



Convention N°BI/FED/22448

CONVENTION DE FINANCEMENT
entre la
COMMISSION EUROPÉENNE
et
LA RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

Projet d'appui à la politique sectorielle de la santé au Burundi
(PAPSBU) – « Amagara Meza »

X^e FED

CONVENTION DE FINANCEMENT

Conditions particulières

L'Union européenne, ci-après dénommée « l'UE », représentée par la Commission européenne, ci-après dénommée « la Commission », en sa qualité de gestionnaire du 10^e Fonds européen de développement, ci-après dénommé « le FED »,

d'une part, et

La République du Burundi, représentée par l'Ordonnateur national, ci-après dénommée « le Bénéficiaire »,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 - NATURE ET OBJET DE L'OPÉRATION

1.1. L'UE contribue au financement du projet suivant :

Titre: Projet d'appui à la politique sectorielle de la santé au Burundi (PAPSBU)
– « Amagara Meza »

Numéro de décision CRIS: BI/FED/22448

ci-après dénommé « le projet », dont la description figure dans les Dispositions Techniques et Administratives.

1.2 Ce projet est mis en œuvre conformément aux dispositions de cette convention de financement et de ses annexes.

ARTICLE 2 – COÛT TOTAL ESTIMÉ ET FINANCEMENT DU FED

2.1 Le coût total du projet est estimé à 25 000 000 EUR,

2.2 L'UE s'engage à financer un montant maximal de 25 000 000 EUR. La répartition par rubrique de la contribution financière du FED figure dans le budget inclus dans les Dispositions techniques et administratives.

ARTICLE 3 - FINANCEMENT DU BÉNÉFICIAIRE

3.1 Le Bénéficiaire s'engage à cofinancer le projet à concurrence de zéro euro. La répartition par rubrique de la contribution financière du Bénéficiaire figure dans le budget inclus dans les Dispositions techniques et administratives.

3.2 Dans le cas où il y a une contribution non financière du Bénéficiaire, la convention de financement en détermine les modalités dans les Dispositions techniques et administratives.

ARTICLE 4 – MISE EN ŒUVRE

Pour la réalisation de la mise en œuvre du projet, la Commission confie au Bénéficiaire les tâches d'exécution financière, telles que décrites dans les Dispositions techniques et administratives.

ARTICLE 5 - PÉRIODE D'EXÉCUTION

5.1 La période d'exécution de la convention de financement, telle que définie à l'article 4 des Conditions générales, commence à l'entrée en vigueur de la convention de financement et s'achève 72 mois après cette date.

5.2 La durée de la phase de mise en œuvre opérationnelle est fixée à 48 mois.

5.3 La durée de la phase de clôture est fixée à 24 mois.

ARTICLE 6 - PAYEUR DÉLÉGUÉ

Pour l'exécution des paiements résultant de la présente convention de financement, les fonctions de Payeur délégué sont exercées par l'établissement financier tel que choisi par la Commission.

ARTICLE 7 – PUBLICATION D'INFORMATIONS

Les informations, telles que mentionnées à l'article 11 des Conditions générales, sont publiées annuellement par le Bénéficiaire sur son site internet.

ARTICLE 8 - ADRESSES

Toute communication relative à la mise en œuvre de la convention de financement doit revêtir la forme écrite, faire une référence explicite au projet et être envoyée aux adresses suivantes :

a) pour la Commission

le Chef de la Délégation de l'Union européenne
Bujumbura
Burundi

b) pour le Bénéficiaire

le Ministre des finances
Ordonnateur national
Bujumbura
Burundi

ARTICLE 9 - ANNEXES

9.1 Sont annexés à la présente convention de financement et en forment partie intégrante les documents suivants:

Annexe I : Conditions générales

Annexe II : Dispositions techniques et administratives

9.2 En cas de conflit entre les dispositions des annexes et celles des Conditions particulières de la convention de financement, ces dernières prévalent. En cas de conflit entre les dispositions de l'annexe I et celles de l'annexe II, les premières prévalent.

ARTICLE 10 – ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA CONVENTION DE FINANCEMENT

La convention de financement entre en vigueur à compter de la date de la dernière signature des parties.

Fait en deux exemplaires ayant valeur d'original, un exemplaire étant remis à la Commission et l'autre au Bénéficiaire.

Fait à Bruxelles

POUR LA COMMISSION



Francesca MOSCA,
Ordonnateur subdélégué du FED

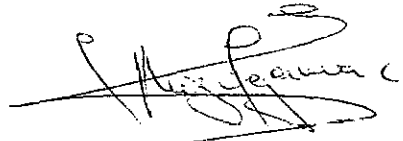
Date

19 JUL. 2011



Fait à Bujumbura

POUR LE BÉNÉFICIAIRE



La Ministre des Finances
Ordonnateur National du FED

Date

9 Août 2011

Clotilde NIZIGAMA



ANNEXE I - CONDITIONS GENERALES

TITRE I - FINANCEMENT DU PROJET/PROGRAMME

ARTICLE 1 – PRINCIPE GENERAL

1.1 La contribution financière du FED est limitée au montant fixé dans la convention de financement.

1.2 La mise à disposition des fonds au titre du financement du FED est conditionnée par le respect des obligations qui incombent au Bénéficiaire au titre de la présente convention de financement.

1.3 Les dépenses encourues par le Bénéficiaire avant l'entrée en vigueur de la convention de financement ne sont pas éligibles au financement du FED.

ARTICLE 2 - DEPASSEMENT DU FINANCEMENT ET COUVERTURE DE CE DEPASSEMENT

2.1 Les dépassements individuels des rubriques du budget de la convention de financement sont réglés dans le cadre de réallocations de fonds à l'intérieur de ce budget, conformément à l'article 22 des présentes Conditions Générales.

2.2 Dès que se manifeste un risque de dépassement global du financement disponible au titre de la convention de financement, le Bénéficiaire en informe la Commission et lui demande son accord préalable sur les mesures qu'il compte prendre pour couvrir ce dépassement, soit en réduisant l'ampleur du projet/programme, soit en faisant appel à ses ressources propres ou à d'autres ressources.

2.3 S'il n'est pas possible de réduire l'ampleur du projet/programme ou de couvrir le dépassement par les ressources propres du Bénéficiaire ou d'autres ressources, la Commission peut, sur demande motivée du Bénéficiaire, prendre une décision de financement supplémentaire du FED. Si la Commission prend une telle décision, les dépenses correspondant au dépassement sont financées, sans préjudice des règles et procédures de l'UE applicables, par la mise à disposition des moyens financiers supplémentaires décidés par la Commission.

TITRE II - MISE EN ŒUVRE

ARTICLE 3 - PRINCIPE GENERAL

La mise en œuvre du projet/programme est réalisée sous la responsabilité du Bénéficiaire avec l'accord de la Commission.

ARTICLE 4 - PERIODE D'EXECUTION

4.1 La période d'exécution de la convention de financement comprend deux phases distinctes :

- une phase de mise en œuvre opérationnelle des activités principales. Cette phase commence à l'entrée en vigueur de la convention de financement et s'achève au commencement de la phase de clôture ;
- une phase de clôture au cours de laquelle sont effectués les audits et évaluation finaux, ainsi que la clôture technique et financière des contrats et devis-programmes de mise en œuvre de la convention de financement. Cette phase s'achève au plus tard 24 mois après la fin de la phase de mise en œuvre opérationnelle.

4.2 Les dépenses liées aux activités principales ne sont éligibles au financement du FED que si elles sont encourues durant la phase de mise en œuvre opérationnelle. Les dépenses liées aux audits et évaluation finaux, ainsi qu'aux activités de clôture sont éligibles jusqu'à la fin de la phase de clôture.

4.3 Tout solde restant disponible au titre de la contribution du FED sera automatiquement annulé six mois après la fin de la période d'exécution.

4.4 Dans des cas exceptionnels et dûment justifiés, une extension de la phase de mise en œuvre opérationnelle et corrélativement de la période d'exécution peut être demandée. Lorsque la demande émane du Bénéficiaire, l'extension doit être demandée au moins trois mois avant la fin de la phase de mise en œuvre opérationnelle et doit être acceptée par la Commission avant cette dernière date.

4.5 Dans des cas exceptionnels et dûment justifiés, et après la fin de la phase de mise en œuvre opérationnelle, une extension de la phase de clôture et corrélativement de la période d'exécution peut être demandée. Lorsque la demande émane du Bénéficiaire, l'extension doit être demandée au moins trois mois avant la fin de la phase de clôture et doit être acceptée par la Commission avant cette dernière date.

TITRE III – EXECUTION DES PAIEMENTS AUX TIERS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 5 – DELAI A RESPECTER POUR LES PAIEMENTS A EXECUTER AUX TIERS PAR LA COMMISSION

5.1 Lorsque la Commission procède à l'exécution des paiements relatifs aux contrats qui mettent en œuvre la convention de financement et attribués par le Bénéficiaire, le Bénéficiaire s'engage à lui faire parvenir les demandes de paiement du contractant dans un délai maximum de 45 jours calendrier, pour les marchés, et de 22 jours calendrier, pour les subventions, à compter de la date d'enregistrement d'une demande de paiement recevable par le Bénéficiaire. Le Bénéficiaire doit communiquer à la Commission la date d'enregistrement de cette demande. Une demande de paiement n'est pas recevable lorsqu'un élément essentiel au moins fait défaut. Le délai de paiement peut être suspendu par la Commission si elle informe le Bénéficiaire, à tout moment au cours du délai de paiement, que la demande de

paiement ne peut être honorée, soit parce que le montant n'est pas dû, soit parce que les documents justificatifs adéquats n'ont pas été produits. Si une information est portée à la connaissance de la Commission, qui permet de douter de l'éligibilité des dépenses figurant dans une demande de paiement, la Commission peut suspendre le délai de paiement aux fins de vérification supplémentaire, y compris par un contrôle sur place pour s'assurer, préalablement au paiement, du caractère éligible des dépenses. La Commission en informe sans délai le Bénéficiaire.

5.2 Le délai de transmission, tel que prévu au paragraphe 1, s'applique également quand le paiement est conditionné par l'approbation d'un rapport. Dans ce cas, la demande de paiement peut être considérée comme recevable mais le délai de paiement ne commence à courir que lorsque l'approbation du rapport par le Bénéficiaire est intervenue, soit explicitement parce que le contractant en a été informé, soit implicitement parce que le délai d'approbation contractuel est venu à terme sans qu'il ait été suspendu par un document formel adressé au contractant. Le Bénéficiaire doit communiquer à la Commission la date d'approbation du rapport.

5.3 En cas de retard dans cette transmission imputable au Bénéficiaire, la Commission ne saurait être tenue à verser au contractant des intérêts de retard tels que prévus dans les contrats, qui seront à la charge du Bénéficiaire.

TITRE IV – EXECUTION DES PAIEMENTS AUX TIERS PAR LE BENEFCIAIRE PAR L'INTERMEDIAIRE DE DEVIS-PROGRAMMES ET MISE A DISPOSITION DE FONDS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 6 – PRINCIPE GENERAL

6.1 Lorsque le Bénéficiaire procède à l'exécution des paiements aux tiers, des devis-programmes doivent préalablement être établis et adoptés.

6.2 Le devis-programme est un document fixant le programme d'actions à exécuter et les moyens matériels et en ressources humaines nécessaires, le budget correspondant ainsi que les modalités techniques et administratives de mise en œuvre pour l'exécution décentralisée d'un projet ou programme pendant une période de temps déterminée par voie d'une régie et/ou par la passation de marchés publics et/ou l'octroi de subventions.

6.3 Tous les devis-programmes qui mettent en œuvre la convention de financement doivent respecter les procédures et documents standard définis par la Commission, tels qu'en vigueur au moment de l'approbation des devis-programmes concernés.

ARTICLE 7 - MISE A DISPOSITION DE FONDS

7.1 Il est procédé aux transferts des fonds par la Commission dans un délai maximum de 45 jours calendrier à compter de la date d'enregistrement d'une demande de paiement émanant du Bénéficiaire recevable par la Commission. Une demande de paiement n'est pas recevable lorsqu'un élément essentiel au moins fait

défaut. Le délai de paiement peut être suspendu par la Commission si elle informe le Bénéficiaire, à tout moment au cours du délai mentionné ci-dessus, que la demande de paiement ne peut être honorée, soit parce que le montant n'est pas dû, soit parce que les documents justificatifs adéquats n'ont pas été produits. Si une information est portée à la connaissance de la Commission, qui permet de douter de l'éligibilité des dépenses figurant dans une demande de paiement, la Commission peut suspendre le délai de paiement aux fins de vérification supplémentaire, y compris par un contrôle sur place pour s'assurer, préalablement au paiement, du caractère éligible des dépenses. La Commission en informe sans délai le Bénéficiaire.

7.2 Ces versements sont effectués par la Commission sur un compte bancaire ouvert auprès d'une institution financière acceptée par la Commission.

7.3 Le Bénéficiaire garantit que les fonds versés par la Commission à titre de préfinancements peuvent être identifiés au sein de ce compte bancaire.

7.4 Les transferts effectués en euros sont convertis, si nécessaire, dans la monnaie nationale du Bénéficiaire au fur et à mesure de l'exigibilité des paiements à effectuer, selon le taux bancaire en vigueur le jour du paiement par le Bénéficiaire.

7.5 Les fonds versés par la Commission sur ce compte bancaire doivent porter intérêts ou bénéficier d'avantages équivalents. Le Bénéficiaire notifiera à la Commission les intérêts ou avantages équivalents générés par ces fonds au moins une fois par an.

7.6 Les intérêts ou avantages équivalents générés par les fonds versés supérieurs à deux cent cinquante mille euros doivent être remboursés à la Commission dans un délai de 45 jours à compter de la réception de la demande de la Commission.

7.7 Pour tout devis-programme qui n'a donné lieu à aucun transfert de fonds dans les trois ans suivant sa signature, le montant engagé correspondant sera annulé.

