

REPUBLIQUE DU NIGER



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

COMPACT - NIGER

Avril 2011

Table des matières

SIGLES	ii
DEFINITION DE CONCEPTS	iii
I. Contexte	1
II. Difficultés et contraintes majeures du secteur de la santé au Niger	1
III. Brève présentation du PDS 2011-2015	4
IV. LE COMPACT	5
IV.1 But du Compact.....	5
IV.2 Objectifs	5
V. Les éléments du cadre programmatique sous-tendant le Compact	5
V.1 Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PDS 2011-2015	5
V.2 Un processus unique de concertation et de coordination	7
V.3 Un cadre budgétaire unique.....	8
V.4 Un système unique de suivi-évaluation.....	10
V.5 Une matrice unique de réformes sectorielles.....	11
V.6 Un cadre fiduciaire harmonisé.....	11
VI. Les principes généraux et modalités de gestion de l'appui au PDS 2011-2015	12
VI.1 Dispositions générales	12
VI.2 Les modalités d'aide offertes aux signataires du Compact.....	13
VI.3 Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux	14
VI.4 Les modalités d'aide offertes aux PTFs non signataires du Compact	14
VI.5 Les responsabilités pour mobiliser et gérer l'aide publique au développement	14
VI.6 L'assistance technique	15
VII. Les engagements du Gouvernement du Niger dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi	16
VIII. Les engagements du PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi	18
IX. Résolution des conflits	19
X. Durée du COMPACT	Erreur ! Signet non défini.
Bibliographie	23
Annexe	27
Budget prévisionnel pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015 selon les scénarii possibles	27

SIGLES

AT	Assistance Technique
CCIA-PEV	Comité inter-agences du PEV
CCM	Coordination Pays du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme / <i>Country Coordination Mechanisms</i>
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CNS	Comptes Nationaux de la Santé / Comité National de Santé
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
HD	Hôpital de District
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IHP+	<i>International Health Partnership</i> / Partenariat International pour la Santé
ME/F	Ministère de l'Economie et des Finances
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OSC	Organisations de la Société Civile
PAA	Plan d'Action Annuel
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDSD	Plan de Développement Sanitaire du District
PDSR	Plan de Développement Sanitaire Régional
PEH	Plan d'Etablissement Hospitalier
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTQ	Plan de Travail Quinquennal
RHS	Ressources Humaines en Santé
SDRP	Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SFDE	Sage-femme Diplômée d'Etat
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
THA	Technicien d'Hygiène et d'Assainissement
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

DEFINITION DE CONCEPTS

TERMES GENERIQUES	
CONCEPT	DEFINITION
Approche Sectorielle	<p>Nouvelle méthode de coopération entre les PTF et l'Etat bénéficiaire de l'aide au développement qui privilégie l'approche programme plutôt que l'approche projet. Ceci signifie qu'il y a donc au préalable une politique, stratégie et/ou un programme de développement sectoriels qui réunissent l'assentiment de tous les partenaires (le ministère, les PTF, le secteur privé, les ONG, les usagers, etc.) et que ceux-ci sont d'accord pour faire porter leurs efforts en priorité pour appuyer la mise en œuvre, dans le respect des cinq grands principes de l'efficacité de l'aide de la Déclaration de Paris de mars 2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Appropriation par les pays</i> ✓ <i>Alignement sur les stratégies, les systèmes et les procédures des pays</i> ✓ <i>Harmonisation des actions des donateurs</i> ✓ <i>Gestion axée sur les résultats</i> ✓ <i>Responsabilité mutuelle</i> <p>Ceci encourage donc les partenaires extérieurs à développer les mécanismes de leur coordination, la complémentarité de leurs actions, et donc à définir dans quels sous-secteurs les efforts et les ressources doivent être concentrés, comment et par qui (cf. PDS 2011-2015).</p> <p>Pour la matérialisation de ces mécanismes et de la gestion de l'aide sectorielle, on utilise différents types de mobilisation de ressources et différents modalités de gestion des ressources.</p>
Réformes Sectorielles	Changements structurels mises en place pour améliorer la performance du système de santé
Comptes Nationaux de Santé	Outil de suivi systématique, global et cohérent des flux financiers dans le système de santé d'un pays , spécialement conçu pour permettre de rassembler et de mettre en ordre des données généralement dispersées et mal connues sur l'ensemble des flux financiers du secteur de la santé et sur leur utilisation pour une meilleure prise des décisions. Ils permettent donc d'y voir un peu plus clair dans un système très complexe, et dans les stratégies mises en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population et surtout la relation entre les dépenses de santé et la production totale de l'économie .
Revue de Dépenses Publiques	Exercice de révision financière et d' analyse (rétrospective et prospective) des ressources (mobilisation et provenance) et des dépenses (répartition par niveau de soins: primaire, secondaire et tertiaire) publiques sur une période donnée. Analyse, aussi, du processus de budgétisation et de la capacité de gestion (préparation, exécution et contrôle budgétaire) du secteur , ayant pour but la réalisation de prévisions budgétaires et en vue d'une plus grande rationalisation de leur gestion.
Cadre de Partenariat 2005 – 2010	C'est un accord signé entre le MSP/LCE et les PTF pour la mise en œuvre du PDS 2005-2010 et sur toute question relevant d'un intérêt commun, ce qui constituait une garantie de l'approche sectorielle pour la période. Il constitue donc un précédant au présent Compact.
MOBILISATION DES RESSOURCES	
CONCEPT	DEFINITION
Sources de financement	Ce sont les organisations ou les entités (personnes morales ou physiques) qui fournissent les fonds utilisés par les structures et services du système de santé.

Appui / Aide budgétaire	<p>Désigne toute forme de soutien financier extérieur qui contribue à l'augmentation du budget de l'Etat. Ainsi, les mesures d'allègement de la dette, de soutien de la balance des paiements et même d'aide aux projets (avec une convention de financement) constituent des formes indirectes d'appui budgétaire. Généralement, l'appui budgétaire est envisagé en termes d'aide directe aux dépenses publiques dont bénéficie l'ensemble du budget. Avant d'octroyer une aide budgétaire directe, les bailleurs de fonds doivent disposer de garanties sur trois aspects essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'existence d'un consensus sur les politiques, les stratégies et l'affectation des ressources que doit respecter le gouvernement ; ✓ les systèmes de gestion financière et de gestion des performances du gouvernement doivent être suffisamment efficaces pour produire les effets et les résultats souhaités ; ✓ l'existence de mécanismes adéquats et transparents de gestion et de responsabilité financière ainsi que d'un dispositif de contrôle adéquat.
Appui / Aide budgétaire Direct / Global / Non ciblé	<p>C'est une aide directement versée dans le budget général de l'Etat (au Trésor). Elle contribue donc aux ressources publiques globales (recettes, appui budgétaire...), qui ne sont pas ciblés pour un secteur donné. Elle est donc gérée selon les modalités de gestion financière de l'Etat bénéficiaire et non pas selon celles des bailleurs.</p>
Appui / Aide budgétaire Sectorielle / Ciblée	<p>C'est une aide directement versée dans le budget de l'Etat (au Trésor) au profit d'un secteur donnée (santé, éducation...). Elle contribue donc aux ressources publiques globales (recettes, appui budgétaire...), qui sont ciblées pour ce secteur ou sous-secteur.</p>
Appui / Aide Extra budgétaire / Aide affectée / Aide Programme	<p>C'est une aide d'un ensemble de bailleurs à un programme sectoriel qui ne passe pas par les mécanismes des flux financiers de l'Etat (extra-budgétaire). Dans ce cadre, la gestion des fonds publics est confiée au gestionnaire du programme (mais selon les modalités financières convenues avec les bailleurs). Les partenaires peuvent, dès lors, intervenir sous forme d'aide affectée. Un suivi à partir d'indicateurs de programme est assuré. Le Fonds Commun d'appui au PDS en est un exemple.</p>
Appui / Aide instrument de Projet / Fonds Verticaux	<p>Ressources financières et/ou techniques versées par des institutions individuelles (Projet) ou un ensemble des bailleurs (Fonds) qui soutiennent des volets précis de la politique sectorielle du gouvernement. Le financement se fait par le biais de comptes de projets spécifiques et la libération des fonds est assortie de conditions ou de clauses de performance. La gestion des apports est intégrée au système général de l'Etat (sous réserve d'une Convention de Financement). Des mécanismes d'audit spécifiques peuvent être mis en place (comme dans le cas du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme).</p>

GESTION DES RESSOURCES

CONCEPT

DEFINITION

Cadre Fiduciaire

Ensemble de mécanismes (méthodes et procédures) qui vise à améliorer l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources allouées au secteur et à introduire de nouvelles procédures (souvent qualifiées de mécanismes fiduciaires) **qui garantissent aux deux parties, Gouvernement et partenaires, la bonne gestion des ressources**. Cela concerne les procédures courantes (gestion financière et passation de marchés), les contrôles internes et externes et le système de suivi-évaluation, notamment sur l'impact des politiques en matière de lutte contre la pauvreté. Seule l'assurance d'un bon fonctionnement de ces mécanismes incitera les partenaires à confier à la partie nationale le soin de gérer, selon ses procédures, les programmes et les fonds du secteur.

