de mortalité maternelle** reste très élevé à 615 pour 100.000 naissances vivantes tandis que **le taux de mortalité néonatale** est à 42 pour 1.000 naissances vivantes<sup>1</sup>.

**Le taux de mortalité infantile** est estimé à 120 pour 1000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité juvénile (moins de 5 ans) est à 176 pour 1000 naissances vivantes<sup>1</sup>.

**L'espérance de vie à la naissance** est estimée à 44 ans au Burundi.

**Le taux de couverture vaccinale** (enfants complètement vaccinés, rougeole) est très appréciable au Burundi et est de 83,9% pour l'année 2008.

**Le taux d'accouchement assisté en milieu de soins** est passé de 22,9% en 2005 à 56,3% en 2008 grâce notamment à la mesure de gratuité des soins pour les accouchements instaurée depuis 2006.

### **1.2.3.. Financement du secteur de la santé**

Les dépenses totales de santé au Burundi demeurent faibles, principalement du fait du faible niveau des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé, et devraient se situer à 23,10 USD par habitant et par an selon le CDMT qui établit une projection pour 2009-2011. Sur ces 23 USD ; 11 USD proviendraient des Partenaires techniques et financiers ; 5 USD de l'Etat et 6USD de la population sous forme de paiement direct des ménages<sup>2</sup>.

En 2008 et 2009, le Budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé Publique représente 5% du Budget général de l'Etat, ce qui est loin des 15% préconisés par l'OMS.

Selon les Comptes Nationaux de la santé qui analysent la situation de 2007, le secteur privé est la principale source de financement de la santé et représente **43%** de la Dépense Totale de Santé (DTS). La contribution des ménages est la plus importante car elle représente 40% de la DTS et s'effectue à travers les versements directs aux prestataires et les cotisations aux assurances publiques et privées<sup>3</sup>.

La coopération multilatérale (agences des Nations Unies, Banque Mondiale, Commission Européenne), la coopération bilatérale, les ONG et les initiatives internationales (Fond Global, GAVI, etc.) contribue à **40%** de la DTS et constitue la deuxième source de financement<sup>3</sup>.

Les mécanismes de financement de la santé sont entrain de changer progressivement. En effet, pour améliorer la performance de son système de santé, le Burundi est entrain de passer progressivement à un système de financement de type input vers un système de financement de type output appelé également financement basé sur les résultats.

### **1.2.4.. Principaux défis du système de santé**

- ✓ L'insuffisance des ressources humaines tant en qualité qu'en quantité ; surtout au niveau périphérique ;
- ✓ La démotivation et l'instabilité du personnel en fonction ;
- ✓ L'absence d'une politique et d'un plan de développement des ressources humaines ;

<sup>1</sup> Plan stratégique d'investissement pour atteindre les OMD

<sup>2</sup> Cadre des Dépenses à Moyen Terme 2009-2011

<sup>3</sup> Comptes Nationaux de la Santé 2007

- ✓ La faible qualité de la formation dans les écoles médicales et paramédicales liée à l'insuffisance d'enseignants qualifiés, l'insuffisance de matériel didactique et l'inadéquation entre la formation et l'emploi ;
- ✓ Le circuit d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux peu efficace dans un contexte de faiblesse dans la gestion de ces derniers ;
- ✓ L'inexistence d'un système de contrôle de qualité des médicaments ;
- ✓ L'insuffisance de la qualité des services de santé offerts à la population ;
- ✓ Le faible accès financier des populations vulnérables aux soins de santé malgré une gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ La faiblesse du système d'information sanitaire ;
- ✓ La faiblesse dans la coordination et le suivi/évaluation des interventions sanitaires ;
- ✓ La forte « verticalisation » des programmes et projets de santé liée à la faible intégration actuelle des activités des programmes dit verticaux dans le renforcement des activités de soins et de gestion ;
- ✓ L'insuffisance du système de maintenance des équipements biomédicaux et des infrastructures sanitaires ;
- ✓ La faible intégration du secteur privé lucratif dans le système de santé ;
- ✓ L'allocation inefficace dans le secteur de la santé des ressources financières encore insuffisantes.

