

FICHE ACTION MAROC

1. IDENTIFICATION

Intitulé	Programme d'appui sectoriel à la réforme du système de santé		
Coût total	86 millions d'Euros (64 millions d'Euros à engager en 2008, et 22 millions d'Euros en 2009)		
Méthode d'assistance / Mode de gestion	Programme d'appui à la politique sectorielle: appui budgétaire sectoriel (gestion centralisée).		
Code CAD	12110	Secteur	Politique de santé et gestion administrative

2. MOTIF ET CONTEXTE NATIONAL

2.1. Situation économique et sociale

Le Maroc s'est engagé depuis plusieurs années dans une stratégie de consolidation de la stabilité macroéconomique et commence à récolter les fruits des réformes engagées. L'économie marocaine se doit désormais de pérenniser un chemin de croissance structurelle suffisamment élevée caractérisant les pays émergents et pouvant dégager les ressources et les marges de manœuvre suffisantes, particulièrement dans la perspective d'une ouverture accrue à la concurrence étrangère, afin de résoudre les nombreux défis économiques et sociaux du pays. En effet, les indicateurs de développement humain (pauvreté, éducation, santé) restent bien en deçà des potentialités réelles et révèlent des indices préoccupants concernant le développement social du pays. Le niveau de pauvreté générale au Maroc, le chômage et le sous-emploi restent en particulier élevés. Une meilleure participation de la population à la croissance économique du pays à travers une meilleure allocation et redistribution des richesses s'impose.

Le taux de croissance reste positif en 2007 à 2,2%, mais bien inférieur à celui enregistré en 2006 suite à l'effondrement de la production céréalière. La diversification des sources de la croissance se traduit par le bon comportement du PIB non agricole dont la croissance est estimée en 2007 à 5,7% du PIB. La croissance économique a été tirée essentiellement par la consommation (contribution de 2,6 points à la croissance réelle du PIB) et par l'investissement (contribution de 3 points), le taux d'investissement brut ayant atteint 33,8% en 2007 contre 31,6% l'année précédente. L'année 2007 s'est aussi caractérisée par une amélioration des conditions de financement de l'économie avec des crédits bancaires en progression de 29,5% par rapport à 2006 et des taux d'intérêts à la baisse. L'inflation a été contenue en 2007 et s'inscrit en baisse à 2% contre 3,2% l'année précédente. En revanche, le commerce extérieur a contribué négativement à la croissance, le solde du compte courant s'étant établi autour de -0,1% du PIB en 2007 comparé à des excédents les années précédentes. Ce déficit d'explique par le creusement du déficit commercial dû à la dégradation des termes de l'échange.

Le critère d'éligibilité applicable pour l'appui budgétaire est rempli, à savoir qu'une politique macroéconomique visant à la stabilité est en place ou en cours de mise en œuvre, et que cette politique doit bénéficier du soutien de la CE.

2.2. Politique de coopération du pays bénéficiaire

Le Maroc a défini une *politique générale* qui repose sur 3 piliers : une évolution politique vers l'établissement d'un régime démocratique et d'un Etat de droit; l'obtention d'une croissance économique plus forte et plus stable en diversifiant les sources de la croissance économique et en améliorant le climat des affaires; et le renforcement de la cohésion sociale et la lutte contre la pauvreté. L'Accord d'Association ainsi que le Plan d'Action représentent une priorité majeure de

la politique du pays. Le Maroc considère par ailleurs que le Plan d'Action Voisinage représente une première réponse positive de l'Europe à sa demande d'un "statut avancé" formulée en 2005.

En matière de développement social et de lutte contre la pauvreté, le Maroc a élaboré une série de mesures réglementaires et législatives, ainsi que des stratégies d'intervention dans différents secteurs, couvrant ainsi l'ensemble des champs d'action du domaine social. Toutefois, pour l'ensemble de ces secteurs, un constat s'impose : les financements tardent à être mobilisés, il n'y a pas de réels mécanismes de redistribution des fruits de la croissance économique et les mesures les plus structurantes sont systématiquement confrontées à des blocages institutionnels, administratifs et financiers.

