



FR

Cette action est financée par l'Union européenne

ANNEXE 1

de la décision de la Commission relative au programme d'action annuel 2016, première partie,
en faveur de Burkina Faso à financer sur le 11^e Fonds européen de développement

Document relatif à l'action pour le programme d'appui à la politique sectorielle santé II

INFORMATIONS À L'INTENTION DES DEMANDEURS DE SUBVENTION POTENTIELS

PROGRAMME DE TRAVAIL RELATIF AUX SUBVENTIONS

Le présent document constitue le programme de travail relatif aux subventions au sens de l'article 128, paragraphe 1, du règlement financier (UE, Euratom) n° 966/2012, applicable au FED en vertu de l'article 37 de l'annexe au règlement (UE) 2015/323, à la section suivante en ce qui concerne les appels à propositions: 5.4.1.

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	Programme d'appui à la politique sectorielle santé II Numéro CRIS: BF/FED/038-564 financé par le 11 ^e Fonds européen de développement	
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	Burkina Faso L'action sera menée à l'endroit suivant: Burkina Faso	
3. Document de programmation	Programme indicatif national 2014-2020	
4. Secteur de concentration/domaine thématique	Santé	Aide Publique au Développement : OUI
5. Montants concernés	Coût total estimé (indicatif): 85 510 226,31 EUR Montant total de la contribution du FED : 84 000 000 EUR dont: <ul style="list-style-type: none">• 70 000 000 EUR au titre de l'appui budgétaire;• 13 200 000 EUR au titre de l'appui complémentaire• 800 000 EUR audit, évaluation, imprévus La présente action est cofinancée par des bénéficiaires de subvention potentiels pour un montant indicatif de 210 526,31 EUR.	

	Le Pays partenaire contribue au financement de l'action pour un montant indicatif de 1 000 000 EUR.			
6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre	Appui budgétaire Gestion directe – appui budgétaire: contrat de réforme sectorielle Modalité de projet Gestion directe – appel à propositions Gestion indirecte avec le Burkina Faso			
7. Code(s) CAD	12 - Santé 12110 - Politique de la santé et gestion administrative			
8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	Marqueurs de Rio	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Diversité biologique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»	S.O.			

RÉSUMÉ

Le Burkina Faso finit en 2016 d'exécuter le programme d'appui à la politique sectorielle santé (PAPS), financé sur le 10^e FED. Ce programme comprend un contrat de réforme sectorielle (avec des décaissements jusqu'en 2015) et une composante d'appui institutionnel.

Le programme santé du 11^e FED contribue à la couverture universelle santé et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les objectifs spécifiques 1 à 3 répondent à des problématiques spécifiques :

- (i) L'objectif spécifique 1 vise *l'amélioration de la qualité de soins* dans les centres de santé, centre médicaux et centres hospitaliers régionaux à travers une planification basée sur le résultat et dans le contexte des exemptions, de l'assurance maladie et de la décentralisation.
- (ii) L'objectif spécifique 2 vise *l'opérationnalisation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie* et l'intégration des *mesures d'exemption des enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes* dans l'assurance maladie.
- (iii) L'objectif spécifique 3 vise à *renforcer le leadership du Ministère de la santé* dans la mobilisation des ressources, la priorisation des actions et l'allocation de ressources en conséquence et le déploiement des ressources financières et humaines.

Pour mener à bien ce programme, il est aussi nécessaire d'appuyer le ministère de la santé à mener les réformes sectorielles.

1. CONTEXTE

1.1 Contexte sectoriel/national/ domaine thématique

Avec une population estimée à 17,8 millions d'habitants en 2014, le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres du monde avec un produit intérieur brut par habitant par an de 713 USD (2014). Malgré les bonnes performances économiques de ces dernières années (5,8 % en moyenne sur 2011-2014), le taux de pauvreté (40.1% en 2014) demeure élevé, malgré une légère baisse ces dernières années. Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante : environ 29,1 % des enfants de 0-5 ans souffrent d'une malnutrition chronique en 2014.

Suite à l'insurrection populaire d'octobre 2014, une transition politique s'est mise en place qui s'est achevée à l'issue des élections couplées présidentielles/législatives du 29 novembre 2015.

1.1.1 Évaluation de la politique publique et cadre stratégique de l'UE

Dans la communication de la Commission européenne COM(2010)128¹, l'Union européenne réaffirme son soutien dans le domaine de la santé à la poursuite des objectifs suivants : (i) une approche basée sur les droits à la santé, (ii) en **soutien à la couverture universelle** et l'atteinte des objectifs de développement durable et (iii) par **un appui intégré au développement de politiques de santé et le renforcement de systèmes de santé**.

Le Programme indicatif national du 11^e Fonds Européen de Développement constitue la réponse de l'UE aux défis du pays autour de trois secteurs focaux : la gouvernance, **la santé** et la sécurité alimentaire et nutritionnelle, agriculture durable et l'eau. L'allocation indicative pour le Burkina Faso pour le secteur de la santé est de 80 000 000 EUR. Des appuis

¹ Communication COM(2010) 128 - Le rôle de l'UE dans la santé mondiale

supplémentaires pour les acteurs non étatiques du secteur de la santé s'élèvent à 4 000 000 EUR.

La référence en matière de politique publique au Burkina Faso adoptée en 2011, est la **Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) pour la période 2011-2015**. L'Axe 2 de la SCADD est en effet relatif à la consolidation du capital humain et la promotion de la protection sociale, mettant l'accent sur la nécessité d'avoir un accès élargi des populations aux services sociaux de base tels que la santé.

Le nouveau gouvernement a entrepris la rédaction du **Plan National de Développement Economique et Social (PNDES)** pour la période 2016-2020. Après de larges consultations des parties prenantes, les priorités du programme présidentiel seront traduites dans le document, avec une adoption prévue avant la fin du premier semestre 2016. Les priorités sanitaires figureront dans la partie du PNDES afférant au capital humain.

Politique Sectorielle

Dans le domaine de la Santé, la **Politique Nationale de Santé**, document de référence pour le Burkina Faso adoptée en 2011, est basée sur des fondements, valeurs et principes dont les

stratégies de soins de santé primaires et les engagements du gouvernement vis-à-vis de la

communauté internationale. Elle est opérationnalisée à travers le **Plan national de**

développement sanitaire 2011-2020 (PNDS) qui a aussi été adopté en 2011. La révision du

PNDS en 2016 prendra en compte les objectifs de développement durable (ODD). Les actions du PNDS sont décrites en 8 orientations stratégiques: (i) le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé; (ii) l'amélioration des prestations de services de santé; (iii) le développement des ressources humaines pour la santé; (iv) la promotion de la santé et lutte contre la maladie; (v) le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé; (vi) l'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire; (vii) la promotion de la recherche pour la santé; (viii) l'accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Dialogue sectoriel

Depuis 2012, le cadre de dialogue sectoriel est conforme au dispositif de suivi-évaluation de la SCADD. En effet, le comité de suivi du PNDS correspond au **Cadre Sectoriel de Dialogue "Santé et Nutrition"** (décliné en six Commissions techniques thématiques) et s'appuie sur des revues annuelles sectorielles. Avec les contributions de ces commissions thématiques, composées d'acteurs du Ministère de la santé et de secteurs connexes, de représentants des partenaires techniques et financiers et de la société civile, le Cadre Sectoriel de Dialogue élabore une appréciation participative des performances du secteur Santé pour l'année écoulée, identifie les goulots d'étranglement ayant nuit à l'atteinte des objectifs et définit/actualise les priorités pour les années à venir.

Suivi des performances

Le cadre de suivi du PNDS constitue le cadre de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la politique de santé. L'appréciation des résultats à travers 48 indicateurs clés permet

d'apprécier les progrès atteints. Au plan national, la SCADD reprend quelques indicateurs de cadre de suivi-évaluation et assure l'atteinte des cibles attendues. Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) relevant du Ministère de la Santé, produit régulièrement les annuaires statistiques et tableaux de bord. La qualité des données ainsi que le champ de couverture (secteur public et privé) et leur complétude se sont notablement accrus.

Toutefois, l'analyse des variations géographiques reste limitée. Il n'existe pas d'approche de planification et de financement pour remédier aux faiblesses structurelles des districts sanitaires ayant les performances les plus faibles.

Analyse budgétaire

Le secteur de la santé, comme les autres secteurs sociaux, a bénéficié d'une allocation croissante en valeur nominale et proportionnelle durant la période 2009-2013. La dépense sanitaire du secteur de la santé est passée de 64,7 milliards FCFA en 2009 à 92,5 milliards FCFA en 2014. Une baisse relative et absolue en 2015 s'explique principalement par le contexte politique, fiscal et économique qui a eu pour conséquence une forte contraction budgétaire. Il faut en outre noter que le montant annuel apporté par l'aide extérieure est très fluctuant.

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de la santé représentent une part de 7% des dépenses totales du budget de l'Etat financé sur ressources internes, un niveau stable sur la période 2009-2014. Après reclassement des dépenses, on note une augmentation nette et continue des dépenses de personnel qui sont passées de 34 milliards FCFA en 2009 à 62 milliards FCFA en 2014 (+82%). Cette augmentation est liée à un accroissement des effectifs (qui sont passés de 19.000 à 24.000 agents entre 2010 et 2014) ainsi qu'à une augmentation des rémunérations et la mise en œuvre des mesures sociales.

Les dépenses d'investissement (sur ressources internes) dans le secteur Santé ont également progressé mais de façon fluctuante, représentant entre 20 et 25% de la dépense sectorielle totale entre 2009 et 2013, avant de nettement diminuer en 2014 et 2015.

