

ANNEXE

1. IDENTIFICATION

| | | | |
|--|--|---------|------------------------|
| Intitulé/Numéro | République démocratique du Congo - Projet d'appui au STAREC (Programme de Stabilisation et de Reconstruction des zones sortants des conflits armés). Cris : CD/FED/22-623 | | |
| Coût total | Contribution UE : 5.155.000 EUR Enveloppe B du PIN 10 ^{ième} FED | | |
| Méthode d'assistance / Mode de gestion | Approche projet Gestion partiellement décentralisée | | |
| Code CAD | 12220 | Secteur | Soins de santé de base |

2. MOTIF

2.1 Contexte sectoriel

L'objectif global du Programme de stabilisation et de reconstruction des zones sortant des conflits armés (STAREC) est de stabiliser l'est de la République démocratique du Congo (RDC) en améliorant l'environnement sécuritaire et en restaurant l'autorité de l'Etat dans les zones autrefois contrôlées par les groupes armés, en facilitant le retour et la réintégration des personnes déplacées et réfugiées et en accélérant la relance des activités économiques”.

Dans le domaine de la santé

L'effondrement de l'Etat et les crises humanitaires ont amené une fragmentation du secteur. De nombreuses organisations humanitaires et les programmes spécialisés sont devenus les principaux acteurs opérationnels. La fragilité de l'Etat n'a jusqu'à présent pas permis un pilotage efficace de ces multiples acteurs.

Avec le retour progressif de la paix et les progrès vers un Etat de droit, de plus en plus de partenaires s'inscrivent dans un processus de développement durable du système de santé qui exige un leadership du Ministère et une équipe de cadres compétents avec lesquels dialoguer.

Sans attendre un nouveau cadre organique et l'aboutissement d'une réforme qui peut s'étaler sur plusieurs années, de nombreux partenaires et acteurs soutiennent la mise en place d'une Cellule d'Appui et de Gestion (CAG), véritable "noyau dur" d'expertise et de compétence au sein du Ministère. Cette cellule dont la première équipe est en train de se mettre en place après la sélection/recrutement des principaux cadres, dispose déjà de locaux et d'équipements. Un gestionnaire de projet sera affecté à cette cellule en charge des projets FED y sera affecté et l'UE contribuera au financement de la cellule. Elle se chargera de la programmation et de la contractualisation des interventions dans le secteur santé.

Par ailleurs un plan national de développement sanitaire (PNDS) a été soumis au gouvernement en mars 2010. Le but du PNDS est de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015. Son objectif général vise l'amélioration de la santé de la population

dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, tandis que son objectif sectoriel est d'assurer des soins de santé de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles.

Le PNDS 2011-2015 constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Il s'articule autour de quatre axes stratégiques, à savoir : (i) le développement des zones de santé, (ii) l'appui au développement des zones de santé, (iii) le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur, (iv) le renforcement de la collaboration intersectorielle. Le PNDS sera mis en œuvre aux trois niveaux du système national de santé avec l'ensemble de parties prenantes y compris la société civile. Cette approche participative permettra aux zones de santé de bénéficier de l'expertise des autres niveaux de la pyramide sanitaire.

L'un des principes directeurs du PNDS est la responsabilité mutuelle par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation des résultats du PNDS en conformité avec les engagements de "l'Agenda de Kinshasa".

Pour la mise en œuvre de ce programme, les autorités nationales insistent sur la nécessité de travailler simultanément sur les "cinq piliers" du système de santé: les ressources humaines, le système de financement, le système d'approvisionnement en médicaments, les infrastructures/équipements et le système d'information sanitaire.