2.3. Programme sectoriel du gouvernement

(1) Evaluation de la politique et du budget sectoriels

Le document de cadrage sectoriel, intitulé "Vision, Santé 2020" qui a été rendu public en septembre 2007 à la veille de la prise de fonction du nouveau Gouvernement, permet une vision plus systémique du secteur, et une meilleure compréhension de l'articulation des différentes réformes engagées. L'élaboration de ce document a été pilotée par le Ministère de la Santé, en y associant les autres acteurs impliqués dans le secteur. Il replace les objectifs et contraintes du secteur dans le cadre plus large du développement économique et de la lutte contre la pauvreté, et clarifie le cadre constitué par les réformes en cours, leur articulation, et les axes stratégiques jugés prioritaires pour le secteur à l'horizon 2020. Ce document constitue dès lors un premier pas vers une planification intégrée portant sur un terme relativement long. La nouvelle Ministre de la Santé, qui a pris fonction en octobre 2007, a par ailleurs fait dès janvier 2008 une Déclaration devant le Conseil de Gouvernement et le Parlement présentant sa "Stratégie 2008-2012", présentée par la suite publiquement lors d'un colloque organisé le 28 février 2008. L'étape suivante devrait être la préparation par le Ministère d'un document de planification opérationnelle intégré pour l'atteinte des objectifs énoncés. Il devrait présenter les efforts nécessaires, notamment en termes de moyens humains et financiers.

Malgré les augmentations du budget du secteur de la santé (en valeurs nominales) observées ces dernières années, la part du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat reste assez stable, et à un faible niveau, juste au dessus de 5 %, et représente 1,2 % du PIB. La structure de financement des dépenses de santé est fortement inéquitable, la part des ménages atteignant un 50% de la dépense globale de santé, alors que le budget de l'Etat n'en couvre que 30%. Un projet de Cadre des Dépenses à Moyen Terme (2008-2010) a été préparé par le Ministère de la Santé. Cet exercice doit être considéré comme à un stade initial, mais devrait pouvoir devenir progressivement un outil de programmation budgétaire opérationnel une fois un plan d'action opérationnel à moyen terme préparé (cet instrument devrait profiter de l'appui technique de la CE pour élaborer sa mouture finale).

Un processus de déconcentration du budget de la santé a par ailleurs été amorcé: des budgets programmes tri-annuels sont préparés par les 16 régions. Ils constituent un outil de programmation négociée, mais d'importantes catégories de dépenses restent en dehors. L'étape suivante, appelée contractualisation, a démarré en 2007. Six régions ont passé un "contrat programme" avec le niveau central. L'instrument et ses modalités de fonctionnement sont encore au stade du démarrage.

Il n'existe pas de système intégré de mesure de la performance du secteur de la santé. Il existe plusieurs systèmes, et la mesure est donc incomplète et fragmentée. Certaines de ses composantes devront être renforcées et/ou complétées avec le soutien de l'assistance technique prévue dans le cadre du programme.

Il convient de noter que la préparation du présent programme par la CE est en train de contribuer progressivement à rendre plus visible, voire même à mieux concrétiser, les efforts du Ministère

pour préparer son plan d'action, à travers le dialogue constant que la Délégation maintient avec les autorités du Ministère, ce qui devrait permettre à la Délégation de mieux maîtriser les éventuels risques de non concrétisation auxquels la fiche se réfère plus loin.

(2) Evaluation de la capacité institutionnelle

Le Ministère de la Santé est, au sein du gouvernement, le référent principal pour la mise en œuvre de la réforme dans le secteur de la Santé. D'autres Ministères sont également impliqués dans le secteur, et en première ligne le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), mais également celui de l'Intérieur, tous deux concernés par la mise en place de la couverture médicale de base, élément essentiel du financement du secteur de la santé.

Bien que chef de file sur certains "chantiers" de la réforme administrative (CDMT, régionalisation et gestion des ressources humaines notamment), les capacités de conception, de gestion, d'impulsion et de mise en œuvre du Ministère de la Santé sont notoirement insuffisantes au niveau central et plus encore aux niveaux déconcentrés. Dans le cadre de nos programmes, le Ministère a d'ailleurs régulièrement sollicité l'assistance CE en matière d'appui technique de haut niveau dans le cadre de ses réformes les plus sensibles (RAMED, régionalisation, etc.).