La mise à disposition des allocations budgétaires est tardive notamment pour les transferts vers les hôpitaux et communes et pour les subventions aux soins. Ces retards créent de nombreuses difficultés en termes de gestion des services locaux et a un impact négatif sur la qualité des soins. En aval, ceci provoque un endettement des formations sanitaires vis-à-vis de la centrale d'achat de médicaments essentiels (CAMEG) qui survit grâce à des crédits fournisseurs très importants.

L'Union Monétaire de l'Afrique de l'Ouest a recommandé l'introduction du budget par programmes. Jusqu'à présent le budget reste exprimé par objet mais les secteurs préparent déjà un projet de budget programme en parallèle. En accompagnement de la politique sectorielle, le budget programme du Ministère de la santé pour la période 2015-2017 est bâti autour de trois programmes: (i) le programme "**accès aux services de santé**" qui a pour objectif d'assurer le financement et la disponibilité des ressources sanitaires (formation personnel, régulation et dons de médicaments, subventions aux soins, infrastructures, information sanitaire), (ii) le programme "**prestations des services de santé**" vise à réduire la morbidité et la mortalité par une meilleure prévention, des soins efficaces et un changement des comportements à travers des activités de lutte contre la maladie et de santé de la reproduction, des activités communautaires, des activités d'assurance qualité et des contributions aux hôpitaux et (iii) le programme "**pilotage et soutien des services du Ministère de la santé**" qui vise à renforcer les capacités institutionnelles, organisationnelles, la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé.

1.1.2 Analyse des parties prenantes

Les bénéficiaires sont les usagers des services de santé. Ils sont représentés sous différentes formes : les comités de gestion des formations sanitaires, les mutuelles de santé communautaires, etc.

Les parties prenantes institutionnelles nationales sont : (i) le Ministère de la Santé et ses services aux niveaux central, régional et périphérique, (ii) le Ministère de l'Economie des Finances et du Développement et (iii) la future Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle et son ministère de tutelle le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale. L'organisation du Ministère de la Santé est de type pyramidal avec 3 niveaux: central, intermédiaire et périphérique. En 2015, le pays compte 4 Centres Hospitaliers Universitaires, 9 Centres Hospitaliers Régionaux et 70 Districts Sanitaires.

Les **collectivités territoriales** (notamment les conseils régionaux et les communes) voient leurs pouvoirs accrus à la faveur du transfert des compétences et des ressources consécutif à la mise en œuvre de la politique de décentralisation. Les formations sanitaires telles que les Centres de Santé et de Promotion Sociale, les Centres Médicaux et les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale leur ont été transférées.

Les organisations à base communautaire et d'exécution (OCBE) sont des associations servant de relais des actions visant des changements de comportement de santé. Ces associations ainsi que les organisations de la société civile actives dans le domaine de la santé qui sont organisées autour de plateforme, seront également des parties prenantes lors de la mise en œuvre de la présente action. Un certain nombre d'**ONG internationales** sont actives au Burkina Faso et sont représentées par un secrétariat permanent.

Le secteur privé est regroupé dans de nombreuses structures associatives qui ont constitué la Fédération des associations de la santé privée au Burkina Faso (FASPB). Cette faitière est l'interface entre les associations elles-mêmes ; entre elles et le ministère de la santé et entre elles et les partenaires techniques et financiers. Le privé joue un rôle de plus en plus important bien que de nombreuses structures ne soient pas légalement déclarées.

Les **partenaires techniques et financiers** les plus influents dans le secteur de la santé sont les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, UNAIDS), les bailleurs tels que la Banque Mondiale, l'USAID, les initiatives mondiales telles que le Fond mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et l'Alliance globale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Les **partenaires sociaux** sont des acteurs incontournables dans le cadre des discussions sur les mesures de rétention du personnel dans les zones défavorisées. Ils sont impliqués dans la commission thématique ressources humaines du cadre sectoriel de dialogue.

Les organisations féminines seront impliquées dans l'organisation de la veille communautaire et de la transmission au niveau politique de leurs attentes en matière de droit d'accès à la santé.

Au sein de l'Ordonnateur national, qui est le Ministre de l'Economie, des Finances et du Développement, les principaux acteurs sont la **Direction Générale de la Coopération, et la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique**. Dans ce ministère la Direction Générale du Budget est un acteur important dans le cadre de la programmation budgétaire.

1.1.3 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes

Analyse des problèmes

Progrès vers la couverture universelle au Burkina Faso

La période 2010-2015 a vu des améliorations significatives dans tous les principaux sous-secteurs : santé de la mère, nutrition et endémo-épidémies (y compris au niveau de la prise en charge du paludisme et du VIH/SIDA), mais certains résultats restent en deçà des objectifs fixés dans le cadre du PNDS et des OMD. Les évolutions de certains indicateurs se font en dent de scie (paludisme) alors que d'autres indicateurs (nutrition) semblent maintenant stagner.

Les taux de couvertures vaccinales enregistrés en 2015 sont très satisfaisants dans les 70 districts sanitaires. En termes d'utilisation des services de Planning Familial, les données du SNIS indiquent que le taux de couple année protection des méthodes contraceptives est passé de 17,4% en 2013 à 22,3% en 2015. On constate cependant des disparités régionales importantes. Pour le taux accouchements assistés par du personnel qualifié atteint en 2015 est de 83,4% pour 80,5% en 2013. L'évolution du taux de réalisation des césariennes montre une lente progression. En effet il est passé de 1,9% en 2012, à 2,1% en 2013 à 2,3% en 2014 et à 2,4% en 2015. La cible de 2015 qui est de 5% est loin d'être atteinte. Des progrès ont été faits pour la mise sur traitement des patients atteints du SIDA.

De façon générale, le secteur de la santé a connu **des progrès significatifs et continus en termes d'amélioration de la couverture et de l'accessibilité géographique** (infrastructures, rayon moyen d'action) ainsi que de l'offre de soins (personnel, disponibilité en médicaments). Les principales difficultés rencontrées sont le retard de certains projets. Un nombre important de médecins et de pharmaciens ont été recrutés ces dernières années. Toutefois la répartition est très inégale. La disponibilité du médicament a considérablement augmenté mais le système d'approvisionnement reste fragile à cause de l'endettement des formations sanitaires auprès de la centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques, qui est devenue débitrice auprès de ces fournisseurs. Pour ce qui concerne la production de l'information, l'entrepôt de données (ENDOS-BF) a permis d'améliorer la qualité et la complétude de l'information sanitaire. Des enquêtes transversales sont menées selon une périodicité arrêtée. Le Ministère dispose de trois centres de recherche qui contribuent à la production des preuves scientifiques. Le lien entre les preuves scientifiques et la décision n'est toujours pas établi.

Malgré l'évolution favorable de la couverture dans son ensemble, **la qualité des prestations/suivi est encore jugée insuffisante**. Les différences entre zones géographiques existent tant dans les niveaux atteints que dans les évolutions. Un nombre de districts sanitaires souffrants de retards structurels importants ont bénéficié d'allocation en ressources humaines et financières insuffisantes. Leur performance est aussi restée très éloignée des performances nationales.

Afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services et prestations de santé jugées prioritaires, les autorités burkinabè ont retenu **des mesures de gratuité ou de subventions ciblées sur des populations et actes spécifiques**. Le nouveau gouvernement a adopté en mars 2016 la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ainsi que du dépistage des cancers féminins. Les défis liés à cette exemption sont nombreux: financement, approvisionnement en médicaments essentiels, motivation du personnel, communication aux usagers. La mesure est portée par le gouvernement et il y a donc une opportunité de lever ces défis à ce niveau. En septembre 2015, le conseil National de la Transition a adopté la loi sur le régime d'assurance maladie universelle. La Caisse nationale de l'Assurance Maladie va intégrer le secteur formel, le secteur informel, les

personnes vulnérables et les catégories bénéficiant de gratuités de soins. L'armée aura une caisse d'assurance maladie de l'armée distincte.

Le développement du système de santé s'est inscrit dans le contexte de la décentralisation et du transfert des compétences aux Collectivités Territoriales (communes et régions). Ce transfert de compétence et des fonds y afférents a été très progressif et "prudent" du fait, entre autres, d'une certaine crainte des autorités du Ministère de la santé vis-à-vis des changements induits. **Le transfert de compétences est donc considéré comme un défi pour les autorités sanitaires.**

Domaines d'appuis prioritaires

Dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD), la présente action se concentrera sur les impacts prioritaires suivants:

- Réduction de la mortalité maternelle (ODD 3.1)
- Réduction de la mortalité infantile et juvénile (ODD 3.2)
- Réduction de la mortalité liée au paludisme (ODD 3.3)
- Augmentation de la prévalence contraceptive (ODD 3.7)
- Réduction de la morbidité des maladies liées à l'eau (ODD 3.9)
- Réduction de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (ODD 2.2)

Des réformes importantes sont donc attendues de la part des parties prenantes pendant les prochaines années, réformes qui pourront faire l'objet d'appui de l'UE.

Le renforcement de l'offre de soins dans le contexte de la décentralisation

Ce renforcement de l'offre de soins doit s'opérer dans un nouvel environnement externe caractérisé par les exemptions de paiement, un transfert de compétence en santé aux collectivités territoriales et la mise en place de l'Assurance maladie universelle. L'augmentation de la qualité des soins en santé primaires est tributaire d'une meilleure gestion de moyens de l'état en matière de ressources humaines et financières, de systèmes de gestion notamment pour l'approvisionnement en médicament et pour l'équipement et les infrastructures. Elle passe également par la mise en œuvre de réformes internes au secteur de la santé comme l'obligation d'une gestion axée sur les résultats pour les districts sanitaires, les mécanismes de rétention du personnel et les démarches d'assurance qualité. La coordination des activités menant à l'amélioration de la qualité des soins nécessite une bonne coopération entre les différentes entités administratives. Une équipe de projet ad hoc et un comité de suivi permettront d'impliquer les différents directions et ministères.