CDSMT

Outil de liaison qu'**assure la cohérence entre le cadre macro-économique et l'ensemble de l'action publique** conduite dans un secteur donné (planification des besoins). **Exprime le budget – programme à moyen terme (PDS)** pour la mobilisation de ressources. C'est aussi un instrument qui **favorise le cadrage financier annuel** des activités dans le respect des priorités de la politique sectorielle en permettant d'exploiter et de gérer au mieux les opportunités et les contraintes qui se dégageront de **l'évolution du cadre macro-économique**. Il doit être conforme aux principes de la Gestion Axée sur les Résultats. Il doit comporter les 4 caractéristiques suivantes :

- ✓ Etre exhaustif et inclure toutes les sources de financement, même externes ;
 - ✓ Etre réaliste et ne pas sous-estimer les dépenses ni surestimer les recettes ;
 - ✓ Etre clair sur la façon dont les ressources seront utilisées et sur les résultats qui seront mesurés ;
 - ✓ Etre validé par le Ministère des Finances (ou du budget).
-

I. Contexte

De nombreux efforts sont menés depuis une dizaine d'années, visant à améliorer les systèmes de gestion de l'aide publique au développement en général et dans les secteurs prioritaires notamment l'éducation et la santé en particulier.

Le Niger, 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. C'est dans ce sens qu'a été signé le 5 septembre 2007 le **Pacte mondial pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans le cadre du Partenariat International Pour La Santé (Compact Global) et le Programme d'Action d'Accra en 2008, dont le Niger est signataire.**

Auparavant, les autorités nigériennes avaient initié plusieurs réformes dans le but de réduire la pauvreté avec l'appui des PTFs, comme l'approbation en janvier 2002 d'un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) révisée en 2007 pour devenir la Stratégie de Développement Accélérée et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012 qui prend en compte les principes de la Déclaration de Paris et l'atteinte des OMD.

Ces réformes se traduisent dans le secteur de la santé par l'élaboration (i) des Orientations Stratégiques pour le Développement Sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle (2002-2011) définies en 2002, (ii) du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 assorti d'un Plan de Travail Quinquennal (PTQ) pour la même période et (iii) du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 accompagné d'un Cadre des Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) incluant la totalité des ressources disponibles pour financer le secteur.

II. Difficultés et contraintes majeures du secteur de la santé au Niger

Une analyse de l'évolution des indicateurs des OMD liés à la santé sur la période 1990-2008¹ montre que, dans l'ensemble, si des progrès significatifs ont bien été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015.

L'état préoccupant de la santé de la population et la nécessaire accélération des progrès vers l'atteinte des OMD et ceux de la SDRP, sont handicapés par divers déterminants dont les principaux sont :

1. **La performance limitée des politiques de santé** mises en œuvre malgré les améliorations enregistrées ces trois dernières années en matière de fréquentation des services de santé et du continuum des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans notamment. Ceci est dû essentiellement à (i) des insuffisances dans le

¹ Rapport des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la Santé, MSP (2009)

choix des stratégies, (ii) à la faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités à l'accès aux services et soins de santé entre zones rurales et urbaines et (iii) à la faiblesse du système de suivi évaluation et de gouvernance;

2. La faiblesse dans l'organisation et la gestion du système de santé due notamment à :

(i) l'insuffisance des capacités institutionnelles du MSP qui peut expliquer la tendance du niveau central à se focaliser sur des activités opérationnelles plutôt que sur des interventions stratégiques de conception, de recherche et de suivi-évaluation ; (ii) la faible décentralisation de la gestion des ressources (matérielles, financières, humaines et médicaments) liée à l'absence de critères réels de répartition des ressources (entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et entre les régions) et à l'insuffisance dans la gouvernance et le leadership à tous les niveaux ; (iii) la qualité peu satisfaisante du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) dont les données ne sont pas suffisamment utilisées dans l'analyse de situation et la prise de décision en périphérie ; (iv) la faiblesse dans la coordination des actions de santé liée à une insuffisance de communication entre les acteurs ; (v) la faible participation des populations à la prise de décision en matière de santé, associée à une faible réactivité du système ; (vi) la non effectivité de la gestion axée sur les résultats comme principe de gestion ; (vii) l'insuffisance de la collaboration multi et intersectorielle, (viii) le faible niveau de développement de la protection financière des usagers ; (ix) l'insuffisance des stratégies de lutte contre la maladie ; (x) la faible attention accordée à la recherche en santé ; (xi) les difficultés d'intégration des programmes verticaux ; (xii) l'insuffisance de couverture sanitaire pour l'accès universel aux services SR de qualité ; (xiii) la faible fonctionnalité de la référence contre référence entravant la continuité et la qualité des services en particulier pour les SONUB et les SONUC ; (xiv) l'insuffisance de la qualité des soins et des prestations, en particulier pour ce qui est de l'accueil et du comportement des prestataires vis-à-vis des patients, et (xv) l'insuffisance de l'approche communautaire vue sous l'angle de l'implication des ménages et relais communautaires (leur formation et leur rétribution) dans l'optique de pérenniser les activités et rationaliser l'utilisation des cases de santé.

3. La faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants, notamment des médicaments et des consommables médicaux à tous les niveaux due à la faiblesse de l'autorité de régulation, l'accroissement très rapide des besoins en substances prophylactiques, thérapeutiques et de diagnostic (dû à la croissance démographique et à l'extension de la couverture sanitaire) et l'insuffisance des ressources financières et de gestion de l'ONPPC;

4. L'inefficacité dans la coordination, la mobilisation et la gestion :

4.1. Des ressources humaines due à (i) l'insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) à cause des contraintes budgétaires, de leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements ; (ii) l'insuffisance qualitative des RHS qui concerne les filières traditionnelles (infirmiers certifiés, IDE, SFDE, médecins généralistes, THA, etc.) et qui s'explique par plusieurs facteurs; (iii) l'inadaptation des structures, des procédures et des outils de gestion aux exigences d'une gestion collective et prévisionnelle des effectifs ; (iv) les insuffisances dans la gestion opérationnelle des RHS ; et (v) le foisonnement des écoles privées de formation en santé au détriment de la qualité des enseignements qui engendre la sous qualification des jeunes diplômés.