(3) Cadre général existant pour le suivi de la mise en œuvre

Jusqu'à ce jour, le suivi des réformes engagées n'a pas été réalisé de manière coordonnée par le Ministère de la Santé, qui n'a pas désigné ou créé une structure de pilotage ou de coordination d'ensemble. Plusieurs Directions interviennent sur les dossiers de réforme, et les efforts sont ainsi souvent dispersés. Un décret portant réorganisation du Ministère et de ses services extérieurs est en préparation. Dans le cadre du processus de régionalisation de la gestion de la santé, une modification de la structure institutionnelle de ce ministère est donc prévisible, ce qui devrait permettre, à terme, un meilleur pilotage de la réforme. Si ce n'était pas le cas, la CE devrait s'assurer de promouvoir un pilotage, à un niveau adéquat, du présent programme.

Le critère d'éligibilité applicable pour l'appui budgétaire est rempli, à savoir qu'une politique sectorielle bien définie est en place ou en cours de mise en œuvre.

2.4. Finances publiques

Le cadre budgétaire est soutenable à moyen terme. Le déficit budgétaire hors recette de privatisation a atteint 0.2% du PIB comparé à 2% en 2006. Cette tendance confirme les efforts entrepris par les autorités marocaines en matière de réforme fiscale, de maîtrise de la dépense publique (dépenses de personnel stabilisées autour de 10,8% du PIB, objectif de 10% d'ici 2010) et de gestion prudente et active de la dette (ratio de la dette du Trésor/PIB de 54,9% en 2007 contre 57,6% en 2006). Toutefois, l'augmentation actuelle des prix des matières premières et des produits alimentaires de base, couverts par la Caisse de compensation, et la situation générale de l'économie internationale qui tend à se détériorer, pourraient réduire les marges de manœuvre du Gouvernement et introduire, à moyen terme, des tensions en matière de gestion des finances publiques (risques non négligeables de voir les investissements dans les secteurs sociaux de base pénalisés).

Les études d'évaluation de la gestion des finances publiques marocaines par la Banque mondiale (*Country Financial Accountability Assessment*, CFAA 2003 & 2007, *Country Procurement Assessment Review*, CPAR 2000) et le FMI (*Module de Transparence des Finances Publiques*, ROSC 2005) ont diagnostiqué que le système de gestion des finances publiques marocains bénéficiait d'un niveau élevé de transparence, de fiabilité et de sécurité juridique et permettait une maîtrise convenable des évolutions budgétaires. De plus, le gouvernement met en œuvre depuis 2003 un programme de réforme de ses finances publiques avec le soutien de la Banque mondiale (BM), de la Banque africaine de développement (BAD) et de l'UE. Un exercice de diagnostic PEFA est également prévu dans le courant du premier semestre 2008 avec le soutien conjoint de la BM et de l'UE. En outre, l'OCDE mène à l'heure actuelle une évaluation du système marocain

de passation des marchés publics, dont les conclusions et recommandations devraient également être connues dans le courant du premier semestre 2008.

Le critère d'éligibilité applicable pour l'appui budgétaire est rempli, à savoir qu'un système de gestion des finances publiques présentant un degré satisfaisant de fiabilité et de transparence est en place et qu'il existe un programme bien défini en vue d'améliorer la gestion des finances publiques.

2.5. Enseignements tirés

Il faut souligner la lenteur dans la définition et surtout la mise en œuvre des réformes, suite aux difficultés financières, techniques et politiques non explicitement appréhendées aux différentes étapes de la réforme. La capacité du Ministère de la Santé à traduire les orientations politiques en modalités pratiques de mises en œuvre et la gouvernance globale du secteur devront aussi être renforcée, de même que le suivi des performances du système en général, notamment dans la mesure de la qualité des soins ou de l'amélioration de la santé de la population. Au-delà des déclarations politiques d'ordre général, le manque d'engagement politique réel se traduit souvent par l'absence d'engagement budgétaire à la hauteur des ambitions de réforme affichées ou par l'absence d'impulsion concrète à certaines mesures, souvent complexes, mais essentielles et structurantes, voire par un recul de l'ambition politique initiale.

2.6. Actions complémentaires

Le présent programme est complémentaire au Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale de base (CMB) approuvé en 2007 et axé sur une amélioration de la demande de soins, particulièrement pour une accessibilité financière des plus démunis (mise en place du RAMED). Il vient également en continuité de l'appui donné par la CE dans le cadre du PAGSS, dont une évaluation ex post vient d'être réalisée et dont les conclusions ont été exploitées dans le cadre de la préparation de ce programme.

