



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi
MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

COMPACT - SENEGAL

*(Accroître les efforts et les ressources pour la santé
dans un cadre harmonisé en vue de l'atteinte des
OMD)*

SOMMAIRE

I.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
II.	OBJECTIFS DU COMPACT	5
III.	ELEMENTS DU CADRE PROGRAMMATIQUE.....	5
3.1.	Cadre unique de planification.....	5
3.2.	Cadre budgétaire.....	6
3.3.	Cadre unique de résultats	6
3.4.	Cadre de coordination et de suivi-évaluation	7
3.5.	Matrice unique de politique et de reformes sectorielles	8
3.6.	Cadre fiduciaire	9
3.7.	Actions et modalités de partenariat pour une gestion plus efficiente des ressources du secteur de la sante	9
IV.	ENGAGEMENTS	11
4.1.	Engagements du gouvernement du Sénégal	11
4.2.	Engagements des partenaires techniques et financiers	12
4.3.	Modalités de suivi des engagements mutuels du Compact	12

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV :	Anti Rétro Viraux
CAS-PNDS :	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CDSMT :	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CIS :	Comité Interne de Suivi
DPES :	Document de Politique Economique et Sociale
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DSRP :	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECR :	Equipes Cadre de Région
EDS-MICS :	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
FAR :	Femme en Age de Reproduction
GAR :	Gestion Axée sur les Résultats
IHP+ :	Partenariat International pour la Santé
MCS :	Mission Conjointe de Supervision
MEF :	Ministère de l'Economie et des Finances
MII :	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PISS :	Plan d'Investissement Sectoriel Santé
PNDRH :	Plan National de Développement des Ressources Humaines
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
POCL :	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PS :	Plan Stratégique
PTA :	Plan de Travail Annuel
PTF :	Partenaires Techniques et Financier
PVVIH :	Personnes Vivant avec le VIH
RAC :	Réunion Annuelle Conjoint
SFE :	Sage Femme d'Etat
TB :	Tuberculose
TMIJ :	Taux de Mortalité Infanto- Juvénile

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En Septembre 2000, les Chefs d'Etat et de Gouvernement de 191 pays ainsi que les grandes institutions de coopération internationale ont adopté la « Déclaration du Millénaire » qui met davantage l'accent sur un partenariat international porté par une vision partagée de développement humain durable et équitable. A travers cette déclaration, les pays s'engagent à accroître les efforts en faveur de la paix, de la gouvernance et de la santé entre autres.

Le rapprochement de l'échéance des OMD a fait naître un besoin accru de coordonner les diverses activités et de les aligner autour d'un même programme, piloté par le gouvernement des pays récipiendaires.

C'est dans ce contexte que le Sénégal a souscrit à la déclaration de Paris de mars 2005 et au plan d'action d'Accra de 2008. Le Sénégal a aussi signé le Partenariat International pour la Santé et les initiatives apparentées (IHP+) en juillet 2009 et a réaffirmé son engagement à faire de la santé un secteur prioritaire, en définissant une approche globale et intégrée, tenant compte des besoins des populations et des niveaux de pauvreté, mais aussi des efforts à consentir pour pouvoir atteindre les objectifs du millénaire pour le développement en 2015.

Au titre des résultats enregistrés et obtenus à partir de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2010-2011), le taux de mortalité infantile a évolué de manière satisfaisante, passant de 61 pour mille en 2005 à 47 pour mille en 2010. Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu aussi une évolution favorable en passant de 121 décès pour mille naissances vivantes à 72 décès pour mille au cours de la même période¹. Au plan de la lutte contre les endémies, le Sénégal a fait aussi des progrès avec une diminution importante de la mortalité proportionnelle du paludisme qui est passée de 29,7 % en 2001 à 4,4% en 2009 et un taux de prévalence du VIH/SIDA dans la population générale maintenu à moins de 1%.