L'allocation de ressources sanitaires

Les expériences pilotes ne sont pas objectivement évaluées et le lien entre recherche et décision d'allocation de financement public est faible. L'allocation budgétaire repose de façon générale sur la réplique des années précédentes mais les changements sont largement influencés par certaines parties prenantes. Depuis 2014 des efforts sont faits pour ajuster les clés d'allocation mais il n'y a pas de démarche qui permette aux districts sanitaires avec des contraintes structurelles importantes et de faibles performances de mettre en œuvre leur plan de développement sanitaire. Un appui institutionnel est donc nécessaire pour mettre en place des mécanismes d'allocation pertinente basé sur des preuves scientifiques et de mise à disposition efficace. Par ailleurs, l'affectation de personnel dans les districts sanitaires éloignés est souvent contournée par manque de mesures de rétention. Une politique plus efficace pour la rétention de personnels pourra être soutenue par l'appui budgétaire. Compte

tenu de l'importance des allocations de l'UE aux initiatives globales (GFATM, GAVI), il est nécessaire de fournir des appuis qui favorisent l'intégration de ces financements dans les soutiens à l'offre de soins et l'assurance maladie.

La mise en place de l'assurance maladie

En juillet 2015, la loi sur l'assurance maladie universelle a été adoptée par le Conseil National de Transition. En 2016 une phase pilote dans le cadre du programme 10^e FED offrira une simulation pour les opérations de l'AMU, en attendant un début d'opérationnalisation de la Caisse d'Assurance maladie universelle sera mis en place. Une intégration sera prévue avec les mesures de gratuité en cours de mise en œuvre par le gouvernement.

Droit à la Santé

Défendre le droit à la santé, en termes d'accès et de qualité, exige l'émergence d'une capacité de veille communautaire et de dialogue au niveau de la société civile. Des actions pourront être financées notamment pour la défense des droits à la santé de la mère et des enfants.

1.2 Autres domaines d'évaluation

1.2.1 Valeurs fondamentales

Dans le cadre de la programmation 11^e FED, une analyse approfondie de la situation du Burkina Faso au regard des valeurs fondamentales a été effectuée en octobre 2013 par la Délégation de l'Union européenne. Il en ressortait qu'il n'y avait pas eu de violations notables de ces valeurs fondamentales ni des engagements du Burkina Faso. Le pays est signataire des principales conventions internationales et la Constitution et les lois nationales offraient un cadre légal approprié pour le respect de ses valeurs fondamentales. Cependant, il avait été noté que l'opérationnalisation des engagements du gouvernement se heurtait parfois à un manque de ressources financières et humaines.

Les droits fondamentaux sont couverts au Burkina par l'article 2 de la Constitution. Pour ce qui concerne la torture, la législation nationale garantit l'inviolabilité des personnes placées en détention préventive ainsi que les personnes condamnées à une peine privative de liberté. Cependant, des cas de violences et tortures avaient pu être relevés dans les maisons d'arrêt ou commissariats de police.

Pour ce qui concerne la peine de mort, le Burkina est un pays abolitionniste *de facto* : la peine de mort est prévue par le code pénal, et des condamnations à mort sont quelquefois prononcées, mais aucune n'a été exécutée depuis 1998.

Concernant la démocratie, Burkina Faso après l'insurrection populaire d'octobre 2014, Burkina Faso a su faire montre d'une maîtrise de ses processus électoraux lors des derniers scrutins présidentiel et législatif de novembre 2015. Les processus électoraux au Burkina Faso peuvent être considérés comme suffisamment solides et crédibles, même si le taux de participation réelle aux scrutins reste modeste.

Concernant l'état de droit, l'appareil judiciaire et le personnel qui l'anime sont régis par des textes plus ou moins cohérents, et basés sur les principes de l'indépendance du juge, de l'égalité de tous devant la justice, de la gratuité de la justice, du double degré de juridiction et de la collégialité. La question de l'indépendance de la justice a connu un tournant pendant la période de Transition mais reste sujette aux pressions économiques même si d'importantes réformes sont en cours pour corriger ces dysfonctionnements.

Le système d'application des lois est en place mais se heurte souvent à des contraintes en termes de ressources humaines et matérielles. Si ce secteur a connu des progrès au cours des dernières années, il n'en demeure pas moins vrai que, pour plusieurs personnes, l'accessibilité

à la justice reste toujours très difficile, pour des raisons d'ordre physique, psychologique et financier.

Les préoccupations soulevées dans l'analyse quant à la traduction de la volonté politique en actions concrètes continueront, bien sûr, d'être suivies attentivement lors du dialogue politique avec le pays partenaire.

1.2.2 Politique macroéconomique

Croissance. Sur la période 2010-2015, le taux de croissance économique moyen est de 6 %. Depuis 2014, le contexte macroéconomique se caractérise par un climat socio-politique incertain et par une orientation défavorable des cours des matières premières exportées (or et coton). En revanche, la baisse du cours international des hydrocarbures joue favorablement sur la facture énergétique. Ainsi, en 2014 et 2015, les taux de croissance initialement projetés ont été ajustés à la baisse pour s'établir à 4 %. Pour les années suivantes, il est attendu une amélioration : 5,2 % en 2016, et 6 % pour 2017 et 2018. Du fait de l'appartenance du Burkina Faso à la zone franc, l'inflation n'est pas un enjeu majeur au Burkina Faso.

Dette. La dette publique représente environ 30 % du PIB en 2015 (respectant ainsi la norme communautaire de l'Union économique et monétaire Ouest africaine de 70% maximum). Suite à des améliorations en matière de gestion de la dette et grâce à la forte augmentation des exportations d'or, le Burkina Faso a récemment bénéficié d'un reclassement de sa dette, passant d'un risque élevé de surendettement à un risque modéré. Cela a pour conséquence un accès élargi à des prêts concessionnels et un accès (restreint) à des prêts non concessionnels. A long terme le FMI anticipe une diminution des exportations minières et un accroissement de la dette notamment non concessionnelle. Selon les tests réalisés, le ratio "valeur actuelle de la dette / exportation" atteint donc les limites fixées en 2029.

Relation avec le FMI. Les quatrième et cinquième revues du programme FEC (Facilité Elargie de Crédit) ont eu lieu en mars/avril 2016. Le communiqué de presse publié à l'issue de cette revue mentionne que : "En dépit d'un contexte difficile, le programme économique du pays reste globalement en bonne voie avec tous les critères quantitatifs de performance observés. Les repères structurels continuent également d'être mis en œuvre progressivement". La mission et les autorités ont discuté de réformes qui permettraient au secteur de l'énergie tout entier de bénéficier de la baisse significative des prix mondiaux du pétrole. Les conclusions de ces deux revues combinées ont été adoptées par le Conseil d'Administration du FMI en juin 2016. La dernière revue du programme en cours est programmée pour septembre 2016.

Budget. Malgré le contexte politique, les budgets 2015 et 2016 ont été adoptés dans les délais légaux. Cependant, le budget initial 2016 adopté sous le gouvernement de transition a été révisé par le gouvernement découlant des élections de la fin 2015. Ainsi, après la baisse du budget en 2015, le nouveau gouvernement a opté pour un budget 2016 remanié assez volontariste. En pourcentage du PIB (projeté à 7 013 milliards FCFA), les recettes du projet de budget sont de 23% et les dépenses de 27,4%, aggravant le besoin de financement qui atteint plus de 302 milliards FCFA (4,3% du PIB) soit le plus important jamais enregistré dans une loi de finances au Burkina Faso. . Dans ce nouveau budget, les investissements financés sur ressources propres qui avaient été fortement réduits en 2015 enregistrent une forte hausse de 21%. Le budget 2016 qui est très volontariste est cohérent avec les engagements pris par le gouvernement de transition et avec les promesses électorales du nouveau président notamment en matière d'emplois des jeunes et de gratuité des soins. Il prévoit également des mesures pour le secteur coton et pour l'apurement des arriérés de

factures fournisseurs pour une relance du secteur privé. Le financement reste cependant un vrai défi pour le nouveau gouvernement face à une pression sociale qui ne faiblit pas depuis l'insurrection populaire d'octobre 2014. Le recours de plus en plus important aux emprunts obligataires, qui devrait s'accroître sur la période 2017 – 2020 pour la mise en œuvre du PNDES, entraîne une pression plus forte sur le service de la dette à cause des taux d'intérêt et des courts délais de maturité. En attendant de disposer d'un cadrage définitif sur la période 2017 – 2020, le projet de Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle (DPBEP) 2017 – 2020 adopté en conseil des ministres du 22 juin 2016 projette une hausse sensible du taux de pression fiscale pour atteindre plus de 19% en 2019. Malgré cela, le déficit global serait largement supérieur à la limite de 3%. Il est projeté plus de 5% sur la période.

Conclusion: malgré les différents chocs auxquels est soumis le pays, le cadre macroéconomique reste stable et il existe un programme crédible visant à maintenir cette stabilité. Il est estimé que ce critère d'éligibilité est respecté.

1.2.3 Gestion des finances publiques (GFP)

La **Politique sectorielle de l'économie et des finances (POSEF)** actuellement mise en œuvre a été adoptée en 2011. Elle s'est construite sur les bases solides d'une décennie de réforme, intégrant les leçons du Plan d'actions pour le renforcement de la gestion budgétaire (PRGB) portant sur la période 2002 – 2006 et de la Stratégie de renforcement des finances publiques (SRFP) portant sur la période 2007 – 2011.