2.7. Coordination des bailleurs de fonds

Il n'existe pas à ce jour de processus de coordination par le Ministère de la Santé des interventions des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé, et donc pas de cadre formalisé de dialogue sur le secteur. La mise en place d'un appui à un programme sectoriel devrait servir de levier pour appuyer le Ministère à initier une coordination effective des partenaires techniques et financiers du secteur.

Il existe en revanche un groupe thématique santé UE, composé des Etats membres de l'UE et de la Délégation de la CE, l'Espagne étant son Chef de file. Ce groupe maintient des réunions périodiques où sont invités les partenaires internationaux, et notamment l'OMS, ainsi que le Ministère de la Santé. En ligne avec les engagements pris dans le cadre de la Déclaration de Paris, la mission de formulation du présent programme a été réalisée conjointement avec l'AECID (coopération espagnole), qui a indiqué son intention de mettre en œuvre conjointement le programme en préparation. La préparation du présent programme a également été réalisée en étroite coordination avec la coopération française (programme REDRESS), qui appuie la régionalisation et les soins de santé de base, la Banque européenne d'investissement (BEI) et les coopérations allemande (GTZ), italienne et belge. La continuation d'un programme d'appui de la Banque mondiale (BM) au secteur n'a pas encore été demandée par le Gouvernement, qui a par ailleurs déjà engagé un prêt avec la BEI sur le secteur, et en prépare un autre avec la BAD. La BM a cependant indiqué qu'elle suit avec intérêt le processus de régionalisation.

3. DESCRIPTION

3.1. Objectifs

L'objectif global du programme d'appui envisagé: L'amélioration des performances du système de santé marocain, en terme quantitatifs, qualitatifs et d'accessibilité, et particulièrement au niveau des soins de base.

L'objectif spécifique est d'assurer la disponibilité d'un service de santé de qualité accessible aux populations socialement les plus défavorisées.

Les objectifs définis pour le programme sont en ligne avec les objectifs et axes de la Stratégie sectorielle 2008-2012, s'appuyant directement sur les objectifs 2 à 6 des 10 objectifs énoncés⁷, et s'inscrivant directement dans 2 des 4 axes stratégiques formulés⁸. Ils se basent sur un diagnostic partagé des faiblesses du secteur. Comme indiqué sous le point 2.3 le programme du Gouvernement pour le secteur de la Santé n'est cependant pas encore finalisé et la Stratégie 2008-2012 devrait être confirmée dans un véritable plan d'action, assorti du budget correspondant.

3.2. Résultats escomptés et principales activités

Le présent programme se veut fédérateur d'autres efforts de coopération internationale dans le secteur au Maroc et prétend promouvoir deux éléments essentiels de la politique affichée par le Gouvernement : tout d'abord, l'impact social du programme, à travers des indicateurs de résultat véritablement "sociaux", et la promotion du principe d'équité et d'égalité de chances dans l'accès à des soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population. De ce point de vue, trois grands résultats globaux sont attendus :

- (1) Existence d'un cadre global incitant à la performance du système et des structures publiques de santé: Les activités concourant à l'atteinte de ce résultat relèveront essentiellement d'un appui technique (assistance technique, formations, études) au processus engagé de déconcentration au niveau régional, à la définition et mise en œuvre de mécanismes incitant à la qualité (concours qualité, accréditations..), et à l'amorce d'une politique des ressources humaines active, équilibrée et prévisionnelle.
- (2) L'offre de soins est améliorée: Le résultat attendu est une amélioration qualitative de l'offre de soins, allant de l'accueil des patients à la permanence du service et la qualité du service offert à la disponibilité des médicaments, en outre accessibles à l'ensemble de la population (promotion d'une politique d'extension du générique), et à la disponibilité d'une infrastructure et d'un équipement en adéquation avec les besoins. Il est envisagé de mesurer l'atteinte de ce résultat par des indicateurs d'utilisation des services de santé de base (préventifs ou curatifs) ou hospitaliers par les populations socialement défavorisées et pour lesquelles les résultats de santé présentés par le Maroc sont unanimement reconnus comme mauvais.
- (3) L'accès aux services de santé est amélioré: Le résultat attendu est une offre de soins répartie plus équitablement sur le territoire (notamment, mais pas uniquement, par la mise en œuvre de la carte sanitaire). Cette accessibilité géographique et sociale dépend d'une réelle application du principe de discrimination positive et d'une réallocation de budgets d'investissement vers les régions défavorisées, d'une répartition équitable de ressources financières, ou encore d'une disponibilité de ressources humaines dans l'ensemble du territoire. Il est envisagé de mesurer l'atteinte de ce résultat par des indicateurs mesurant la mise à disposition des ressources financières, humaines, et de fonctionnement là où cela est le plus nécessaire.