Cependant, force est de constater que malgré ces avancées, des contraintes demeurent et sont relatives à l'accès à des services de qualité, au faible taux de scolarisation des femmes, à l'ignorance, à la pauvreté, au statut social de la femme avec un faible pouvoir de décision mais aussi à des pratiques et croyances socioculturelles néfastes pour la santé. Le Sénégal s'est engagé à lever ces contraintes à travers la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) tout en mettant en place plusieurs instruments dont le Compact dans le but de mieux orienter les actions et les ressources de la santé dans un cadre harmonisé.

Avant le Compact, le suivi du partenariat entre le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) au niveau du secteur de la santé n'était pas systématique. Cependant les PTF ont initié un cadre de coordination formel avec comme chef de file actuel l'OMS. Le nouveau partenariat qui sera établi entre le Gouvernement et les PTF dans le cadre du

¹ Les objectifs pour 2015 sont de 44 pour 1000 pour la MIJ et 139 pour 100 000 NV pour le ratio de mortalité maternelle

Compact, améliorera la prévisibilité de l'aide et la gestion axée sur les résultats, et intégrera les fonds destinés aux projets dans une approche de programme sectoriel ou au sein de mécanismes de panier commun de ressources, au moins pour le financement des activités prioritaires du Plan d'Investissement Sectoriel Santé (PISS) 2011-2015.

Le Compact va aider le Gouvernement et les PTF à mieux coordonner leurs interventions dans la définition, le pilotage, la coordination et le suivi-évaluation d'une politique sanitaire cohérente et efficiente.

Tout cela contribuera à opérationnaliser le PNDS et à augmenter les performances du secteur de la santé.

II. OBJECTIFS DU COMPACT

L'objectif général du Compact est de définir un cadre unique et harmonisé d'interventions pour le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé et d'accroître les efforts pour atteindre plus rapidement les OMD en 2015. De manière plus spécifique, il est attendu des parties signataires du Compact :

- Un engagement à soutenir la mise en œuvre du PNDS à travers l'opérationnalisation du Plan d'Investissement Sectoriel Santé 2011-2015,
- Un engagement à inscrire les interventions des partenaires dans la mise en œuvre du PNDS,
- La définition des actions et modalités de partenariat pour une gestion plus efficiente des ressources ;
- La recherche de consensus sur les modalités de suivi ;
- La matérialisation des principes de la Déclaration de Paris au niveau du secteur de la santé.

III. ELEMENTS DU CADRE PROGRAMMATIQUE

3.1. Cadre unique de planification

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) qui est un plan triennal glissant et un Plan de Travail Annuel (PTA) qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Le PNDS 2009–2018, élaboré de manière consensuelle par toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre des activités de développement sanitaire, s'est largement

inspiré des documents cadres en matière de planification et constitue la réponse du secteur de la santé face aux défis liés à l'atteinte des OMD.

Les principes qui ont guidé la nouvelle démarche pour la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 ont été :

- l'affirmation du CDSMT comme outil de mise en œuvre conjointe du PNDS et de base d'élaboration du budget annuel ;
- le respect, par le Gouvernement et les partenaires au développement, des principes de la Déclaration de Paris pour l'Efficacité de l'Aide ;
- l'effectivité du contrôle citoyen comme moteur de la bonne gouvernance sanitaire locale.

Le Plan de Travail Annuel (PTA) est la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT déclinée en plans d'actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide sanitaire. Au niveau district, il est conçu à partir des plans d'opérations des collectivités locales (POCL-Santé). Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA.

Dans le cadre de l'accélération de la mise en œuvre du PNDS vers l'atteinte des OMD, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a élaboré un Plan d'Investissement Sectoriel Santé 2011-2015. Le CDSMT sera désormais révisé à partir de ce plan pour la période 2011-2015.

3.2. Cadre budgétaire

Le Plan d'Investissement Sectoriel Santé 2011-2015 est financé par plusieurs sources : l'Etat, les Collectivités Locales, les ménages, le secteur privé et les PTF. Depuis 2006, le budget du ministère de la santé est préparé à partir du CDSMT. Il faut reconnaître toutefois que cet outil n'a pas permis d'atteindre tous les résultats escomptés. Les PTF sont peu impliqués à son élaboration. La négociation du budget ne se fait pas réellement autour du CDSMT. Les centres de responsabilité ne rendent pas systématiquement compte de leurs résultats. Le Compact devra aider à améliorer la mise en œuvre du CDSMT.