Elle poursuit sept objectifs spécifiques sectoriels, qui couvrent les différents domaines d'un système de finances publiques: i) renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du ministère de l'économie et des finances; ii) promouvoir une gestion économique moderne et performante; iii) améliorer le recouvrement et la gestion des ressources budgétaires; iv) promouvoir une gestion efficace et transparente de la dépense publique; v) améliorer l'efficacité de la gestion des comptes publics et des systèmes financiers; vi) renforcer le contrôle des finances publiques et la lutte contre la fraude, le faux et la corruption; et vii) améliorer la gestion des relations économiques et financières internationales. Au niveau opérationnel, un plan d'action triennal glissant permet de mesurer les progrès et d'évaluer le système des finances publiques du pays.

Plusieurs autres stratégies et politiques existent dans des domaines spécifiques et concourent également à la mise en œuvre de la POSEF. C'est le cas de la Stratégie Nationale de Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme (SN-LBC/FT), la Politique Nationale d'Endettement et de Gestion de la Dette Publique (PNEGDP), la Stratégie Nationale du Développement de Microfinance (SNMF), la Stratégie Nationale de Promotion des Pôles de Croissance (SNPPC), la Politique Nationale de Promotion du Partenariat Public Privé (SNPPPP), etc.

La POSEF reste pertinente dans tous les domaines de la gestion des finances publiques. Son dispositif de mise en œuvre permet de prendre en compte les faiblesses identifiées dans les différents diagnostics. La stratégie de réforme des finances publiques est jugée suffisamment crédible grâce notamment à la capacité du gouvernement à maintenir un bon niveau de dialogue et à obtenir des résultats satisfaisants. La mise en œuvre des différents programmes de réforme a permis d'améliorer progressivement la gestion des finances publiques au Burkina Faso. Le rapport final du PEFA 2013 montre une bonne évolution dans l'ensemble. Neuf indicateurs se sont globalement améliorés: 6 ont augmenté et 3 se sont améliorés (avec un signe +).

Cependant, le rythme de mise en œuvre des réformes s'est sensiblement ralenti les deux dernières années. En outre, de nombreux défis sont à relever parmi lesquels: (i) la maîtrise des prévisions budgétaires afin de renforcer la crédibilité globale du budget, (ii) l'amélioration de l'accès du public aux informations budgétaires (iii) le renforcement du contrôle externe car l'Assemblée nationale mène peu d'enquêtes parlementaires et la couverture des contrôles de la Cour des comptes reste encore faible.

En matière de réformes de la gestion des finances publiques, plusieurs chantiers en souffrance depuis quelques années ont connu un aboutissement au cours de la période de transition politique et depuis le nouveau gouvernement issu des élections de novembre 2015. C'est le cas de l'adoption en 2015 de la nouvelle loi portant prévention et répression de la corruption ainsi que de la nouvelle loi organique relatives aux lois de finances (LOLF) en application des directives du cadre harmonisé des finances publiques de l'UEMOA. De même l'Autorité supérieure de contrôle d'Etat et de lutte contre la corruption a bénéficié d'une réforme du cadre législatif renforçant son rôle, son autonomie financière ainsi que sa capacité à se doter d'un personnel suffisant et efficace. En 2016, le gouvernement a adopté un projet de loi organique relative à la Cour des comptes lui permettant d'être plus efficace. La promulgation de la LOLF en avril 2016 a permis d'internaliser la quasi-totalité des directives de l'UEMOA, ce qui a permis au pays de prévoir un basculement vers le budget de programme dès janvier 2017. La mise en œuvre devrait en particulier améliorer la gestion des dépenses d'investissement. Seule la Directive portant plan comptable des collectivités territoriales n'a pas encore été transposée dans le droit national.

Mise à part les difficultés budgétaires actuelles, la mise en œuvre du programme de réforme a permis ces dernières années d'améliorer la situation des recettes avec cependant de grands défis au niveau de la fourniture de services publics. Selon les données du FMI, les recettes fiscales ont connu une croissance rapide, passant de 12,5% du PIB en 2007 à 16,5% en 2013. A cause de la situation sociopolitique du pays, la tendance haussière des performances dans la mobilisation des recettes internes s'est estompée et le taux de pression fiscale est retombé autour de 15,2% depuis 2014. Avec le retour à une situation politique normale, les défis de la mobilisation des recettes internes se posent en plus de ceux liés au renforcement des capacités de l'État en matière d'exécution des dépenses d'investissement particulièrement.

Conclusion: La politique sectorielle de finance publique est pertinente et crédible. Il est estimé que le critère d'éligibilité est respecté.

1.2.4 Transparence et contrôle du budget

La première évaluation du point d'entrée pour ce critère par la Délégation de l'Union européenne au Burkina Faso a été jugée satisfaisante, **les principaux documents budgétaires étant publiés dans des délais raisonnables** sur le site de la Direction générale du budget ou sur le site du Ministère de l'économie et des finances (Cadre budgétaire à moyen terme, circulaire budgétaire, avant-projet, projet de budget, loi de finances initiale, loi de règlement, rapport trimestriel d'exécution du budget, plan de passation des marchés publics, etc.).

Depuis lors, cette éligibilité n'a pas été remise en cause, notamment dans le contexte post transition politique. En effet, comme pour les années précédentes, les documents budgétaires de 2015 ont tous été publiés. La loi de finances initiale 2016 a également été publiée sur le site de la Direction Générale du Budget en début d'année.

De plus, d'autres acteurs contribuent également à la transparence: ainsi, le Centre d'information, de formation et d'études sur le budget (CIFOEB), organisation de la société civile, publie des notes synthétiques sur les lois de finances et sur l'exécution budgétaire sur

son site. En outre, les rapports des principaux corps de contrôle (Autorité supérieure de contrôle d'Etat et Cour des comptes) sont publiés annuellement.

Les évaluations selon les approches internationales confirment que l'évolution de la transparence budgétaire est bonne dans l'ensemble même si de grands défis sont encore à relever. Pour rappel, les notes du PEFA de 2013 indiquent une progression (PI-10) par rapport à la situation de 2010. La notation de l'Open Budget Index a progressé de 23 à 43 entre 2012 et 2015.

Les principaux défis à court terme concernent: (i) des efforts pour publier les documents dans des délais encore plus courts, (ii) la production et la diffusion à bonne date d'un budget citoyen.

Conclusion: Il est estimé que ce critère d'éligibilité relatif à la transparence budgétaire est respecté.

2. RISQUES ET HYPOTHÈSES

Risques	Niveau de risque (E/M/F)	Mesures d'atténuation
Au niveau de la Santé <ul style="list-style-type: none"> R1. Des épidémies impactent négativement les capacités du système national de santé publique. 	M	Le programme contribuera à renforcer les capacités de ripostes du pays et la veille sanitaire.
Au niveau sectoriel <ul style="list-style-type: none"> R2. Le manque d'appropriation des réformes par les bénéficiaires visés (personnel des ministères, agences, etc.); R3. Les Initiatives Globales ne s'inscrivent pas dans le cadre stratégique national. 	M M	La Communication dans le cadre de la présente action, le dialogue sectoriel dans le cadre de l'appui budgétaire et une concertation plus accrue entre PTF du secteur. La participation de la Délégation aux organes locaux de décision (CCM et CCIA).
Aux niveaux macroéconomique et finances publiques <ul style="list-style-type: none"> R4. Des chocs exogènes affecte la stabilité du cadre macroéconomique et impacte la capacité budgétaire du pays; R5. La mise en œuvre des Budgets Programmes, notamment la gestion axée sur les résultats, est limitée par le manque de 	F M	Dialogue politique dans le cadre de l'Appui Budgétaire. Programme d'Appui à la Gestion Publiques et aux Statistiques.

capacité au sein du Ministère de la Santé; <ul style="list-style-type: none"> ▪ R6. La corruption dans le secteur limite les impacts du PNDS; ▪ R7. Les priorités de sécurité limitent l'engagement des dotations allouées au secteur de la santé. 	M M	Dialogue politique pour la mise en œuvre des mesures de lutte contre la corruption. Dialogue politique et appui institutionnel au ministère de l'économie, des finances et du développement.
Au niveau de l'assurance maladie universelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ R8. Les financements pour le tiers payant et les mesures de gratuité sont insuffisants et/ou payés en retard. 	E	Dialogue politique de la délégation et des PTF sur l'espace fiscale pour la protection sociale et en faveur d'une extension progressive de la couverture des prestations.
Hypothèses		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ H1. Les menaces sécuritaires dans la région n'affectent pas la capacité de l'Etat à assurer la fourniture de services sociaux aux populations. ▪ H2. La croissance économique du Burkina Faso reste en accord avec le cadre budgétaire à moyen terme à l'horizon 2019 ▪ H3. La Caisse nationale d'assurance maladie universelle sera créée en 2016 		

3. ENSEIGNEMENTS TIRÉS, COMPLÉMENTARITÉ ET QUESTIONS TRANSVERSALES

3.1 Enseignements tirés

Evaluation de l'Appui Budgétaire

Une évaluation de l'appui budgétaire 2009-2014 est en cours de finalisation, évaluation qui a porté une attention particulière sur le domaine de la santé. Une des conclusions de l'évaluation est qu'étant donné que l'appui budgétaire sectoriel a été accompagné par un appui institutionnel et une implication forte de la délégation de l'Union européenne, l'appui budgétaire sectoriel a eu un effet sur la formulation et la mise en œuvre des politiques sectorielles. Les recommandations de l'évaluation de l'appui budgétaire sont :

- Assurer au maximum la complémentarité entre l'appui budgétaire général, l'appui budgétaire sectoriel, l'appui institutionnel, le soutien à la société civile et l'engagement actif dans le dialogue politique;
- Restreindre le champ d'intervention sur quelques réformes sectorielles clés et concentrer le dialogue politique sur ces réformes en prenant en compte le contexte de plus en plus prégnant de la décentralisation;
- Maintenir l'attention sur les disparités géographiques et sur les politiques à mettre en œuvre pour y remédier;
- Accentuer l'attention à apporter à la prise en compte des questions d'équité et d'égalité de genre.