TITRE V - PASSATION DES MARCHES ET OCTROI DE SUBVENTIONS

ARTICLE 8 – PRINCIPES GENERALES

8.1 Tous les contrats qui mettent en œuvre la convention de financement doivent être attribués et mis en œuvre selon les procédures et documents standard définis et publiés par la Commission pour la mise en œuvre des actions extérieures, tels qu'en vigueur au moment du lancement de la procédure concernée.

8.2 Dans le cas des contrats en gestion décentralisée, le bénéficiaire informera la Commission européenne lorsqu'un contractant s'est rendu coupable de déclaration mensongère ou a commis des fautes substantielles, des irrégularités, des fraudes ou en cas de manquement grave à ses obligations contractuelles.

Dans de tels cas, sans préjudice du droit de la Commission européenne d'infliger des sanctions administratives ou financières en vertu tant du Règlement Financier

applicable au budget général de l'Union européenne que des dispositions applicables au Fonds Européen de Développement (FED), les sanctions financières imposées aux contractants mentionnées dans la disposition relative aux "pénalités administratives et financières" des conditions générales applicables aux contrats décentralisés peuvent être infligées par le bénéficiaire conformément à ses propres règles et procédures, après avoir suivi une procédure contradictoire et en ayant assuré au contractant le respect de ses droit à la défense. **ARTICLE 9 - DATE LIMITE DE SIGNATURE DES CONTRATS ET DEVIS-PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE DE LA CONVENTION DE FINANCEMENT**

9.1 Les contrats et devis-programmes qui mettent en œuvre la convention de financement doivent être signés par les deux parties dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la convention de financement. Cette date limite ne peut être reportée.

9.2 La disposition susmentionnée ne s'applique pas aux contrats d'audit et d'évaluation, qui peuvent être signés plus tard, ainsi qu'aux avenants aux contrats déjà signés.

9.3 A l'issue des trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la convention de financement, les montants non contractés seront annulés.

9.4 La disposition susmentionnée ne s'applique pas au solde des imprévus.

9.5 Tout contrat ou devis-programme qui n'a donné lieu à aucun paiement dans les trois ans suivant sa signature sera automatiquement résilié et les fonds concernés annulés.

ARTICLE 10 - ELIGIBILITE

10.1 *(Applicable aux ACP)* La participation aux appels d'offres pour des marchés de travaux, fournitures ou services et aux appels à propositions est ouverte à égalité de conditions à toutes les personnes physiques et morales des Etats membres de l'UE et des Etats d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP), et dans les conditions et les cas spécifiques prévus à l'annexe IV à l'accord de partenariat ACP-CE aux personnes physiques et morales d'autres pays tiers.

(Applicable aux PTOM) La participation aux appels d'offres pour des marchés de travaux, fournitures ou services et aux appels à propositions est ouverte à égalité de conditions à toutes les personnes physiques et morales des Etats membres de l'UE, des Etats ACP et des pays et territoires d'outre-mer (PTOM).

10.2 Les biens et fournitures financés par le FED et nécessaires à l'exécution des marchés de travaux, de fournitures et de services ainsi que des marchés lancés par les bénéficiaires de subventions pour la mise en œuvre de l'action subventionnée doivent être originaires des Etats admis à participer dans les conditions prévues au paragraphe précédent, *(applicable aux ACP)* sauf dans les cas spécifiques prévus à l'annexe IV à l'accord de partenariat ACP-CE. Dans ce contexte, la définition de la notion de "produits originaires" est évaluée par rapport aux accords internationaux en la matière et il y a lieu de considérer également comme produits originaires de l'UE les produits originaires des PTOM.

ARTICLE 11 - PUBLICATION D'INFORMATIONS

11.1 Le Bénéficiaire s'engage à publier annuellement sur son site Internet, en un endroit spécifique et aisément accessible, le titre de chaque contrat financé par la présente convention de financement le nom et la nationalité du bénéficiaire de la subvention ou de l'attributaire du marché ainsi que le montant de la subvention ou du marché correspondant.

11.2 Si cette publication sur Internet est impossible, les informations devront être publiées par tout autre moyen approprié, dont le Journal officiel du Bénéficiaire. La publication devra avoir lieu au cours du premier semestre suivant la clôture de l'exercice au titre duquel les marchés et subventions ont été attribués par le Bénéficiaire. Le Bénéficiaire communiquera à la Commission l'adresse de publication et la référence à cette adresse sera faite à l'endroit spécifique du site Internet de la Commission. Si les informations sont publiées par un autre moyen, le Bénéficiaire fournira à la Commission tous les renseignements sur le moyen utilisé.

TITRE VI - REGIME APPLICABLE A L'EXECUTION DES CONTRATS

ARTICLE 12 – ETABLISSEMENT ET DROIT D'INSTALLATION

12.1 Les personnes physiques et morales qui participent aux appels d'offres pour les marchés de travaux, fournitures ou services bénéficient d'un droit provisoire de séjour et d'installation dans le(s) territoire(s) du Bénéficiaire, si la nature du marché le justifie. Ce droit est maintenu jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois après l'attribution du contrat.

12.2 Les contractants (y compris les bénéficiaires de subventions) ainsi que les personnes physiques dont les services sont nécessaires pour l'exécution du contrat et les membres de leur famille bénéficient de droits analogues pendant la période de mise en œuvre du projet/programme.

ARTICLE 13 - DISPOSITIONS FISCALES ET DOUANIERES

13.1 Le Bénéficiaire applique aux marchés et aux subventions financés par le FED le régime fiscal et douanier le plus favorisé appliqué à l'Etat ou aux organisations internationales en matière de développement avec laquelle le Bénéficiaire a des relations. Pour la détermination du régime applicable à l'Etat le plus favorisé, il n'est pas tenu compte des régimes appliqués par le Bénéficiaire aux autres Etats ACP ou aux autres pays en développement.

13.2 Lorsque une convention cadre est applicable et prévoit des dispositions plus détaillées en la matière, celles-ci s'appliquent également.

ARTICLE 14 - REGIME DES CHANGES

14.1 Le Bénéficiaire s'engage à autoriser l'importation ou l'acquisition de devises nécessaires à la mise en œuvre du projet. Il s'engage également à appliquer la réglementation nationale applicable en matière de changes sans discrimination entre les contractants admis à participer en vertu de l'article 10 des présentes Conditions Générales.

14.2 Lorsque une convention cadre est applicable et prévoit des dispositions plus détaillées en la matière, celles-ci s'appliquent également.

ARTICLE 15 – UTILISATION DES DONNEES DES ETUDES

Dans le cas où la convention de financement prévoit le financement d'une étude, le contrat relatif à cette étude, conclu dans le cadre de la mise en œuvre de la convention de financement, règle la propriété de l'étude ainsi que le droit pour le Bénéficiaire et la Commission d'utiliser les informations contenues dans cette étude, de les publier ou de les communiquer à des tiers.

ARTICLE 16 – AFFECTATION DES CREANCES PERÇUES AU TITRE DES CONTRATS

Sont affectées au projet/programme les sommes encaissées en vertu des créances naissant des paiements indûment effectués, des garanties financières fournies au titre des procédures de passation des marchés et d'octroi des subventions, des garanties financières fournies au titre des contrats financés par la présente convention de financement, ainsi que des sanctions financières imposées par le Bénéficiaire à un candidat, soumissionnaire, contractant ou bénéficiaire de subvention. Sont également affectés au projet/programme les dommages et intérêts accordés au Bénéficiaire.

ARTICLE 17 – RECLAMATIONS FINANCIERES AU TITRE DES CONTRATS

Le Bénéficiaire s'engage à se concerter avec la Commission avant de prendre position sur une demande d'indemnité formulée par le titulaire d'un marché et qu'il estimerait totalement ou partiellement fondée. Les conséquences financières ne pourront être prises en charge par le FED que si elles ont fait l'objet d'un accord préalable de la Commission. Un tel accord préalable est également nécessaire pour une éventuelle prise en charge, au titre de la présente convention de financement, pour des coûts résultant de litige portant sur des contrats.

TITRE VII - DISPOSITIONS GENERALES ET FINALES

ARTICLE 18 – VISIBILITE

18.1 Tout projet/programme financé par le FED fera l'objet d'actions de communication et d'information adéquates. Ces actions sont définies sous la responsabilité du Bénéficiaire avec l'accord de la Commission.

18.2 Ces actions de communication et d'information doivent suivre les règles applicables en matière de visibilité pour les actions extérieures telle que définies et publiées par la Commission et en vigueur au moment où ces actions sont menées.

18.3 A fin de respecter les conventions internationales relatives à la transparence en matière d'aide et de mettre en œuvre le Programme d'Action d'Accra de 2008, cette convention de financement ainsi que ses annexes pourront être publiées.

ARTICLE 19 – PREVENTION DES IRREGULARITES, DE LA FRAUDE ET DE LA CORRUPTION

19.1 Le Bénéficiaire s'engage à vérifier régulièrement que les actions financées par les fonds du FED ont été exécutées correctement. Il prend les mesures propres à prévenir les irrégularités et les fraudes et engage les poursuites le cas échéant afin de récupérer les fonds indûment versés.

19.2 Est constitutive d'une irrégularité toute violation de la convention de financement, des contrats et devis-programmes de mise en œuvre ou d'une disposition du droit de l'UE résultant d'un acte ou d'une omission d'un opérateur économique, qui a ou aurait pour effet de porter préjudice au FED ou au budget général de l'UE, soit par la diminution ou la suppression de recettes provenant des ressources propres perçues directement pour le compte de l'UE, soit par une dépense indue.

Est constitutif de fraude tout acte ou omission intentionnel relatif à :

- l'utilisation ou la présentation de déclarations ou de documents faux, inexacts ou incomplets, ayant pour effet la perception ou la rétention indue de fonds provenant du FED ou du budget général de l'UE,
- la non-communication d'une information en violation d'une obligation spécifique, ayant le même effet,
- le détournement de tels fonds à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été initialement octroyés.

19.3 Le Bénéficiaire informe sans délai la Commission de tout élément porté à sa connaissance laissant présumer l'existence d'irrégularités ou de fraudes ainsi que les mesures qu'il a prises.

19.4 Le Bénéficiaire informe sans délai la Commission le nom des opérateurs économiques qui ont fait l'objet d'un jugement ayant autorité de chose jugée pour fraude, corruption, participation à une organisation criminelle ou toute autre activité illégale portant atteinte aux intérêts financiers de l'UE.

19.5 Le Bénéficiaire s'engage à prendre toute mesure appropriée pour remédier à d'éventuelles pratiques de corruption active ou passive de quelque nature qu'elles soient à toute étape de la procédure de passation de marché ou d'octroi de subventions

ou à l'exécution des contrats correspondants. Est constitutif de corruption passive le fait intentionnel, pour un fonctionnaire, directement ou par interposition de tiers, de solliciter ou de recevoir des avantages, de quelque nature que ce soit, pour lui-même ou pour un tiers, ou d'en accepter la promesse, pour accomplir ou ne pas accomplir, de façon contraire à ses devoirs officiels, un acte de sa fonction ou un acte dans l'exercice de sa fonction, qui porte atteinte ou est susceptible de porter atteinte aux intérêts financiers de l'UE. Est constitutif de corruption active le fait intentionnel, pour quiconque, de promettre ou de donner, directement ou par interposition de tiers, un avantage de quelque nature que ce soit, à un fonctionnaire, pour lui-même ou pour un tiers, pour qu'il accomplisse ou s'abstienne d'accomplir, de façon contraire à ses devoirs officiels, un acte de sa fonction ou un acte dans l'exercice de sa fonction qui porte atteinte ou est susceptible de porter atteinte aux intérêts financiers de l'UE.

ARTICLE 20 - VERIFICATIONS ET CONTROLES PAR LA COMMISSION, L'OFFICE EUROPEEN DE LUTTE ANTI-FRAUDE (OLAF) ET LA COUR DES COMPTES EUROPEENNE

20.1 Le Bénéficiaire accepte que la Commission, l'OLAF et la Cour des comptes européenne puissent contrôler sur pièce et sur place l'utilisation des fonds du FED au titre de la convention de financement (y compris les procédures de passation des marchés et d'octroi de subventions) et conduire un audit complet, si nécessaire, sur la base des pièces justificatives des comptes et documents comptables et de tout autre document relatif au financement du projet/programme, et ce jusqu'à la fin d'une période de sept ans à compter du dernier paiement.

20.2 En outre, le Bénéficiaire accepte que l'OLAF puisse effectuer des contrôles et vérifications sur place selon les procédures prévues par la législation de l'UE pour la protection des intérêts financiers de l'UE contre les fraudes et autres irrégularités.

20.3 A ces fins, le Bénéficiaire s'engage à fournir au personnel de la Commission, de l'OLAF et de la Cour des comptes européenne ainsi qu'aux personnes mandatées par elles un droit d'accès aux sites et aux locaux où les actions financées dans le cadre de la convention de financement sont réalisées y compris leurs systèmes informatiques, ainsi qu'à tous les documents et données informatisées concernant la gestion technique et financière de ces actions, et à prendre toutes mesures propres à faciliter leur travail. L'accès des personnes mandatées par la Commission, l'OLAF et la Cour des comptes européenne s'effectue dans des conditions de stricte confidentialité vis-à-vis des tiers, sans préjudice des obligations de droit public auxquelles elles sont soumises. Les documents doivent être accessibles et classés de façon à permettre un contrôle aisé, le Bénéficiaire étant tenu d'informer la Commission, l'OLAF ou la Cour des comptes européenne du lieu précis où ils sont tenus.

20.4 Les contrôles et audits décrits ci-dessus s'étendent aux contractants et sous-contractants ayant bénéficié de fonds du FED.

20.5 Le Bénéficiaire est tenu informé de l'envoi sur place des agents désignés par la Commission, l'OLAF ou la Cour des comptes européenne.

ARTICLE 21 – CONSULTATION ENTRE LA COMMISSION ET LE BENEFCIAIRE

21.1 Tout différend relatif à la mise en œuvre ou à l'interprétation de la convention de financement fait l'objet d'une consultation entre le Bénéficiaire et la Commission, en accord, le cas échéant, avec les dispositions pertinentes de l'accord de partenariat ACP-CE.

