



REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

COMPACT – BURUNDI

2012 - 2015

Version Finale

Table des matières

SIGLES ET ACCRONYMES	II
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
II. PRINCIPAUX DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ BURUNDAIS	2
III. DÉFINITION ET OBJECTIFS DU COMPACT AU BURUNDI.....	3
IV. ÉLÉMENTS QUI SOUS TENDENT LE COMPACT	4
V. PRINCIPES GÉNÉRAUX ET MODALITÉS DE GESTION DE L'AIDE	5
VI. ENGAGEMENTS RESPECTIFS DES PARTIES.....	8
VII. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU COMPACT	9
VIII. GESTION DES DIFFÉRENDS.....	9
IX. ADHÉSION ET RETRAIT.....	9
X. DURÉE DU COMPACT.....	10
SIGNATAIRES DU COMPACT	ERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.
ANNEXE	11

SIGLES ET ACCRONYMES

BAS	: Budget d’Affectation Spéciale
BRB	: Banque de la République du Burundi
CAM	: Carte d’Assistance Médicale
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CNCA	: Comité National de Coordination des Aides
CPSD	: Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CSLP	: Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté
CSE	: Cadre de Suivi Evaluation
DBCAI	: Direction du Bureau de Coordination des Appuis Internationaux
FBP	: Financement Basé sur les Performances
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OG	: Objectif Général
OS	: Objectif Sectoriel
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
PAA	: Plan d’Action Annuel
PEFA	: Public Expenditure and Financial Accountability
PEMPFAR	: Public Expenditure Management and Financial Accountability Review
PIP	: Programme d’Investissement Public
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé

PSN : Plan Stratégique National de lutte contre le Sida

PTF : Partenaire Technique et Financier

RAC : Revue Annuelle Conjointe

SE : Suivi Evaluation

SP/CNCA : Secrétariat Permanent du Comité Nationale de Coordination des
Aides

SP/REFES : Secrétariat Permanent chargé du Suivi des Réformes
Economiques et Sociales

I. Contexte et justification

Le renforcement de la Coordination de l'aide au Burundi est une des grandes priorités que le Gouvernement s'est assigné depuis 2005, en vue d'améliorer son efficacité et l'alignement des stratégies nationales sur les priorités de développement.

Le Burundi, a signé en mars 2005 la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement qui repose sur cinq principes de base : l'Appropriation, l'Harmonisation, l'Alignement, la Gestion Axée sur les Résultats et la redevabilité mutuelle. Sa mise en œuvre exige de grands changements dans l'approche et les outils de la coopération en général.

Les réflexions qui ont été menées par le Gouvernement avec l'appui des Partenaires au Développement, ont abouti à la création du Comité National de Coordination des Aides (CNCA). Un Secrétariat Permanent (SP/CNCA) a été mis en place en Février 2006 pour préparer et assurer le suivi de tous les dossiers qui relèvent du mandat du CNCA.

En 2007, le SP/CNCA a élaboré un Plan d'actions axé sur des résultats afin de développer et pérenniser, au Burundi, des outils modernes de gestion et de diffusion de l'information sur l'aide. Ce Plan prévoit entre autres l'instauration et l'internalisation d'un nouveau système de gestion de l'information sur l'aide dénommé « Aid Management Platform, AMP en sigle ». Toutefois en attendant sa mise en place et son opérationnalisation, une des actions prioritaires prévue également dans ce plan était la production, avant la fin de l'année 2007 et dans le cadre du suivi de la Table Ronde sur le CSLP, d'un rapport sur les flux des aides passées et les tendances futures.

Le but est de répondre à une forte demande et à une carence de données dans ce domaine, en vue d'éclairer tous les partenaires nationaux et internationaux dans la définition des politiques de développement, la planification des ressources et l'orientation des futurs programmes d'assistance.

Dans la même année, c'est-à-dire 2007, le pays a signé le compact global dans le cadre du Partenariat International pour la Santé et les Initiatives connexes (IHP+). Au cours de la même année, le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement a été mis en place et un mémorandum d'entente signé entre le Gouvernement et ses partenaires technique et financiers, pour la mise en œuvre du PNDS 2006 – 2010.