Evaluation de l'Appui Institutionnel

L'appui institutionnel du 10^e FED, sous forme d'assistance technique et d'appuis aux réformes, a permis d'avoir un impact sur la formulation et la mise en œuvre des politiques sectorielles et a contribué au renforcement des capacités dans le domaine de la gestion des ressources humaines, la planification opérationnelle et dans l'allocation financière.

Evaluation des interventions des initiatives globales

Pour le **Fond mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme**, la mise en œuvre du nouveau mécanisme de financement a certes amélioré la prévisibilité et la cohérence du financement, mais l'interface entre les "contrats maladies" et le renforcement des systèmes de santé sont à approfondir notamment pour les procédures pour l'approvisionnement en médicaments essentiels et pour les dons d'intrants médicaux qui peuvent déresponsabiliser les structures logistiques périphériques. En ce qui concerne le paludisme, une intégration dans l'assurance maladie universelle est à envisager.

L'Alliance globale pour les Vaccins et la vaccination (GAVI) a financé l'introduction de plusieurs nouveaux vaccins et le Burkina Faso a fait des efforts budgétaires pour financer la vaccination de routine, sans que la durabilité financière sur le long terme n'ait été évaluée.

Evaluation du Partenariat international de la santé (IHP+)

Le Burkina Faso a adhéré au Partenariat international de la santé IHP+. Un compact a été signé entre le gouvernement du Burkina Faso et 7 partenaires financiers techniques (dont l'UE) en 2012. Des évaluations annuelles ont été réalisées en 2013 et 2014. Si l'adhésion à un seul plan sectoriel, à un seul plan de suivi et à un cadre sectoriel de dialogue unique sous le leadership du gouvernement est acquise, il n'est pas établi que ce compact ait contribué à la redevabilité mutuelle, la transparence, l'alignement des partenaires sur les systèmes nationaux, et la prévisibilité de l'aide. D'autre part, la recommandation portant sur un usage plus important des appuis budgétaires n'a pas été suivie par d'autres partenaires techniques et financiers.

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

Complémentarité

Pour l'atteinte de l'objectif général de la présente action, à savoir Contribuer à la couverture universelle santé, il existe une forte complémentarité avec les autres actions prévues sur le programme indicatif national. Ainsi le programme du secteur de concentration "Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle et Agriculture Durable" contribuera à la prévention de la malnutrition. D'autre part, la santé étant fortement tributaire d'un accès à l'eau potable et des infrastructures d'assainissement, les actions du programme "Eau et Assainissement" contribueront à la réduction des maladies liées à l'eau.

Par ailleurs, le programme d'appui à la "Gestion Publique et aux Statistiques" contribuera à l'amélioration des finances publiques, condition d'éligibilité de l'appui budgétaire. Le programme d'appui à la décentralisation prévu en 2017 contribuera quant à lui à l'amélioration de la capacité des collectivités locales à contribuer à la qualité des soins.

Synergie

Il existe une synergie avec les actions de ECHO dans le domaine de la nutrition et dans le cadre du programme AGIR.

Coordination des donateurs

La coordination des partenaires intervenant dans le domaine de la santé s'inscrit dans le cadre du dispositif de suivi de la SCADD, à travers le **Cadre de Dialogue Sectoriel "Santé et Nutrition"**. Dans un esprit d'harmonisation et d'efficacité, le groupe des partenaires techniques et financiers est organisé autour d'un chef de file. Il se réunit régulièrement pour échanger autour du développement du secteur, des thématiques du système de santé et de son financement. Les partenaires du secteur participent aussi de façon active aux commissions thématiques du PNDS.

Les partenaires techniques et financiers ont lancé l'initiative d'organiser un dialogue sur le financement public du secteur dans le cadre des sessions de préparation et d'arbitrage du budget de l'Etat, ceci pour mieux intégrer leurs contributions dans la loi des finances et dans le plan d'investissement public et pour transmettre de façon coordonnée leurs attentes.

3.3 Questions transversales

La durabilité environnementale

La gestion des déchets biomédicaux produits par les formations sanitaires reste une préoccupation pour le Ministère de la santé qui a produit des normes et des procédures dont la mise en œuvre peine du fait d'un manque de ressources. L'assainissement des établissements de soins et les mesures de protection du patient sont une priorité dans les investissements.

Le genre

Le PNDS accorde une importance considérable à la santé de la mère, importance traduite par un nombre d'indicateurs de suivi et opérationnalisés par des subventions et des exemptions pour les soins maternels.

La durabilité de l'accès aux soins des femmes enceintes sera garantie par l'intégration des prestations de soins obstétricaux dans l'assurance maladie universelle. L'accès aux services de santé génésique est couvert par des financements importants d'autres partenaires (Banque Mondiale, FNUAP, Marie Stopes International).

La participation des femmes au dialogue sectoriel et la défense des droits de la femme à la santé seront garanties par une plus grande implication de la femme dans la veille communautaire et leur formation à traduire les observations faites en recommandations stratégiques.

Les droits humains liés à la santé

L'atteinte des objectifs du PNDS contribuera à l'effectivité des droits humains par une réduction des cas de mortalité maternelle et infantile.

Les changements climatiques

Les dérèglements climatiques ont des effets directs et des effets indirects sur la santé des populations comme la transmission de maladie telles que le paludisme, les méningites cérébrospinales. Les perturbations pluviométriques pourraient limiter l'accès des populations à l'eau potable et être source de maladies d'origine hydrique telles que le choléra, les shigelloses et les salmonelloses. Les inondations, le harmattan, les sécheresses fortement liés aux changements climatiques ont des effets considérables sur la santé de la population, notamment sur les infections respiratoires. L'action pourrait donc contribuer à la réduction de ces effets néfastes des changements climatiques sur la santé des populations en permettant de leur apporter les conseils et soins nécessaires.

4. DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1 Objectifs/résultats

Ce programme s'inscrit dans l'Agenda 2030. Il contribue principalement à atteindre progressivement l'objectif 3 des ODD mais il favorise aussi les progrès vers l'obtention de l'objectif 2. Cela n'implique pas d'engagement de la part du pays bénéficiaire qui bénéficie de ce programme.

L'objectif global de l'action est de contribuer **à la couverture universelle santé et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.**

Les objectifs spécifiques du programme et leurs résultats afférant sont:

- **Objectif Spécifique 1** : Améliorer la qualité de soins au niveau des formations sanitaires de premier niveau et des Centres Hospitaliers Régionaux;
 - Produit induit 1.1 : Les capacités des districts sanitaires et des collectivités locales à soutenir des soins de qualité des soins sont renforcées;
 - Produit induit 1.2 : L'infrastructure et l'équipement de 16 districts à faible performance et de 4 Centres Hospitaliers Régionaux sont renforcés;
 - Produit induit 1.3 : Le financement sur budget de l'Etat et la disponibilité dans les délais des produits de santé sont améliorés notamment pour les aliments thérapeutiques, les micronutriments, les produits sanguins et les kits de réponse aux épidémies.
- **Objectif Spécifique 2** : Opérationnaliser l'Assurance Maladie Universelle pour améliorer et pérenniser l'accès financier aux soins des enfants et des femmes enceintes à l'échelle du pays
 - Produit induit 2.1 : Le tiers paiement des prestations de soins infantiles et maternelles par l'Assurance maladie universelle est mis en place ;
 - Produit induit 2.2 : L'opérationnalité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur le plan juridique, administratif, logistique et technique est acquise ;
 - Produit induit 2.3 : Les droits à la santé de la femme et de l'enfant sont garantis par un système de veille communautaire.
- **Objectif Spécifique 3** : Renforcer le leadership du ministère de la santé en matière de priorisation basée sur l'évidence, de mobilisation, d'allocation et d'utilisation des ressources sanitaires;
 - Produit induit 3.1 : La priorisation du financement public de la santé basée sur les données factuelles a été mise en application ;
 - Produit induit 3.2 : La performance de la mobilisation, l'allocation et l'exécution du financement public de la santé a été améliorée y inclus pour le financement des initiatives globales;
 - Produit induit 3.3 : Les effectifs de personnel de santé dans les 3 régions les plus défavorisés ont été améliorés par leur redéploiement et par la mise en œuvre de mécanismes de rétention de ce personnel.

4.2 Principales activités

Les objectifs spécifiques du programme seront atteints par l'action conjointe de l'appui budgétaire et l'appui complémentaire.

4.2.1 Appui budgétaire

Un contrat de réforme sectoriel sera signé avec le gouvernement du Burkina Faso et sera caractérisé par:

- Le transfert d'un maximum de 70 000 000 EUR si les conditions de décaissement sont remplies;
- Un suivi des développements macroéconomiques;
- Un dialogue régulier sur la gestion des finances publiques et la transparence budgétaire;
- Un dialogue permanent et approfondi avec le gouvernement sur la mise en œuvre de la Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020 (PNDS);
- Un dialogue permanent et approfondi avec le gouvernement et la société civile sur la priorisation des actions et sa traduction en termes d'allocation budgétaire;
- Une coordination continue avec les autres bailleurs faisant des appuis budgétaires;
- Le suivi des indicateurs des tranches variables.

4.2.2 Appui complémentaire

Les activités complémentaires visent les résultats attendus non mentionnés en 4.2.1.

- Le renforcement des capacités des districts sanitaires et des collectivités territoriales pour l'augmentation de la qualité de soins;
- L'opérationnalisation de la Caisse nationale d'assurance maladie;
- Le développement d'un système de veille communautaire pour le renforcement des droits à la santé de la femme et de l'enfant;
- Le renforcement des capacités de priorisation et de mobilisation, d'allocation et d'absorption des ressources du secteur;
- La mise au point des mesures de rétention du personnel;
- La production d'évidences sur l'efficacité et l'efficience des mesures sectorielles prioritaires.