### **1.2.5. Principales réformes dans le secteur de la santé**

Pour rendre plus performant son système de santé, le Burundi s'est engagé dans une série de réformes dont les principales sont :

- ✓ La décentralisation du système de santé par la mise en place des districts sanitaires qui est l'entité la plus opérationnelle du Ministère de la Santé Publique. Ces districts sont des entités géographiques couvrant 150.000 à 200.000 personnes et encadrant 1 hôpital de district et 10 à 15 Centres de Santé permettant ainsi d'assurer une meilleure planification des interventions sanitaires au niveau périphérique, une gestion plus souple et plus efficace et une supervision formative des structures de santé.
- ✓ Le financement de la santé basé sur la performance (contractualisation basée sur la performance : il s'agit d'un mode de financement basé sur les résultats).
- ✓ L'approche sectorielle : le Ministère de la Santé Publique et les partenaires ont entrepris de mieux coordonner leurs interventions dans le cadre d'une approche sectorielle. Un organe de coordination au niveau national, le CPSD, a été mis en place. La logique de programmation conjointe gagne progressivement du terrain parmi les bailleurs et partenaires de la santé au Burundi. La Belgique n'est pas en reste puisqu'elle a déjà participé à une mission conjointe avec la CE et DFiD dans la perspective d'un possible appui coordonné au MSP. Cependant, un certain nombre de difficultés subsistent : la formalisation des engagements des partenaires (« Compact »), certains partenaires continuent à intervenir de manière indépendante et l'intégration des programmes verticaux reste un enjeu clé.

---

## 2. MINISTERE CHARGE DE LA PREPARATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION

---

Le **Ministère de la Santé Publique** sera le ministère de référence de la prestation, chargé de la préparation et de la mise en œuvre. La réalisation de ce programme mobilise l'ensemble des structures au niveau central (Cabinet du Ministre, Directions générales, cellules et organes concernés par les fonctions de planification, de régulation, de définition et de contrôle de qualité, de coordination, de gestion, de suivi-évaluation). Les structures périphériques sont également mobilisées : il s'agit des Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et des Bureaux de Districts de santé (BDS).

---

## 3. OBJECTIFS (GENERAL ET SPECIFIQUE) DE LA PRESTATION

---

### Objectif général

La performance du système de santé au Burundi est améliorée

### Objectif spécifique

Les prestations de santé au bénéfice de la population augmentent en quantité et en qualité grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MSP, une efficience accrue des structures périphériques en premier lieu dans la Province de Kirundo, et une amélioration des compétences et de la motivation du personnel médical.

### Résultats attendus

Ce programme s'étend sur trois volets :

**Volet 1 : Amélioration de la gouvernance sectorielle (ce volet s'appuiera notamment sur les résultats de l'audit institutionnel en cours ainsi que l'expérience et les résultats intermédiaires acquis par le projet d'appui institutionnel au MSP actuellement en cours).** Résultats attendus :

- élaboration des stratégies et de la planification : un Plan National de Développement Sanitaire est établi pour 2011-2005. Il est approuvé par le gouvernement burundais, et recueille l'adhésion des partenaires techniques et financiers.
- amélioration de la coordination interne et externe : les relations fonctionnelles entre les différents organes du MSP, sont établies de manière pertinente, durable, et connue de tous, de même que les relations fonctionnelles avec les partenaires externes du MSP.
- amélioration la gestion du système de santé : des stratégies claires et pertinentes sont définies en matière de gestion des ressources humaines, de ressources financières, d'investissement et de maintenance.
- définition et contrôle de l'application des standards de qualité : les standards sont définis ainsi que les modalités de contrôle.
- amélioration du monitoring et évaluation: (Appui au Système National d'Information Sanitaire) : Le système national est équipé et doté des compétences nécessaires, sa fonctionnalité est assurée.
- mise en place du financement basé sur la Performance : les organes de la FBP sont en place et reçoivent les appuis nécessaires. La contractualisation au niveau central est établie.

2011

**Volet 2 : Appui au niveau périphérique : ce volet se réalisera premièrement en Province de Kirundo et s'appuiera notamment sur l'expérience et les résultats intermédiaires atteints par le Projet d'appui à la Province sanitaire de Kirundo Un partage d'expérience et une collaboration étroite avec les autres interventions d'appui au niveau périphérique sera requise. Cet appui au niveau local ou opérationnel sera organisé pour atteindre les résultats suivants :**

- Les équipes intégrées de gestion des districts sont renforcées et à même de remplir leurs missions grâce à une formation et un encadrement de qualité
- La motivation et la qualité des prestations du personnel de santé en périphérie sont améliorées
- L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée
- Les centres de santé, bureaux de districts et de province maîtrisent les outils nécessaires pour une gestion rationnelle de leurs ressources