3.3. Parties prenantes

Les principales parties prenantes à ce programme seront le Ministère de la Santé, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur, de la Fonction Publique et de la Modernisation, l'ANAM, les

⁷ A savoir: (ii) Réduire le taux de mortalité maternelle à 50/100.000 et le taux de mortalité infantile à 15/1000 d'ici 2012; (iii) Assurer l'équité de l'offre de soins entre régions et entre milieu rural et urbain; (iv) Faciliter l'accès aux soins pour les plus démunis et surtout la population rurale; (v) Disposer d'un service public de santé compétitif et performant; (vi) rendre au citoyen confiance dans le système de santé par l'amélioration de l'accueil, l'information, les urgences, la propreté, l'équité, la disponibilité des médicaments.

⁸ A savoir : (i) Repositionnement stratégique des différents intervenants dans le système de santé au Maroc; (ii) Mise à disposition du citoyen d'une offre de soins accessible suffisante en quantité, qualité et équitablement répartie sur l'ensemble du territoire.

prestataires de soins publics et privés, les professionnels de la santé, les corps constitués du secteur de la santé, les ONG et les usagers.

3.4. Risques et hypothèses

Ci-après les risques identifiés, ainsi que les mesures envisagées pour les atténuer:

- Fléchissement de l'engagement politique dans la poursuite de la réforme, ou non aboutissement du plan d'action opérationnalisant la Stratégie sectorielle 2008-2012 (notamment en termes de validation, ou de non reprise des éléments essentiels des documents de politique sectorielle): suivi de l'évolution dans la mise sur pied du programme sectoriel du Gouvernement et dialogue continu de la CE avec les autorités marocaines au niveau politique; une non opérationnalisation de la stratégie mènerait au report des décaissements, ou à la révision du cadre de notre intervention.
- Non élaboration effective du CDMT sectoriel: la CE a été sollicitée pour fournir un appui technique à la préparation de ce CDMT et sa mise en place est soutenue dans le cadre d'un appui de la BM ainsi que d'un appui de la CE à la réforme de l'administration publique (PARAP I) ; le risque est donc limité. Une visibilité financière à moyen terme est néanmoins indispensable.
- Non validation et prise en compte du CDMT par le MEF et non traduction du plan d'action 2008-2012 en termes budgétaires: report des décaissements à des phases ultérieures, quand les augmentations budgétaires de l'Etat auront été concrétisées et vérifiées, ou quand les objectifs de la politique auront été révisés.
- Risque de lacunes ou retards dans la mise en place du cadre législatif et règlementaire nécessaire à la réforme (Loi sur l'offre de soins, décrets portant réorganisation du Ministère de la Santé et de ses services extérieurs, etc.): report des décaissements à des phases ultérieures, tout en continuant l'éventuel appui technique au Ministère dans l'élaboration de certaines mesures de sa politique.
- Fléchissement de l'engagement politique pour la réforme des ressources humaines du secteur de la santé: ce dossier n'implique pas uniquement le Ministère de la santé ; l'évolution du dossier est suivie par la CE dans le cadre du Programme d'Appui à la Réforme de l'Administration Publique (PARAP II). Même si le risque est réel, la CE pourrait suggérer au bénéficiaire la recherche de solutions alternatives pour promouvoir une gestion active des ressources humaines, solutions qui ne passent pas uniquement pas des modifications statutaires de la fonction publique marocaine, mais plutôt par exemple par des mesures incitatives.

3.5. Questions transversales

Egalité des genres: Les résultats du programme seront notamment mesurés en termes d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Plusieurs indicateurs de résultats se focaliseront sur des indicateurs intermédiaires liés à la mortalité maternelle. Dans la mesure du possible les indicateurs seront désagrégés en fonction du genre.