L'évaluation du PNDS I (2006 – 2010) a abouti à des conclusions, recommandations et en a tiré des leçons qui ont éclairé l'élaboration d'un deuxième PNDS (2011 – 2015) adopté par le Gouvernement au mois d'octobre 2011. Tout comme le premier, le PNDS II poursuit la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé couvrant la période 2005-2015.

Afin d'assurer la mise en œuvre du PNDS II, le MSPLS a élaboré un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT 2011 – 2013) et un Cadre de suivi évaluation pour toute la durée de

mise en œuvre du PNDS 2011 – 2015. Ce compact vient consolider sa mise en œuvre en clarifiant les engagements du Gouvernement et ceux des partenaires.

II. Principaux défis du système de santé burundais

Sur base de l'analyse de la situation du PNDS II (2011 – 2015) et de l'évaluation du PNDS I (2006-2010) et conformément aux orientations du Gouvernement en matière de santé, les défis majeurs que le secteur de la santé va relever au cours des 5 prochaines années sont notamment :

1. Le renforcement des capacités du système de santé à travers une gestion rationnelle des ressources et le développement d'un système national d'information sanitaire performant ;
2. L'offre intégrée des soins et services de qualité préventifs, curatifs, promotionnels, réadaptatifs ;
3. L'accès universel aux soins et services par la promotion des mécanismes de partage de risque (mutuelles communautaires, CAM, ...) ;
4. L'amélioration de la demande de soins par la population à travers le renforcement et la pérennisation du FBP associé à la gratuité ciblée ;
5. Le renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur permettant de créer un environnement susceptible de favoriser la coordination, le partenariat y compris la communauté et le secteur privé, la multisectorialité ainsi que la mise en œuvre des réformes ;
6. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, à la réduction de la malnutrition et autres maladies carencielles et à la maîtrise de la fécondité ;
7. La lutte contre la maladie par le renforcement du système de surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles et une meilleure prise en charge des cas ;
8. La création d'un environnement favorable à la santé y compris la santé en milieu scolaire et au travail ;
9. Le renforcement des capacités nationales à faire face aux épidémies et la gestion des urgences et catastrophes.

III. Définition et objectifs du compact au Burundi

1. Définition et rappel des axes du PNDS II

Le COMPACT est un Protocole d'Accord, un engagement moral, qui n'a pas de caractère contraignant pour les parties signataires.

Le Compact a pour but de renforcer le leadership du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida dans la définition, le pilotage et le suivi évaluation de la Politique Nationale de Santé, à travers le PNDS II (2011 – 2015), en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour la Santé.

Pour y arriver le Ministère de la santé s'est fixé 3 objectifs généraux (OG), un objectif sectoriel et 9 axes stratégiques.

OG 1 : Contribuer à la réduction de la morbi mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles d'ici 2015 ;

OG 2 : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2015 ;

OG 3 : Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015.

Un Objectif sectoriel qui est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation

9 axes stratégiques répartis en 3 groupes :

Le premier groupe assure l'offre, crée et renforce la demande des soins (le 1^{er} groupe assure la qualité des soins offerts). Il constitue l'axe 1 : Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé ;

Le deuxième groupe vise l'amélioration des capacités d'offre de soins et comprend les axes : (ii.1) : Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles ; (ii.2) Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises; (iii) La disponibilité et l'accessibilité de la population aux médicaments et autres produits de santé de qualité ; (iv.1) Amélioration de la couverture en Infrastructures Sanitaires et Équipements ; (iv.2) Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation ; (iv.3) Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins ;

Le troisième groupe assurant le pilotage du secteur est représenté par les axes : (v) Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé, et (vi) Renforcement du système d'Information Sanitaire, de Planification et de suivi et évaluation.

2. Objectif

Le Compact a pour objectif général de renforcer le partenariat entre le Gouvernement et les PTF et d'améliorer la mobilisation et l'utilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 à travers un cadre harmonisé entre le Gouvernement et ses PTF en cohérence avec le CSLPII et la politique nationale de l'aide en vue d'accélérer l'atteinte des OMD.

Plus spécifiquement, le Compact vise à matérialiser le consensus du gouvernement et des partenaires sur :

- Le cadre programmatique de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 (une stratégie unique, un CDMT, un cadre de SE et un Compact pour plus d'efficacité de l'aide accordée au secteur de la santé au Burundi) ;
- Les principes généraux et les modalités de gestion de l'aide ;
- Les engagements du Gouvernement et des PTF dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015.