21.2 Lorsque la Commission a connaissance de problèmes dans le déroulement de procédures relatives à la gestion des ressources du FED, elle prend avec le Bénéficiaire tous contacts utiles en vue de remédier à la situation, et adopte, le cas échéant, toutes mesures nécessaires, y compris, lorsque le Bénéficiaire n'assure pas ou n'est pas en mesure d'assurer les tâches qui lui sont confiées, la substitution temporaire par la Commission.

21.3 La consultation pourra être suivie le cas échéant par une modification, une suspension ou une résiliation de la convention de financement.

ARTICLE 22 - MODIFICATION DE LA CONVENTION DE FINANCEMENT

22.1 Toute modification des Conditions Particulières, de l'annexe II et de l'annexe III de la convention de financement doit être établie par écrit et faire l'objet d'un avenant.

22.2 Lorsque la demande de modification émane du Bénéficiaire, celui-ci doit l'adresser à la Commission au moins trois mois avant la date à laquelle la modification devrait prendre effet, sauf dans des cas dûment justifiés par le Bénéficiaire et acceptés par la Commission.

22.3 Pour les aménagements de détail des activités n'affectant pas les objectifs et résultats du projet/programme et les modifications techniques n'affectant pas les solutions techniques retenues, et dans la limite des imprévus, le Bénéficiaire informe par écrit la Commission de la modification et de sa justification dans les meilleurs délais et applique cette modification.

22.4 L'utilisation des imprévus est soumise à l'accord écrit préalable de la Commission.

22.5 Pour le cas particulier d'une extension de la phase de mise en œuvre opérationnelle ou de la phase de clôture de la convention de financement, il est renvoyé à l'article 4 paragraphes 4 et 5 des présentes Conditions Générales.

22.6 Si les critères de décentralisation mentionnés, le cas échéant, dans les Conditions Particulières cessent d'être respectés par le Bénéficiaire et sans préjudice d'une application éventuelle des articles 23 et 24 des présentes Conditions Générales, la Commission peut décider de reprendre les tâches d'exécution financière confiées au Bénéficiaire afin de poursuivre la mise en œuvre du projet/programme au nom et pour le compte du Bénéficiaire après notification écrite à celui-ci.

ARTICLE 23 – SUSPENSION DE LA CONVENTION DE FINANCEMENT

23.1 Les cas de suspension de la convention de financement sont les suivants :

- La Commission peut suspendre l'exécution de la convention de financement en cas de manquement par le Bénéficiaire à l'une des obligations qui lui incombent au titre de la convention de financement, et notamment si les critères de

décentralisation mentionnés, le cas échéant, dans les Conditions Particulières cessent d'être appliqués par le Bénéficiaire.

- La Commission peut suspendre la convention de financement en cas de manquement par le Bénéficiaire à une obligation découlant du respect des droits de l'homme, des principes démocratiques et de l'Etat de droit, ainsi que dans des cas graves de corruption.
- La convention de financement peut être suspendue en cas de force majeure, telle que définie ci-dessous. On entend par force majeure toute situation ou événement imprévisible et exceptionnel, indépendant de la volonté des parties et non imputable à une faute ou une négligence de l'une d'elles (ou d'un de ses contractants, mandataires ou employés), qui empêche l'une des parties d'exécuter l'une de ses obligations contractuelles et qui n'a pu être surmonté en dépit de toute la diligence déployée. Les défauts ou délais de mise à disposition d'équipement ou de matériel, conflits du travail, grèves ou difficultés financières ne peuvent être invoqués comme cas de force majeure. Une partie n'est pas considérée comme ayant manqué à ses obligations contractuelles si elle est empêchée par un cas de force majeure dont l'autre partie est dûment informée. La partie confrontée à un cas de force majeure en avertit sans délai l'autre partie, en précisant la nature, la durée probable et les effets prévisibles, et prend toute mesure pour minimiser les éventuels dommages.

23.2 La décision de suspension est sans préavis.

23.3 A titre conservatoire, les paiements tels que mentionnés à l'article 7 paragraphe 1 des présentes Conditions Générales sont suspendus.

23.4 Lors de la notification de la suspension, les conséquences sur les contrats et devis-programmes en cours ou à conclure seront indiquées.

23.5 Une suspension de la convention de financement est sans préjudice de la suspension des paiements par la Commission afin d'assurer la bonne gestion financière ou de protéger les intérêts financiers de l'UE.

ARTICLE 24 – RESILIATION DE LA CONVENTION DE FINANCEMENT

24.1. Lorsque les situations ayant conduit à la suspension de la convention de financement ne sont pas réglées dans un délai maximum de quatre mois, la convention de financement peut être résiliée par l'une des parties, moyennant un préavis de deux mois.

24.2. Lorsque la convention de financement n'a donné lieu à aucun paiement dans les trois ans suivant sa signature ou qu'aucun contrat ou devis-programme de mise en œuvre de la convention de financement n'a été signé dans ces trois ans, la convention de financement est résiliée.

24.3 Lors de la notification de la résiliation, les conséquences sur les contrats et devis-programmes en cours ou à conclure seront indiquées.

ARTICLE 25 – REGLEMENT DES DIFFERENDS

25.1 (*Applicable aux ACP*) Tout différend concernant la convention de financement, qui n'a pas pu être réglé dans le cadre des consultations entre la Commission et le Bénéficiaire prévues à l'article 21 des présentes Conditions Générales dans un délai de six mois, est soumis au Conseil des ministres ACP-CE. Entre les sessions du Conseil des ministres ACP-CE, de tels différends sont soumis au Comité des ambassadeurs ACP-CE. Si le Conseil des ministres ACP-CE ou, le cas échéant, le Comité des ambassadeurs ACP-CE, ne parvient pas à régler le différend, l'une des parties peut demander que le différend soit réglé par voie d'arbitrage.

(*Applicable aux PTOM*) Tout différend concernant la convention de financement, qui n'a pas pu être réglé dans le cadre des consultations entre la Commission et le Bénéficiaire prévues à l'article 21 des présentes Conditions Générales dans un délai de six mois, pourra à la demande d'une des parties être réglé par voie d'arbitrage.

25.2 Dans ce cas, les parties désignent un arbitre dans un délai de trente jours à partir de la demande d'arbitrage. A défaut chaque partie peut demander au Secrétaire général de la Cour permanente d'arbitrage (La Haye) de désigner le deuxième arbitre. Les deux arbitres nomment à leur tour un troisième arbitre dans un délai de trente jours. A défaut chaque partie peut demander au Secrétaire général de la Cour permanente d'arbitrage de désigner le troisième arbitre.

25.3 Si les arbitres n'en décident pas autrement, la procédure prévue par le règlement facultatif d'arbitrage pour les organisations internationales et les Etats de la Cour permanente d'arbitrage est appliquée. Les décisions des arbitres sont prises à la majorité dans un délai de trois mois.

25.4 Chaque partie est tenue de prendre les mesures nécessaires pour assurer l'application de la décision des arbitres.

ANNEXE II

**DISPOSITIONS TECHNIQUES ET ADMINISTRATIVES
D'EXÉCUTION
(D T A)**

LA RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

Titre: Projet d'appui à la politique sectorielle de la santé au Burundi (PAPSBU) –
« Amagara Meza »

Numéro de décision CRIS: BI/FED/22448

DISPOSITIONS TECHNIQUES ET ADMINISTRATIVES

PAYS BENEFICIAIRE	République du Burundi		
AUTORITE REQUERANTE	Ordonnateur national au Burundi		
LIGNE BUDGETAIRE	10 ^e FED - Enveloppe A.		
INTITULE	Projet d'appui à la politique sectorielle de la santé au Burundi (PAPSBU) – "AMAGARA MEZA" ¹ BI/FED/22448		
COÛT TOTAL	25 000 000 EUR		
METHODE D'ASSISTANCE/ MODE DE GESTION	Approche par projet Gestion partiellement décentralisée		
CODE CAD	12110 & 12220	SECTEUR	Santé

TABLE DES MATIÈRES

1. DESCRIPTION

- 1.1 Objectifs
- 1.2 Résultats escomptés
- 1.3 Activités et calendrier d'exécution

2. LIEU ET DURÉE

- 2.1 Lieu
- 2.2 Durée

3. MISE EN ŒUVRE

- 3.1 Degré de décentralisation
- 3.2 Exceptions à la conclusion de marchés par le bénéficiaire
- 3.3 Structure organisationnelle et responsabilités
 - 3.3.1. Mise en œuvre directe
 - 3.3.2. Rapports
- 3.4 Budget

4. SUIVI, ÉVALUATION ET AUDIT

- 4.1 Suivi
- 4.2 Évaluation
- 4.3 Audit

5. COMMUNICATION ET VISIBILITÉ

6. APPENDICES

¹ « Amagara meza » signifie « une bonne santé » en kirundi.

1. DESCRIPTION

Contexte sectoriel

Le profil sanitaire du Burundi n'est pas satisfaisant. Malgré quelques modestes améliorations, les indicateurs de santé du Burundi présentent un tableau alarmant et sont nettement inférieurs à ceux du reste de l'Afrique subsaharienne (cf. tableau 1). Au vu de la lenteur des progrès accomplis, il est peu probable que le Burundi atteigne les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et, dans une moindre mesure, le VIH/SIDA (3% de séoprévalence pour la population âgée de plus de 18 mois). En 2008, le taux de fécondité était de 6,8 enfants par femme, le taux de mortalité infanto-juvénile était de 180 pour 1000 naissances vivantes, et la mortalité maternelle de 1000 décès par 100 000 naissances vivantes. L'analyse des Comptes nationaux de la santé permet d'estimer les dépenses totales de santé à 17 USD par habitant et par an, contre un minimum de 34 USD préconisés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les dépenses de santé publique sont en augmentation, la part allouée à la santé dans le budget d'État étant passée de 4,6% en 2006 à 8,8% en 2010, mais elles restent encore faibles. Le personnel de santé est insuffisant, insuffisamment qualifié et peu motivé. Ce personnel de santé est réparti de façon très inégale à travers le pays: environ 80% des médecins et 50% des infirmiers sont concentrés dans la municipalité de Bujumbura. Le niveau des salaires du personnel du secteur public est faible – sensiblement inférieur à celui des pays voisins – et la valeur réelle de cette rémunération a diminué au cours de ces dernières années. Une revalorisation des salaires a toutefois eu lieu en 2010 à la suite d'importants mouvements sociaux parmi le personnel soignant. Les enquêtes et les données administratives indiquent une faible utilisation des structures de santé malgré un accès géographique aux formations sanitaires bon par rapport aux standards de l'Afrique subsaharienne.

Tableau 1: Comparaison des statistiques de santé du Burundi et d'autres pays d'Afrique subsaharienne

	Burundi	RDC	Rwanda	Éthiopie	Liberia	Sierra Leone	ASS
Indice synthétique de fécondité (2007) ²	6,81	6,71	5,25	5,47	6,78	6,48	5,00
Espérance de vie à la naissance (années)	45,3	44,5	44	48,4	42,5	41,8	47
Arrêt prématuré de croissance modéré et sévère (% 0-59 mois)	52,5	45,3	43,1	46,5	39,4	40,1	38,0
Taux de mortalité maternelle (/ 100 000 naissances vivantes)	1100	1100	1400	720	1200	2100	920
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	109	129	98	77	157	159	95
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000)	181	205	160	123	235	270	160
Prévalence du sida chez les adultes (% population)	3,6	3,2	3,0	1,4	..	1,5	5,0
PIB par habitant (USD)	105	88	250	113	130	156	537

Source: UNICEF child info website: www.childinfo.org. Note: les données sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans émanent du FNUAP: État de la population mondiale, 2007. Les données sur la prévalence du sida proviennent de l'ONUSIDA 2007. Les données sur le PIB par habitant sont tirées des Données de la Banque mondiale sur le développement (2008).

Le gouvernement a élaboré une stratégie prudente en matière de santé. Le plan national de développement du secteur de la santé 2006-2010 (PNDS)³ du gouvernement vise: i) à réduire la

² L'Indice synthétique de fécondité se réfère au nombre d'enfants qu'aurait hypothétiquement une femme au cours de sa vie reproductive si elle connaissait les taux de fécondité par âge observés au cours d'une année civile donnée. L'indice synthétique de fécondité des femmes est exprimé en chiffres.

mortalité maternelle et néonatale; ii) à réduire la mortalité des enfants et des jeunes; iii) à réduire la mortalité liée à des maladies transmissibles; et iv) à renforcer le système de santé. Pour atteindre les objectifs 1 et 2, le gouvernement a introduit, en 2006, une politique de gratuité des prestations des soins de santé maternelle et infantile (jusqu'à 5 ans) pour les patients dans les formations sanitaires publiques et agréées (confessionnelles pour la plupart). Le PNDS a également prévu la mise en place d'un financement basé sur les résultats, comme instrument clé pour financer le secteur de la santé. Au regard, d'une part, des bons résultats observés par l'utilisation de cet instrument dans les provinces pilotes, et, d'autre part, des résultats de l'étude de 2008 sur le financement de la santé, qui indiquait que les dépenses publiques étaient inefficaces et inéquitables, le gouvernement a décidé, en 2010, d'incorporer le remboursement des soins subventionnés dans le financement basé sur la performance (FBP) et d'étendre cette modalité de paiement à l'échelle nationale.

Enfin, en 2007, le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS)⁴ a pris la décision d'orienter son système de santé sur le district sanitaire et s'est lancé, en 2008, dans la mise en place de cette nouvelle politique nationale.