Une amélioration dans la gouvernance du système est recherchée, notamment par un appui au renforcement du rôle de régulation et de supervision du Ministère de la Santé et des autres organes déconcentrés concernés, et un appui à l'identification de mécanismes permettant de renforcer la participation des usagers et des professionnels de la santé aux reformes engagées dans le secteur.

4. QUESTIONS DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Méthode de mise en œuvre

Gestion centralisée.

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

Tous les marchés de service relatifs à l'aide complémentaire (assistance technique, suivi, audit et évaluation) seront gérés directement par la CE, conformément aux procédures et aux documents standards établis et publiés par la Commission pour la mise en œuvre des opérations extérieures, tels qu'en vigueur au moment de la procédure en cause.

4.3. Budget et calendrier

Le montant global du programme est de 86 millions d'Euros, dont 64 millions d'Euros seront engagés en 2008 et 22 millions d'Euros en 2009. A titre indicatif, il est envisagé de diviser le programme en un appui budgétaire de 82 millions d'Euros et une enveloppe complémentaire d'assistance technique de 4 millions d'Euros, dont 400.000 euros pour le suivi des conditionnalités et 600.000 euros pour les activités d'évaluation et de visibilité.

Le décaissement est prévu en quatre tranches respectivement de 20, 20, 20 et 22 millions d'Euros. La première tranche sera fixe, en principe au titre d'une avance, à la signature de la CF, pour autant que certaines conditions de base soient réunies, tandis que les trois autres tranches seront entièrement variables.

La durée opérationnelle du programme sera, en principe, de 48 mois.

4.4. Suivi de l'exécution et critères de décaissement

Une équipe d'experts sera recrutée pour effectuer des missions de suivi, avant le déboursement de chaque tranche. Une assistance technique sera également mobilisée dans le cadre de ce programme pour appuyer certaines composantes nécessitant de l'expertise externe internationale de haut niveau et une impulsion particulière des partenaires internationaux.

Concernant les indicateurs de performance proposés, il s'agira, pour la plupart :

- d'indicateurs de résultats destinés à mesurer l'amélioration effective de l'offre de soin, et particulièrement de soins de base, pour les populations socialement défavorisées ;
- d'indicateurs mesurant la bonne gouvernance du système, notamment en termes d'allocation équilibrée et suffisante des ressources, désagrégés et suivis pour certaines régions cibles ou pour certaines catégories de personnes bénéficiaires (bénéficiaires du RAMED, par exemple).

Ils seront mesurés et vérifiés notamment sur la base d'informations contenues dans le CDMT, la loi des finances, les statistiques relatives à la pauvreté, les registres des services de santé ou organismes gestionnaires des caisses d'assurance ou du système RAMED. La fiabilité et la disponibilité des données existantes doivent cependant encore être analysées et confirmées. Des enquêtes seront sans doute utiles pour confirmer certains résultats.

En plus de ces indicateurs de performance, des conditionnalités sont en cours d'identification et seront exigées pour le déboursement de chacune des tranches, et éventuellement pour la signature de la CF. Elles relèveront notamment :

- de la mise en place du cadre réglementaire minimum nécessaire (par exemple, le cadre juridique de la régionalisation, le cadre de réorganisation du Ministère, la Loi sur l'offre de soins) ;

- de la continuité de l'existence d'une véritable politique sectorielle (disponibilités budgétaires, chiffrage des besoins, viabilité à moyen terme, révision annuelle du cadrage stratégique, etc.).

Les conditions générales de déboursement seront basées sur une pondération des indicateurs de performance repris ci-dessus.

4.5. Évaluation et audit

La mise en œuvre du programme fera l'objet d'un suivi régulier par les services de la Commission, qui sera assistée par une équipe d'experts qualifiés qui effectuera les missions de suivi qui auront pour objectif d'apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs et de documenter ainsi le paiement envisagé pour chacune des tranches. Le programme fera également l'objet, à la fin de son exécution, d'une évaluation gérée par la Commission.

4.6. Communication et visibilité

Le programme respectera les dispositions du Manuel de visibilité de l'UE applicables aux actions extérieures (à titre indicatif, un communiqué de presse à la signature de la CF, la visibilité sur tous les études et rapports, un séminaire de clôture à la fin du programme).