**Volet 3 : Formation du personnel de santé et renforcement des compétences. Ce volet s'appuiera notamment sur l'expérience et les résultats intermédiaires acquis par le projet d'appui à la réforme des formations paramédicales. Résultats attendus :**

- Appui à l'enseignement paramédical public et mise en œuvre et d'un contrôle de qualité pour les écoles paramédicales privées : l'appui à l'enseignement paramédical public est renforcé et les normes de qualité pour l'enseignement paramédical privé sont définies, de même que leurs modalités d'application et de contrôle
- Appui à l'amélioration des activités cliniques : un ordinogramme (stratégie plainte-traitement) est réalisé et diffusée dans l'ensemble du système de santé, de même qu'un guide des médicaments essentiels. Une équipe de formation est en place et a mené une première expérience –pilote de formation.
- Appui à l'Institut National de Santé Publique : les capacités de l'INSP sont étendues et renforcées

---

## 4. GROUPE CIBLE, LOCALISATION DE LA PRESTATION

---

### Bénéficiaires

- Les bénéficiaires directs du programme sont les cadres du ministère dont les compétences la motivation sont renforcés tant au niveau central que périphérique, mais également les prestataires (actuels et futurs) au sein des centres de santé et des hôpitaux.
- Les bénéficiaires indirects sont l'ensemble de la population burundaise qui devra bénéficier de meilleures prestations de santé, avec une attention particulière pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans, mais aussi les catégories les plus vulnérables dont l'accès aux prestations de santé est difficile. Le programme est non seulement conçu pour avoir un impact sur l'accroissement des prestations (quantitative et qualitative) mais aussi l'équité dans l'accès aux soins

### Localisation de l'intervention

Projet d'envergure nationale, avec un impact sur l'ensemble du système de santé burundais ( en ce compris les Formations de Santé [FOSA ] privées agréées)

## 5. COHERENCE DU PROJET AVEC LES STRATEGIES ET POLITIQUES DE SANTE ET DE DEVELOPPEMENT

L'intervention s'inscrit parfaitement dans les axes stratégiques « Santé » du Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) du Burundi, particulièrement l'objectif « *d'amélioration de la performance du système national de santé* ». Le programme répond en particulier aux résultats suivants visés par le CSLP :

- Formation, recyclage, perfectionnement du personnel médical et paramédical et des accoucheuses traditionnelles
- Amélioration de la gestion du personnel de santé
- Renforcement des capacités du service national d'Epidémiologie et des statistiques sanitaires
- Appui aux réformes sectorielles de la santé
- Mise en place d'un système de gestion et de maintenance des équipements et des infrastructures sanitaires
- Disponibilisation et subvention des soins obstétricaux d'urgence
- Amélioration en quantité et en qualité des consultations prè et post natales

### Les Objectifs du Millénaire pour le développement

Le programme constitue une importante contribution aux efforts nécessaires pour atteindre les OMD, particulièrement :

- i. Objectif 4 : réduire de deux tiers entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- ii. Objectif 5 : réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015
- iii. Objectif 6 : lutte les maladies : VIH/Sida, Malaria et autres maladies graves, accès au traitement du VIH/SIDA pour toutes les personnes infectées d'ici 2015

### Le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 du Burundi

Le Programme National de Développement Sanitaire quant à lui détermine les activités pour réaliser la politique nationale de santé. Il définit clairement les objectifs sanitaires et les stratégies poursuivies et offre des opportunités pour une plus grande coordination et harmonisation dans le secteur de la santé. Il dégage quatre objectifs généraux qui sont :

- ✓ la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale ;
- ✓ la réduction de la mortalité infanto-juvénile ;
- ✓ le contrôle de la morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- ✓ le renforcement de la performance du système de santé ;

La correspondance entre les résultats de l'intervention et les objectifs du PNDS est reflétée par le tableau suivant :

Axes du programme	Objectifs du PNDS
Appui institutionnel transversal au MSP (mise œuvre des réformes)	4
Elaboration des stratégies et planification (PNDS)	4.5
Coordination interne et externe	4.6
Gestion du système de santé	4.5
Ressources humaines	4.1
Ressources financières	4.4
Stratégie d'investissement, infrastructures et équipement (politique de maintenance)	4.2.3