Concernant la zone d'intervention du projet proprement dite, elle ne présente pas de spécificité épidémiologique particulière et les problèmes sanitaires rencontrés sont identiques à ceux du reste du pays. Les pathologies endémo-épidémiques, au premier rang desquelles se trouvent les diarrhées, les infections respiratoires aiguës, la rougeole, le paludisme, etc. ont un impact très important sur la santé des populations et notamment des enfants. La particularité de la région tient essentiellement au contexte de sortie de crise qui rend difficile la prise en charge des problèmes sanitaires rencontrés. Ce contexte est caractérisé par une désagrégation du tissu socio-économique et la fragmentation des services de santé qui tentent lentement de se réorganiser malgré les carences en personnel et la rareté des fonds tirés essentiellement de l'autofinancement.

Les données statistiques disponibles pour quelques zones de santé du district de Aru, donnent une idée assez juste du niveau des services de santé, du travail engagé par l'ONG Malteser (réunions des comités de gestion, supervisions...) et peuvent finalement servir de référentiel (baseline) pour apprécier ultérieurement les progrès accomplis, dans l'attente des données plus exhaustives dont le projet devra se doter. Avec plus de 250 Formations Sanitaires (FOSA) pour 1.7 millions d'habitants on peut considérer que le district d'Aru est géographiquement couvert. En pratique, beaucoup de ces FOSA ne sont pas fonctionnelles et cela devra être établi dès le début de projet par l'actualisation de la carte sanitaire.

Performance du district sanitaire :

| année 2009 | Logo | Ariwara | Aru |
|---|------|---------|------|
| promptitude des rapports annuels d'activités | 100% | 80% | 100% |
| Pourcentage de réunion du comité de gestion avec Procès Verbal | 100% | 50% | 100% |
| Taux de supervisions des Fosa par l'équipe cadre de la zone de santé | 98% | 71% | 48% |
| Taux de supervision par l'inspection provinciale | 0% | 50% | 33% |
| Taux d'utilisation des consultations prénatales | 99% | 100% | 100% |
| Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié | 87% | 81% | 90% |
| Taux d'occupation des lits à l'HGR (hôpital général de référence) | 33% | 44% | 40% |
| Pourcentage des malades référés | 2% | 1% | 1% |
| Couverture vaccinale DTC3 (diphtérie, tétanos et coqueluche) chez les enfants de moins de 12 mois | 64% | 55% | 69% |
| Couverture vaccinale (VAT: vaccin anti tétanique) chez les femmes enceintes | 73% | 58% | 42% |
| Taux d'utilisation des services curatifs | 31% | 40% | 40% |

2.2 Enseignements tirés et complémentarité

Dans les quatre provinces de l'est qui ont été particulièrement touchées par les conflits armés et l'insécurité, la Commission européenne met en œuvre une stratégie de réponse dictée par la nécessité d'effectuer, dans les différents secteurs, une transition aussi rapide que possible d'une phase d'urgence vers la réhabilitation et le développement (LRRD : linking relief, rehabilitation and development) dans une perspective de rétablissement de la bonne gouvernance et de prévention des conflits. L'est de la RDC a donc été bénéficiaire en 2004 d'un premier appui traduit par une convention de financement « Réhabilitation et réintégration socio-économique après la guerre dans les régions de l'est de la RDC », d'un montant de 25,795 millions d'euros, dont la plupart des projets ont été mis en œuvre au Nord-Kivu et dont les principaux volets s'articulent comme suit :

- Réhabilitation et reconstruction d'infrastructures sociales et sanitaires de base : écoles, eau et assainissement ;
- Relance des activités de production agricole comprenant la distribution de semences de qualité et d'outils agricoles aux groupes vulnérables ;
- Réhabilitation de routes et de pistes rurales à travers des méthodes à haute intensité de main d'œuvre afin de désenclaver certains territoires.