Le budget du Plan d'Investissement Sectoriel Santé 2011-2015 intègre les investissements prévus dans le Programme d'actions prioritaires du Document de Politique Economique et Sociale (DPES 2011-2015), et les besoins de financement relatifs au fonctionnement retenus dans le CDSMT.

3.3. Cadre unique de résultats

En vue de faciliter le suivi des différents appuis, une liste d'indicateurs «traceurs» avec des cibles annuelles de 2011 à 2015, a été tirée de la matrice du plan de suivi évaluation du PNDS et du cadre logique du CDSMT pour constituer un cadre commun de suivi des résultats du Compact. Les indicateurs retenus en rapport avec les programmes du CDSMT sont :

- **Santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent** : taux de mortalité maternelle, taux de mortalité infanto juvénile et taux de prévalence contraceptive, taux d'utilisation de la consultation prénatale, proportion d'accouchements assistés par du personnel formé (médecins, Sages Femmes, Infirmiers, auxiliaires...), proportion d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés ;
- **Prévention et prise en charge de la maladie** : prévalence du VIH/SIDA dans la population générale, taux de couverture en MII chez les enfants 0-5 ans, taux de couverture en MII chez les femmes enceintes, nombre de PVVIH mises sous ARV, nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié du dépistage du VIH au cours de l'année, taux de détection de la tuberculose. taux de guérison de la tuberculose ;
- **Renforcement du système de santé** : nombre de Médicaments et produits traceurs en rupture et Ratio SFE/FAR ;
- **Gouvernance sanitaire** : pourcentage de districts ayant élaboré des PTA intégrant les POCL santé, nombre de personnes couvertes par un système formel de couverture maladie.
- **Renforcement du partenariat et de l'efficacité de l'aide** : nombre de conventions signées avec la société civile et le secteur privé, alignement, etc.

3.4. Cadre de coordination et de suivi-évaluation

La CAS-PNDS est chargée de la coordination et du suivi de la mise en œuvre du PNDS. Le cadre de coordination et de suivi-évaluation du Compact se base entièrement sur celui du PNDS. Celui-ci repose sur différentes instances aux niveaux national et régional.

Le groupe de travail des partenaires du secteur de la santé (PDSS) assurera spécifiquement la coordination et le suivi des initiatives visant à renforcer le partenariat et l'efficacité de l'aide. Un agenda (feuille de route) recensant les activités à mener d'ici 2015 sera établi dans les 3 mois suivant la signature du COMPACT. Le Chef de file des PTF rapportera conjointement avec le Coordonnateur de la CAS-PNDS sur son exécution lors des rencontres de suivi de la mise en œuvre du PNDS.

❖ Niveau national

- La Revue Annuelle Conjointe (RAC) évalue les progrès réalisés dans la mise en œuvre du PNDS à travers le rapport de performance du CDSMT. Elle est co-présidée par le Ministre de l'Economie et des Finances et le Ministre de la Santé.
- Le Comité Interne de Suivi (CIS) du PNDS est présidé par le Ministre de la Santé. Il est trimestriel et est élargi une fois sur deux aux PTF.

Par ailleurs, il est organisé chaque année une Mission Conjointe de Supervision (MCS) dont les résultats sont présentés au cours de la RAC.

Le comité de pilotage du Compact mis en place par note ministérielle n° 5210 du 25 mai 2011 veillera au respect des engagements pris par les différentes parties prenantes à travers son organe de suivi.

Il effectuera des revues périodiques sur:

- le respect des engagements du gouvernement quant à la mise en œuvre du Plan d'Investissement Sectoriel Santé 2011-2015 et de son cadre budgétaire sur la base des rapports techniques et financiers produits et diffusés à l'occasion des différents organes de suivi ;
- le respect des engagements mutuels du gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact ;
- les déboursments financiers des différentes parties signataires du Compact.