4.2. Des ressources matérielles due à :

- ✓ des insuffisances majeures tels que (i) la faible couverture en infrastructures pour les soins de santé de base, notamment les CSI et les CS (le taux de couverture géographique s'établit à 71%); (ii) la faible adaptation et planification du développement de technologie biomédicale dans les services de soins à tous les niveaux; (iii) la faiblesse dans la gestion et la maintenance des infrastructures, des équipements et des matériels du système de santé malgré l'adoption du document cadre de stratégie de gestion et de maintenance des infrastructures et équipements du secteur; et (iv) l'allocation de ressources insuffisantes pour la maintenance courante,
- ✓ des insuffisances opérationnelles relatives aux problèmes suivants : (i) les Cases de Santé (CS) ne disposent pas nécessairement des locaux et équipements indispensables à la réalisation de prestations que le personnel en place est capable de fournir compte tenu de son niveau de qualification (accouchements, vaccination, etc.); (ii) les CSI, notamment ceux émanant de la transformation des cases de santé, ne disposent pas de locaux adaptés pour assurer l'ensemble des soins curatifs, préventifs et les accouchements; (iii) les normes d'implantation des formations sanitaires (CSI et CS) ne sont pas toujours respectées; (iv) les hôpitaux de district (HD) et les centres hospitaliers régionaux (CHR) ne disposent pas tous de plateau technique et des services requis pour offrir le paquet minimum (PMA) ou complémentaire (PCA) d'activités correspondant à leur niveau de référence; (v) les hôpitaux et les structures du niveau tertiaire disposent des plateaux techniques d'une génération vieillissante; (vi) l'absence d'un plan national et de plans régionaux de renouvellement ou de réhabilitation des infrastructures, équipements et matériels qui ne permet pas de rationaliser leur mise en place; et (vii) la faiblesse du partenariat avec le secteur privé (confessionnel, libéral, Organisations de la Société Civile - OSC) qui entrave la nécessaire continuité et complémentarité des soins à délivrer.

4.3. Des ressources financières allouées au secteur. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) estimaient la dépense globale de santé à 116,13 milliards de francs CFA en 2006, soit 8 965 FCFA ou environ 17 \$ US par habitant. En dépit de la forte incidence de la pauvreté et l'extrême vulnérabilité de la population, la part des ménages dans le financement de la santé était de 47,4% de la dépense nationale de santé en 2005 et 43,7% en 2006. La part de la santé dans le budget de l'Etat, malgré une tendance à la hausse ces dernières années, est en dessous des 10% recommandés par l'OMS et est encore éloignée des 15% de la Déclaration d'Abuja. Globalement, la dépense de santé est dominée par l'aide publique au développement qui en a financé environ le tiers en 2005 et 2006 et 51% en 2007 selon la Revue des Dépenses Publiques. Cela montre le sous-financement du secteur; une faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités de santé entre zones rurales et urbaines (retards de remboursement des fonds utilisés pour la gratuité des soins).

En définitive, trois domaines méritent une attention toute particulière des autorités sanitaires à savoir, la disponibilité permanente des intrants, la gestion des ressources humaines et la gouvernance du secteur et du système de la santé.

C'est dans l'optique de lever ces contraintes que le PDS 2011-2015 a été élaboré.

III. Brève présentation du PDS 2011-2015

Le PDS 2011-2015 qui est focalisé sur l'atteinte des objectifs de la SDRP 2008-2012 et des OMD en 2015, a été élaboré selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et sur le Genre avec le concours d'experts nationaux et internationaux. Le processus de son élaboration a été conduit en 5 étapes essentiellement à savoir : (i) la mise en place des différents comités, (ii) l'élaboration des orientations stratégiques, (iii) la rédaction du PDS stratégique et du CDSMT, (iv) l'élaboration des documents connexes en cours de finalisation (carte sanitaire, PDS, PDSR, PDRH, PEH, etc.), et (v) l'adoption du PDS par le Gouvernement le 27 Janvier 2011.

L'ensemble de ce processus a été mis en œuvre en impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé, etc.).

Les objectifs poursuivis par le PDS 2011-2015 sont les suivants :

Objectif général : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé.

Objectif spécifique : Offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables.

Pour atteindre cet objectif spécifique, huit (8) **axes stratégiques** ont été déclinés à savoir :

- ✓ L'extension de la couverture sanitaire ;
- ✓ Le développement des services de la santé de la reproduction ;
- ✓ La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ;
- ✓ La disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés;
- ✓ L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ;
- ✓ le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ;
- ✓ Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
- ✓ La promotion de la recherche en santé.

Ces axes prioritaires sont traduits en **stratégies d'intervention, activités prioritaires/interventions à haut impact et indicateurs de résultat**. Sur la base de ces éléments, les structures opérationnelles (districts, régions sanitaires, Maternités de référence, Centres Hospitaliers Régionaux, les EPA et les EPIC) sont en train d'élaborer leurs plans quinquennaux de développement. Ces plans devraient faire apparaître les objectifs spécifiques de chacun, les activités qui seront effectivement menées par chaque niveau et les responsabilités des acteurs.

Pour mettre en œuvre ce PDS, le Gouvernement du Niger compte non seulement sur ses ressources internes, mais aussi sur l'appui des PTFs. C'est ce qui justifie la signature d'un Compact Pays.

IV. LE COMPACT

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

IV.1 But du Compact

Le présent Compact a pour but de renforcer le leadership du Ministère de la Santé Publique dans la définition, le pilotage et le suivi évaluation de la Politique Nationale en matière de Santé Publique.

IV.2 Objectifs

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

Plus spécifiquement, le Compact vise à définir :

- ✓ Le cadre programmatique de la mise en œuvre du PDS 2011-2015 (un plan unique de développement du secteur, un processus unique de concertation et de coordination, un cadre budgétaire unique, un cadre unique de suivi-évaluation, une matrice unique des réformes sectorielles et un cadre fiduciaire harmonisé) ;
- ✓ Les modalités de gestion de l'appui au PDS 2011-2015 ;
- ✓ Les mécanismes de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PDS 2011-2015 ;
- ✓ Les engagements du Gouvernement du Niger et des PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

V. Les éléments du cadre programmatique sous-tendant le Compact

Le Compact constitue l'aboutissement d'une dynamique qui anime le secteur de la santé depuis une dizaine d'années. Les principaux éléments du cadre programmatique qui sous-tendent ce Compact sont présentés ci-dessous.

V.1 Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PDS 2011-2015

Situation actuelle et problèmes principaux

Pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé basée sur le développement des districts sanitaires, le MSP a élaboré périodiquement depuis 1994, un Plan de Développement

Sanitaire "PDS". Chaque PDS sert de cadre unique de référence pour la planification et la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale au cours de la période concernée.

Cependant l'évaluation à mi-parcours du PDS 2005-2010 réalisée en 2009, a révélé que contrairement au principe d'alignement préconisé par la Déclaration de Paris, certains PTF et OSC évoluent encore sans se référer ni à la SDRP, ni au PDS ni à ses déclinaisons en périphérie (PDS et PDSR). De plus, il a été constaté que peu des PTFs et OSC appuyant le secteur de la santé ont signé le **Cadre de Partenariat 2005-2010**.

Concernant les revues périodiques du PDS, le processus d'élaboration et d'évaluation des PAA en particulier, il a été constaté que :

- ✓ Certains PTFs ont des difficultés pour participer techniquement aux revues organisées tant au niveau opérationnel qu'au niveau des directions centrales ; ce qui les empêche de valider les PAA avant la tenue du Comité National de Santé ;
- ✓ Il est pratiquement impossible d'élaborer, au cours d'une année N, les PAA de l'année N+1 à partir des résultats de l'évaluation des 12 mois de l'année N. D'où la nécessité de prévoir un espace de temps entre la période à évaluer et la période à planifier ;
- ✓ Les activités de planification et l'organisation des revues en particulier occupent trop longtemps les acteurs du MSP laissant peu de temps pour l'exécution des activités.

Par ailleurs, une analyse sommaire du PDS 2011-2015 au regard des PAA 2011, réalisée par les PTFs a mis en évidence quelques déficits notamment :

- ✓ L'insuffisance de priorisation des Activités Prioritaires/Interventions à Haut Impact, qui, en l'absence d'une Programmation à Moyen Terme (PTQ) rend difficile l'établissement des liaisons cohérentes entre le PDS et les PAA 2011;
- ✓ Les insuffisances internes du cadrage budgétaire exprimé par le CDSMT.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

Amener tous les acteurs à

- ✓ Souscrire et à travailler ensemble à court terme pour améliorer les insuffisances décrites (révision CDSMT, réordination des Activités Prioritaires/Interventions à Haut Impact et finalisations de PDS/PDSR et PTQ) ;
- ✓ Elaborer la planification de l'année N+1 en se basant sur les résultats de l'évaluation des 12 mois précédents tout en prévoyant un espace d'au moins trois mois entre la fin de la période à évaluer et la période à planifier ;
- ✓ Réduire la fréquence des revues afin de laisser plus de temps à l'exécution ;
- ✓ Utiliser, au cours des cinq prochaines années, le PDS 2011-2015, les PDSR, PDS, PTQ et PAA, comme documents de référence pour la planification et la mise en œuvre des interventions dans le secteur à tous les niveaux.