Enseignements tirés et complémentarité

Le rapport provisoire de l'évaluation du PNDS 2006-2010 établit ce qui suit:

- La plupart des acteurs du système (les administrateurs du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, tant au niveau central que périphérique, la société civile, les professionnels de santé) connaissent très peu le contenu de la Politique nationale de santé (PNS 2005-2015) et du PNDS et ne les ont presque jamais utilisés comme documents directeurs.
- La quasi-totalité des programmes et des projets fonctionnent de manière cloisonnée, ce qui explique en partie le manque d'efficacité du système et les mauvais résultats obtenus.
- Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer de façon objective les taux d'incidence, les taux de prévalence, les taux de mortalité, les taux de létalité, etc. Des enquêtes populationnelles, dont certaines sont en cours ou viennent de se terminer (ex. l'Enquête démographie et santé), sont nécessaires pour pouvoir éclairer le secteur, tout comme un renforcement du Système national d'information sanitaire (SNIS) et l'intégration des différents systèmes de suivi/évaluation existant.
- Des activités pour réduire les maladies transmissibles et non transmissibles ont marqué des progrès appréciables. Cependant, d'autres initiatives doivent être prises pour améliorer davantage la couverture des activités de prévention, de promotion de la santé et de prise en charge des cas comme la rationalisation de l'offre des soins de santé au premier échelon (révision du Paquet minimum d'activité - PMA) et au niveau de l'hôpital de district (révision du Paquet complémentaire d'activité - PCA) ou encore l'intégration des activités et des ressources des programmes verticaux
- Le système de santé a été renforcé de manière appréciable, en raison, notamment, des réformes initiées au cours du PNDS, comme la gratuité des soins, la contractualisation par le financement basé sur la performance, et la décentralisation par la création des districts sanitaires.

³ Un nouveau PNDS (prévu pour la période 2011-2015) est en cours d'élaboration par le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA, avec le soutien des partenaires techniques et financiers, et devrait être prêt pour août 2011.

⁴ À la suite de la mise en place du nouveau gouvernement, le Ministère de la santé publique (MSP) est devenu, en septembre 2010, le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA.

Les constats dégagés ont permis d'émettre des recommandations opérationnelles qui ont guidé la formulation de ce projet et pourront guider l'élaboration du PNDS 2011-2015 et du cadre de dépenses à moyen terme. Ces recommandations sont notamment l'amélioration de la performance du système de santé à travers: i) la poursuite des réformes institutionnelles et de gestion (réformes de la gouvernance et du leadership); ii) l'amélioration de la qualité des prestations de services; iii) les réformes de la couverture sanitaire et des politiques publiques; et iv) la mise en place d'une approche sectorielle visant un alignement du gouvernement et des Partenaires techniques et financiers (PTF) sur un plan d'action commun, axé sur les soins de santé primaires et l'approche district, ainsi que sur un cadre de dépense et de suivi/évaluation unique.

L'évaluation du projet Santé Plus de l'UE (9^e FED) a démontré l'intérêt, la pertinence et l'efficacité des appuis destinés aux Bureaux de district sanitaire (BDS) et leurs effets positifs sur la qualité des services délivrés par les formations sanitaires. Il a mis en évidence que des équipes cadre de district nouvellement nommées, et sans modèle concret dans le pays de district sanitaire fonctionnel, pouvaient, en deux années, remplir l'essentiel de leurs fonctions définies dans le document des « Normes sanitaires » du MSPLS de 2007. La méthodologie utilisée repose sur quatre piliers: i) exclusion de toute action favorisant la substitution des cadres nationaux par de l'assistance technique, au profit du développement progressif des capacités nationales; ii) formation intensive mais courte des équipes cadre de district; iii) utilisation de modules et d'outils de gestion centrés sur la pratique; et iv) suivi rapproché des équipes sur leur lieu de travail par une assistance technique. Le projet Santé Plus a aussi permis d'acquérir de l'expérience en matière de financement basé sur la performance et les leçons tirées sont prises en compte dans ce nouveau projet.

Les appuis de l'UE viendront compléter ceux des coopérations belge (25 000 000 EUR), allemande (4 000 000 EUR), suisse (10 000 000 EUR), française (1 200 000 EUR), UK/DFID (*Department for International Development*) (5 000 000 EUR), des agences des Nations unies (22 000 000 EUR), de la Banque mondiale (32 000 000 EUR) et des programmes verticaux⁵ (124 000 000 USD) dans la santé au Burundi.

Dans le cadre de ce projet, l'UE appuie huit provinces sur les dix-sept que compte le Burundi. Les neuf autres provinces sont prises en charge par les coopérations belge et suisse, USAID (*United States Agency for International Development*), GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation) et la Banque mondiale.

Au niveau thématique, les tâches sont réparties de telle sorte qu'il n'y ait pas de double emploi et que l'ensemble de la Permanence des soins (PDS) soit couverte au mieux. Ainsi, les appuis de la Belgique vont concerner, pour la période 2010-2014, l'amélioration de la formation initiale et continue des ressources humaines (RH), le renforcement du Système national d'information sanitaire (SNIS) au niveau central, le renforcement institutionnel en matière de planification (niveaux central et périphérique), le fonctionnement des districts de 3 provinces du pays. Ceux de la coopération suisse concernent le renforcement institutionnel - gestion des RH et fonctionnement des districts d'une province du pays. L'ONG Pathfinder (financée par USAID) se concentre sur le fonctionnement des districts sanitaires d'une province. UK/DFID appuie le renforcement institutionnel - gestion des médicaments au niveau central et disponibilité au niveau du district. La coopération française décentralisée des pays de la Loire intervient dans la formation médicale et para-médicale, le SIDA, ainsi que la prévention des fistules obstétricales. La Banque mondiale consacre la grande majorité de ses financements à appuyer le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA dans sa volonté de mise à l'échelle nationale du Financement basé sur la

⁵ Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI) et Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM)

performance (FBP) et, par conséquent, dans le financement des prestations de soins. Les programmes verticaux concentrent leurs efforts sur la couverture vaccinale et l'amélioration des soins préventifs et curatifs pour les trois maladies que sont le paludisme, la tuberculose et le VIH-SIDA. Les agences des Nations unies sur financement propre ou via des financements extérieurs appuient le gouvernement sur la prise en charge intégrée des malades de l'enfance (PCIME), la nutrition, la santé reproductive (avec co-financement de la coopération allemande) et le renforcement institutionnel.

L'UE, dans le cadre de son projet santé 9^e FED, assure la mise en place des districts sanitaires et du Financement basé sur la performance (FBP) dans six provinces. Sur ses lignes thématiques, l'UE finance le FBP dans deux provinces, la formation du personnel soignant en nutrition (avec l'appui de la Croix-Rouge française), et la prise en charge du handicap (avec l'ONG Handicap International) ECHO assure la mise en place des districts sanitaires et du FBP dans une province ainsi qu'un appui aux situations d'urgence et à la prise en charge de la malnutrition. Ce projet assure la continuité des projets qui arrivent à terme. Un projet sur ligne budgétaire devant démarrer au cours du deuxième trimestre 2011 assurera l'encadrement et le renforcement des Comités de santé et de gestion dans les 8 provinces cibles du projet.

Coordination des bailleurs de fonds

La coordination des bailleurs de fonds est assurée par le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA à travers le groupe sectoriel santé dénommé « cadre de partenariat santé et développement » (CPSD). Ce CPSD existe depuis 2008 et dispose désormais de 5 groupes techniques⁶. Même si cinq revues annuelles conjointes du secteur ont eu lieu depuis sa création, le fonctionnement du CPSD et l'approche sectorielle progressent avec lenteur pour les raisons suivantes: i) le grand nombre d'intervenants extérieurs (pas moins de 16) dans le secteur de la santé; ii) le cloisonnement de nombreux programmes et projets; iii) le faible leadership du MSPLS qui ne parvient pas, malgré une volonté politique affichée, à assurer une coordination des Partenaires techniques et financiers et de ses propres programmes; iv) une compréhension et une mise en application inégale des principes de la Déclaration de Paris et du Partenariat international pour la santé par les PTF; et v) un déficit de règles et d'outils de planification et de gestion. Ces points critiques associés à des ressources financières rares et des ressources humaines peu qualifiées et peu motivées affectent la performance du système de santé. Le renforcement du leadership, de l'appropriation du MSPLS, de l'alignement des PTF et de l'harmonisation des outils et des procédures sont donc une priorité. Le Burundi fait partie des 21 pays qui ont adhéré au Partenariat international pour la santé (IHP +) et le MSPLS s'est engagé dans ce cadre à définir, en 2011, une seule stratégie nationale de santé guidée par les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

La formulation du présent projet a fait l'objet de concertations étroites entre le MSPLS, l'UE (y compris la Direction générale ECHO), les PTF et notamment la Belgique et UK/DFID de façon à s'inscrire dans cette dynamique d'amélioration de la coordination des approches et assurer la meilleure complémentarité possible entre les différentes actions de ces derniers. La société civile a également été consultée.

Un cadre logique initial est annexé au présent document. Il pourra être actualisé ou modifié sans qu'il faille modifier la convention de financement, pour autant que ces modifications n'altèrent pas les objectifs du projet.

⁶ i) Médicaments, ii) Financement, iii) Suivi/Évaluation, iv) Ressources humaines et v) Décentralisation.

1.1. Objectifs

L'objectif général du Projet d'appui à la politique sectorielle de la santé au Burundi – "AMAGARA MEZA" est de contribuer à renforcer la capacité du système de santé à fournir des soins de qualité et à contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la population burundaise. Les objectifs spécifiques sont les suivants: i) une plus grande accessibilité de la population aux soins de santé primaires, ii) l'amélioration de la qualité des services de santé, et iii) le renforcement des capacités institutionnelles au niveau central et périphérique.

Le pays compte dix sept provinces et l'intervention ciblera pour les composantes 1 et 2⁷ huit provinces (Bubanza, Bujumbura rural, Bururi, Cankuzo, Karusi, Makamba, Rutana et Ruyigi) afin d'assurer: i) la complémentarité des appuis au niveau provincial, et ii) la continuité des interventions du projet Santé Plus⁸, de la Direction générale ECHO, et d'un projet sur ligne thématique⁹ qui arrivent à échéance.

L'égalité des genres constituera un axe transversal du futur projet, tant au niveau de la prestation des soins que du renforcement des capacités du personnel d'encadrement des structures de soins. La bonne gouvernance sera également une thématique transversale que le projet mettra en œuvre dans toutes ses composantes, particulièrement en ce qui concerne le renforcement des systèmes de contrôle et de suivi des structures décentralisées par le MSPLS, et le renforcement des systèmes de gestion à tous les niveaux du système de santé. Finalement, la protection de l'environnement devra être prise en considération par l'équipe de gestion du projet, d'une part, dans ses activités de fournitures d'équipement et de construction d'infrastructures, et, d'autre part, dans ses activités journalières et ses déplacements sur le terrain.

1.2. Résultats escomptés

1 - Composante couverture universelle

Le résultat escompté de cette composante est un meilleur accès aux services de santé de base.

2 - Composante amélioration de la qualité des prestations de service

Le résultat escompté des activités de cette composante est l'amélioration de la qualité des services de santé à travers: i) un meilleur encadrement des formations sanitaires; ii) l'amélioration de l'environnement des équipes soignantes, tant en termes d'infrastructures que d'équipements (disponibilité des services de santé); et iii) la mise à jour du paquet minimum et du paquet complémentaire d'activité (PMA et PCA).

3 - Composante institutionnelle

Les résultats escomptés de cette composante sont: i) la définition, l'installation et l'utilisation d'outils, de procédures, de systèmes de collecte des données pour la planification et le reporting comptable et financier pluriannuel et annuel du secteur, incluant les ressources du budget général et les interventions extérieures (projets et programmes verticaux); ii) la mise en place d'un contrôle interne et externe de l'utilisation des ressources financières allouées au secteur, et de la bonne utilisation des outils et des procédures; et iii) le développement d'une politique nationale de maintenance ainsi que le début de son exécution pour améliorer l'efficacité et la pérennité des infrastructures et des équipements des formations sanitaires (FOSA); et iv) l'appui au développement des ressources humaines par l'octroi de bourses d'étude.

⁷ FBP et renforcement de l'encadrement des formations sanitaires (FOSA)

⁸ Provinces de Bururi, Cankuzo, Karusi, Makamba, Rutana et Ruyigi.

⁹ ECHO: province de Bujumbura rural; projet sur ligne thématique: province de Bubanza

1.3. Activités et calendrier d'exécution

1 - Composante couverture universelle

Pour améliorer l'accessibilité pour tous aux soins de santé, le MSPLS a décidé, en avril 2010: i) de fusionner le Financement basé sur la performance (FBP) et la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, introduite en 2006 par le gouvernement; et ii) d'étendre le FBP à l'ensemble du territoire. Le MSPLS a élaboré un manuel de procédures afin d'harmoniser, au niveau national, les règles portant sur l'exécution technique et financière du FBP.

Une assistance technique permanente et des assistances ponctuelles seront mobilisées pour appuyer le MSPLS dans la mise en œuvre du FBP dans les huit provinces du projet. Cette assistance technique participera également, au niveau national, au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre de l'outil, ainsi qu'à la définition des orientations pour en minimiser les faiblesses et asseoir des mécanismes visant à optimiser les forces alors identifiés. Par ailleurs, et comme convenu avec le MSPLS et les autres PTF intervenant dans le FBP au niveau national, le projet assumera directement la mise en œuvre du FBP dans les huit provinces d'intervention et pendant les deux premières années du projet, au moyen d'un contrat de subvention avec une ONG d'accompagnement. C'est dans ce cadre que le projet contribuera financièrement au FBP.

Une assistance technique ponctuelle appuiera le MSPLS dans l'élaboration des plans d'extension de la couverture en reprenant le canevas développé par le projet Santé Plus pour les provinces qui n'en disposent pas. Le projet participera ainsi au développement du plan national de couverture sanitaire et à la mise à jour de la carte sanitaire.

Le projet collaborera étroitement avec la coopération belge au développement des mutuelles de santé. En effet, la coopération belge a prévu la mise en place d'un projet pilote de développement de mutuelles de santé dans sa zone d'intervention. Le projet de l'UE fera de même dans une province de sa zone d'intervention. Les modalités d'opérationnalisation de ces deux projets pilotes seront le fruit d'un travail de collaboration entre la coopération belge et le projet UE afin de pouvoir ensuite tirer les leçons de deux approches différentes en vue de leur extension dans d'autres zones du pays.