Suite à la revue à mi-parcours du PIN 9ème FED du juillet 2005, la Commission européenne a décidé de renforcer son intervention à l'est de la RDC par l'allocation d'une 2ème enveloppe B de € 75 Millions pour le Programme Est Congo, (PEC, Conventions de financement 9 ACP ZR 17). Ce programme s'inscrit dans une stratégie globale de consolidation de la paix, de réconciliation et de relance économique durable dans l'est de la RDC. En matière d'aide post conflit. Le Programme Est Congo comporte cinq composantes, à savoir : (i) relance économique, (ii) infrastructures, (iii) santé ; (iv) aménagement du territoire et (v) renforcement des capacités. Il a également été mis en place une unité de coordination chargée de contribuer à la coordination et à la supervision de la mise en œuvre du PEC en appui au maître d'ouvrage et aux partenaires concernés.

Les activités de la composante santé du Programme Est Congo portent sur l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services curatifs, préventifs et promotionnels pour les populations des onze zones de santé du district sanitaire du Tanganyika et la mise en place d'une centrale de distribution régionale de médicaments essentiels pour le district du Tanganyika. Au cours de l'année 2009, les actions menées dans ce cadre ont été renforcées par la prolongation de la durée des contrats de mise en œuvre, soit une prolongation de 24 mois.

La Commission intervient dans le domaine de la santé depuis de nombreuses années en RDC et a acquis de ce fait une bonne expérience du secteur. Les études, monitorages, évaluations de ces dernières années, particulièrement la récente évaluation à mi-parcours du Projet santé 9° FED (PS9FED), ont permis de déterminer les forces et les faiblesses des interventions en cours et d'évaluer les risques et les opportunités existantes.

Les enseignements tirés peuvent se résumer de la manière suivante :

- La population couverte doit être en adéquation avec les financements disponibles pour éviter le risque de « saupoudrage » toujours présent quand les besoins sont immenses. Le choix géographique des zones couvertes doit minimiser les contraintes logistiques, énormes dans un pays tel que la RDC, et prendre en compte les risques sécuritaires, et là où ce risque existe, des interventions imputées à l'enveloppe B sont plus en adéquation avec ce contexte spécifique.
- Le renforcement des capacités concernera prioritairement le niveau intermédiaire, soit au niveau provincial, soit au niveau district.
- Un effort particulier sera fait sur l'amélioration de la qualité des services qui est l'un des points les plus faibles du système.
- Les résultats encourageants obtenus dans le renforcement du système d'approvisionnement en médicaments essentiels doivent être consolidés et poursuivis.
- Les structures de financement créées dans le cadre du PS9FED et constituées du réseau des fonds d'achats des services de santé (FASS) et des fonds de développement des services de santé (FDSS), sont l'embryon du réseau des agences fiduciaires à mettre en place au niveau intermédiaire. Elles doivent être appuyées et renforcées pour permettre de poursuivre la recherche action sur les mécanismes de financement axés sur le résultat (notamment en soutien de l'atteinte des objectifs millénaires) et en faveur des plus pauvres.

Sur la base des enseignements tirés et tenant compte de la situation sécuritaire de la zone d'intervention, ce programme est complémentaire des actions du Programme d'Appui au PNDS (CD/FED/2009/021511).

2.3 Actions complémentaires

Le Programme de stabilisation et de reconstruction des zones sortant des conflits armés (STAREC) constitue un cadre général des activités à mener à court et moyen termes dans les provinces de l'est (les deux provinces du Kivu, le Haut et Bas Uélé dans la province orientale mais aussi la Province du Maniema et le Tanganyika dans la Province du Katanga). Il facilite la complémentarité et la coordination des interventions soutenues tant par la communauté internationale que par le gouvernement.

Concernant le volet santé, il faut considérer que le Groupe inter bailleur santé (GIBS), dont la Délégation de l'UE est le chef de file, assure à travers des réunions internes et son insertion dans les structures de coordination du secteur de la santé (le comité de pilotage national) des

efforts considérables en matière d'harmonisation et d'alignement. Par ailleurs, l'UE occupe le poste de 4ème vice président du Country Coordination Mechanism du Fonds Mondial (FM : Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme) et y fait un plaidoyer pour améliorer la complémentarité entre les appuis bilatéraux de l'UE et les appuis du FM. De plus, l'UE a contribué à l'analyse de problématique et la logique d'intervention du plan national de développement sanitaire 2011-2015 et soutiendra sa mise en œuvre.