4.3 Logique d'intervention

Les cadres logiques sont annexés 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.

L'appui budgétaire sectoriel devra permettre la consolidation du financement de l'exemption des enfants de 0-5 ans, le financement des aliments thérapeutiques pour les cas de malnutrition aigüe sévère, le financement d'un plan d'investissement dans les districts sanitaires et centres hospitaliers à faible performance et le financement des mesures de rétention de personnel dans les 3 régions les plus défavorisées.

Un dialogue impliquant les Etats Membres, le Ministère de l'Economie des Finances et du Développement (MINEFID) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sera mené pour mieux coordonner la mobilisation des ressources financières internes. Un dialogue impliquant MS, PTF, société civile et instituts de recherche sera mené pour mieux prioriser les actions du secteur et de traduire ces priorités en termes d'allocation budgétaire. En outre, le dialogue doit soutenir la mise en place des organes de l'assurance maladie universelle, de l'allocation d'un budget de fonctionnement à la caisse nationale d'assurance maladie. Le dialogue insistera également sur la mise en œuvre des mesures pour apurer les dettes des Dépôts répartiteurs de

districts, les hôpitaux et de l'Etat envers la centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques.

L'appui institutionnel renforcera les capacités des districts sanitaires et des collectivités territoriales pour appliquer une planification axée sur les résultats, appuiera la mise en œuvre de mesures pour améliorer l'absorption des ressources financières internes et externes et pour la rétention de personnel. Des équipes de projet (taskforce) du ministère de la santé seront soutenues financièrement, un financement basé sur le résultat pour les équipes cadre de district et des coachs régionaux sera organisé et la caisse nationale d'assurance maladie bénéficiera d'une subvention pour son lancement.

Les actions de société civile permettront la mise en place d'un système de veille communautaire du respect des droits à la santé de la femme et de l'enfant et d'une production de données factuelles sur l'efficacité et l'efficience des mesures sectorielles.

Les produits indirects de ces apports sont d'abord l'amélioration de la qualité de soins au niveau des formations sanitaires de premier niveau et des centres hospitaliers régionaux.

En plus, l'assurance maladie universelle devra être opérationnelle pour assurer un tiers paiement des prestations de soins de l'enfant et de la femme enceinte

Enfin le Ministère de la santé devra être mieux outillé pour prioriser ses actions, pour coordonner la mobilisation du financement du secteur, pour allouer les fonds aux actions prioritaires et pour absorber les fonds alloués.

Ceci devra contribuer à des progrès vers la couverture universelle en particulier pour les prestations pour les enfants et femmes enceintes et en conséquence à la réduction de la mortalité de ces cibles.

5. MISE EN ŒUVRE

5.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire, tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE.

5.2 Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4.2 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de **60** mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision et les contrats et accords concernés; les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications non substantielles au sens de l'article 9, paragraphe 4 du règlement (UE) 2015/322.

5.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire

5.3.1 Motivation des montants alloués à l'appui budgétaire

Le montant alloué est de 70 000 000 EUR au titre de l'appui budgétaire et de 13 200 000 EUR au titre de l'appui complémentaire. L'appui complémentaire verra l'affectation de 4 000 000 EUR à des actions de la société civile et la répartition de 9 200 000 EUR entre

l'assistance technique, le fonctionnement des projets de réforme et la mise en place de la Caisse nationale d'assurance maladie.

5.3.2 Critères de décaissement de l'appui budgétaire

a) Les conditions générales de décaissement de toutes les tranches sont les suivantes:

- progrès satisfaisants dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), et le maintien de la crédibilité et de la pertinence de cette politique;
- mise en œuvre d'une politique macroéconomique crédible axée sur la stabilité;
- progrès satisfaisants dans la mise en œuvre de la Politique sociale, économique et financière (POSEF);
- progrès satisfaisants en ce qui concerne la mise à la disposition du public, en temps utile, d'informations budgétaires exhaustives et fiables.

b) Les conditions particulières de décaissement susceptibles d'être appliquées aux tranches variables sont les suivantes:

- progrès dans la prise en charge des urgences obstétricales;
- progrès dans la réalisation d'un programme d'investissements dans 16 districts à faible performance et dans 4 centres hospitaliers régionaux;
- progrès dans financement de la prise en charge de la malnutrition aigüe et sévère;
- progrès dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle;
- progrès dans la performance de la mobilisation, l'allocation et l'exécution du financement public de la santé;
- progrès dans le déploiement du personnel de santé dans les régions les plus défavorisées.

Les cibles et indicateurs de performance retenus pour les décaissements seront applicables pendant toute la durée du programme. Cependant, dans des circonstances dûment justifiées, une demande de modification des cibles et indicateurs pourra être présentée par l'Ordonnateur national du FED à la Commission. Les modifications convenues pourront être autorisées par un échange de lettres entre les deux parties.

En cas de dégradation sensible des valeurs fondamentales, les décaissements au titre de l'appui budgétaire peuvent être officiellement suspendus, temporairement suspendus, réduits ou annulés, conformément aux dispositions pertinentes de la convention de financement.

5.3.3 Modalités de l'appui budgétaire

L'appui budgétaire est fourni sous la forme d'un appui budgétaire direct non ciblé au Trésor public. L'opération de crédit des virements en euros décaissés en FCFA sera exécutée aux taux de change applicables, conformément aux dispositions pertinentes de la convention de financement.

Les modalités sont résumées dans le tableau suivant (EUR):

Année	Période	Tranches fixes	Tranches variables	Total
2017	2 ^e trimestre	10 500 000	7 000 000	17 500 000
2018	2 ^e trimestre	10 500 000	7 000 000	17 500 000
2019	2 ^e trimestre	10 500 000	7 000 000	17 500 000
2020	2 ^e trimestre	10 500 000	7 000 000	17 500 000
TOTAL		42 400 000	27 600 000	70 000 000

5.4 Modalités de mise en œuvre pour l'appui complémentaire d'un appui budgétaire

5.4.1 Subventions: appel à propositions en gestion directe

(a) Objectifs des subventions, domaines d'intervention, priorités pour l'année et résultats escomptés

Les objectifs des subventions correspondent aux résultats sus – mentionnés suivants :

- Les droits à la santé de la femme et de l'enfant sont garantis par un système de veille communautaire (résultat 2.3);

Un dialogue s'installe entre d'une part les usagers qui s'expriment à travers des groupements de femmes dans un système de veille communautaire et d'autre part les prestataires de services, permettant de mieux traiter les problèmes des femmes dans les parcours de soins. De plus, les problèmes récurrents sont traduits en termes stratégiques et sont relayés au niveau du dialogue sectoriel, notamment à travers les commissions thématiques du secteur.

- La priorisation du financement public de la santé est basée sur l'évidence (résultat 3.1);
Des chercheurs indépendants donnent un avis basé sur des données factuelles sur l'efficacité des réformes en cours dans le secteur.

(b) Conditions d'éligibilité

- Organisations de la société civile pour la veille communautaire des soins de santé:
 - Avoir un statut d'association à but non lucratif;
 - Pour le coordinateur de la subvention, avoir son siège au Burkina Faso;
 - Avoir une expérience dans la veille communautaire depuis au moins 3 ans;
 - Avoir déjà géré des ressources financières d'un montant annuel supérieur ou égal à la tranche annuelle de la subvention.

- Instituts de recherche pour la production de l'évidence sur l'efficacité du financement public de la santé:
 - Avoir un statut d'association à but non lucratif ou d'établissement public;
 - Pour le coordinateur de la subvention, avoir son siège au Burkina Faso;
 - Avoir une expérience dans la recherche sur le système de santé depuis au moins 3 ans;
 - Avoir déjà géré des ressources financières d'un montant annuel supérieur ou égal à la tranche annuelle de la subvention.

Sous réserve des informations qui seront publiées dans l'appel à propositions, le montant indicatif de la contribution de l'UE par subvention est de 750 000 à 1 250 000 EUR et les subventions peuvent être octroyées à des bénéficiaires individuels et groupements de bénéficiaires (coordinateur et co-bénéficiaires).

La durée indicative de la subvention (sa période de mise en œuvre) est de 48 mois.

(c) Critères de sélection et d'attribution essentiels

Les critères de sélection essentiels portent sur la capacité financière et opérationnelle du demandeur.

Les critères d'attribution essentiels concernent la pertinence de l'action proposée au regard des objectifs de l'appel; la conception, l'efficacité, la faisabilité, la viabilité et le rapport coût/efficacité de l'action.

(d) Taux maximal de cofinancement

Compte tenu de la faible capacité de financement de la société civile nationale, le taux maximal de cofinancement possible pour les subventions au titre du présent appel est de **95%**. Conformément à l'article 192 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, lorsqu'un financement intégral est indispensable à la réalisation de l'action, le taux maximal de cofinancement possible peut atteindre 100 %. Le caractère indispensable du financement intégral doit être justifié par l'ordonnateur compétent de la Commission dans la décision d'attribution, dans le respect des principes d'égalité de traitement et de bonne gestion financière.

(e) Période indicative pour le lancement de l'appel

Premier trimestre de l'année 2017.

5.4.2 Gestion indirecte avec le pays partenaire

Une partie de la présente action ayant pour objectif de contribuer à la couverture universelle santé des prestations de soins maternels et infantiles (et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile) peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec le Burkina Faso conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323 conformément aux modalités suivantes.

Le pays partenaire agit en tant que pouvoir adjudicateur dans le cadre des procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions. La Commission procède à un contrôle ex ante de toutes les procédures de passation de marchés sauf lorsque des devis-programmes sont concernés, en vertu desquels la Commission exerce un contrôle ex ante pour les marchés dont le montant est supérieur à 100 000 EUR (ou inférieur, en fonction de l'évaluation des risques) et peut exercer un contrôle ex post pour les marchés dont le montant est inférieur à ce

montant. La Commission procède à un contrôle ex ante des procédures d'octroi des subventions pour tous les contrats de subvention.