Le projet apportera également, en partenariat avec la Banque mondiale, son concours au MSPLS dans l'analyse des modalités de financement du secteur (y compris en ce qui concerne la rationalisation des coûts) et dans les réflexions de développement de nouvelles stratégies de financement.

2 - Composante amélioration de la qualité des prestations de service

Volet renforcement de l'encadrement des formations sanitaires

L'approche retenue est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services de santé dans les formations sanitaires en renforçant l'exercice des missions des Bureaux de district sanitaire (BDS). Les fonctions des BDS qui mobiliseront les ressources du projet et feront l'objet d'appuis techniques sont les suivantes:

- la formation continue du personnel des BDS;
- le suivi de l'activité des BDS par les services centraux ou services déconcentrés des échelons supérieurs;
- la supervision des FOSA (formations sanitaires) des districts sanitaires, notamment sur les aspects gestion des finances et du médicament.
- le conseil aux personnels des FOSA et la supervision formative;
- la gestion des ressources humaines;

- la capitalisation des résultats obtenus et la diffusion de l'information aux services centraux ou services déconcentrés des échelons supérieurs.

Les appuis à l'opérationnalisation des districts sanitaires seront fournis à travers une assistance technique permanente, composée notamment de trois experts en santé publique, chacun possédant une compétence spécifique additionnelle (cf. partie 4.1.1.b « tâches et composition de l'équipe d'assistance technique »). Des expertises ponctuelles seront mobilisées en cas de besoin.

Volet amélioration de l'environnement des équipes soignantes

Consécutivement à l'état des lieux qui sera réalisé dans le cadre du volet maintenance des infrastructures et des équipements de la composante 3 « appui institutionnel », des investissements pourront être réalisés dans les FOSA et les BDS des huit provinces cibles pour contribuer à mettre à niveau le parc des infrastructures et des équipements.

Volet rationalisation du PMA (Paquet minimum d'activités) et PCA (Paquet complémentaire d'activités)

Un effort important d'amélioration des soins a été réalisé par le MSPLS au niveau des services de premier échelon au cours de la mise en œuvre du PNDS 2006 - 2010. Le projet poursuivra cet effort tout au long du prochain PNDS, en mettant l'accent sur une approche globale et intégrée de l'offre de soins, centrée sur le patient et circonscrite aux soins de santé primaires. Le projet concourra aux côtés du MSPLS et des principaux PTF (OMS, CTB, BM, UNICEF), via son assistance technique permanente, à la mise à jour du PMA et du PCA, en tenant compte des évolutions récentes dans les recommandations internationales.

Dans le cadre de la mise à jour du PCA, le MSPLS devra examiner et définir le rôle et les statuts des hôpitaux de district et nationaux afin d'optimiser l'utilisation des services au niveau intermédiaire et périphérique. Le MSPLS devra également, dans le cadre de l'élaboration du plan de couverture sanitaire, mieux intégrer l'aspect hospitalier dans le réseau de soins. Des expertises ponctuelles seront mobilisées en cas de besoin.

Pour permettre la mise en œuvre d'un PMA et PCA rationnel, l'intégration des activités et des ressources des programmes verticaux est nécessaire. Le projet contribuera, en association avec les principaux PTF, à fournir des expertises ponctuelles au MSPLS pour l'aider à formuler les requêtes adressées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation). Ces requêtes auront plusieurs objectifs:

- Promouvoir l'intégration des programmes verticaux dans le système national de santé;
- Initier une planification intégrée des activités et des ressources à tous les niveaux pour éviter des chevauchements et des doubles emplois qui constituent un gaspillage de ressources, de temps et d'énergie;
- Améliorer l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources des programmes verticaux;
- Décentraliser certaines activités de supervision effectuées par les programmes verticaux pour déléguer des tâches aux responsables du niveau intermédiaire.

Le projet s'assurera, au niveau des huit provinces dont il assure l'appui, de la bonne diffusion et de la mise en œuvre des décisions qui seront adoptées par le niveau central, tant au niveau de la rationalisation du PMA et PCA que de l'intégration des activités et des ressources des programmes verticaux.

Afin d'assurer la continuité des appuis d'UK/DFID au secteur du médicament, le projet prévoit, à partir du début 2012 (retrait d'UK/DFID), un appui de 2 homme-années d'assistance technique. Ce soutien du projet sera orienté selon les besoins vers la Direction de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DPML) ou la Centrale d'approvisionnement en médicaments essentiels du Burundi (CAMEBU). Des études spécifiques pourront enfin être réalisées sur la structure des coûts des médicaments et l'ensemble des fonctions de régulation du marché et des prix du médicament.

3 - Composante institutionnelle

Volet définition et diffusion des outils et procédures comptables et financières

Des appuis du projet cibleront la Direction générale des ressources (DGR) du MSPLS et la gestion financière dans les entités déconcentrées ou décentralisées du système de santé: les bureaux de district sanitaire, les écoles paramédicales et médicales, les hôpitaux de district et nationaux. Des appuis spécifiques seront destinés aux Bureaux de district sanitaire (BDS) et aux hôpitaux de district des huit provinces du projet. Il s'agira en priorité de former les personnels aux tâches administratives et financières, de diffuser et de suivre la mise en œuvre des procédures et des outils de gestion. Ces appuis poursuivront deux buts:

- préparer la délégation de l'ordonnancement de la dépense publique, du Ministère des finances vers le MSPLS (conformément à l'article 42 de la Loi organique des finances publiques, du 04/12/2008);
- améliorer le fonctionnement interne du MSPLS, diminuer le risque fiduciaire associé à ce ministère et développer ses capacités en termes d'exécution de la dépense publique, afin de poser les premiers jalons d'un potentiel changement du mode de gestion des projets santé au Burundi (gestion décentralisée substantielle sous la forme d'un Budget d'affectation spéciale, tel que prévu par le Règlement général sur l'exécution du budget de l'État, ou toute autre modalité d'appui budgétaire sectoriel)

Ces interventions dans le domaine de la gestion financière seront complétées par les appuis transversaux à la gestion des finances publiques de l'UE et des PTF, notamment ceux en direction du Ministère des finances, des corps de contrôle de l'État, et des institutions en charge du système de passation et de régulation des marchés publics. Les appuis à la Direction générale des ressources (DGR) et aux entités décentralisées porteront principalement sur les points suivants: i) l'alignement des institutions sur le plan budgétaire et comptable de l'État; ii) la chaîne de la dépense; iii) la comptabilité; iv) l'implantation d'une comptabilité analytique, permettant entre autres, de tracer les ressources des programmes verticaux versés dans le cadre du Financement basé sur la performance (FBP); v) le renforcement des ressources humaines grâce à la formation continue des personnels; vi) l'introduction des outils informatiques de gestion. La Direction générale des ressources sera également soutenue pour définir et appliquer les modalités d'intégration budgétaire des ressources des programmes verticaux. Les appuis seront fournis par une assistance technique permanente, et des expertises ponctuelles seront mobilisées en cas de besoin.

Volet contrôle interne et externe

L'Inspection générale de la santé (IGS) sera appuyée pour assurer pleinement son rôle de contrôleur interne au sein du Ministère de la santé, et de ses entités concentrées ou déconcentrées. Son personnel sera formé à la bonne utilisation des outils et des procédures comptables et financières, et aux méthodes d'évaluation et d'audit. L'encadrement des inspecteurs dans leur travail de contrôle des structures déconcentrées ou décentralisées sera également assuré. Des audits externes seront également financés dans le cadre du projet, lesquels pourront notamment évaluer les audits internes précédemment réalisés au sein du MSPLS et permettre aux auditeurs internes de s'améliorer.

Pourront également être financés un soutien du MSPLS dans la rédaction des termes de références, l'encadrement des équipes d'audit et la mise en place des mesures rectificatives issues des conclusions des auditeurs. L'appui institutionnel du programme FABRICE d'appui budgétaire global (2012-2014) pourra éventuellement compléter ces activités. Le but avoué est de créer une inspection ministérielle pilote qui pourra être dupliquée ultérieurement dans les autres ministères techniques.

Volet maintenance des infrastructures et des équipements

L'appui se décline en deux volets:

- Une assistance court terme au MSPLS pour concevoir une politique nationale de maintenance des infrastructures et des équipements des structures sanitaires. Cette assistance contribuera au renforcement des capacités de planification et de régulation de la division infrastructure et équipement, et soutiendra la formulation d'une politique nationale d'ingénierie et de maintenance qui sera validée par le gouvernement et endossée par les PTF. Un inventaire de l'état du parc des infrastructures et des équipements sera réalisé dans les huit provinces supportées par le projet, au démarrage des activités, et un plan d'investissement sera établi en conformité avec le plan d'extension de la couverture sanitaire et les normes du pays.
- Des appuis ponctuels d'assistance technique à la maîtrise d'ouvrage pour assurer la qualité des investissements et le respect de la bonne prise en compte de la future politique nationale de maintenance. Ces appuis concerneront notamment l'assistance au MSPLS à la bonne réalisation des études nécessaires à l'acquisition d'équipement, de contrats de maintenance ou à la réalisation des projets de construction ou de réhabilitation (assistance pour la réalisation des études architecturales, la définition des spécifications techniques, la passation des contrats de travaux, d'équipements ou de maintenance, le suivi des contrats de travaux ou de maintenance, l'assistance à la réception des travaux ou des équipements). Des compléments d'investissement du gouvernement et des PTF au niveau central du MSPLS, en termes d'infrastructure et d'équipement, pourront être financés en cas de besoin.

Volet formation des ressources humaines dans le secteur santé

Le renforcement des capacités des ressources humaines est assuré par les différents programmes du ministère, qui sont appuyés par les bailleurs de fonds tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation) ou la *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (KfW – Banque allemande de développement), en ce qui concerne la formation continue. La formation initiale et le recyclage sont essentiellement assurés par le projet de la coopération belge. Des bourses d'études (ex. en e-learning) pourront toutefois être attribuées au personnel sanitaire des 8 provinces du projet pour des besoins spécifiques (ex. en santé publique, gestion hospitalière, économie de la santé, maintenance), en complément de celles financées par d'autres partenaires.

Le calendrier d'exécution figure à l'appendice 2.

2. LIEU ET DURÉE

2.1. Lieu

Le projet concentrera ses appuis au niveau central du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA et sur les huit provinces suivantes¹⁰: Bubanza, Bujumbura rural, Bururi, Cankuzo, Karusi, Makamba, Ruyigi, Rutana.

Les membres de l'équipe du projet (y compris l'assistance technique) seront basés au sein du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA et effectueront des appuis au niveau décentralisé, principalement dans les huit provinces ci-haut citées.

2.2. Durée

La période d'exécution de la convention sera celle indiquée à l'article 5 des conditions particulières.

3. MISE EN ŒUVRE

3.1. Degré de décentralisation

Ce projet sera mis en œuvre dans le cadre d'une gestion partiellement décentralisée.

Les marchés sont conclus par le bénéficiaire, sauf dans les cas précisés au point 3.2. La Commission soumet les procédures de passation des marchés à des contrôles ex ante pour les marchés publics de plus de 50 000 EUR et pour tous les contrats de subvention, et à des contrôles ex post pour ceux ne dépassant pas 50 000 EUR.

Tous les marchés mettant en œuvre le projet doivent être attribués et exécutés conformément aux procédures et aux documents standards établis et publiés par la Commission pour la mise en œuvre des opérations extérieures, en vigueur au moment du lancement de la procédure en cause.

L'élaboration, la gestion et l'exécution des devis-programmes relatifs au projet doivent respecter les règles et les procédures définies dans le guide pratique des procédures applicables aux devis-programmes.

Les devis-programmes ne permettent de décentraliser les paiements des frais de fonctionnement et des marchés que lorsque la procédure de passation du marché concerné a été décentralisée et dans le respect des plafonds suivants:

Travaux	Fournitures	Services	Subventions
< 300 000 EUR	< 150 000 EUR	< 200 000 EUR	≤ 100 000 EUR

¹⁰ Les autres provinces sont prises en charge par d'autres appuis: Bujumbura Mairie, Kirundo, Muramvya par la Belgique; Gitega, Mwaro par GAVI; Kayanza, Muyinga par USAID/Pathfinder; Ngozi par la coopération suisse.

3.2. Exceptions à la conclusion de marchés par le bénéficiaire

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

3.3. Structure organisationnelle et responsabilités

3.3.1. Mise en œuvre directe

a) Structure organisationnelle de base

L'autorité adjudicatrice du projet est l'Ordonnateur national.

Le Maître d'œuvre est le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA.

Un comité de pilotage est mis en place pour superviser et approuver l'orientation générale et la ligne d'action du projet. Le comité de pilotage du projet se réunit deux fois par an.

Le comité de pilotage du projet est composé:
d'un représentant de l'Ordonnateur national;

- d'un représentant du maître d'œuvre, Président du comité de pilotage;
- d'un représentant du Chef de délégation, ayant le statut d'observateur;
- du chef de file des membres du Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement et de son suppléant.

Les activités du projet sont mises en œuvre en opérations décentralisées directes.

Une unité de gestion de projet (UGP)¹¹ sera mise en place au sein du MSPLS.

La gestion et l'exécution du projet sont confiées au régisseur et au comptable de l'UGP désignés à cet effet par l'ordonnateur national, en accord avec le MSPLS et le Chef de délégation.

En fonction des pouvoirs qui leur sont délégués par l'Ordonnateur national, le régisseur et le comptable élaboreront les devis-programmes successifs, les exécuteront, passeront des marchés, octroieront des subventions, engageront les dépenses et effectueront les paiements correspondants.

Le régisseur et le comptable présenteront leurs rapports techniques et financiers au Comité de pilotage du projet ainsi qu'à l'Ordonnateur national et au Chef de délégation.

b) Tâches et composition de l'équipe d'assistance technique

i) Une équipe d'assistance technique aidera le bénéficiaire à exécuter le projet en effectuant notamment:

1. des tâches nécessitant des capacités techniques, notamment celles décrites dans la partie 1.3 « activités et calendrier de réalisation »;
2. des tâches administratives, préparatoires et accessoires relatives à la planification et au suivi de certaines composantes du projet et à la communication des rapports correspondants, à l'attribution des marchés publics et à la gestion financière.