Engagements du Gouvernement

- a) Renforcer le partenariat avec la société civile (OSC) dans la mise en œuvre du PDS 2011-2015 en vue d'assurer une appropriation des politiques de santé par les populations ;
- b) Assurer que tous les plans élaborés (PDS, PDSR, PDS, PTQ et PAA) soient cohérents entre eux, contiennent des objectifs cibles priorités, clairs et alignés sur les OMD, que les mesures indiquées pour atteindre ces objectifs aient démontré leur efficacité et soient entièrement quantifiées, que le PDS soit parfaitement cohérent avec la SDRP, et qu'il existe un cadre de suivi évaluation selon la gestion axée sur les résultats ;

- c) Consulter régulièrement toutes les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les principaux organes de suivi évaluation du PDS (Comité Technique National de Santé, Comité National de Santé) et les revues ;
- d) Privilégier l'approche programme dans le pilotage et la gestion du PDS 2011-2015 ;
- e) Elaborer la planification de l'année N+1 (janvier à décembre) au plus tard le 30 Octobre de chaque année (N), en se basant sur les résultats de l'évaluation des 12 mois précédents (Octobre N-1 à septembre N) ;
- f) Transmettre la planification de l'année N+1 aux PTFs au plus tard le 10 Novembre de l'année N ;
- g) Organiser une seule revue conjointe du PDS par an au niveau national, et maintenir l'organisation des revues semestrielles uniquement au niveau des structures afin de leur permettre d'évaluer le niveau de mise en œuvre de leur PAA et de prendre des mesures correctrices nécessaires.

Engagements des PTFs

- a) S'aligner et participer activement au processus de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation du PDS 2011-2015, des PDSR, PDS, PTQ et PAA défini en concertation avec le MSP ;
- b) Accorder des financements aux Organisations de la Société Civile (OSC) dans le domaine de la santé conformément aux priorités et aux objectifs du PDS 2011-2015 ;
- c) S'aligner sur les normes et standards définis par le MSP en matière de planification – programmation ;
- d) Accompagner, en fonction de leurs capacités, les structures du MSP dans l'évaluation semestrielle de leur PAA ;
- e) Examiner et valider les PAA de l'année N+1 au cours de la réunion annuelle du Comité Technique Nationale sous réserve de la prise en compte des amendements transmis au MSP au plus tard le 15 décembre de chaque année.

V.2 Un processus unique de concertation et de coordination

Situation actuelle et problèmes principaux

Au niveau de l'Etat, la coordination globale de l'aide est assurée par le Ministère de l'Economie et des Finances. Les mécanismes de coordination et de suivi de l'aide sont essentiellement les programmations et les évaluations annuelles des investissements et des revues conjointes avec les partenaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et de la SDRP, des mécanismes et instruments de coordination tels que le CDMT Global, les CDSMT, l'UNDAF, etc. ont été mis en place par le Gouvernement du Niger en concertation avec les PTFs.

En ce qui concerne le secteur de la santé, des organes de concertation, de coordination, de pilotage et de suivi-évaluation structurés au niveau politique, stratégique et opérationnel ont été mis en place et permettent d'assurer le leadership du Ministère de la Santé Publique dans la mise en œuvre du PDS 2011-2015. Ces organes ont des missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur (secteurs public et privé, OSC, système des Nations Unies, coopérations bi- et multilatérales, etc.).

En plus de ces organes, il existe encore une multitude d'autres comités tels que le Comité inter-agences du PEV (CCIA-PEV), le Core Group, le Mécanisme de Coordination Pays du

Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CCM), le Comité de Gestion des Epidémies, etc.

Par ailleurs, les PTFs du secteur ont également leur propre cadre de coordination et de concertation qui vise à renforcer le dialogue collectif des partenaires qui concourent à la mise en œuvre de la politique de la santé en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique. Il est le lieu de discussion au sein duquel les partenaires peuvent harmoniser leurs positions en vue de formuler des communications officielles au MSP. Ce cadre est dirigé par un Chef de file, porte parole, qui, désigné par ses pairs pour un mandat de deux (2) ans est appelé à jouer un rôle proactif, à stimuler le renforcement du dialogue et à exprimer l'opinion des partenaires, malgré la faible participation de certains PTFs aux réunions. Le rôle et les attributions du Chef de file sont en annexes.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

- ✓ Tendre vers un regroupement ou la refonte de tous les Comités et cadres de concertation dans les organes définis par le PDS 2011-2015 pour une meilleure coordination et plus d'efficacité.
- ✓ Renforcer la coordination entre PTFs et le rôle de leur Chef de file, pour les amener à s'harmoniser entre eux afin de faciliter le dialogue avec le MSP.

Engagements du Gouvernement

- a) Intégrer les différents Comités existants dans les organes de concertation déjà définis dans le PDS ;
- b) Consulter régulièrement les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les organes de suivi évaluation du PDS.

Engagements des PTFs

- a) Renforcer le cadre de coordination interne des PTFs en rassemblant le maximum d'entre eux ;
- b) Formaliser et rendre plus effectif le rôle du Chef de File ;
- c) S'aligner et participer activement au processus de planification défini en concertation avec le MSP.

V.3 Un cadre budgétaire unique

Situation actuelle et problèmes principaux

Le secteur de la santé en général et le PDS en particulier sont financés par deux principales sources à savoir :

- ✓ Le financement national composé des ressources (i) de l'Etat, (ii) des Collectivités Territoriales, (iii) des ménages, et (iv) du secteur privé ;
- ✓ Le financement extérieur composé des appuis budgétaires généraux et sectoriels, des appuis extrabudgétaires à travers le Fonds Commun et des autres financements (Agences des Nations Unies, PTF bi-et multilatéraux, ONGs internationales, coopération décentralisée, fonds verticaux, etc.).

Afin d'améliorer l'adéquation entre la programmation des ressources et leur utilisation, le MSP élabore depuis 2004, un Cadre des Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) tous les trois ans qui définit les budgets nécessaires à la mise en œuvre des priorités actuelles du secteur. Toutefois, pour la période 2011 – 2015, le CDSMT a été élaboré en l'adaptant à la durée du PDS. Ce CDSMT sera utilisé comme outil de plaidoyer pour mobiliser les ressources et devrait constituer le cadre unique de budgétisation des priorités définies par le secteur.

Sur la base de ce CDSMT, les structures du Ministère de la Santé Publique vont élaborer chaque année une programmation et budgétisation annuelle (PAA) qui intègrent les activités et les financements de l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur au cours de l'année concernée.

Plusieurs difficultés sont rencontrées à ce niveau, notamment :

- ✓ Des problèmes méthodologiques et d'insuffisance d'informations pour l'élaboration du CDSMT susceptibles d'affecter ses projections et l'élaboration cohérente des PAA ;
- ✓ Une insuffisance de prévisibilité de l'aide, même à court terme, des PTFs ;
- ✓ Le retard et l'insuffisance de décaissement des budgets alloués par l'Etat ;
- ✓ La faible et variable proportion du budget de l'Etat accordée au secteur de la santé ;
- ✓ Les procédures de mobilisation existantes au ME/F ne permettent pas de saisir les apports de tous les PTFs surtout des ONG et autres associations.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

- ✓ A court terme : Adapter le CDSMT 2011 – 2015 avec les données actuelles et en tenant compte de sa cohérence avec les PAA 2011 ;
- ✓ A moyen terme : (i) Elaborer les CDSMT en appliquant la méthodologie définie par le ME/F et (ii) améliorer la prévisibilité des montants de l'aide des PTFs, (iii) améliorer la contribution de l'Etat au secteur de la santé, (iv) respecter les délais et les montants des décaissements, et (v) institutionnaliser l'élaboration des comptes nationaux et la revue des dépenses publiques.