❖ Niveau régional

- Les RAC régionales présidées par les Gouverneurs de région permettent de: (i) discuter des problèmes de santé de la région, (ii) évaluer les performances réalisées au cours de l'année et (iii) proposer des mesures pour résorber les gaps. Le rapport de performance annuel de la région est présenté lors de la RAC nationale.
- La réunion trimestrielle de coordination régionale et la réunion mensuelle de coordination du district permettent le suivi et la mise en œuvre des PTA.

3.5. Matrice unique de politique et de réformes sectorielles

La mise en œuvre du PNDS nécessite certaines réformes et la prise de mesures en relation avec la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre la maladie, le renforcement du système de santé, le système d'allocation budgétaire et le partenariat public privé. Concernant la santé de la reproduction et la lutte contre la maladie, il a été décidé d'élaborer des plans stratégiques pour les domaines prioritaires et de mettre à l'échelle les expériences communautaires réussies. Ces mesures devraient être complétées par la mise en place d'un système formel de référence contre référence. Pour le renforcement du système de santé, les mesures concernent les ressources humaines, les équipements et la maintenance. C'est dans ce cadre qu'un Plan national de Développement des Ressources humaines (PNDRH) et un plan de renouvellement des équipements ont été élaborés. L'ensemble de ces mesures figurent dans le PNDS 2009-2018 et les services responsables ont été identifiés. Le Compact doit aider à assurer un meilleur suivi de la mise en œuvre de ces mesures dont certaines connaissent des avancées timides. C'est le cas notamment de la mise en place du cadre de partenariat public privé, du cadre de concertation entre la DRH et l'université pour augmenter les effectifs des médecins spécialistes et de l'application de critères d'allocation budgétaire.

3.6. Cadre fiduciaire

Dans le cadre du Compact, l'exécution des ressources financières issues des différentes sources de financement doit autant que possible respecter les règles de gestion administrative et financière en vigueur au Sénégal. Ainsi, pour ce qui est des partenaires intervenant dans l'appui budgétaire, la Direction Générale de la Comptabilité Publique et du Trésor est le garant de l'exécution de la dépense publique. De la même manière que pour les ressources propres de l'Etat, cette institution doit veiller au respect des principes généraux du code des marchés publics, pour l'exécution de toutes les dépenses publiques entreprises par l'Etat.

En ce qui concerne les partenaires non engagés dans l'appui budgétaire, il sera mis en place d'un commun accord entre l'Etat et ces derniers, des mécanismes pour exécuter les ressources financières allouées.

3.7. Actions et modalités de partenariat pour une gestion plus efficiente des ressources du secteur de la sante

Le Compact fournit un cadre harmonisé de mobilisation et d'utilisation des ressources en appui au PNDS, en mettant l'accent sur la redevabilité mutuelle. Or, force est de constater qu'il existe encore de nombreuses contraintes à ce niveau, tant du côté de certains partenaires que de la partie gouvernementale. Dès lors, pour garantir la gestion efficiente des ressources du secteur de la santé, il est important de réaffirmer quelques éléments critiques du cadre partenarial dans lequel s'inscrit le Compact :

❖ Obligation de transparence et d'information

Les partenaires sont invités à s'aligner sur le cycle de planification et de budgétisation de l'Etat et pour ce faire, ils se doivent de transmettre suffisamment à l'avance leurs annonces de financement, y compris pour les dons en nature, si possible sur un horizon quinquennal en précisant les domaines, les zones d'intervention et les acteurs. En cas de mise à disposition de fonds en cours d'exercice, leur utilisation doit faire l'objet d'une discussion avec les autorités sanitaires compétentes afin d'en assurer une gestion plus efficiente. L'Etat devra également mettre à la disposition des partenaires toutes les informations concernant le budget (dotations initiales, modifications, taux d'exécution) mais aussi les changements intervenus dans les lois de Finances rectificatives.