Les paiements sont exécutés par la Commission sauf lorsque des devis-programmes sont concernés, en vertu desquels les paiements sont exécutés par le pays partenaire pour les frais de fonctionnement ordinaires, les marchés en régie et les contrats dont le montant est inférieur à 300 000 EUR pour les marchés et dont le montant maximal est de 100 000 EUR pour les subventions.

La contribution financière couvre partiellement, pour un montant de 800 000 EUR, les coûts de fonctionnement ordinaires des équipes qui coordonnent la mise en œuvre.

Conformément à l'article 190, paragraphe 2, point b), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 et l'article 262, paragraphe 3, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012 FED applicable en vertu de l'article 36 du règlement (UE) 2015/323 et l'article 19 c, paragraphe 1, de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE, le pays partenaire applique les règles de passation de marchés établies à la deuxième partie, titre IV, chapitre 3, du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. Ces règles, ainsi que les règles applicables aux procédures d'octroi de subventions conformément à l'article 193 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 FED applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323, seront fixées dans la convention de financement conclue avec le pays partenaire.

5.5 Champ d'application de l'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 22, paragraphe 1, point b), de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

5.6 Budget indicatif

	Contribution de l'UE (EUR)	Contribution indicative de tiers (EUR)
5.3. Appui budgétaire - Contrat de réforme sectorielle	70 000 000	
5.4. Appui complémentaire	13 200 000	1 210 526,31
<i>5.4.1 Appel à propositions "société civile" et "instituts de recherche" (gestion directe)</i>	<i>4 000 000</i>	<i>210 526,31</i>
<i>5.4.2. Gestion indirecte avec le Burkina Faso dont:</i>	<i>9 200 000</i>	<i>1 000 000,00</i>
<i>Fonctionnement des instances de gestion du programme et activités d'amélioration de la qualité des soins (devis programme) – montant indicatif</i>	<i>1 700 000</i>	<i>1 000 000,00</i>
<i>Appui institutionnel (assistance technique et conférences) – montant indicatif</i>	<i>5 500 000</i>	
<i>Contribution à la Caisse nationale d'assurance maladie – montant indicatif</i>	<i>2 000 000</i>	
5.9. Évaluation, 5.10 – Audit	300 000	
Provisions pour imprévus	500 000	
Total	84 000 000	1 210 526,31

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

L'Ordonnateur national est le Ministre de l'Economie, des Finances et du Développement.

Le coordinateur du programme sera nommé par le Ministère de la Santé pour assumer la responsabilité administrative du programme. Il sera assisté par le régisseur et comptable du devis programme unique. Un comité de pilotage du programme assurera le suivi global.

Les 3 objectifs spécifiques de cette action s'inscrivent pleinement dans les budget-programmes du secteur de la santé : les objectifs spécifiques 1 et 2 appuieront le programme "**accès aux soins**" et l'objectif spécifique 3 dans le programme "**pilotage**".

Pour chaque objectif spécifique, un comité de suivi sera mis en place. Deux équipes de projet "**accès aux soins**" et "**pilotage**" seront mises en place au sein du Ministère de la Santé et appuieront la dynamique de réformes visées, en complémentarité avec le travail des directions techniques ou des commissions thématiques. Le comité de direction de la Caisse nationale d'assurance maladie contribuera aussi à la dynamique de réforme pour l'objectif spécifique 2.

La Délégation de l'Union européenne assure les paiements et est l'autorité contractante pour les actions de la société civile.

5.8 Suivi des résultats et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire de mise en œuvre. À cette fin, le partenaire de mise en œuvre doit établir un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique (pour la modalité de projet) ou la liste d'indicateurs de résultat (pour l'appui budgétaire). Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

5.9 Évaluation

Eu égard à l'importance de l'action, il sera procédé à des évaluations à mi-parcours et finale de la présente action ou ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants commandés par la Commission.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée pour résoudre des problèmes, notamment dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle et permettra ainsi de tirer des leçons pour des actions ultérieures.

Une évaluation finale sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques) en tenant compte en particulier du fait que le programme intègre une action d'amélioration de l'offre de soins et la mise en place du système de tiers paiement.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins 30 jours avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire de mise en œuvre collaborera de manière efficace et effective avec les experts en charge de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et activités du projet.

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire de mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord, le cas échéant en accord avec le pays partenaire, des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet.

5.10 Audit

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

A titre indicatif, il sera conclu 2 marchés de services d'audit au titre d'un contrat-cadre en 2017.

5.11 Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine.

En ce qui concerne les obligations légales en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités en charge. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne.

6. CONDITIONS PRÉALABLES

S.O.

APPENDICE – LISTE INDICATIVE DES INDICATEURS DE RÉSULTAT (POUR L'APPUI BUDGÉTAIRE)

Les moyens, les produits directs et induits escomptés et l'ensemble des indicateurs avec leurs cibles et leurs valeurs de référence qui figurent dans la liste des indicateurs de résultat sont fournis à titre indicatif et peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action sans modification de la décision de financement. Le tableau où figure la liste indicative des indicateurs de résultat évoluera au cours de la durée de vie de l'action: des colonnes supplémentaires seront insérées pour les objectifs intermédiaires (étapes), s'il y a lieu, et pour rendre compte des résultats obtenus, mesurés par rapport aux indicateurs. Les indicateurs liés au décaissement des tranches variables sont en italique.

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
Objectif général: impact	OG. Contribuer à la couverture universelle santé et ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile	Taux de mortalité infanto-juvénile**	129‰ (2010)	<60‰ (2020)	Enquête Démographique et Santé ou Multi Indicator Cluster Survey
		Ratio de mortalité maternelle**	341/100.000 naissances vivantes (2010)	<170/100.000 naissances vivantes (2020)	Enquête Démographique et Santé ou Multi Indicator Cluster Survey
Objectif(s) spécifique(s): effet(s) direct(s)	OS1. Améliorer la qualité de soins au niveau des formations sanitaires de premier niveau et des Centres Hospitaliers Régionaux	<i>Consolidation de l'efficacité de la prise en charge des enfants de 0-5 ans malnutris aigu sévères</i> - nombre d'enfants pris en charge - % sortis qui sont guéris - % sortis décédés	119.730 (2015) 93% (2015) 1,79% (2015)	<i>Maintien en (2016,2017,2018,2019) à</i> >120.000 > 90% < 3%	Annuaire MS Annuaire MS Annuaire MS

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
		<i>Nombre d'accouchements par césarienne dans les formations sanitaires</i>	<i>19866 césariennes (2015)</i>	<i>28366 césariennes (2020)</i>	<i>Annuaire statistique</i>
		Proportion des couples années protégées	22,3% (2015)	30% (2020)	Annuaire statistique
		Taux de couverture des consultations prénatale	34,1% (2015)	44% (2020)	Annuaire statistique
		Nombre d'interventions chirurgicales réussies pour fistule vésico-vaginale	117 (2015)	2500 (2020)	Annuaire statistique
		Nombre de mort-nés pour 100.000 naissances vivantes	2071 (2015)	A établir dans les 6 premiers mois du programme	Annuaire statistique
		Proportion des décès maternels audités	65,1% (2015)	A établir dans les 6 premiers mois du programme	Annuaire statistique
		Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement	46,7% (2015)	54% (2020)	Enquête SMART

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	OS2 Opérationnaliser l'AMU pour améliorer et pérenniser l'accès financier aux soins des enfants et des femmes enceintes à l'échelle du pays	Taux d'utilisation des soins curatifs des enfants de 0- 5 ans	1,74 (2015)	2,5 (2020)	Annuaire statistique
		Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	36% (2014)	30% (2018)	Comptes nationaux de la santé
		Dépenses assurance maladie en % des dépenses de santé des ménages	7,6% (2014)	10 % (2018)	Comptes nationaux de la santé
	OS 3. Renforcer le leadership du ministère de la santé en matière de priorisation basée sur l'évidence, de mobilisation, d'allocation et d'utilisation des ressources sanitaires	Dépenses publiques en % des dépenses totales pour la santé	37% (2014)	46% (2018)	Comptes nationaux de la santé
		Taux de liquidation du budget d'Etat de la santé	70% (2015)	90% (2019)	Circuit informatique des dépenses

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
Produits induits	PI 1.1 : Les capacités des districts sanitaires et des collectivités locales à soutenir des soins de qualité des soins sont renforcées.	Ecart de performance entre les 16 districts les moins performants et la moyenne nationale de 70 districts	9.92% (2015)	5% (2020)	Classement DES
		Score de performance moyen des 16 districts	54,36 % (2015)	65 % (2020)	Classement DES
	PI 1.2 : L'infrastructure et l'équipement des districts à faible performance et des CHR sous équipés sont renforcés	<i>Pourcentage de liquidation du montant d'un programme d'investissements dans les districts sanitaires et CHR à faible performance inscrit dans le PIP 2017-2019</i>	NA	80% (2019)	Rapport DAF
	PI 1.3 : Le financement sur budget de l'Etat et la disponibilité dans les délais des produits de santé sont améliorés notamment pour les aliments thérapeutiques, les	<i>Nombre d'enfants malnutris aigus sévères de 0-5 ans pris en charge par la ligne budgétaire de l'Etat "aliments thérapeutiques"</i>	0 (2016)	40.000 (2017) 80.000 (2018) 120.000 (2019)	Rapport annuel CAMEG