Engagements du Gouvernement

- a) Réviser le CDSMT qui sert de base au PDS 2011 -2015, tant dans son contenu que dans sa méthodologie d'élaboration ;
- b) Assurer la transparence du processus budgétaire en consultant chaque année les parties prenantes quant au cadrage et aux allocations budgétaires. Des changements majeurs dans le budget et ou les allocations intra-sectorielles ne seront décidés qu'après consultation avec tous les partenaires ;
- c) Limiter au maximum les dépenses liées aux activités qui ne correspondraient pas aux priorités du PDS;
- d) Assurer l'augmentation de la proportion du budget de l'Etat alloué à la santé conformément aux engagements de la Déclaration d'Abuja ;
- e) Décaisser les budgets destinés aux priorités du PDS dès le 1er trimestre de l'année considérée.
- f) Produire la Revue des Dépenses Publiques chaque année et les Comptes Nationaux de Santé tous les deux ans.

- g) Mettre en place un dispositif d'information et de communication fiable sur les plans, les budgets, les dépenses et les résultats à tous les niveaux (site web, bulletin, etc.) accessible à tous les acteurs.

Engagements des PTFs

- a) S'aligner et participer plus activement au processus de budgétisation du PDS 2011-2015 défini en concertation avec le MSP;
- b) Notifier à temps leurs engagements financiers à la mise en œuvre du PDS 2011-2015 pour faciliter leur inscription dans la Loi des Finances et leur prise en compte dans le cadrage budgétaire et l'élaboration des PAA;
- c) Contribuer, dans la mesure de leurs moyens, au financement du gap estimé dans le CDSMT en vue de l'atteinte de tous les objectifs du PDS 2011-2015 ;
- d) Respecter les modalités définies dans le présent Compact, pour l'apport et la gestion de l'aide au secteur.

V.4 Un système unique de suivi-évaluation

Situation actuelle et problèmes principaux

Le suivi de la mise en œuvre et l'appréciation du niveau d'atteinte des résultats du PDS 2011-2015 dans son ensemble seront assurés à travers l'analyse des indicateurs définis en concertation avec les PTFs et exprimés dans son Guide de Suivi et Evaluation, et qui prévoit des revues et des missions conjointes de terrain. Cependant, afin de rendre « gérable » le dialogue politique autour des résultats, les organes de suivi se focaliseront selon une périodicité définie (trimestriel, semestriel ou annuel selon les cas) sur des indicateurs « traceurs » appelés aussi indicateurs clés du PDS.

Mais, jusqu'à présent, il a été constaté que certains PTFs utilisent toujours leurs propres procédures de suivi et d'évaluation stratégiques. En effet, des PTFs continuent à exiger des revues particulières ou à organiser des systèmes parallèles de collectes des données. Ceci est particulièrement observé avec les PTFs qui appuient les programmes verticaux.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

- ✓ Définir conjointement avec l'ensemble de PTFs les indicateurs à utiliser pour le suivi du PDS à tous les niveaux ;
- ✓ Utiliser les données fournies par le système de suivi et évaluation unique, comme éléments clés dans les visites de terrain à travers la définition d'un canevas conjoint ;
- ✓ Inclure progressivement dans les accords avec les PTFs « non complètement alignés » les indicateurs du cadre général de suivi et évaluation.

Engagements du Gouvernement

- a) Définir le processus de suivi et d'évaluation du PDS 2011-2015 en concertation avec les PTFs en s'assurant que les besoins d'information stratégique de toutes les parties sont pris en compte notamment à travers un canevas de rapportage unique ;
- b) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par l'Etat dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements des PTFs ;
- c) Améliorer significativement le SNIS.

Engagements des PTFs

- a) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par les PTFs dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements de l'Etat ;
- b) S'aligner sur le processus de suivi et d'évaluation du PDS 2011-2015 défini dans le Guide élaboré à cet effet en concertation avec le MSP ;
- c) Participer pleinement aux réunions d'évaluation des PAA en vue de procéder à leur validation interne avant l'adoption par le Comité National de Santé – CNS ;
- d) Aider le MSP à améliorer significativement le SNIS.

V.5 Une matrice unique de réformes sectorielles

Situation actuelle et problèmes principaux

Le processus de mise en œuvre du PDS 2011-2015 exige un certain nombre de réformes et de stratégies dont certaines sont en cours d'élaboration, notamment (i) le financement basé sur les résultats, (ii) l'organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS, (iii) la réforme du secteur pharmaceutique avec un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC, (iv) la réforme hospitalière et (v) le plan stratégique de développement des ressources humaines.

Ces différentes réformes ont été classées par ordre de priorité, leurs objectifs définis, et les responsabilités identifiées. Il reste à définir les activités, le chronogramme de mise en œuvre et le coût de ces réformes.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

Instauration d'un comité conjoint MSP / PTFs pour la mise en œuvre des réformes

Engagements du Gouvernement

- a) En concertation avec les PTFs du secteur, mettre en œuvre les réformes institutionnelles définies dans le PDS conformément au plan établi.

Engagements des PTFs

- a) Contribuer au financement et à la mise en œuvre des réformes

V.6 Un cadre fiduciaire harmonisé

Situation actuelle et problèmes principaux

La mise en œuvre de l'approche sectorielle et de l'appui budgétaire ont permis de réaliser des progrès en matière d'harmonisation des procédures et d'alignement dans le secteur de la santé.

Actuellement le cadre fiduciaire pour l'appui au secteur de la santé est composé (i) du cadre budgétaire de l'Etat, (ii) du Fonds Commun extrabudgétaire, et (iii) des apports à travers les Projets.

Ainsi en 2006 et en application de la Déclaration de Paris pour le renforcement de l'efficacité de l'aide au développement, le MSP a mis en place un Fonds Commun extrabudgétaire auquel participent actuellement quatre partenaires à savoir l'Agence Française de Développement, la Banque Mondiale, la Coopération Espagnole et le Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance (UNICEF) et auquel le Fonds GAVI vient de signer son adhésion.

Par ailleurs, les agences des Nations Unies ont aussi, tout récemment, simplifié leurs procédures de décaissement à travers l'Approche Harmonisée des Remises d'Espèces (AHRE) aussi connu comme «*Harmonized Approach to Cash Transfers*» (HACT).

Toutefois, il a été constaté que :

- ✓ de nombreux PTFs continuent à utiliser leurs propres procédures et systèmes de gestion, (approche projet, avec ou sans unité de gestion de projet séparée) alors que l'objectif premier du Partenariat International pour la Santé (IHP+) et donc du Compact, est d'aligner au maximum les partenaires signataires dans un cadre fiduciaire harmonisé ;
- ✓ le caractère extrabudgétaire du Fonds Commun et l'insuffisance d'alignement des modalités de mobilisation des fonds aux procédures nationales est un handicap à l'adhésion de certains partenaires.

Solutions suggérées pour améliorer la situation

Rendre plus attrayant le cadre fiduciaire existant en le simplifiant, en privilégiant les instruments de financement alignés sur les procédures nationales et en favorisant une plus grande prévisibilité de l'aide.

Engagements du Gouvernement

- a) S'accorder avec les PTFs et les OSC sur les réformes nécessaires pour une meilleure gestion des finances publiques;
- b) Renforcer la bonne gouvernance et la transparence dans la mise en œuvre des procédures de gestion financières, comptables et administratives ;
- c) Augmenter la part des ressources du Fonds Commun utilisant les procédures nationales.

Engagements des PTFs

- a) Appuyer techniquement le Gouvernement dans la définition d'un cadre fiduciaire harmonisé.
- b) Utiliser ce cadre fiduciaire harmonisé.

VI. Les principes généraux et modalités de gestion de l'appui au PDS 2011-2015

VI.1 Dispositions générales

Le Gouvernement du Niger et ses partenaires au développement mènent une concertation de haut niveau afin d'adapter les modalités de gestion de l'aide en vue d'en améliorer

l'efficacité. Dans ce cadre, les PTFs sont invités à passer de l'approche projet à l'approche sectorielle à travers les mécanismes de financements les plus adaptés et, à terme, l'aide budgétaire (général – ABG, ou sectoriel - ABS) lorsque les conditions préalables identifiées de concert avec le Gouvernement seront réunies.

Quel qu'en soit l'instrument, les contributions des partenaires au PDS sont portées par des accords spécifiques conclus entre le Gouvernement nigérien et ses partenaires.

Le présent Compact s'inscrit pleinement dans ces accords. Il n'entend pas s'y substituer mais plutôt harmoniser leur application au niveau du secteur de la santé. En outre, le Compact est basé sur le principe de redevabilité mutuelle.