A la fin de chaque exercice financier, les partenaires sont invités/tenus de soumettre des rapports sur leurs dépenses comme convenu conjointement avec le gouvernement, y compris les dépenses qui ne sont pas canalisé par le gouvernement. Ceci, combiné avec les rapports du gouvernement de ses dépenses à ses partenaires, permettra au gouvernement de produire un compte consolidé des dépenses totales de santé dans le pays.

Le MSAS effectuera régulièrement des contrôles internes des ressources mises à disposition des services. La collaboration sera renforcée entre le MSAS et le MEF dans le cadre du suivi

des engagements du présent Compact. Le MSAS tiendra à jour un répertoire de toutes les conventions de financement destinées au secteur de la santé.

❖ **Mobilisation des ressources**

Les partenaires sont invités à s'aligner autant que possible sur les procédures de gestion financière du Sénégal. Si un alignement total n'est pas possible, ils veilleront à alléger autant que possible leurs procédures afin d'accélérer la mobilisation des ressources. L'Etat mettra tout en œuvre pour améliorer ses procédures de gestion financière et de passation des marchés publics afin de favoriser la confiance et l'alignement de ses partenaires. Pour ce qui concerne les fonds gérés à travers le système national, le MSAS et le MEF assureront une meilleure exécution des crédits. Quant aux ressources gérées selon les procédures des PTF, le MSAS apportera plus de célérité dans la formulation des requêtes, l'exécution des dépenses et la remontée des pièces justificatives.

❖ **Dons en nature**

Tout don en nature devra être précédé d'une déclaration à soumettre à l'approbation du Ministre chargé de la Santé, laquelle déclaration devra fournir des informations sur la nature du don, le coût estimé et les spécifications techniques.

❖ **Assistance technique**

L'assistance technique fournie par les PTF signataires sera focalisée sur le développement des capacités des institutions nationales (administration publique, secteur privé, société civile) en renforçant les compétences du personnel et/ou en développant des systèmes et procédures adaptés au contexte local. Toute assistance technique devra faire l'objet de termes de référence approuvés par le MSAS.

❖ **PTF non signataires du Compact**

Tous les partenaires techniques et financiers sont censés inscrire leurs interventions dans le PNDS qui constitue le cadre commun de planification et de mise en œuvre de la politique de santé. Avec le Compact, le dialogue se poursuivra en vue de renforcer l'efficacité de l'aide et de mobiliser les ressources additionnelles nécessaires à l'accélération de l'atteinte des OMD.

Les partenaires qui ne sont pas signataires du compact sont également invités à présenter un rapport annuel sur leurs dépenses de santé dans le pays, y compris les dépenses qui ne sont pas canalisées par le gouvernement.

IV. ENGAGEMENTS

Nous, Parties signataires du Présent Compact, nous engageons collectivement à :

- **Collaborer** plus efficacement pour améliorer l'accès aux soins et services de santé en vue d'atteindre les OMD.
- **Impliquer** la société civile et le secteur privé dans toutes nos interventions ;
- **Utiliser** le système existant pour la planification, la coordination et la gestion du secteur de la santé dans le cadre global du développement national pour atteindre les résultats relatifs aux OMD ;
- **Rendre compte** des résultats du Compact en mettant la société civile dans les conditions de pouvoir exercer son rôle de contrôle citoyen.
- **Réaliser** des missions d'audits externes à un rythme régulier

4.1. Engagements du gouvernement du Sénégal

Le gouvernement du Sénégal s'engage à :

- **Mettre à la disposition du système de santé** suffisamment de ressources humaines qualifiées, correctement réparties et motivées, avec les ressources matérielles nécessaires;
- **Renforcer** les mécanismes de coordination, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du Plan d'Investissement Sectoriel Santé ;
- **Renforcer** la fonction de planification à tous les niveaux du système de santé, en collaboration avec toutes les parties prenantes ;
- **Augmenter de 5 à 10% d'ici 2015 et d'une année à l'autre**, le volume global du budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ;
- **Augmenter** les ressources budgétaires du MSAS destinées à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 ;
- **Améliorer** la gestion et l'efficacité des dépenses publiques aux niveaux central et local ;
- **Améliorer** la collaboration entre le MSAS et le MEF pour une exécution diligente des crédits ;
- **Tenir** à jour un répertoire des conventions de financement signées ;