IV. Éléments qui sous tendent le compact

En 2007, le Burundi a été retenu pour faire partie des huit pays pilotes pour l'initiative de Partenariat International pour la Santé (IHP+) conduisant ainsi au renforcement du processus d'harmonisation des aides sectorielles déjà entrepris.

En 2010, suite aux recommandations de la revue annuelle conjointe sur l'élaboration du PNDS II et ses annexes ainsi que l'adhésion au compact qui en découlerait, les documents suivant ont été élaborés et validés :

- PNDS 2011 – 2015
- CSE
- CDMT
- Cadre unique des résultats
- Mécanismes de coordination

Ces documents constituent la référence pour toute intervention dans le secteur de la santé.

V. Principes généraux et modalités de gestion de l'aide

V.1. Principes généraux

Le Gouvernement vient de renouveler son engagement à amplifier les efforts déjà entamés dans le cadre de l'Addendum au projet de renforcement des capacités nationales de coordination pour une meilleure efficacité de l'aide. Ces efforts consistent à amener tous les ministères, y compris le SP/CNCA et le SP/REFES, à harmoniser leur travail. Il procédera aux arbitrages nécessaires en toute objectivité et en dehors de toute considération partisane guidé par l'intérêt supérieur du Burundi. Ainsi, le CSLP II, découlant de la Vision Burundi 2025, des OMD, sera consacré comme unique référence pour toute planification et programmation.

Le Cadrage macroéconomique du CSLPII détermine les objectifs de développement au niveau macro et au niveau sectoriel à base desquels les plafonds d'investissement sectoriels sont définis. Ces plafonds guideront l'élaboration du PIP. Le PIP global sera une référence lors de l'élaboration des CDMT central et sectoriels. La première année du CDMT central devra correspondre à la loi des finances de l'exercice concerné. Le Gouvernement s'engage à généraliser l'élaboration des stratégies sectorielles, de leurs plans d'actions et des CDMT sectoriels à base d'un processus participatif en engageant davantage le secteur privé et la société civile pour permettre à toutes les parties prenantes de participer à la définition des priorités nationales et sectorielles de développement. Les plans sectoriels seront cohérents avec les CDMT sectoriels.

Afin d'assurer un maximum de cohérence entre les fonctions citées ci-haut, pour réellement refléter les priorités nationales à travers les budgets, le Gouvernement passera en 2014 d'un budget de moyens à un budget programme pour renforcer la cohérence dans l'affectation des ressources des PTF. Le MSPLS développera un système de planification budgétaire ascendante tenant compte des priorités non seulement du niveau national mais aussi des services déconcentrés. Le MSPLS proposera des étapes de validation intermédiaires de ces plans avec l'ensemble des PTF et de la société civile.

En séparant nettement la dimension politique et la dimension financière, le processus de négociation financière sera complètement piloté par une seule entité désignée par les hautes autorités de l'Etat, aidée en cela par une équipe de négociateurs professionnels confirmés.

En ce qui concerne les projets des collectivités locales décentralisées, notamment dans le cadre de la coopération décentralisée entre les collectivités du nord et collectivités du sud, ou les universités, le Gouvernement exercera une coordination plus importante à travers les programmes sectoriels en collaboration avec les PTF de manière à ce que la stratégie

générale définie par le CSLPII et traduite dans la stratégie sectorielle soit respectée. Les principaux principes ci-haut cités se réfèrent à la déclaration de Paris et celle d'Accra.

V.2. Modalités de gestion de l'aide existantes au Burundi

Le Gouvernement du Burundi a entrepris une série des réformes profondes pour assainir le système de gestion des finances publiques et de passation des marchés publics.

Conjointement avec les PTF, les systèmes nationaux sont régulièrement évalués pour mesurer les progrès réalisés. Ces outils de diagnostic choisis de commun accord sont le PEFA et le PEMPFA. Ils devront évoluer vers un outil unique qui va aider le Gouvernement à prendre des décisions nécessaires à l'amélioration des systèmes nationaux.