Concernant plus particulièrement le district d'Aru certaines zones de santé bénéficient de l'appui du Fonds Mondial, dans le cadre du volet "Paludisme" du 8° round d'actions du FM. Il s'agit des zones de santé d'Aru, Ariwara, Biringi, Laybo, Aungba, Kambala, Logo et Nyarambe. Par ailleurs, la zone de santé de Laybo bénéficie d'un appui au renforcement des services de santé de la part de GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization). Les appuis de GAVI sont de l'ordre de 150.000 USD par an et par zone de santé. Le programme prend en compte la complémentarité de l'ensemble de ces actions.

Le programme prend en compte la complémentarité de l'ensemble de ces financements en s'inscrivant dans un processus de planification/programmation provincial et local qui prend en compte tous les financements disponibles à travers le Fonds d'Achats des Services de Santé (FASS). En ce qui concerne les financements du FED (PA-PNDS 10° FED et interventions "santé" du LRRD-9° FED), la complémentarité est d'ordre géographique. Toutes ces interventions appuient le Programme National de Développement Sanitaire et contribuent au renforcement du système de santé mais elles sont mises en œuvre dans des zones d'intervention différentes. Les actions financées sur les lignes budgétaires (EuropeAid/129-203/C/ACT/Multi et EuropeAid/129-200/C/ACT/Multi) qui débiteront en 2011, adresseront plus particulièrement le problème des violences sexuelles et de la mortalité maternelle. Ces actions seront mises en œuvre dans des zones distinctes de la zone d'intervention du projet sans risque aucun de chevauchement.

3. DESCRIPTION

Le volet santé contribuera à la mise en œuvre du Plan National de développement Sanitaire dont les 4 axes sont les suivants : (i) Le développement des zones de santé prioritaires, (ii) le renforcement des piliers du système de santé, (iii) le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur, (iv) le renforcement de la collaboration intersectorielle.

Les principes qui seront pris en compte dans la mise en œuvre de l'Action sont (i) le principe de séparation des fonctions de programmation d'une part et de la gestion financière d'autre part, (ii) la reconnaissance de la zone de santé comme seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des services de santé publique, (iii) la progressivité dans le développement des zones de santé, (iv) la collaboration intersectorielle à tous les niveaux, (v) la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation des résultats.

3.1. Objectifs

L'objectif global du volet santé se réfère à l'objectif poursuivi par le PNDS, à savoir contribuer à assurer des soins de santé de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles.

Quant à l'objectif spécifique, il se formule de la façon suivante : Améliorer l'accessibilité et la qualité de l'offre des services curatifs-préventifs-promotionnels dans les 13 zones de santé ciblées du district sanitaires de ARU.

3.2. Résultats escomptés et principales activités

3.2.1. Résultats escomptés

Les résultats attendus du volet sont les suivants :

Les résultats du PNDS auxquels le projet contribuera principalement sont :

Dans le cadre de l'axe 1 : Développement des zones de santé

1) La couverture de la population par les soins et les services de santé de qualité est augmentée de 30%. (La carte sanitaire sera actualisée en début de projet pour déterminer le nombre de FOSA fonctionnelles).

2) Le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25%

Dans le cadre de l'axe 2 : renforcement des piliers du système de santé

3) La disponibilité du médicament est assurée dans l'ensemble des zones de santé

4) 80% de la population ont accès financièrement aux médicaments essentiels et génériques en 2015.