Les principes généraux qui sont proposés en matière de gestion de l'aide sont les suivants :

- ✓ Le Gouvernement du Niger étant signataire de la **Déclaration de Paris** est résolument décidé à respecter les cinq (5) principes de ladite déclaration (Appropriation, Alignement, Harmonisation, Gestion Axée sur les Résultats et la Redevabilité Mutuelle) ;
- ✓ Le Niger **laisse la possibilité aux PTFs de choisir les différentes modalités d'aide** prévus dans le présent Compact pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015 dans le respect de l'approche programme et les engagements du **Programme d'Action d'Accra** ;
- ✓ Les PTFs s'accordent à **recourir, autant que faire se peut, à des modalités d'aide privilégiant le recours aux procédures nationales** moyennant la preuve de leur bon fonctionnement attestée par des critères ci-dessous ;
- ✓ Le ME/F et le MSP ainsi que les ministères connexes s'accordent à **améliorer progressivement la gestion de finances publiques**. Cette amélioration sera vérifiée essentiellement à travers la Revue des Dépenses Publiques et les Comptes Nationaux de la Santé par la mise en œuvre du plan d'actions prioritaires du PEMFAR.

VI.2 Les modalités d'aide offertes aux signataires du Compact

Afin d'obtenir l'adhésion d'un maximum de partenaires et de permettre à chacun de réaliser ses adaptations, quatre modalités de financement sont offertes aux partenaires signataires du Compact :

- ✓ l'Aide Budgétaire Globale non ciblée ;
- ✓ l'Aide Budgétaire Sectorielle ciblée ;
- ✓ l'Aide sectorielle extrabudgétaire via le Fonds Commun Santé existant ;
- ✓ l'Aide à travers le recours à un instrument Projet.

Même si une certaine latitude est accordée en matière de modalités de financement, il est impératif que toutes les initiatives et tous les PTFs s'alignent parfaitement avec le PDS 2011-2015.

Le Niger s'engage à ne pas accepter de programmes de financement qui ne sont pas alignés sur les documents de politique nationale de santé. Le respect de cet engagement sera contrôlé par les partenaires lors des sessions des Comités de Santé chargés du suivi du PDS.

VI.3 Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux

Les initiatives globales pour la santé, dont le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, et le Fonds GAVI, de même que les fonds verticaux dont la Fondation Bill et Melinda Gates, sont signataires de l'IHP+, et souscriront donc totalement aux engagements du Compact Niger. Les partenaires signataires ajusteront l'allocation des ressources et de l'aide au développement de manière à s'assurer que les financements verticaux ne distordent pas les priorités énoncées dans le CDSMT et soient intégrés dans le budget.

Par contre, les autres initiatives et fonds verticaux qui ne sont pas signataires de l'IHP+ seront (au même titre que les autres PTFs) invités à s'inscrire autant que possible dans les orientations et les modalités d'aide définies dans le présent Compact, soit dans la perspective de la recherche de synergies positives entre ces initiatives ou soit dans le renforcement du système de santé ; à ce titre la demande d'adhésion du GAVI au Fonds Commun santé est exemplaire.

Les fonds fourniront toute information sur les activités financées au ME/F.

VI.4 Les modalités d'aide offertes aux PTFs non signataires du Compact

Quant aux partenaires qui, pour une raison ou une autre, ne seront pas signataires du Compact, le Niger accepte qu'ils appuient le PDS 2011-2015, mais les exigera à s'aligner sur ses stratégies pour une meilleure efficacité et une appropriation nationale des interventions.

Le Ministère de la Santé Publique et les partenaires signataires du Compact s'emploieront à faire le plaidoyer pour convaincre le maximum de partenaires d'intégrer le dispositif de planification, de gestion, d'apport de l'aide et de suivi de la mise en œuvre défini dans le présent Compact. À cet effet, il sera conçu un cadre d'incitation à l'adhésion des partenaires non signataires à intégrer les procédures définies dans le Compact.

VI.5 Les responsabilités pour mobiliser et gérer l'aide publique au développement

Toutes les parties signataires de ce Compact acceptent de se conformer aux procédures du Gouvernement nigérien relatives à la mobilisation et à la gestion de l'aide publique au développement.

Toutes les transactions d'aide seront sujettes à des accords signés qui auront été visés par le Ministère de l'Economie des Finances et par les partenaires au développement.

Le Ministère de la Santé Publique, désigné comme principal bénéficiaire d'une aide, sera responsable de la mise en œuvre des investissements et autres dépenses convenues. Il s'engagera dans un dialogue régulier avec le ME/F sur les aspects de mise en œuvre qui nécessitent une attention particulière, par exemple lorsque des délais de décaissement posent un problème ou lorsqu'il y a des délais ou mécanismes de mise en œuvre contraignants.

VI.6 L'assistance technique

Pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015, il est prévu que le Gouvernement puisse recourir non seulement à ses ressources internes, mais aussi à l'appui des PTFs. Habituellement, l'appui des PTFs est sous forme (i) d'apport financier, (ii) d'apport financier associé à un appui technique, ou (iii) d'expertise technique. Mais l'expérience a montré que dans certains cas, les TDR de l'Assistance Technique ne sont pas toujours en cohérence avec les besoins du MSP pour mettre en œuvre les priorités du secteur. De plus, l'assistance technique a rarement ciblé le secteur privé ainsi que la société civile.

En vue d'optimiser l'utilisation de cet appui, il est souhaité que toute l'assistance technique (AT) fournie au Pays dans le cadre du PDS 2011-2015 soit focalisée sur le développement des capacités des institutions nationales (administration publique, structures publiques de soins, secteur privé, société civile) à travers le transfert des compétences et/ou le développement des systèmes et procédures adaptés au contexte local, tout en veillant à leur appropriation par les compétences nationales.

En outre, le MSP mettra en place un accord cadre avec les PTFs et la Société Civile pour la planification des besoins et la définition des modalités de mise à disposition de l'Assistance technique nécessaire à la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

VII. Les engagements du Gouvernement du Niger dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi

L'appui à long terme des partenaires au développement dépend de leur confiance dans la bonne gouvernance, la transparence, la responsabilité, la redevabilité, la prévisibilité et l'efficacité du processus budgétaire du Gouvernement ainsi que dans la compétence des agents en charge de ce processus. Le Gouvernement du Niger s'engage à :

Eléments du cadre programmatique	Engagements du Gouvernement	Indicateurs
1. Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PDS 2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> a) Renforcer le partenariat avec la société civile (OSC) dans la mise en œuvre du PDS 2011-2015 en vue d'assurer une appropriation des politiques de santé par les populations ; b) Assurer que tous les plans élaborés (PDS, PDSR, PDS, PTQ et PAA) soient cohérents entre eux, contiennent des objectifs cibles priorités, clairs et alignés sur les OMD, que les mesures indiquées pour atteindre ces objectifs aient démontré leur efficacité et soient entièrement quantifiées, que le PDS soit parfaitement cohérent avec la SDRP, et qu'il existe un cadre de suivi évaluation selon la gestion axée sur les résultats ; c) Consulter régulièrement toutes les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les principaux organes de suivi évaluation du PDS (Comité Technique National de Santé, Comité National de Santé) et les revues ; d) Privilégier l'approche programme dans le pilotage et la gestion du PDS 2011-2015 ; e) Elaborer la planification de l'année N+1 (janvier à décembre) au plus tard le 30 Octobre de chaque année (N), en se basant sur les résultats de l'évaluation des 12 mois précédents (Octobre N-1 à septembre N) ; f) Transmettre la planification de l'année N+1 aux PTFs au plus tard le 10 Novembre de l'année N ; g) Organiser une seule revue conjointe du PDS par an au niveau national, et maintenir l'organisation des revues semestrielles uniquement au niveau des structures afin de leur permettre d'évaluer le niveau de mise en œuvre de leur PAA et de prendre des mesures correctrices nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. % des OSC invitées qui ont participé au CNS (annuel) 2. Nombre de réunions du CNST et du CNS tenues selon le calendrier prévu (annuel) 3. Disponibilité de la Cartographie des PTFs (annuel) 4. Disponibilité des PAA de l'année N+1 aux PTFs au plus tard le 10 novembre (annuel)
2. Un processus unique de concertation et de coordination	<ul style="list-style-type: none"> a) Intégrer les différents Comités existants dans les organes de concertation déjà définis dans le PDS ; b) Consulter régulièrement les parties prenantes pour la révision des plans et stratégies sectorielles à travers les organes de suivi évaluation du PDS 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Taux d'intégration : Nombre de Comités Intégrés / Nombre total des comités existants (annuel) 6. Proportion de réunions de concertations MSP/PTF tenues selon le calendrier prévu (annuel)