- **Mettre** à la disposition des partenaires, des informations à jour sur l'exécution du budget et les résultats des programmes du CDSMT ;
- **Renforcer** les fonctions d'inspection ou d'audit ;
- **Renforcer** le partenariat avec la société civile et le secteur privé dans la mise en œuvre du Plan d'Investissement Sectoriel Santé;
- **Renforcer** la participation des populations à la promotion de la bonne gouvernance sanitaire.

4.2. Engagements des partenaires techniques et financiers

Les partenaires techniques et financiers s'engagent à :

- **S'aligner** progressivement sur le processus de planification et de budgétisation du Pays;
- **Appuyer** le processus de planification ;
- **S'aligner** sur les procédures et mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation du Pays ;
- **Annoncer** les engagements de financement disponible ;
- **Mener un plaidoyer** en faveur de la mobilisation de ressources additionnelles pour le financement du Plan d'Investissement Sectoriel Santé ;
- **Respecter** les principes de déliement de l'aide dans le secteur de la santé

4.3. Modalités de suivi des engagements mutuels du Compact

Le suivi des engagements mutuels du Compact sera assuré grâce à la revue périodique des indicateurs suivants:

Tableau 1 : Indicateurs de suivi des engagements du gouvernement

Engagements	Indicateurs	Réalisation			Cibles			
		référence	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Renforcer les mécanismes de coordination, suivi et évaluation de la mise en œuvre du Plan d'Investissement Sectoriel Santé	Nombre de RAC nationale tenue	2010	1	1	1	1	1	1
	Nombre de RAC régionale tenue	2010	0	14	14	14	14	14
	Nombre de MCS organisée	2010	0	1	1	1	1	1
	Nombre de CIS élargi aux partenaires tenu	2010	1	2	2	2	2	2
Renforcer la fonction de planification à tous les niveaux du système de santé, en collaboration avec toutes les parties prenantes	Nombre de plans stratégiques (PS) des programmes prioritaires élaborés avec les partenaires	PS TB approuvé 2010 - 2015	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré
		PS Palu approuvé 2010 - 2015	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré
		PS VIH/SIDA approuvé 2010 - 2015	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré
		PS SR en cours d'élaboration	en cours d'élaboration	en cours d'élaboration	élaboré	élaboré	élaboré	élaboré
	Nombre d'ECR disposant d'un planificateur recruté par la fonction publique	2010	0	0	0	14	14	14

Engagements	Indicateurs	Réalisation			Cibles				
		référence	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
	Nombre de CDSMT élaboré au niveau des régions	2010	0	0	0	3	8	14	
	Nombre de RM ayant mis en place un cadre de coordination et de suivi fonctionnel	2010	3	5	5	8	14	14	
Augmenter de 5 à 10% d'ici 2015 et d'une année à l'autre, le volume global du budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale	volume du budget national alloué au MSAS (en milliards de FCFA) ²	2010	105, 797	106, 300	110, 505	123, 692	129,877	142,864	
Augmenter les ressources budgétaires du MSAS destinées à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6	Taux de progression des ressources budgétaires du secteur de la santé allouées aux OMD 4, 5 et 6	2010	9%	8%	8,7%	9,3%	9,7%	10%	
Améliorer la gestion et l'efficacité des dépenses publiques aux niveaux central et local	Taux de mobilisation des ressources	2010	97%	95%	96%	98%	98%	98%	
	Taux d'exécution budgétaire ³	Titre III	2010	95%	95%	95%	95%	95%	95%
		Titre V	2010	86,28%	85%	85%	85%	85%	85%
Améliorer la collaboration entre le MSAS et le MEF pour une exécution diligente des crédits	Nombre de réunion du comité de suivi budgétaire élargi tenue	2010	0	0	4	4	4	4	