3.2.2 Activités

Les activités mise en œuvre par le volet santé se présentent de la manière suivante :

Par rapport à l'axe 1 : Développement des zones de santé prioritaires

- Programme amélioration de la couverture sanitaire
 - Améliorer l'infrastructure et l'équipement des Centres de santé et des maternités des Hôpitaux généraux de référence
 - Apporter un soutien technique à la réalisation du Paquet Minimum d'Activités de base dans au moins 90% des aires de santé du District Sanitaire et de la Prophylaxie de la Transmission Mère – Enfant dans au moins 5 aires de santé de 3 Zones de santé
- Programme amélioration de la qualité des prestations
 - Assurer la poursuite de l'approche "initiative à résultats rapides (IRR) et processus d'évaluation et de renforcement de la qualité des services (PERQS)

- Programme rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires
 - *Mettre à jour la carte sanitaire*
 - *Mettre en place un système d'intéressement basé sur les résultats (en matière d'offre de soins, de volume de soins et de couverture) et la rationalisation des ressources humaines*
- Programme amélioration de l'accessibilité financière aux soins et services de santé
 - *Responsabilisation des Equipes Cadre des Zones de Santé (ECZS) pour l'allocation des subventions décentralisées sur le médicament*
 - *Information transparente de l'utilisateur sur les subventions octroyées*
- Programme promotion des services de santé
 - *Promotion des mécanismes locaux de solidarité*
- Programme promotion de la participation communautaire
 - *Appui aux activités des Comités de Développement sanitaire*

Par rapport à l'axe 2 : Renforcement des piliers du système de santé

- Développement des Ressources Humaines pour la Santé
 - *Promotion d'une procédure de sélection transparente des membres des équipes cadres des zones de santé "ECZS" et de l'Equipe Cadre de District*
- Réforme du financement de la santé
 - *Mise en œuvre d'un partenariat avec le Fond d'Achat de Services de Santé pour une gestion fiduciaire continue et fiable des subventions et le cas échéant des cotisations de solidarité*
- Renforcement du Système National d'Approvisionnement en Médicaments
 - *Augmentation du fond de déroulement et chiffres d'affaire de la centrale de distribution régionale d'Ariwara (CAMENUHU),*
 - *Assistance technique à la professionnalisation de la gestion de la centrale de distribution régionale des médicaments (CDR)*
 - *Appui technique aux ECZS en vue d'assurer le contrôle sur les commandes et sur l'utilisation de médicaments essentiels génériques (MEG)*
- Réhabilitation/Équipement
 - *Mise en œuvre d'un partenariat avec les communautés pour l'amélioration des infrastructures*
 - *Cofinancement de petit équipement avec les comptes d'épargne des FOSA*
- Réforme du système d'information sanitaire
 - *Formation des prestataires au nouveau cadre normatif du Système d'information sanitaire (SNIS)*
 - *Financement des outils SNIS*

Par rapport à l'axe 3 : Renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur

- Programme renforcement du pilotage du secteur à tous les niveaux
 - *Soutien aux réunions des Conseils d'administration de Zone de Santé*

- *Soutien aux réunions décentralisées du Comité de Pilotage Provincial du secteur de la santé*
- Programme Renforcement du Suivi et évaluation à tous les niveaux
 - *Appui aux capacités de monitoring de type TANAHASHI*
- Programme Amélioration de la Gestion
 - *Appui technique en gestion des services de santé et en assurance qualité*

Par rapport à l'axe 4 : Renforcement de la collaboration intersectorielle

- *Promotion de l'accès routier aux Hôpitaux Généraux de Référence*

3.3. Risques et hypothèses

Concernant le volet santé, le principal risque demeure l'insécurité qui doit être mis au compte de l'Armée de la Libération du Seigneur (LRA).

L'hypothèse principale est la gestion rationnelle des ressources humaines au niveau du district sanitaire. Pour cela l'unité de gestion de projet devra collaborer étroitement avec l'équipe cadre du district.

3.4. Questions transversales

L'amélioration de la qualité des soins aura un impact environnemental positif notamment en matière d'hygiène hospitalière et de gestion des déchets biomédicaux. L'amélioration de l'accessibilité aux soins contribuera à l'égalité des genres et à la réduction de la pauvreté. La consolidation et l'animation des structures communautaires dans les domaines de l'éducation sanitaire ainsi que la mobilisation sociale intégreront aussi les aspects genre.