Eléments du cadre programmatique	Engagements du Gouvernement	Indicateurs
3. Un cadre budgétaire unique	<ul style="list-style-type: none"> a) Réviser le CDSMT qui sert de base au PDS 2011 - 2015, tant dans son contenu que dans sa méthodologie d'élaboration ; b) Assurer la transparence du processus budgétaire en consultant chaque année les parties prenantes quant au cadrage et aux allocations budgétaires. Des changements majeurs dans le budget et ou les allocations intra-sectorielles ne seront décidés qu'après consultation avec tous les partenaires ; c) Limiter au maximum les dépenses liées aux activités qui ne correspondraient pas aux priorités du PDS; d) Assurer l'augmentation de la proportion du budget de l'Etat alloué à la santé conformément aux engagements de la Déclaration d'Abuja ; e) Décaisser les budgets destinés aux priorités du PDS dès le 1er trimestre de l'année considérée. f) Produire la Revue des Dépenses Publiques chaque année et les Comptes Nationaux de Santé tous les deux ans. g) Mettre en place un dispositif d'information et de communication fiable sur les plans, les budgets, les dépenses et les résultats à tous les niveaux (site web, bulletin, etc.) accessible à tous les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Disponibilité d'un CDSMT mis à jour au 30 Avril de l'année N en lien avec le CDMT Global (annuel) 7. Disponibilité du cadrage budgétaire et liste des activités prioritaires définies avec les PTFs au début de chaque exercice de planification en temps voulu (annuel) 8. Pourcentage annuel du budget national alloué au secteur Santé (dans l'objectif d'atteindre les 15% prévus par la Déclaration d'Abuja) (annuel) 9. Proportion des budgets destinés aux priorités du PDS décaissée dès le 1^{er} trimestre de l'année (annuel) 10. Nombre de Revues des Dépenses Publiques réalisées (annuelle) 11. Nombre de revues des Comptes Nationaux de la Santé réalisées (tous les deux ans) 12. Existence d'un site web, tenu régulièrement (annuel)
4. Un système unique de suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> a) Définir le processus de suivi et d'évaluation du PDS 2011-2015 en concertation avec les PTFs en s'assurant que les besoins d'information stratégique de toutes les parties sont pris en compte notamment à travers un canevas de rapportage unique ; b) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par l'Etat dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements des PTFs ; c) Améliorer significativement le SNIS. 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Guide de S&E approuvé (1^{ère} année) et révisé tel que prévu, incluant un Tableau de Bord pour le Compact. 14. La disponibilité au 30 juin de l'année N de l'annuaire statistique sanitaire de l'année N-1 (annuel) 15. Taux de promptitude et de complétude incrémenté annuellement (annuel)
5. Une matrice unique de réformes sectorielles	<ul style="list-style-type: none"> a) En concertation avec les PTFs du secteur, mettre en œuvre les réformes institutionnelles définies dans le PDS conformément au plan établi. 	<ul style="list-style-type: none"> 16. % de réformes mises en œuvre (annuel)
6. Un cadre fiduciaire harmonisé	<ul style="list-style-type: none"> a) S'accorder avec les PTFs et les OSC sur les réformes nécessaires pour une meilleure gestion des finances publiques; b) Renforcer la bonne gouvernance et la transparence dans la mise en œuvre des procédures de gestion financières, comptables et administratives ; c) Augmenter la part des ressources du Fonds Commun utilisant les procédures nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> 17. % des ressources du Fonds Commun utilisant les procédures nationales (annuel)

Indicateur Global pour le Gouvernement :

18. Taux de réalisation des engagements pris par le Gouvernement (annuel)

VIII. Les engagements du PTFs dans le cadre de la mise en œuvre du Compact et son système de suivi

Les Partenaires Techniques et Financiers, signataires du Compact, sur la base de la confiance à la bonne gouvernance du Gouvernement du Niger, s'engagent à :

Eléments du cadre programmatique	Engagements dus PTFs	Indicateurs
1. Un plan unique de développement du secteur de la santé : le PDS 2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> a) S'aligner et participer activement au processus de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation du PDS 2011-2015, des PDSR, PDSD, PTQ et PAA défini en concertation avec le MSP ; b) Accorder des financements aux Organisations de la Société Civile (OSC) dans le domaine de la santé conformément aux priorités et aux objectifs du PDS 2011-2015 ; c) S'aligner sur les normes et standards définis par le MSP en matière de planification –programmation ; d) Accompagner, en fonction de leurs capacités, les structures du MSP dans l'évaluation semestrielle de leur PAA ; e) Examiner et valider les PAA de l'année N+1 au cours de la réunion annuelle du Comité Technique Nationale sous réserve de la prise en compte des amendements transmis au MSP au plus tard le 15 décembre de chaque année. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Proportion de PTFs ayant signé le Compact parmi ceux qui ont appuyé la mise en œuvre du PDS au cours de l'année (annuel) 2. % des fonds apportés par chaque PTFs à la mise en œuvre du PDS (annuel) 3. Proportion de PTFs participant sur le plan technique à la planification annuelle des PAA au niveau central et local (annuel); 4. Proportion de PTFs signataires du Compact utilisant des outils de planification différents de ceux mis en place par le MSP (annuel) 5. % de Régions qui ont réalisé 2 revues conjointes avec leurs PTFs, au cours de l'année (annuel)
2. Un processus unique de concertation et de coordination	<ul style="list-style-type: none"> a) Renforcer le cadre de coordination interne des PTFs en rassemblant le maximum d'entre eux ; b) Formaliser et rendre plus effectif le rôle du Chef de File ; c) S'aligner et participer activement au processus de planification défini en concertation avec le MSP. 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Nombre des PTFs ayant participé au moins une fois aux réunions de concertation MSP/PTFs (annuel) 7. Nombre moyen des PTFs ayant participé aux réunions de concertation inter PTFs (annuel) 8. Nombre des PTFs ayant participé à la mission conjointe de terrain (annuel)

Eléments du cadre programmatique	Engagements des PTFs	Indicateurs
3. Un cadre budgétaire unique	a) S'aligner et participer plus activement au processus de budgétisation du PDS 2011-2015 défini en concertation avec le MSP; b) Notifier à temps leurs engagements financiers à la mise en œuvre du PDS 2011-2015 pour faciliter leur inscription dans la Loi des Finances et leur prise en compte dans le cadrage budgétaire et l'élaboration des PAA; c) Contribuer, dans la mesure de leurs moyens, au financement du gap estimé dans le CDSMT en vue de l'atteinte de tous les objectifs du PDS 2011-2015 ; d) Respecter les modalités définies dans le présent Compact, pour l'apport et la gestion de l'aide au secteur.	9. % des apports d'aide destinés au secteur santé qui est inscrit dans le budget national (annuel) 10. % de PTFs qui présentent leurs engagements sur une période d'au moins trois ans (annuel) 11. % de PTFs qui annoncent à temps leurs enveloppes annuelles (annuel) 12. Pourcentage des PTFs par modalités de financement proposées dans le Compact (annuel) 13. Pourcentage de décaissements opérés par chaque PTF selon les calendriers convenus (annuel)
4. Un système unique de suivi - évaluation	a) Mettre en place un tableau de bord de suivi des engagements pris par les PTFs dans le cadre du présent Compact ; ce tableau de bord prendra en compte les engagements de l'Etat ; b) S'aligner sur le processus de suivi et d'évaluation du PDS 2011-2015 défini dans le Guide élaboré à cet effet en concertation avec le MSP ; c) Participer pleinement aux réunions d'évaluation des PAA en vue de procéder à leur validation interne avant l'adoption par le Comité National de Santé – CNS ; d) Aider le MSP à améliorer significativement le SNIS.	14. Proportion de PTFs utilisant des outils de rapportage différents de ceux mis en place par le G S&E (annuel) 15. Nombre de PTFs qui utilise la revue sectorielle conjointe comme seule revue dans le secteur Santé (annuel) 16. PAA de l'année N+1 validés par les PTFs avant le CNS (annuel) 17. Taux de réalisation des engagements pris par les PTFs (annuel)
5. Une matrice unique de réformes sectorielles	a) Contribuer au financement et à la mise en œuvre des réformes	18. Nombre des PTFs ayant apporté une contribution financière à la mise en œuvre des réformes (annuel) 19. % du financement destinés aux réformes apporté par les PTFs (annuel)
6. Un cadre fiduciaire harmonisé	a) Appuyer techniquement le Gouvernement dans la définition d'un cadre fiduciaire harmonisé. b) Utiliser ce cadre fiduciaire harmonisé.	20. % des PTFs qui utilisent des instruments de financement alignés et prévisibles (ABG, ABS, FCS) 21. % des PTFs adhérant au Fonds Commun (annuel) 22. Proportion des PTFs utilisant le système de passation des marchés du Pays (annuel)