² Il s'agit pour les années 2010, 2011, 2012 et 2013 des budgets votés par le parlement

³ Source : liste restreinte des indicateurs du DPES - Revue Annuelle Conjointe du DPES 2012

Engagements	Indicateurs	Réalisation			Cibles			
		référence	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tenir à jour un répertoire des conventions de financement signées	Répertoire de conventions de financement mis à jour	2010	0	0	1	1	1	1
Mettre à la disposition des partenaires , des informations à jour sur l'exécution du budget et les résultats des programmes du CDSMT	Nombre de rapports financiers mis à la disposition des partenaires	2010	0	0	4	4	4	4
	Nombre de rapport de performance du CDSMT diffusé auprès des partenaires	2010	1	1	1	1	1	1
Renforcer les fonctions d'inspection ou d'audit	nombre de centres de responsabilité contrôlés ⁴	2010	3	ND	10	15	5	5
	nombre de structures auditées (audit externe)	2010	2 ⁵	ND	5	10	10	10
	Nombre de structures ayant fourni un rapport d'audit interne	2010	ND	ND	23	23	25	25
	Existence d'un service d'audit interne fonctionnel	2010	0	0	1	1	1	1

⁴ Source : CDSMT 2011-2013 et 2013-2015

⁵ Source : Rapport de performance du CDSMT 2010 ; il s'agit de l'audit du projet santé II/BAD et de l'audit de la gestion financière des services centraux du MSAS

Engagements	Indicateurs	Réalisation			Cibles			
		référence	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Renforcer le partenariat avec la société civile et le secteur privé dans la mise en œuvre du Plan d'Investissement Sectoriel Santé 2011-2015	Nombre de conventions signées avec la société civile et le secteur privé	2010	ND	ND				
Renforcer la participation des populations à la promotion de la bonne gouvernance sanitaire	Proportion de comités de santé fonctionnels et renouvelés dans les délais ⁶	2010	ND	ND	35%	35%	60%	60%
	Pourcentage de comité de santé de santé ayant fait une micro planification	2010	ND	ND	35%	35%	60%	60%
	Nombre de comités de gestion fonctionnels	2010	0	0	35%	35%	60%	60%
	Nombre de PTA régionaux élaborés avec les parties prenantes	2010	14	14	14	14	14	14

⁶ Source : CDSMT 2011-2013 et 2013-2015

Tableau 2 : Indicateurs de suivi des engagements des PTF

Engagements	Indicateurs	Réalisation			Cibles			
		référence	2010	2011	2012	2013	2014	2015
S'aligner progressivement sur le processus de planification et de budgétisation du Pays	Nombre de partenaires qui utilisent les procédures de planification et de budgétisation du pays	2010						
	Nombre de partenaires signataires du Compact	2010	0	0	11	11	11	11
Appuyer le processus de planification	Part du financement des partenaires dans le PTA	2010	ND	25%	28%	30%	30%	30%
	Part de l'appui budgétaire sectoriel dans le financement extérieur	2010	0%	0%	0%	0%	5%	8%
	Nombre de partenaires qui annoncent les montants de leur contribution pour le financement des PTA.	2010	4	5	5	11	16	16
S'aligner sur les procédures et mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation du Pays	Nombre de partenaires qui participent aux instances de coordination, de suivi évaluation (RAC, MCS, CIS élargis)	2010	ND	11	11	16	16	16

Engagements	Indicateurs	Réalisation			Cibles			
		référence	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Nombre de partenaires qui participent à l'élaboration du rapport de performance du CDSMT	2010	1	1	5	11	11	16
Annoncer les engagements de financement disponible	Nombre de partenaires ayant annoncé leurs engagements financiers avant la fin de l'année	2010	ND	ND	11	11	16	16
Mener un plaidoyer en faveur de la mobilisation de ressources additionnelles pour le financement du Plan d'Investissement Sectoriel	Montant du financement additionnel mobilisé annuellement							
Respecter les principes de déliement de l'aide dans le secteur de la santé	Nombre de PTF respectant le principe de déliement	2010	5	5	11	11	11	11