3.5. Parties prenantes

Les parties prenantes sont : (i) le bénéficiaire du contrat de subvention, les équipes cadre de district et des zones de santé, (iii) la centrale de distribution régionale d'Ariwara (CAMENIHU), (iv) les comités de santé et de gestion des formations sanitaires, (v) le Fond d'Achat de Services de Santé. La capacité gestionnaire des équipes cadre de zone est fort variable, d'où la nécessité d'adapter les activités de rationalisation du fonctionnement au niveau des zones de santé.

4. MISE EN ŒUVRE

4.1. Mode de gestion

Le projet sera géré en gestion partiellement décentralisée via une convention de financement signée avec le Gouvernement de la République Démocratique du Congo et l'Union Européenne.

La Commission exerce un contrôle ex ante de toutes les procédures de passation de marchés sauf dans les cas où les devis-programmes s'appliquent, pour lesquels la Commission exerce un contrôle ex ante pour les marchés publics de plus 50.000 EUR et peut exercer un contrôle

ex post pour ceux ne dépassant pas 50.000 EUR. La Commission exerce un contrôle ex ante de toutes les procédures d'attribution de subvention.

Les paiements sont exécutés par la Commission.

L'ordonnateur compétent s'assure, par l'utilisation du modèle de convention de financement en gestion décentralisée, que la séparation des fonctions d'ordonnancement et de paiement ou des fonctions équivalentes au sein de l'entité délégataire est effective et permet en conséquence de procéder à la décentralisation des paiements pour les contrats dont le montant ne dépasse pas les plafonds indiqués ci-dessous :

| Travaux | Fournitures | Services | Subventions |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| < 300.000 EUR | < 150.000 EUR | < 200.000 EUR | ≤ 100.000 EUR |

La maîtrise d'ouvrage sera assurée par l'Ordonnateur national du FED.

Le projet sera mis en œuvre par l'ONG Malteser International via un contrat de subvention. Celui-ci sera signé par l'Ordonnateur national du FED et endossé par la Délégation de l'Union européenne au terme d'une attribution directe, car l'ONG Malteser International se trouve dans une situation de-monopole de fait.

En effet, c'est la seule ONG d'envergure internationale installée depuis plusieurs années dans cette région qui est particulièrement difficile sur le plan sécuritaire. De plus, elle dispose d'une expérience reconnue en matière d'appui au système de santé dans une perspective de développement.

Le projet sera placé sous la supervision du Comité National de Pilotage (CNP) du secteur de la santé qui est l'organe en charge du suivi de la mise en œuvre du PNDS. La Délégation de l'UE est membre du CNP qui se réunit semestriellement. Une Commission ad hoc, issue du CNP, sera mise en place pour assurer un suivi plus régulier du projet et associer les services de l'ON (COFED) à ce suivi. Cette Commission rendra compte au CNP de l'avancement du projet.

Les rapports et notes techniques seront élaborés et transmis par l'ONG Malteser international conformément aux prescriptions qui seront retenues dans le contrat de subvention.

4.2 Procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions

1) Contrats

Tous les contrats mettant en œuvre l'action doivent être attribués et exécutés conformément aux procédures et aux documents standard établis et publiés par la Commission pour la mise en œuvre des opérations extérieures, tels qu'en vigueur au moment du lancement de la procédure en cause.

La participation au marché pour l'action décrite par la présente fiche est ouverte à toutes les personnes physiques et morales visées par le règlement 10^{ème} FED.