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	micronutriments, les produits sanguins et des kits de riposte aux épidémies	Taux annuel de létalité d'une épidémie de méningite	10,9 % (2014)	<10% (2019)	Annuaire MS
	PI 2.1 : le tiers paiement des prestations de soins infantiles et maternelles est assuré par l'Assurance maladie universelle	<i>Nombre d'enfants de 0-5 ans couverts par les contrats signés entre la CNAM et les prestataires de services</i>	<i>250 000 (2017)</i>	<i>1.000.000 (2020)</i>	Rapport CNAM
		Existence d'une vérification indépendante du Ministère de la santé de l'effectivité de l'exemption	La vérification indépendante de l'effectivité de l'exemption n'est pas opérationnelle (2016)	La vérification indépendante de l'effectivité de l'exemption est opérationnelle (2017)	Rapport de vérification indépendante
	PI 2.2. : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie est opérationnelle sur le plan juridique, administratif, logistique et technique	<i>Statut du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie</i>	<i>Le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie n'est pas installé (2016)</i>	<i>Le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie est installé (2017)</i>	PV 1 ^{ère} réunion

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
		<i>Statut du Tableau de bord informatisé sur les caractéristiques des adhérents, des recettes et des dépenses</i>	<i>Le tableau de bord sur les caractéristiques des adhérents, des recettes et des dépenses n'est pas disponible (2016)</i>	<i>Le tableau est mis à jour sur les caractéristiques des adhérents, des recettes et des dépenses (2018)</i>	Rapport CNAM
		<i>Nombre de formations sanitaires contrôlées dans le semestre</i>	60 (2016)	400 (2018)	Rapport CNAM
	PI 2.3 : Les droits à la santé de la femme et de l'enfant sont garantis par un système de veille communautaire	Statut des conclusions de la veille communautaire	Les conclusions ne sont pas diffusées au Cadre sectoriel de dialogue (2016)	Les conclusions sont diffusées au Cadre sectoriel de dialogue (revue annuelle 2017 en février 2018)	Rapport de la revue annuelle
	PI 3.1 : La priorisation du financement public de la santé est basée sur l'évidence	Nombre de mesures sectorielles évaluées sur leur cout-efficacité et efficience	Aucune mesure sectorielle n'est évaluée (2015)	12 mesures sectorielles évaluées (2020)	Rapport instituts de recherche

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
		- ratio « vue pour paiement » sur « dotation » des lignes budgétaires de subvention/ exemption des soins mère et enfant (soins prénatals, SONU, contraception, soins enfants 0-5 ans, aliments thérapeutiques, vaccination)	71% (filets sociaux) à 100% (transfusion) (2015)	90 % à partir de 2017 pour chaque ligne	LFI : prévision CID : réalisation
	PI 3.2 : La performance de la mobilisation, l'allocation et l'exécution du financement public de la santé s'est améliorée y inclus pour le financement des initiatives globales	<i>Situation financière de la CAMEG :</i> <i>Pourcentage des charges des créances des DRD, CHR, CHU et trésor public dans l'actif circulant</i> <i>Pourcentage des dettes fournisseurs dans le passif circulant de la CAMEG</i>	42% (2014) 63% (2014)	25 % (2020) 40% (2020)	<i>Bilan annuel de la CAMEG</i> <i>Bilan annuel de la CAMEG</i>

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PI 3.3 : Les effectifs de personnel de santé dans les 3 régions les plus défavorisées (Centre Nord, Sahel et Est) sont améliorés par des nouvelles affectations et par la mise en œuvre de mécanismes de rétention de ce personnel;	<p><i>Conformité aux nouvelles normes du personnel dans les régions de Centre Nord, Sahel et Est Niveau. CSPS</i></p> <p><i>Catégorie : infirmier d'Etat</i></p> <p><i>Catégorie : sage-femme d'Etat</i></p> <p><i>Niveau CM et CMA</i></p> <p><i>Catégorie : médecin</i></p> <p><i>Niveau CHR</i></p> <p><i>Catégorie : spécialistes en gynécologie, pédiatrie, chirurgie, anesthésie-réanimation, radiologie, cardiologie</i></p>	<p>30% (2016)</p> <p>15% (2016)</p> <p>11% (2016)</p> <p>0% (2016)</p>	<p>75% (2019)</p> <p>60% (2019)</p> <p>80% (2019)</p> <p>90% (2019)</p>	<p>Rapport DRH</p> <p>Rapport DRH</p> <p>Rapport DRH</p> <p>Rapport DRH</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
Produits directs	PD AB 1. Des allocations budgétaires suffisantes sont faites pour les femmes enceintes, l'exemption des soins des enfants de 0-5 ans, le dépistage des cancers féminins et l'acquisition des aliments thérapeutiques	Montant du budget santé financé pour les subventions et exemptions de l'enfant et la femme enceinte (SONU, consultation prénatale, aliments thérapeutiques, exemptions enfants, contraceptifs)	15 milliards FCFA (2016)	30 milliards FCFA (2020)	LFI ou LFR
		<i>Statut de la ligne budgétaire "aliments thérapeutiques" dans la LFI</i>	<i>La ligne budgétaire « aliments thérapeutiques » n'existe pas dans la LFI (2016)</i>	<i>La ligne budgétaire « aliments thérapeutiques » est inscrite dans la LFI (2017)</i>	LFI
	PD DS 1. Des allocations budgétaires sont faites pour les infrastructures et équipements des 20% districts et CHR à la plus faible performance	<i>Statut du programme "districts et CHR de faible performance" dans le Plan d'Investissements Prioritaires (PIP)</i>	<i>Le programme "districts et CHR de faible performance" n'est pas inscrit dans le PIP (2016)</i>	<i>Le programme "districts et CHR de faible performance" est inscrit dans le PIP et budgétisé (2017)</i>	PIP

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PD DS 2. Le dialogue impliquant MS, MINFID et PTF sur la mobilisation des ressources financières internes et externes est fonctionnel	Existence de comptes rendu de réunions Etat-PTF de concertation budgétaire organisés en préparation à l'élaboration du PIP et du budget sectoriel	Zéro (2016)	Au moins 1 compte rendu de réunion (2017)	Compte rendu de réunion
	PD DS 3. Le dialogue impliquant MS, PTF, société civile et instituts de recherche sur la priorisation des actions et sa traduction en termes d'allocation budgétaire est fonctionnel	Nombre d'ateliers annuels d'évaluation et de révision de la matrice sectorielle de performance organisés avec l'implication des PTF, Société civile et instituts de recherche	Zéro (2016)	1 atelier annuel organisé (2018)	Le rapport de l'atelier
	PD DS 4. Le gouvernement a mis en place les organes de l'assurance maladie universelle, a alloué un budget de fonctionnement et un	<i>Statut de la CNAM</i>	<i>La CNAM n'existe pas (mai 2016)</i>	<i>La CNAM est créée par décret (décembre 2016)</i>	Journal de l'Etat
		Statut des textes d'application du décret couvrant l'exemption des enfants de 0-5 ans	Les textes d'application du décret n'existent pas	Les textes d'application du décret sont signés (2017)	Textes d'application signés

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	budget pour les prestations de soins de l'enfant et de la femme enceinte	<i>Statut du manuel de procédures de l'établissement public CNAM</i>	<i>Le manuel n'est pas adopté (2016)</i>	<i>Le manuel de procédures de l'établissement public CNAM est adopté (2018)</i>	Manuel Validé par le MINFID
	PD DS 5. Le MS a mis en œuvre des mesures pour apurer les dettes des Dépôts répartiteurs de districts, les hôpitaux et de l'Etat envers la Centrale d'achat de médicaments essentiels et la CAMEG a réduits ses dettes envers ses fournisseurs	Evolution des dettes des Dépôts répartiteurs de districts, les hôpitaux et de l'Etat envers la Centrale d'achat de médicaments essentiels et la CAMEG validées en commun	Augmentation des dettes en 2014 par rapport à 2013 (2015)	Réduction des dettes en 2016 par rapport à 2013 (2017)	Bilan de la CAMEG
	PD AI 1. Les capacités des districts sanitaires et des collectivités territoriales pour l'amélioration de la qualité de soins sont renforcées	Nombre de districts ayant bénéficié d'un paquet de mesures et formations pour l'amélioration de la qualité des soins	Zéro districts (2016)	20 districts et leurs communes respectives (2020)	Rapport d'assistance technique

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	PD AI 2. Le MS a mis en œuvre des mesures pour améliorer l'absorption des ressources financières internes et externes	Statut des mesures pour améliorer l'absorption des ressources validées en commun	Absence de mesures (2016)	Ensemble de mesure disponible (2018)	Rapport de l'assistance technique
	PD AI 3. Le MS a mis en œuvre des mesures de rétention de personnel	Statut des mesures de rétention de personnel par niveau	Etude faite (2016)	Mesures de rétention de personnel par niveau approuvées (2017)	Rapport du conseil de ministres
		Statut du chronogramme et budget des mesures de rétention	Absence de chronogramme (2016)	Le chronogramme et budget des mesures de rétention approuvé (2017)	Rapport du conseil de ministres
	PD SC 1. Un système de veille communautaire du respect des droits à la santé de la femme et de l'enfant est fonctionnel et implique en priorité	Pourcentage de rapports trimestriels communaux de veille communautaire transmis aux coordinateurs des contrats de subvention	Zéro (2016)	90% (2017)	Rapports narratif du contrat de subvention avec les opérateurs de société civile

	Logique d'intervention	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification
	les femmes	Proportion du personnel féminin dans le personnel pris en charge dans le cadre du contrat de subvention	Zéro (2016)	75% (2017)	Rapport narratif du contrat de subvention
	PD SC 2. Les instituts de recherche nationaux produisent de l'évidence sur l'efficacité et l'efficience des mesures sectorielles	Statut de l'approche d'évaluation des mesures sectorielles	Zéro (2016)	L'approche d'évaluation des mesures sectorielles est validée (2017)	Rapports narratifs contrats de subvention