Fort de ces instruments et de l'engagement conjoint Gouvernement/PTF pour une amélioration continue des systèmes nationaux, le Burundi opte pour l'abandon progressif de l'approche projet qui occasionne des coûts de transaction élevés. La faible durée de vie des projets, si elle permet de réaliser quelques résultats visibles, ne permet pas d'opérer les changements nécessaires et d'atteindre les impacts durables souhaités.

V.2.1. Appui budgétaire général

Il consiste à verser directement l'aide au budget du pays. Cette modalité pourra permettre de garantir une affectation équilibrée des ressources disponibles entre les différents secteurs et régions. L'appui budgétaire général est l'objectif à atteindre lorsque toutes les conditions¹ seront réunies

V.2.2. Approche sectorielle :

a. Appui budgétaire sectoriel

Le Burundi souhaite aussi que l'appui budgétaire sectoriel prenne progressivement une place importante dans les modes de livraison de l'aide en phase transitoire à l'atteinte de l'objectif. A cet effet aussi, les financements des PTF qui sont affectés à un projet ou groupe de projets précis, homogènes et clairement identifiés en application d'une ou de plusieurs conventions de financement peuvent faire l'objet de Budget d'Affectation Spéciale (BAS). Le BAS est mis en avant par le Gouvernement comme un instrument innovant privilégié et susceptible de favoriser l'adoption des appuis budgétaires. Tous ces mécanismes pourraient ainsi accompagner et renforcer l'émergence de l'approche programme.

¹ Politique Nationale de gestion de l'aide

b. Panier commun

L'approche panier commun est pour le Gouvernement une modalité d'exécution structurante susceptible de faciliter aussi l'opérationnalisation des dispositifs communs de planification, de budgétisation et de mobilisation des ressources. **C'est l'approche qui est privilégiée par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.** Le panier commun aura deux modalités opératoires :

- une modalité physique où le Gouvernement et les PTF mettront les ressources ensembles pour financer les différents PAA
- une modalité virtuelle : pour les PTF qui ne pourront pas pour des raisons diverses mettre physiquement leurs ressources dans le panier. Ces PTF devront tout de même s'engager sur les lignes budgétaires des différents PAA à financer.

c. Appui projet

L'appui projet sera accepté dans certains cas exceptionnels tels que les projets dont le niveau de rentabilités économique et sociale est suffisamment élevé ou ceux qui concernent un domaine novateur. L'appui projet sera aussi privilégié dans le cadre des projets d'infrastructures qui demandent des engagements importants et où les donateurs ne sont pas souvent disposés à cofinancer. Dans ce cadre, les PTF seront invités à ouvrir un compte dans une banque locale agréée par la BRB.

d. Dons en nature

Les dons en nature comme les médicaments, les équipements et autres sont acceptables lorsqu'ils sont conformes à la réglementation en vigueur au Burundi. Néanmoins, ces aides ne doivent pas avoir pour effets de perturber les marchés locaux de biens et de services.

Le Gouvernement se réserve le droit de refuser tout projet dont la rentabilité n'est pas prouvée. Le Gouvernement refusera tout apport d'aide qui n'est pas aligné sur les priorités nationales exprimées à travers la vision Burundi 2025, les CSLPII et les politiques sectorielles.

VI. Engagements respectifs des parties

VI.1. Gouvernement

1. Augmenter progressivement le financement public de la santé pour respecter l'engagement pris par les Chefs d'Etat de l'Union Africaine (Déclaration d'Abuja en 2001) en vue de progresser vers l'atteinte de l'objectif de 15% du budget annuel alloué à la santé.
2. Renforcer la coordination et le dialogue avec les PTF et à tous les niveaux sur les différentes réformes du secteur pour une meilleure intégration des interventions.
3. Renforcer la coordination et l'harmonisation des services de santé à base communautaire et familiale : Mettre à échelle les activités à base communautaire et mettre en place les organes de gestion au niveau communautaire.
4. Renseigner régulièrement le cadre de suivi évaluation du PNDS 2011 – 2015.
5. Améliorer la bonne gouvernance dans la gestion des ressources.
6. Préciser la contribution des PTF au budget de l'Etat pour le secteur santé.