¹¹ Outre le régisseur et le comptable, l'UGP sera composée, à titre indicatif, de deux assistants opérationnels chargés de seconder le régisseur, d'un associé comptable chargé des paiements, d'un associé comptable chargé des marchés publics et du personnel de soutien.

Ces tâches n'impliquent ni mission de puissance publique, ni exercice d'un pouvoir discrétionnaire d'appréciation.

ii) Le travail de l'équipe d'assistance technique reposera sur un mandat défini d'un commun accord par l'autorité d'exécution et la Commission.

À titre indicatif, l'assistance technique sera composée de quatre assistants techniques permanents (cinq lors de la présence de l'Assistance Technique pharmacien) qui seront placés sous l'autorité du Régisseur du projet et officieront aux niveaux central et périphérique:

- Un économiste de la santé chargé de contribuer à la sécurisation du financement de tout le secteur de la santé, par le biais principalement du budget de l'État, du financement de la gratuité, du paiement basé sur la performance, des mutuelles, etc. Il alternera entre le niveau central et les provinces, vérifiant l'exécution du budget de l'État et du PBF dans les 8 provinces. Cet expert assurera également la participation aux discussions centrales avec la Cellule technique nationale chargée de la mise en œuvre du Financement basé sur la performance (FBP), ainsi qu'avec les autres partenaires finançant cet instrument.

Au niveau central

- Un expert en santé publique disposant d'une solide expérience en programmation, en planification et en mise en œuvre des politiques sanitaire et publiques. Il assistera le régisseur dans la coordination technique du projet. Il fournira également son appui au MSPLS en matière de dialogue et de coordination sectorielle, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire. Il assurera son ancrage institutionnel à travers une participation active à l'animation du CPSD¹² et de ses différents groupes thématiques¹³, et fera de fréquentes visites du terrain.
- Un pharmacien spécialisé selon les besoins identifiés, soit dans les matières relatives à l'acquisition, à la distribution et à l'utilisation des médicaments, soit dans celles relatives aux fonctions d'une agence nationale de régulation et de contrôle du médicament. Il assurera un appui au renforcement du secteur pharmaceutique dans son ensemble.

Au niveau des provinces/districts

- Deux experts en santé publique chargés de l'opérationnalisation des districts sanitaires, chacun possédant une compétence spécifique additionnelle (approche district et mise en œuvre des soins de santé primaires, gestion hospitalière).

Ces cinq experts interviendront à temps plein et pendant toute la durée du projet (à l'exception de l'Assistance Technique pharmacien qui n'arrivera qu'en 2012 et ne restera que pour une durée de deux ans).

En plus de cette assistance technique permanente, des assistances techniques court terme seront également possibles pour l'intervention d'autres spécialistes si nécessaire (par exemple spécialiste en finances publiques, audit, comptabilité analytique, architecture, ingénierie biomédicale, régulation du médicament, communication, etc.).

Une clause suspensive est requise pour:

¹² CPSD est le nom donné au groupe sectoriel santé.

¹³ Ils sont actuellement au nombre de 5: Médicaments, Finances, Ressources humaines, Décentralisation et Suivi-évaluation.

- la publication de l'appel à propositions pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans les huit provinces, afin qu'il n'y ait pas de rupture entre la fin du précédent programme¹⁴ et le début de celui-ci¹⁵; et
- la publication de l'appel d'offres international restreint pour le recrutement des Assistance Technique long terme, afin de permettre le fonctionnement opérationnel de l'unité de gestion de projet dès le début du projet. Le contrat de prestation de services sera signé par l'ON et endossé par le Chef de la Délégation de l'Union européenne. Les prestataires de services aideront le régisseur de l'UGP à préparer une méthodologie et un programme d'action pour la totalité du projet.

3.3.2. Rapports

Les rapports seront élaborés conformément aux règles et aux procédures établies dans le guide pratique des procédures applicables aux devis-programmes.

3.4. Budget

Le coût total du projet est estimé à 25 000 000 EUR, la totalité étant imputée au PIN 10^e FED du Burundi dans le cadre de l'Accord de partenariat ACP-UE révisé.

La contribution – non financière – du gouvernement est effective par la rémunération de l'agent de l'État désigné comme point focal (« Chargé de suivi des projets » dans l'organigramme de la CELON) auprès du MSPLS, par la mise à disposition des locaux nécessaires à ses activités et à celles de l'UGP dans le MSPLS, et par la mise à disposition pour le PAPSBU – "Amagara Meza" 10^e FED des biens et des équipements acquis dans le cadre du projet Santé Plus 9^e FED.

Le budget s'établit comme suit:

Catégories	Montant (EUR)
Mise en œuvre sous DP, dont, à titre indicatif:	16 200 000
Axe 1: Composante couverture universelle	7 800 000
Axe 2: Composante amélioration de la qualité des prestations de services	7 500 000
Axe 3: Composante institutionnelle	900 000
Assistance technique	6 000 000
Audit & évaluation	600 000
Communication/Visibilité	200 000
Imprévus*	2 000 000
TOTAL	25 000 000

* La contribution de l'UE à la ligne budgétaire «Imprévus» ne peut être utilisée que sous réserve de l'accord préalable de la Commission.

¹⁴ Le Financement basé sur la performance (FBP) est actuellement mis en œuvre par l'ONG d'accompagnement CORDAID. Son contrat de subvention avec le projet Santé Plus prend fin le 30 juin 2011.

¹⁵ L'UE s'est engagée auprès du MSPLS et des autres PTF à minimiser le *gap* de mise en œuvre du Financement basé sur la performance (FBP) entre nos deux projets au maximum.

4. SUIVI, ÉVALUATION ET AUDIT

4.1. Suivi

- a) Le bénéficiaire est responsable du suivi technique et financier permanent. Il établit un système de suivi technique et financier du projet, qui sera utilisé pour élaborer les rapports d'avancement et pour assurer le contrôle interne.
- b) L'Inspection générale de l'État et l'Inspection générale de la santé assurent le contrôle interne des activités de gestion.
- c) La Commission peut procéder à un suivi orienté vers les résultats (ROM) par l'intermédiaire de consultants indépendants. En principe, ce suivi débute à compter du sixième mois de mise en œuvre des activités prévues dans le cadre du projet, qui prendra fin au plus tard six mois avant la fin de la phase de mise en œuvre opérationnelle.
- c) Le suivi de la performance basé sur les indicateurs d'effet et de résultat du cadre logique ne pourra s'appuyer avec la fiabilité attendue sur le Service d'épidémiologie et des statistiques (EPISAT) du MSPLS qui gère le Système national d'information sanitaire (SNIS). Ce dernier ne fournit pas encore de façon régulière d'information sur les indicateurs de santé. En attendant, une enquête démographique de santé (EDS) est en cours de réalisation. Elle permettra de disposer d'une ligne de base au démarrage du projet. Le projet pourra ensuite appuyer la réalisation de cette même enquête EDS à la fin de l'intervention afin de garantir la disponibilité des indicateurs et la mesure de la performance du projet. Une enquête populationnelle à mi-parcours de moindre ampleur (telle qu'un *Multi Indicateur Cluster Survey*) pourra être réalisée. Une ou plusieurs études sur les comptes nationaux de la santé pourront être réalisées en fonction des besoins d'information financière et pour appuyer la réflexion sur l'allocation des ressources intérieures et extérieures dans le système de santé. Les informations issues des enquêtes et qui pourront être complétées annuellement par les productions statistiques du SNIS devraient s'améliorer suite aux appuis additionnels prévus par la Belgique pour renforcer le système statistique. Le suivi du projet se fera également à travers des indicateurs de résultat portant sur les processus de réforme en cours tels que le Financement basé sur la performance (FBP), le renforcement des capacités et le développement institutionnel, et la gestion financière. Ces indicateurs serviront de matrice pour le suivi des changements institutionnels.

4.2. Évaluation

- a) La Commission procédera à des évaluations externes par l'intermédiaire de consultants indépendants, de la manière suivante:
 - une éventuelle mission d'évaluation à mi-parcours;
 - une évaluation finale au début de la phase de clôture;
 - une éventuelle évaluation ex post.

Le bénéficiaire et la Commission analysent les conclusions et les recommandations de l'évaluation à mi-parcours et décident d'un commun accord de l'action de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet. Les rapports élaborés dans le cadre des autres missions d'évaluation et de suivi sont communiqués

au bénéficiaire afin qu'il puisse tenir compte des recommandations pouvant résulter de ces missions.

- b) La Commission informe le bénéficiaire, au moins deux mois à l'avance, des dates prévues pour la réalisation des missions externes. Le bénéficiaire collabore efficacement avec les experts en matière de suivi et/ou d'évaluation, leur transmet notamment tous les documents et les informations nécessaires et leur donne accès aux installations et aux activités menées dans le cadre du projet.

4.3. Audit

- a) Conformément aux règles de l'UE en matière de passation des marchés, la Commission nomme un auditeur externe reconnu à l'échelle internationale. Le rôle de l'auditeur consiste notamment:
- à assurer le suivi des dépenses encourues dans le cadre du projet et à effectuer un audit des comptes du projet sur chaque devis-programme qui est présenté à la Commission;
 - dans le cas de devis-programmes, à s'assurer que la répartition des tâches entre l'ordonnateur et le comptable soit effectuée et respectée, et que le suivi des dépenses soit conforme aux règles et procédures établies dans le guide pratique des procédures applicables aux devis-programmes.

La Commission informe le Bénéficiaire, au moins deux mois à l'avance, des dates prévues pour la réalisation des missions externes. Le Bénéficiaire collabore efficacement avec les experts en matière de suivi et/ou d'évaluation, leur transmet notamment tous les documents et les informations nécessaires et leur donne accès aux installations et aux activités menées dans le cadre du projet.

- b) Si des dépenses non éligibles sont constatées dans le cadre des audits, la procédure suivante est applicable:
- la Commission envoie un rapport au bénéficiaire concernant les dépenses non éligibles;
 - le bénéficiaire transmet ses observations à la Commission dans un délai d'un mois à compter de la réception du rapport;
 - la Commission communique au bénéficiaire sa décision finale relative aux dépenses non éligibles;
 - le bénéficiaire transfère le montant non éligible sur le compte du projet dans un délai de 45 jours à compter de la communication de la décision finale de la Commission; si ce délai n'est pas respecté, la Commission peut déduire ce montant des paiements ultérieurs effectués sur le compte du projet.
- c) La Cour des Comptes nationale est également habilitée à effectuer des audits du projet mais ceux-ci n'auront pas valeur d'audits externes prévus au point a). Le projet ne couvre pas financièrement les audits de la Cour des comptes nationale.

5. COMMUNICATION ET VISIBILITÉ

Le projet respectera les dispositions du manuel de visibilité de l'UE applicables aux actions extérieures et inclura, entre autres, les mesures suivantes: i) communiqué de presse à la signature de la

convention de financement; ii) visibilité de toutes les études et rapports; iii) séminaire de lancement, revue à mi-parcours et revue de clôture du projet.

L'UGP s'attachera les services d'une expertise ponctuelle en communication pour l'aider à définir son plan de communication et sa charte graphique. Cette expertise ponctuelle appuiera également le responsable de la communication du projet à toutes les étapes importantes de la mise en œuvre de ce plan.

6. APPENDICES

Appendice 1 – Cadre logique

Appendice 2 – Calendrier opérationnel indicatif

Appendice 3 – Budget détaillé indicatif

Appendice 4 – Cadre de partenariat

ABRÉVIATIONS

AT	Assistance technique
BDS	Bureau de district de santé
BPS	Bureau provincial de la santé
CAMEBU	Centrale d'approvisionnement en médicaments essentiels du Burundi
CDS	Centre de santé
CDMT	Cadres de dépenses à moyen terme
CNS	Comptes nationaux de la santé
CPSD	Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement
CTB	Coopération technique belge
CTN	Cellule technique nationale
Dfiid	<i>Department for International Development</i>
DGR	Direction générale des ressources
DGSP	Direction générale de la santé publique
DP	Devis-Programme
DPML	Direction de la pharmacie du médicament et des laboratoires
DS	District de santé
EAC	<i>East African Community</i> ou Communauté des pays d'Afrique de l'Est
ECD	Équipe cadre de district (de santé)
EDS	Enquête démographique et de santé
FBP	Financement basé sur la performance
FED	Fonds européen de développement
FOSA	Formations sanitaires
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GT	Groupe thématique
HD	Hôpital de district
IGE	Inspection générale de l'État
ihp+	<i>International Health Partnership</i>
MSPLS	Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
PAA	Plan annuel d'activités
PCA	Paquet complémentaire d'activités (au niveau HD)
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDD	Pharmacie de district
PEC	Plan d'extension des couvertures (sanitaires)
PEFA	<i>Public expenditure and financial accountability</i>
PMA	Paquet minimum d'activités (niveau CDS)
PNDS	Plans nationaux de développement sanitaires (quinquennaux)
PNS	Politique nationale de santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
SIS (ou SNIS)	Système (national) d'information sanitaire
UE	Union européenne
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