Normes et régulation	4.1 et 4.5
Suivi et évaluation	4.5
Mise en place du FBP	1, 2, 3 et 4
Appui en périphérie	1,2,3,4
Formation du personnel de santé et renforcement des compétences (+formation des cadres MSP)	4.1 et 4.5
Amélioration des activités cliniques	4.1 et 4.5

## 6. SYNERGIE AVEC LES INTERVENTIONS D'AUTRES BAILLEURS DE FONDS BILATERAUX ET MULTILATERAUX

Depuis mars 2007, un Cadre de Concertation des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé (CPSD) a été mis en place pour la coordination des appuis techniques, financiers et matériels au secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche sectorielle (SWAP). En Septembre 2007, le Burundi a été retenu pour faire partie des huit pays pilotes pour l'Initiative de Partenariat International pour la santé (IHP+)<sup>4</sup> conduisant ainsi au renforcement du processus d'harmonisation des aides sectorielles déjà entrepris. L'initiative IHP + poursuit plusieurs objectifs. Le premier est de développer les documents pays « country compact » qui engagent les signataires à améliorer la stabilité et la prévision des financements, à renforcer l'harmonisation et l'alignement dans leur soutien aux plans nationaux. L'initiative vise également à produire et diffuser de l'information, des guides et des outils techniques pour le renforcement des systèmes de santé et l'accès aux services de santé. Un troisième objectif est de renforcer la coordination et promouvoir la stabilité et la prévisibilité de l'aide dans le secteur de la santé. L'initiative vise enfin à assurer la responsabilité mutuelle et le suivi des résultats.

Dans le but de concrétiser la complémentarité de l'approche sectorielle (SWAP) et le Pacte de Partenariat International pour la santé (IHP+), deux missions conjointes ont eu lieu dont la première en 2007, dans la foulée de l'adhésion du Burundi à IHP+. La deuxième mission conjointe a eu lieu en Novembre 2008.

Au cours des travaux de la première mission conjointe il a été décidé d'établir un « cadre de partenariat » entre le gouvernement burundais et les partenaires techniques et financiers de la santé. Ce cadre de partenariat, adopté en février 2008<sup>5</sup>, repose notamment sur les principes de la Déclaration de Paris. Il constitue un premier engagement en vue de l'éclosion d'une stratégie sectorielle forte et cohérente pour le secteur de la santé au Burundi et un premier effort pour rassembler tous les partenaires autour de cette seule stratégie. Le cadre reprend des indicateurs de la Déclaration de Paris afin d'apprécier l'évolution du partenariat entre le gouvernement et les principaux partenaires du secteur de la Santé. Il contient également des indicateurs de résultats afin d'évaluer l'impact des efforts communs (taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires, pourcentage des accouchements en milieu de soins, nombre de couples-années bénéficiant de

<sup>4</sup> IHP+ a été lancée en septembre 2007 par Gordon Brown dans le contexte de la « Campagne mondiale pour améliorer la santé ». Sa mission principale est de favoriser l'atteinte des Objectifs santé 4 - 5 et 6 des OMD et d'améliorer l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé.

Les signataires de l'IHP sont :

1. Les « Health 8 » (OMS, BM, ONU Sida, UNICEF, UNFPA, Fonds Mondial, Gavi Alliance, Fondation Gates) + PNUD et La Banque Africaine de Développement
2. Les pays donateurs (GB, Norvège, Allemagne, Canada, Italie, France, Hollande, Portugal, Commission Européenne, Australie, Espagne, Suisse et Suède)
3. Les pays en développement (Première vague : Burundi, Cambodge, Éthiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Népal, Zambie. Deuxième vague : Bénin, Burkina Faso, Ghana, Niger, Nigeria Madagascar)

<sup>5</sup> Les signataires du cadre de partenariat sont : le Ministère de la Santé Publique et le Ministère des Finances du Burundi, l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, UNFPA, DFID, la CE, La Coopération Suisse, la Coopération belge, la Coopération française, les organisations CORDAI, PSI, IMC, AHA

Planning Familial pourcentage de femmes enceintes séropositives HIV bénéficiant de la PTME, couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3).

Le cadre de partenariat est un premier pas vers une stratégie commune, concertée et soutenue par l'ensemble des partenaires. De grands efforts sont encore à fournir pour harmoniser les approches et les logiques d'interventions, certains partenaires/contributeurs importants n'étant pas directement représentés au Burundi ne participent pas au CPSD.