2) Règles spécifiques applicables aux subventions

Les critères de sélection et d'attribution essentiels pour l'octroi de subventions sont définis dans le «Guide pratique des procédures contractuelles dans le cadre des actions extérieures de la CE». Ces critères sont établis conformément aux principes stipulés au Titre VII "Subventions" du règlement financier applicable au 10e Fonds européen de développement. Toute dérogation à ces principes doit être dûment justifiée, en particulier lorsque :

- Le financement de l'action est intégral (dérogation au principe du cofinancement) : le taux de cofinancement maximal envisageable pour les subventions est de [indiquer le taux, qui, en principe, ne devrait pas dépasser 80 %, si le financement est intégral il faut fournir une justification]. Un financement intégral ne peut être accordé que dans les cas visés à l'article 253 du règlement de la Commission (CE, Euratom) n°2342/2002 du 23 décembre 2002 établissant les modalités d'exécution du règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes et à l'article 109 du règlement (CE) n° 215/2008 du Conseil du 18 février 2008 portant règlement financier applicable au 10e Fonds européen de développement.
- Dérogation au principe de non-rétroactivité : une subvention peut être octroyée pour une action ayant déjà commencé si le candidat peut démontrer la nécessité de démarrer l'action avant l'attribution de la subvention, conformément à l'article 108 du règlement financier applicable au 10e Fonds européen de développement.

Un seul marché sera conclu pour la mise en œuvre: le contrat de subvention avec l'ONG Malteser International.

Les contrats relatifs au suivi et à l'évaluation externe sont conclus par la Commission pour le compte du bénéficiaire.

Il n'est pas prévu de paiements dans le cadre de devis programmes.

4.3. Budget et calendrier

Le budget du programme est de 5,155 millions d'euros qui seront imputés au PIN dans le cadre de l'Accord révisé de Cotonou.

La ventilation de ce budget se présente comme suit :

| Catégorie | Contribution de l'UE (en Euro) |
|--|--------------------------------|
| Contrat de subvention Malteser International | 4.800.000 |
| Suivi et évaluation externe, etc | 155.000 |
| Imprévus | 200.000 |
| Total | 5.155.000 |

Sur une période de 3 ans (durée du contrat Malteser) ce budget (représente environ 1 euro par an par habitant dans la zone d'intervention qui compte une population estimée à 1.701.778 habitants). Il s'agit d'un budget modeste mais il tient compte du fait que plusieurs zones de santé bénéficient de financements du Fond Mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et l'alliance GAVI, qu'une participation financière du patient de 40% sur le médicament est acceptable, que les équipements ont été fournis dans le cadre du PS9FED, que les réhabilitations se limitent à des travaux de maintenance. Par ailleurs, conformément à la

"stratégie de progressivité" prônée par le PNDS, un ciblage de zones de santé et des aires de santé sera fait en fonction de leur potentiel de développement. Ainsi, le projet permettra véritablement le développement d'un petit nombre de zones de santé tandis qu'il contribuera à assurer le fonctionnement des services essentiels dans toutes les autres zones de santé.

La durée opérationnelle de ce projet est de 48 mois¹ à compter de la signature de la convention de financement.

4.4. Suivi, évaluation et audit

L'audit sera pris en compte dans le contrat de subvention signé avec l'ONG Malteser International mais avec la possibilité d'un audit externe qui sera financé par la ligne "suivi et évaluation externe".

Le suivi et l'évaluation externe seront assurés à travers d'un contrat de service et ceci en collaboration avec la cellule d'appui et de gestion du Ministère de la Santé.

4.5. Communication et visibilité

Le projet se conformera aux modalités inscrites dans le manuel sur la communication et la visibilité des actions externes de l'UE. Les services de l'Ordonnateur National et la Délégation veilleront au respect des bonnes pratiques en la matière. Les actions de visibilité seront mises en œuvre par les bénéficiaires des subventions et des contrats de contribution, un poste "visibilité" sera prévu dans leur budget.

¹ Le durée de mise en œuvre opérationnelle est de 48 mois bien que le contrat de subvention est prévu pour 36 mois. Ceci est justifié par le risque d'un délai entre la signature de la CF et la signature du contrat. Par ailleurs, la nécessité de devoir prolonger le contrat de quelques mois n'est pas à exclure dans un contexte persistant de crise.