<p>Résultat 5: La maintenance des équipements biomédicaux est organisée par le Ministère de la santé publique</p>	<p>Existence d'une politique nationale de maintenance Un atelier central de maintenance existe et dispose de financements de l'État 70 % de techniciens biomédicaux formés en maintenance de niveau 3 par type d'équipement (laboratoire, imagerie, bloc opératoire et stérilisation) Existence d'un document de normes décrivant le Paquet minimum d'activités révisé</p>	<p>Politique nationale validée par le CPSD avant le 31/12/2012 Décret ou enregistrement officiel portant création de l'atelier central de maintenance et budget de l'État incluant une ligne "atelier central de maintenance" Certificats de formation</p>	<p>Disponibilité/engagement du MSPLS et des PTF à avancer sur cette composante Niveau de base des techniciens</p>
<p>Résultat 6: Le Paquet minimum d'activités (PMA) est révisé</p>	<p>Validation d'un document de normes décrivant le Paquet minimum d'activités révisé</p>	<p>Validation du PMA par le CPSD avant le 31/12/2012</p>	<p>Volonté du MSPLS de poursuivre l'amélioration des soins est toujours d'actualité</p>
<p>Résultat 7: Le Ministère de la santé publique (niveau central) joue un rôle moteur dans la planification de la politique sectorielle, et dans l'amélioration de la gestion des ressources publiques dévolues à la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2 et de son costing - Proportion des financements de la santé inclus dans le budget de l'État - Proportion des financements sectoriels alignés sur le Plan d'action annuel et le budget annuel (PNDS) et Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) - Taux d'exécution du budget du Ministère de la santé publique - Le PAA de l'année n+1 du MSP est validé par le CPSD avant le 31/12 de l'année n - 80 % des plans d'action annuel des BDS validés (avant fin février de chaque année) - Le MSPLS engage et ordonnance des dépenses publiques avant le 30/06/2015 	<p>Le PNDS 2 et son costing sont validés par le CPSD avant le 31/12/2011 Budget de l'État (y compris annexes relatives aux Budgets d'affectation spéciale et aux dons en capital) Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) Extrait du Système de gestion des finances publiques (SIGEFI) à la fin de l'année budgétaire Rapport d'exécution du budget de l'État par la Cour des Comptes Rapport de réunion du CPSD Rapport de validation des PAA (Plan annuel d'activités) des BDS par le niveau central</p>	<p>Poursuite de l'approche sectorielle Amélioration des systèmes de l'État Efficacité de l'appui institutionnel Collaboration entre Ministère des Finances et Ministère de la santé à la mise en œuvre de l'article 42 de la Loi organique des finances publiques, et appui du Cadre de partenariat dans ce sens</p>

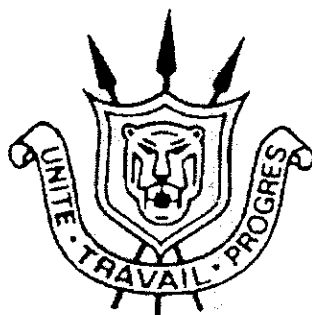
<p>L'Inspection générale de la santé rédige un rapport annuel et fait l'objet d'une contre-vérification au moins partielle chaque année à partir de 2013</p>	<p>Rapport annuel de l'Inspection Générale eu MSPLS Rapport des missions d'audit externe (sur financements du projet ou d'autres PTFs)</p>	<p>Engagement du MSPLS et de ses décideurs en faveur de l'émergence d'un véritable organe d'audit interne Accord des autres organes d'audit interne (Inspection Générale de l'état - IGE - et Inspection des finances en particulier)</p>
<p>Le niveau central du MSPLS effectue au moins une fois tous les 15 jours des descentes et des contrôles sur le terrain (Bureaux provinciaux de la santé, Bureaux de district de santé, hôpitaux)</p>	<p>Rapports de l'Inspection générale de la santé</p>	<p>Les moyens nécessaires à ces supervisions sont disponibles au budget du MSPLS et la volonté est exprimée</p>

Activités	
R1. A1 Signer une Convention de subvention pour la mise en oeuvre du financement basé sur la performance (FBP) dans les 8 provinces du projet	- contrat de subvention pour l'achat des performances
R1. A2 Appuyer le MSPLS dans le Suivi-Evaluation-Amélioration du FBP en coordination avec la Cellule technique nationale (CTN) provinciale	- Assistance Technique (AT) Long Terme
R2. A1 Appuyer le MSPLS et les Bureaux provinciaux de santé (BPS) pour la réalisation des Plans d'extension des couvertures (PEC)	- AT Court Terme
R2. A2 Appuyer le MSPLS pour la réalisation d'un PEC national et la mise à jour de la Carte sanitaire	- Fonctionnement (devis-programmes)
R3. A1 Mettre en place une expérience pilote sur les mutuelles de santé	- Investissements (devis-programmes: Régle et engagements spécifiques)
R4. A1 Appuyer les BDS dans leur fonction de régulation des FOSA (planification formation continue, suivi de l'activité, coordination) des 8 provinces cibles du projet	- Contrats de subvention ou de mise en oeuvre (maintenance, recherche action)
R4. A2 Financer les activités des BDS, en coordination étroite avec les autres acteurs du financement, y compris les programmes verticaux (investissements, fonctionnement)	
R5. A1 Appuyer l'élaboration d'une politique de maintenance	
R5. A2 Appuyer et financer la Division infrastructures et équipements du MSPLS	
R5. A3 Appuyer et financer la mise en place d'un atelier central de maintenance ayant une reconnaissance d'utilité publique	
R5. A4 Assurer la formation des techniciens bio-médicaux	
R6. A1 Apporter un appui technique au MSPLS pour l'évaluation et la définition du Paquet minimum d'activités (PMA) révisé et pour le suivi de sa mise en oeuvre	
R6. A2 Apporter un appui technique au MSPLS pour la rédaction des requêtes aux Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à GAVI afin qu'ils prennent en considération le nouveau PMA	
R7. A1 Appuyer et financer le MSPLS au niveau central pour renforcer ses capacités de planification et de suivi sectoriel, ainsi que d'encadrement dans le cadre du processus de décentralisation/déconcentration en cours	
R7. A2 Appuyer le MSPLS au niveau de sa Direction générale des ressources et des entités déconcentrées pour renforcer leurs capacités de définition, d'utilisation et de diffusion des procédures comptables et financières et de suivi de leur application	
R7. A3 Développer les capacités du MSPLS en matière d'audit interne, d'engagement et d'ordonnancement de la dépense publique	

* Les critères de "régulation active" par les districts sanitaires seront définis par le PNDS2 ou en début de projet

Appendice 3 - Budget

Attribution du montant aux axes	Montant (EUR)
<i>Mise en œuvre sous Devis-Programme (DP) dont à titre indicatif:</i>	16.200.000
Axe 1: Composante couverture universelle	7.800.000
Contribution au système de Financement basé sur la performance (FBP)	7.000.000
Contribution au développement des mutuelles de santé en collaboration avec la Coopération Belge	800.000
Axe 2: Composante amélioration de la qualité des prestations de services	7.500.000
Appui aux districts de santé	3.000.000
Équipements, Réhabilitations légères, maintenance	4.500.000
Axe 3: Composante institutionnelle	900.000
Appui au contrôle interne et externe du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA	500.000
Formations	400.000
<i>Assistance technique</i>	6.000.000
<i>Audit & évaluation</i>	600.000
<i>Communication/Visibilité</i>	200.000
<i>Imprévus</i>	2.000.000
Total	25.000.000



REPUBLIQUE DU BURUNDI

CADRE DE PARTENARIAT

Entre

**Le Gouvernement de la République du Burundi
et**

**Les Partenaires techniques et financiers
du secteur de la santé,**

**Pour la mise en œuvre d'une approche sectorielle de
développement sanitaire en vue d'atteindre les
résultats du CSLP et des OMDs en matière de santé.**

Handwritten signatures and initials, including 'AP', 'ST', 'CS', and 'dual'.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.

Le Burundi se trouve en période de post conflit et a amorcé la phase de reconstruction et de développement, comme reflété dans son Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP). Sur le plan sanitaire, une Politique à long terme (2005-2015) et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2010) ont été élaborés. Un document de plan d'action à moyen terme pour la mise en œuvre de ce PNDS, (2007-2009) a également été adopté par le Gouvernement.

Le processus de sortie de crise dans lequel se trouve actuellement engagé le Burundi est un des facteurs explicatifs de la fragilité de son système de santé et de la vulnérabilité de la population. L'extrême précarité de la vie pour la majeure partie de la population reste un facteur-clé dans l'élaboration de la stratégie sectorielle de santé.

Les dysfonctionnements du système de santé se manifestent à travers les éléments suivants :

- l'insuffisance d'infrastructures (vétustes pour la plupart) et du personnel qui de surcroît est mal réparti qualitativement et quantitativement ;
- la concentration du personnel de santé à la capitale Bujumbura avec très peu de relais à l'intérieur du pays.
- la faiblesse dans la gestion des structures de santé (par une insuffisance de personnel compétent en la matière, et par la faible motivation de ce personnel) ;
- la faiblesse du système d'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables médicaux ;

Cette situation a pour conséquence l'aboutissement à de faibles performances du secteur en matière de fonctionnement et de prestation des services en milieu rural.

Il y a également lieu de souligner :

- la forte centralisation de la gestion du secteur de la santé,
- la faiblesse des moyens financiers alloués au secteur,
- la faiblesse du système de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire, et
- l'insuffisance d'hygiène et d'assainissement

qui constituent des facteurs entravant fortement les performances du système sanitaire burundais.

De plus, les barrières financières constituent une des contraintes majeures à l'accessibilité des services de santé de base

Aujourd'hui, malgré les efforts de redressement entrepris au cours des dernières années, les taux de mortalité infantile et maternelle restent très élevés. Ils sont respectivement estimés à 165 pour mille pour les enfants de moins de cinq ans et à un peu plus de 800 décès maternels pour 100.000 naissances. L'espérance de vie à la naissance a été réduite à 42 ans. La proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale est estimée à 37 %. (Repris du CSLP, page 27-28)

Au mois de Mars 2007, un cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) a été mis en place par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre la SIDA (MSPLS) pour faciliter la coordination des appuis techniques, matériels, et financiers dans la mise en œuvre du PNDS en vue d'atteindre les

M. Es. 1/2 *es* *1/2* *1* *AS* *Es* *2* *allal*

objectifs nationaux ainsi que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMDs) reflétés dans le CSLP et le plan d'actions prioritaires (PAP) du Gouvernement. Le CPSD s'est réuni à plusieurs reprises pour préparer la Table Ronde des Partenaires en mai 2007 et progresser dans l'harmonisation des appuis au secteur suivant une approche sectorielle (SWAP) dans la coordination de la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions dans le secteur de la Santé. Une vision commune se dégage pour faire figurer le Cadre des Dépenses à Moyens Terme (CDMT) et les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) parmi les outils nécessaires pour accompagner la mise en place de l'approche sectorielle.

Depuis Septembre 2007 le Burundi fait partie des sept pays pilotes où l'initiative de Partenariat International pour la Santé (IHP) sera mise en oeuvre. L'inclusion du Burundi parmi les pays IHP doit permettre d'améliorer la façon dont les agences internationales, les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires harmonisent et coordonnent leurs interventions en vue d'atteindre les OMDs en matière de santé.

Le Gouvernement a organisé une Mission conjointe avec ses Partenaires de développement du secteur de la santé du 23 au 31 octobre 2007 marquant le point de départ d'une véritable approche sectorielle en matière de santé au Burundi.

Le présent cadre de partenariat :

a) engage le Gouvernement et ses partenaires à améliorer l'efficacité de l'Aide dans le domaine de la santé conformément à la Déclaration de Paris. Il vise l'éclosion et le renforcement d'une stratégie sectorielle forte et cohérente pour le développement sanitaire au Burundi tout en s'inscrivant dans la philosophie des initiatives internationales, notamment :

1. Le Partenariat international sur la santé (IHP) : un « Pacte » international visant à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé, signé à Londres, le 5 Septembre 2007.
2. Les recommandations du Forum de haut niveau sur les OMD relatifs à la santé.
3. Le travail du CAD de l'OCDE pour faire de la santé un secteur phare.
4. L'approche « One UN » du Panel de haut niveau sur la cohérence d'ensemble du système des Nations Unies.
5. Les engagements récents du G8 (2005-2007) en matière de santé.
6. La déclaration d'engagement sur le SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies (2006).
7. Les recommandations de l'équipe de travail mondiale sur l'amélioration de la coordination sur le SIDA entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux.
8. Les politiques de développement de l'Union Européenne, notamment celles qui ont trait aux « Contrats OMD » et les travaux en cours de la Commission Européenne sur l'harmonisation, l'alignement et la coordination de l'aide parmi les Etats membres.
9. Le nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) : stratégie sanitaire.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including the name 'allal' and the number '3'.

10. L'engagement (à Abuja en 2001) des Chefs d'état de l'Union Africaine d'atteindre l'objectif de 15% du budget annuel alloué à la santé.

b) traduit l'engagement du Gouvernement du Burundi et de ses partenaires en collaboration avec la société civile de faire face aux défis auxquels le système de santé au Burundi est confronté.

II. RESULTATS ATTENDUS.

L'accélération de la mise en œuvre du CSLP et de l'atteinte au Burundi des OMDs relatifs à la santé constitue l'objectif commun à tous les partenaires du secteur. Elle passera par la mise en œuvre effective du PNDS selon l'approche sectorielle SWAP.

Plus spécifiquement, les résultats intermédiaires ci-après sont attendus :

1. L'efficacité de l'aide internationale est améliorée, grâce à une concertation mutuelle accentuée qui mène à moins de duplications, plus d'harmonisation, et une utilisation mieux focalisée des ressources (augmentées) allouées au secteur de la santé pour la mise en œuvre du PNDS.
2. Les services de santé à la population sont améliorés quantitativement et qualitativement grâce à :
 - un renforcement des capacités des instances publiques à concevoir, planifier, mettre en œuvre et évaluer une stratégie cohérente et efficace ;
 - un accroissement de la quantité, de la qualité et de la stabilité des ressources humaines dédiées à la santé, ainsi qu'une gestion cohérente et transparente de ces ressources ;
 - un accroissement des ressources financières dédiées à la santé et une amélioration de la prédictibilité de ces ressources, de même que leur gestion efficiente, cohérente et transparente ;
 - un accroissement et une amélioration de la qualité et de la disponibilité des équipements, des intrants, et des médicaments ;
 - une réduction des barrières financières pour les plus démunis ;
 - une amélioration de la transparence et l'efficience de la gestion des ressources matérielles dédiées à la santé.