VI.2. Partenaires

1. S'aligner sur les priorités et les procédures nationales dans la mise en œuvre et le suivi évaluation du PNDSII.
2. Mobiliser davantage de ressources pour la mise en œuvre du PNDS II et annoncer leurs engagements financiers avant la préparation du budget annuel
3. Mettre à disposition du Gouvernement les informations concernant les déboursements pour appuyer la stratégie nationale santé et contribuer à l'atteinte des objectifs fixés.
4. Contribuer à l'amélioration des mécanismes de coordination des interventions des PTF sous le leadership du gouvernement.
5. Participer régulièrement et contribuer aux réunions de coordination.

VII. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du compact

VII.1 Introduction

Les parties prenantes au Compact veilleront à prendre toutes les mesures nécessaires pour honorer leurs engagements respectifs afin de bien mener les activités y afférentes. Pour accompagner et améliorer le Compact, un cadre de suivi et de l'évaluation de la performance de ces activités a été élaboré et se trouve en annexe du présent Compact dont il fait partie intégrante.

VII.2 Les organes de suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du compact

Le CPSD est l'organe central de suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du Compact. En effet, le suivi sera fait régulièrement lors des missions conjointes et lors des RAC. Une revue à mi-parcours et une évaluation finale seront organisées par la Direction Générale de la planification qui sera chargée d'alimenter régulièrement la matrice des indicateurs de résultats de la mise en œuvre du compact.

VIII. Gestion des différends

En cas de différend(s) entre les PTF et le Gouvernement signataires du compact, le dialogue sera privilégié.

Les réunions du CPSD et de RAC constituent également des opportunités pour résoudre les problèmes éventuels liés à ces engagements.

IX. Adhésion et retrait

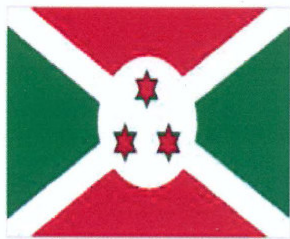
La demande d'adhésion d'autres Partenaires Techniques et Financiers à ce Compact est encouragée, même après son adoption. La demande se fera par un écrit qui sera adressé au Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida avec copie au Ministère des Finances et au Chef de file des PTF.

Le retrait d'un des signataires doit également être notifié par écrit à ces mêmes autorités. Cette annonce de retrait devra être faite au moins un semestre à l'avance afin de permettre les ajustements nécessaires dans la mise en œuvre du PNDS II.

X. Durée du compact

Le présent compact couvre la période du PNDS 2011-2015. Sa revue est prévue successivement en 2013 et 2015, dates auxquelles auront lieu l'évaluation à mi parcours et finale du PNDSII.

Fait à Bujumbura, 06 / 12 /2012



REPUBLIQUE DU BURUNDI



[Empty rectangular box]

SIGNATAIRES DU COMPACT

[Empty rectangular box]

GOUVERNEMENT DU BURUNDI

La Ministre de la Santé Publique
et de la lutte contre le Sida

Dr. Sabire NIZAKURWTIMANA

Le Ministère des Finances et de la
Planification du Développement
Economique

Honorable Abdallah Ndirakobuca

PARTENAIRES AU DEVELOPEMENT

COOPERATION BELGE

Thcopiel Baert

BANQUE MONDIALE

honoré Ester RACHIDI RADI

DELEGATION DE L'UNION EUROPEENNE

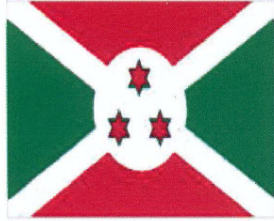
Emil Cadore Joseph

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

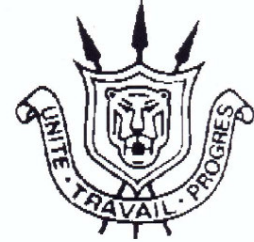
Smairka Abenjel

UNITED NATIONS POPULATION FUND

u b o CA2 n



REPUBLIQUE DU BURUNDI



SIGNATAIRES DU COMPACT

PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL

 R. D. SOSSA

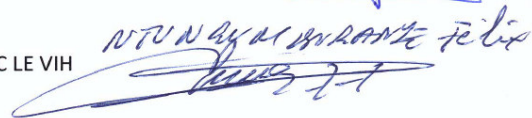
FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE

 Johannes Wessamp

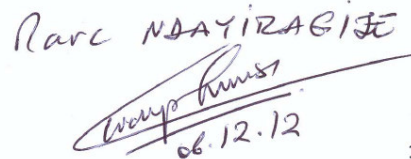
ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LA MALARIA

 Albert Mbonerane

RESEAU BURUNDAIS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

 NTUNYAMIRANGE Felix

ALLIANCE BURUNDAISE CONTRE LE SIDA

 Narc NDAYIRABIZE
06.12.12

ANNEXE

Annexe 1 : Matrice des indicateurs de suivi et évaluation de la performance de la mise en œuvre du compact

Engagement	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du compact	Définition de l'indicateur	Période de collecte	Source	Données de base	Cible 2012	Cible 2013	Cible 2014	Cible 2015
1. Augmenter progressivement le financement public des soins de santé pour respecter l'engagement pris par les Chefs d'Etat de l'Union Africaine (Déclaration d'Abuja en 2001) en vue de progresser vers l'atteinte de l'objectif de 15% du budget annuel alloué à la santé.	Le % du Budget national alloué à la santé	Montant du Budget alloué à la santé X 100/Montant total du budget de l'état	Annuel	La loi des finances	11,4% (2012)	11,4%	13%	14%	15%
2. Renforcer la collaboration et la coordination à tous les niveaux pour une meilleure intégration des interventions.	% des PTF signataires du Compact ayant participé à au moins 80% des réunions du CPSD	Nombre des PTF signataires du compact ayant participé dans au moins 80% des réunions du CPSDX 100 / Le nombre total des PTF signataires du compact	Trimestriel	PV des réunions du CPSD	N/D		70%	80%	90%

	% des membres du CPSD (côté gouvernement) qui participent à au moins 80% des réunions du CPSD	Nombre des membres du CPSD (côté gouvernement) qui participent à au moins 80% des réunions du CPSD X 100/ Nombre total des membres du CPSD (côté gouvernement)	Trimestriel	PV des réunions du CPSD	N/D		80%	90%	100%
	% des recommandations des réunions du CPSD y compris celles des RAC mises en œuvre dans les délais convenus	Nombre de recommandations des réunions du CPSD y compris celles des RAC mises en œuvre dans les délais convenus X100 /nombre total des recommandations des réunions du CPSD y compris celles des RAC	Trimestriel	PV des réunions du CPSD	N/D	50%	60%	70%	80%

3. Renforcer la coordination et l'harmonisation des services de santé à base communautaire et familiale : Mettre à échelle les activités à base communautaire et mettre en place les organes de gestion au niveau communautaire.	% des collines qui transmettent les rapports aux CDS dans les délais. ²	Nombre des collines qui transmettent les rapports aux CDS dans les délais X 100/Nombre total des collines	Annuel			30%	40%	50%	60%
	% des Organisations à base communautaire (OBC) qui transmettent les rapports dans les délais ³	% des Organisations à base communautaire (OBC) qui transmettent les rapports dans les délais X 100/ Le nombre total des OBC enregistrées.	trimestriel						
4. Renseigner régulièrement le cadre de suivi évaluation du PNDS 2011 - 2015.	% d'indicateurs du cadre des résultats du PNDS renseignés dans les délais	Nombre d'indicateurs du cadre des résultats du PNDS renseignés dans les délais x 100/ Nombre total des indicateurs du cadre des résultats du PNDS	Semestriel	Rapport semestriel DGP		60%	70%	80%	90%

² Il s'agit des rapports des Agents de Santé Communautaire (ASC)

³ Les Districts sanitaires doivent mettre à jour régulièrement la liste des OBC qui œuvrent dans leur zone de responsabilité et les exiger leurs rapports trimestriels

5. Améliorer la bonne gouvernance dans la gestion des ressources	% des partenaires signataires du compact qui ont annoncé leur engagement financier au PNDS avant la préparation du budget annuel	Nombre des partenaires signataires du compact qui ont annoncé leur engagement financier au PNDS avant la préparation du budget annuel X 100/ Nombre total des partenaires signataires du compact	annuel	Rapport RAC					
	Taux de décaissements des contributions financières des PTFs faits selon le calendrier convenu	Montant décaissé par les PTFs X 100/ Le montant global des engagements	semestriel	Rapport semestriel de la DBCAI		80%	90%	95%	98%