Très récemment, suite à plusieurs consultations avec les partenaires de développement et la tenue de la réunion IHP+ les 4 et 5 février à Genève le Ministre de la Santé a rappelé aux partenaires sa ferme volonté d'aboutir à un « COMPACT » qu'il définit comme : un programme commun, un budget unique et un cadre de suivi-évaluation unique et harmonisé.

Depuis lors la progression vers un SWAP a franchi avec l'appui d'une expertise externe deux jalons importants. Le premier est l'établissement d'un consensus entre le gouvernement burundais et les principaux partenaires techniques et financiers relatif à la stratégie nationale de « Financement Basé sur la Performance » (mars 2009). Des expériences-pilotes sont en effet en cours au Burundi en ce domaine depuis 2006. Le consensus établi se base sur l'expérience acquise par les partenaires actifs dans le domaine pour dessiner une stratégie d'ensemble et un modèle organisationnel/financier cohérent pour l'ensemble du pays. Ce consensus peut constituer un premier point d'entrée pour un dispositif d'appui commun au système de santé. Le modèle projeté prévoit en effet des organes et outils de gestion qui, dans leur essence-même, nécessitent des modalités d'appui et de financement du moins coordonnés sinon communs. La cartographie des interventions des différents PTFs du secteur santé au se trouve en annexe 1

---

## 7. DUREE ET BUDGET INDICATIF DE LA PRESTATION

---

### Budget belge et période d'engagement :

La contribution belge sollicitée pour ce programme est de **12.000.000 €**.

Ce montant couvrira d'appuyer le programme pour une période de 3 ans environ.

La contribution burundaise est constituée par le financement du fonctionnement des structures centrales et périphériques du Ministère de la Santé Publique

---

## 8. MESURES QUI SERONT PRISES POUR ASSURER LA DURABILITE DE LA PRESTATION APRES SA CLOTURE

---

La prestation s'appuie avant tout sur un transfert important de compétences aux cadres nationaux du MSP tant au niveau central qu'au niveau périphérique. Le programme devra contribuer à l'amélioration de la performance (efficacité – efficience du système). Le programme aura un impact positif sur la coordination entre bailleurs de fonds et améliorera grandement la perspective d'avoir un appui et un financement coordonné, basé sur une seule et même stratégie. Le programme rationalise et améliore l'offre de soins. Il doit aussi contribuer de manière importante à une gestion efficace et durable des infrastructures et équipements de santé.

Le Financement Basé sur la Performance est un processus qui recueille l'appui des principaux bailleurs de fonds du Burundi. Il doit contribuer à augmenter les ressources pour les Centres de Santé et Hôpitaux. Disposer d'un instrument efficace et convaincant d'amélioration des performances constitue un argument de poids vis-à-vis du gouvernement mais aussi des bailleurs de fonds extérieurs pour maintenir voire augmenter leur contribution au système de santé burundais.

Cartographie des interventions sanitaires des partenaires techniques et financiers au Burundi.

TF BDI	provinces	BM	UE-Santé+	UNICEF	UNFPA	OMS	BE	Coop SW	DFID	USAID	Cordaid	PSI	IMC	GVC	Coop Ital	JICA	GAVI	HealthNet	MSF-B
	anza																		
	umbura																		
	aine																		
	umbura																		
	al																		
	tufi																		
	nkuzo																		
	itoke																		
	ega																		
	uzi																		
	yanza																		
	undo																		
	kamba																		
	ramvya																		
	yinga																		
	varo																		
	ozi																		
	tana																		
	yigi																		

PNSR

ME

ponctuel

PNSR

intervention  
DHS

appui enseignement  
paramedical

appui EPIDAT  
appui institutionnel MSP

projet FVV?  
appui institutionnel RH

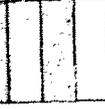
appui avec fonds japonais à décider 2 provinces (2008 Muyinga et Cankuzo)  
appui au système de financement - gratuité etc



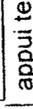
appui systemique en phase de demarrage



appui ponctuel important



appui systemique global



appui technique à un district sanit.

UNICEF

nutrition et vaccination, santé mère-enfant



3 DiSaPi

appui technique



appui technique 3 DiSa

MS

SAID

ORDAID

/C

althNet

SF-B

VI

appui au niveau communautaire

appui PBF - contractualisation à la performance

sur financement ECHO, appui aux CdS et maternités sélectionnées

appui PBF - contractualisation à la performance

syst réf-contre-réf SONUB

appui au renforcement du système de soins