Les objectifs du PNDS ainsi que les indicateurs-clés de résultats pour le suivi de la mise en œuvre de l'approche sectorielle SWAP sont repris dans la section 7 du présent cadre de partenariat

Handwritten signatures and initials:
A large collection of handwritten signatures and initials in black ink, including names like 'CS', 'AS', 'EF', and 'M', along with a date '2011' and the number '4'.

III. ENGAGEMENTS COLLECTIFS.

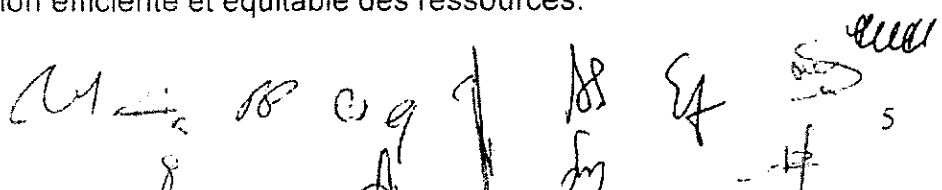
Pour aboutir à ces résultats, les parties signataires souscrivent collectivement à :

1. S'engager dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide et utiliser toute aide dans un respect maximal des critères d'efficacité et d'équité.
2. Soutenir et participer au processus de développement et de mise en œuvre d'une stratégie sectorielle globale de développement sanitaire au Burundi comme « une » seule partie prenante.
3. Contribuer sans réserve et dans la transparence à l'inventaire complet et à la mise à jour régulière des différents programmes et interventions en matière de santé au Burundi incluant toutes les contributions internes et externes.
4. Intensifier la concertation, la coordination, et la collaboration autour des priorités nationales dans le secteur de la santé (en particulier les ressources humaines, le financement de la santé et les médicaments) en vue de contribuer de manière plus efficace au développement des capacités nationales et à l'amélioration de tous les services de santé et des résultats en matière de santé au Burundi, avec une augmentation de l'utilisation des services de santé.
5. Evaluer annuellement leurs engagements respectifs et les performances de leurs interventions selon le principe de redevabilité mutuelle en se référant à un cadre commun d'évaluation.
6. Veiller à ce que les cadres de Concertation et de Coordination soient dotés des appuis et moyens leur permettant de fonctionner effectivement.

IV. ENGAGEMENTS GOUVERNEMENTAUX.

Le Gouvernement du Burundi prend les engagements suivants :

1. Augmenter progressivement le financement public des soins de santé pour respecter l'engagement pris par les Chefs d'Etat de l'Union Africaine (réunion d'Abuja en 2001) en vue de progresser vers l'atteinte de l'objectif de 15% du budget annuel alloué à la santé.
2. Développer des mécanismes souples, efficaces et transparents de gestion de ressources (humaines, financières et autres) à tous les niveaux pour garantir un système de santé fonctionnel, efficace et équitable à même d'assurer des prestations de service de qualité à tous, y compris aux plus démunis et aux plus vulnérables.
3. Veiller à l'allocation efficiente et équitable des ressources.



Handwritten signatures and initials of the signatories, including names like 'M. N. B. C. G. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.' and other illegible marks.

4. Mettre en oeuvre le PNDS, partie intégrante du CSLP, pour orienter le développement du système de santé et rationaliser les ressources dans le secteur.
5. Réformer les programmes verticaux existants consacrés à la santé pour arriver à une meilleure intégration, synergie et coordination, et à un renforcement des responsabilités transversales du MSPLS.
6. Renforcer les services de santé à base communautaire et familiale, en les associant à la gestion au niveau décentralisé (les Districts Sanitaires) via les Comités de Pilotage de District et au niveau périphérique (les Centres de Santé) via les Comités de Santé. Impliquer la société civile et les bénéficiaires dans la mise en oeuvre des stratégies de développement sanitaire.
7. Renforcer la collaboration intersectorielle dans la planification et la mise en oeuvre des stratégies de la santé.
8. Rendre compte aux citoyens et aux bailleurs de fonds des progrès réalisés vers l'atteinte des cibles fixées et dans le déboursement des montants prévus au budget national.
9. Inviter tous les partenaires nationaux et internationaux du développement sanitaire y compris le secteur privé à adhérer aux termes de ce cadre de partenariat.

V. ENGAGEMENTS DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Les partenaires techniques et financiers signataires prennent les engagements suivants :

1. Soutenir et encourager l'adoption et l'utilisation des processus communs pour supporter la stratégie globale de développement sanitaire au Burundi telle que tracée par le Gouvernement, et inscrire les actions que l'on finance et financera dans cette stratégie.
2. Mettre en oeuvre des mécanismes de vérification et d'allocation efficiente des ressources vers les activités pour permettre l'atteinte des OMD.
3. Encourager et accompagner le Gouvernement dans la révision et la mise en oeuvre des interventions de santé pour arriver à une meilleure intégration, synergie et coordination, et à un renforcement des responsabilités transversales et intersectorielles du MSPLS.
4. Rendre compte au Gouvernement et aux citoyens des progrès réalisés dans les déboursements et la mise en oeuvre de l'appui à la stratégie nationale de santé et vers l'atteinte des cibles fixées.

5. Renforcer de façon concertée les capacités des services concernés : le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre la SIDA et le Ministère de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement dans la mise en œuvre de l'approche sectorielle, ainsi que de son monitoring et évaluation.

VI. STRUCTURE DE CONCERTATION ET COORDINATION

En concertation avec les instances de coordination nationale : le Groupe de Coordination des Partenaires (GCP), le Secrétariat Permanent du Comité national de coordination de l'aide (CNCA-SP), et le Cadre de concertation des Partenaires pour la santé et le Développement (CPSD), il sera créé un organe technique multisectoriel permanent impliquant les partenaires et les ministères techniques concernés, pour des missions spécifiques dans le pilotage et le suivi évaluation du développement sanitaire au Burundi en commun accord avec les partenaires.

Cet organe technique multisectoriel permanent du CPSD organisera des groupes de travail thématiques pour analyser des questions transversales telles que le financement, les ressources humaines, les médicaments essentiels, les infrastructures sanitaires, le système d'information sanitaire, la gestion et planification, le suivi et évaluation, la santé communautaire, et autres. Leurs propositions techniques concrètes et détaillées seront soumises à l'évaluation et l'approbation du CPSD avant leur mise en application.

La concertation régulière des partenaires aux niveaux intermédiaire et périphérique sera redynamisée et un dialogue entre les différents niveaux sera organisé.

VII. SUIVI ET ÉVALUATION DES RÉSULTATS

L'organe technique multisectoriel permanent du CPSD à travers ses groupes de travail thématiques a la responsabilité d'organiser le suivi régulier des termes et résultats de ce Cadre de partenariat, et il prépare la réunion annuelle des parties signataires de ce cadre de partenariat.

Les parties signataires procéderont à l'examen des progrès réalisés par rapport aux engagements au cours de leur réunion annuelle. Ce faisant, les indicateurs ci-dessous seront utilisés afin d'assurer le suivi et évaluation de la stratégie sectorielle globale.

a) Indicateurs de processus

Le Gouvernement et les partenaires se concentreront particulièrement sur les indicateurs de la déclaration de Paris ci-dessous (qui sont des indicateurs à mesurer à l'échelon national et à suivre à l'échelon international). Une collaboration particulière sera entreprise avec le GCP et le CNCA-SP, pour mesurer la progression de ces indicateurs dans le domaine de la santé notamment en matière d'appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats et responsabilité mutuelle.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including names like 'M', 'S', 'A', 'B', 'E', 'L', 'A', and '7'.

1. L'appropriation

Indicateur 1 : stratégies de développement opérationnelles.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : Au moins 75 % des partenaires signataires du présent cadre de partenariat ont des stratégies de développement opérationnelles.

2. L'alignement

Indicateur 3 : apports d'aides alignés sur les priorités nationales.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : Réduire de moitié la part des apports d'aide au secteur public qui n'est pas comptabilisée dans le budget national (au moins 85 % des apports d'aide étant comptabilisés dans le budget).

Indicateur 4 : renforcement des capacités par un soutien coordonné.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : 50 % des apports de coopération technique sont mis en oeuvre dans le cadre de programmes coordonnés conformes aux stratégies nationales de développement.

Indicateur 6 : renforcer les capacités en évitant les structures parallèles de mise en oeuvre.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : Réduire des deux tiers le nombre d'unités parallèles de mise en oeuvre des projets.

Indicateur 7 : l'aide est davantage prévisible.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : Réduire de moitié la part de l'aide dont le montant n'est pas disponible au début de l'exercice budgétaire pour lequel il est prévu.

3. L'harmonisation

Indicateur 9 : Utilisation des procédures ou des dispositifs communs.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : 66 % des apports d'aide est fourni dans le cadre d'approches fondées sur des programmes.

Indicateur 10 : Encourager les analyses conjointes.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : (a) 40 % des missions sur le terrain des donateurs signataires du présent cadre de partenariat sont effectuées conjointement. (b) 66 % des travaux analytiques par partenaires signataires du présent cadre de partenariat sont effectués conjointement.

4. Gestion axée sur les résultats

Indicateur 11 : cadres orientés vers les résultats.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : Réduire d'un tiers la proportion de partenaires signataires du présent cadre de partenariat qui n'ont pas de cadres d'évaluation des performances transparents et se prêtant à un suivi.

5. Responsabilité mutuelle.

Indicateur 12 : évaluation mutuelle des progrès.

OBJECTIFS-CIBLES POUR 2010 : Tous les partenaires signataires du présent cadre de partenariat se soumettent à des évaluations mutuelles.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller initials in the middle, and a signature on the right with the number 8 below it.

b) Indicateurs des résultats

Les indicateurs des résultats retenus sont :

1. Taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires.
2. % des accouchements en milieu de soins.
3. Nombre de couples année-protection (PF).
4. % de femmes enceintes séropositives bénéficiant des services PTME.
5. Couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3

Un effort particulier sera porté sur la mesure des résultats intermédiaires qui sont mentionnées dans l'article II : 'résultats attendus', afin d'évaluer la progression.

VIII. DISPOSITIONS GENERALES

Le présent Cadre de partenariat

- sera soumis à une révision annuelle justifiée par une situation changeante et donc des besoins fluctuants.
- ne sera, en aucun cas, en contradiction avec les stratégies officielles du Gouvernement du Burundi et de ses partenaires concernés.
- pourra être modifié avec le consentement écrit de toutes les Parties. Chaque Partie s'engage à examiner attentivement tout amendement au présent Cadre de partenariat proposé par une autre Partie. Tout amendement accepté sera considéré comme faisant partie intégrante du présent Cadre de partenariat.

Les Parties s'engagent à se consulter sur toute question relative au présent Cadre de partenariat.

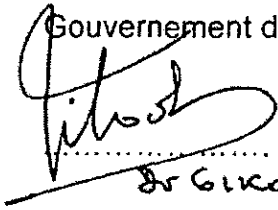
Si un différend survient entre les signataires en ce qui concerne l'interprétation, l'application ou la mise en œuvre du Cadre de partenariat, les signataires se consulteront au sein du CPSD afin de parvenir à un règlement à l'amiable.

Les engagements du présent Cadre de partenariat ne sont pas opposables.

Handwritten signatures and initials of the signatories, including names like 'CP', 'BB', 'CS', 'Eg', 'L', 'B', 'E', 'S', and 'AF'.

Signataires

Gouvernement du Burundi :



Le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA

Dr Gikoro Emmanuel 22.02.08

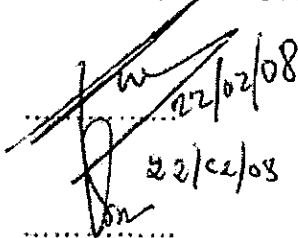


Le Ministre de l'Economie, des Finances et de la Coopération au

Développement = Elchilde NDIRIKUMANA

22-02-2008

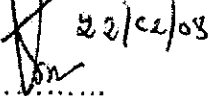
Partenaires de développement :



22/02/08

Le Représentant de l'OMS au Burundi

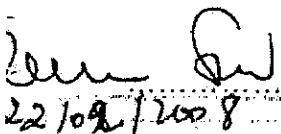
Dr T.C. Manziha



22/02/08

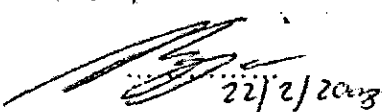
Le Représentant de l'UNICEF au Burundi

Chief Bengelonde
Chargé de Bureau



22/02/2008

Le Représentant de la Banque Mondiale au Burundi



22/2/2008

Le Représentant du l'UNFPA au Burundi

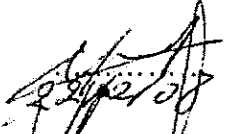
Barbara Prozza-Georg



22.02.08

Le Représentant de DFID au Burundi

SUE HODGWOOD



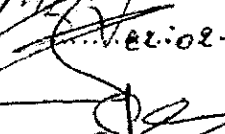
22/02/08

Le Représentant de la Délégation de la CE au Burundi



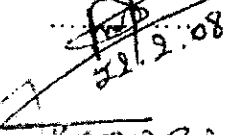
22/2/08

Le Représentant de la Coopération Suisse pour le Burundi



22.02.08

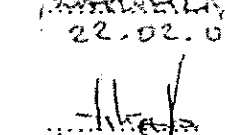
Le Chef de mission de CORDAID au Burundi Michel Bossuyt



22.2.08

Le Représentant de PSI au Burundi

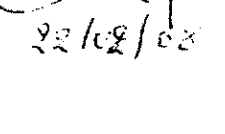
P.O. Franine Simbabwe



22.02.08

Le Représentant de IMC au Burundi

Famouna KAMAZA



22/02/08

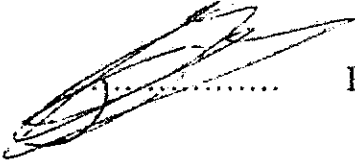
Le Représentant de AHA au Burundi

ASKALE BINOGA

Signataires (suite) :



Pour le Royaume de Belgique, François Cornet d'Elzius, Ambassadeur



Pour la Coopération au Développement de la France

C. DELA WOEVRE

.....

Pour la Coopération au Développement de l'Italie

.....

.....

.....