Indicateur Global pour les PTFs :

23. Taux de réalisation des engagements pris par le PTFs (annuel)

IX. Résolution des conflits

En cas de non respect des engagements mutuels pris dans le cadre du COMPACT, la procédure suivante sera menée :

- ✓ Régler le différend à l'amiable à travers le CNS ;

- ✓ En cas d'échec, les conflits seront portés à la connaissance de la Commission Mixte Niger-Partenaire et des sièges des organisations impliquées, afin de trouver une solution consensuelle.

X. Durée du COMPACT

Le présent Compact est signé pour une durée de cinq ans (2011-2015) et durant cette période, le compact permet et encourage l'adhésion des nouveaux signataires.

Il est prévu une révision des clauses qui le composent tous les deux ans soit en 2013.

Fait à Niamey, le 6 Avril 2011

Pour le Gouvernement du Niger

Le Ministre l'Economie et des Finances

Le Ministre de la Santé Publique


M. Mamane Malam ANNOU




P. NOUHOU Hassan



Pour les Partenaires Techniques et Financiers

Banque mondiale
Représentant Résident

Coopération Belge
Attaché de Coopération


Mr Nestor Coffi




Dr Daniel Ceuninck

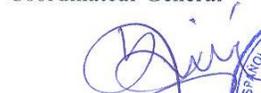


Coopération Italienne
Directeur Bureau Régional de Coopération

Agence Espagnole pour la Coopération
Internationale et le Développement
Coordinateur Général


Gerardo Gentile




Rafael H. Garcia Fernandez



COMPACT NIGER – Avril 2011

20

Médecins Sans frontières Espagne
Coordinateur Général



Hector Fonseca

Organisation Mondiale de la Santé
Représentant



Dr Manzilla Parandé

Médecins du Monde France



Dr Barro Mamoudou

Médecins Sans frontières Belgique
Chef de Mission



Sylvaine Lonlas Mayele

Fondation Damien Niger
Représentant



Dr Alberto Piubello

Save the Children UK
Représentant Pays p.i



Séverine Courtiol

Médecins Sans frontière Suisse
Chef de Mission



Patrick Barbier

UNICEF
Représentant



Guido Cornale

UNFPA
Représentant



Yacine Diallo

Agence Française de Développement
(AFD)
Représentant



Emmanuel Debroise

Médecins Sans frontières France
Chef de Mission



Claudia Lodesani

ONUSIDA
Coordinateur Pays



Félicité Nsabimana Ndimira

Délégation de l'Union Européenne
Chef de délégation

Hans-Peter Schadek

Concern Worldwide
Directeur Pays

Niall Tierney

Coopération Japonaise (JICA)

Croix Rouge Française (CRF)

SCI

Islamic Relief

HELP - ONG
Directeur Pays

Camilo Corral

Helen Keller International
Représentante

Marilyn Kneriemen

ROASSN
Président, Idé Djermaoye

Association des formations Sanitaire
Privés du Niger
Président

ACH International

Solthis

**Alliance International for Medical Action
(ALIMA) Niger
Coordinateur**



Etienne Gignoux

**Bien être de la Femme et de l'Enfant au
Niger (BEFEN)
Président**

Dr Lamine Kollo

Bibliographie

1. Cabinet du Premier Ministre : Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2008 – 2012 ; octobre 2007 ; 132 p.
2. Cabinet du Premier Ministre : stratégie de développement rural, le secteur rural, principal moteur de la croissance économique ; novembre 2003 ; 79 p.
3. Cabinet IDEACONSULT International : Rapport enquête sur la prévalence contraceptive au Niger, août 2010 ; 97p.
4. CAD/OCDE : la Gestion Axée sur les Résultats de développement : document de référence, des principes à l'action ; mars 2006 ; 214 p. http://www.cota.be/SPIP/IMG/pdf/fiche7_GCP_GAR.pdf ; Version du 13 juillet 2007
5. Evaluation conjointe de la coopération de la commission européenne, de la Belgique, du Danemark, de la France et du Luxembourg avec le Niger 2000-2008 : Projet de rapport final ; Dnet Consult ; Janvier 2010, 502 p.
6. Fonds des Nations Unies pour la Population : Plan stratégique pour 2008-2011 : accélérer l'application par les pays du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Rapport de la Directrice exécutive) ; Juillet 2007 ; 52 p.
7. Harmonisation et alignement pour une meilleure efficacité de l'aide au Niger : projet de code de conduite des partenaires techniques et financiers et du gouvernement du Niger ; 5p.
8. Institut National de la Statistique, Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples ; 2006 ; 465 p.
9. Institut National de la Statistique, Niger : Rapport d'enquête nationale Nutrition et Survie de l'Enfant Niger, juin/juillet 2009, 114 p.
10. Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation : recueil des textes sur la décentralisation, 2^{ème} édition 2009 ; 294 p.
11. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endemies : Orientations Strategiques pour le Developpement Sanitaire de la premiere decennie du 21eme siecle 2002 – 2011 ; mai 2002 ; 96p.
12. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endemies : Déclaration de Politique Sanitaire ; mai 2002 ; 19 p.
13. Ministère de la Santé Publique : annuaires statistiques 2006, 2007, 2008 et 2009
14. Ministère de la Santé Publique : recueil des textes sur la législation sanitaire ; année 2008 ; 800 p.

15. Ministère de la Santé Publique : plan pluri annuel complet (PPAC) révisé du PEV 2007-2010 ; avril 2007 ; 59 p.
16. Ministère de la Santé Publique : analyse de la situation et des besoins du Système d'Approvisionnement et de Gestion des Produits Pharmaceutiques au Niger ; Avril 2008 ; 47 p.
17. Ministère de la Santé Publique : contribution du secteur de la santé à la mise en oeuvre de la feuille de route du gouvernement 2010 – 2012 ; octobre 2009 ; 10 p.
18. Ministère de la Santé Publique : Document cadre de la Stratégie Nationale de Gestion et de la maintenance des équipements et infrastructures du secteur de la santé ; avril 2008 ; 15 p.
19. Ministère de la Santé Publique : document de strategie nationale de survie de l'enfant ; octobre 2008 ; 45 p.
20. Ministère de la Santé Publique : Enquête de satisfaction des besoins auprès des bénéficiaires des prestations et soins de santé , rapport provisoire ; CNESS-Bozari ; Septembre 2009 ; 111 p.
21. Ministère de la Santé Publique : Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle ; mars 2007 ; 62 p.
22. Ministère de la Santé Publique : Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 ; février 2005.
23. Ministère de la Santé Publique : Programme d'Appui aux Mutations Institutionnelles et Humaines du MSP/LCE : rapport final de la mission de core advice à Niamey du 22 avril au 23 mai 2006 ; 49 p.
24. Ministère de la Santé Publique : Programme National de Renforcement du Système de Santé du Niger (RSS) 2010-2015 ; 30 juin 2009 ; 66 p.
25. Ministère de la Santé Publique : proposition de la République du Niger pour le soutien de gavi au renforcement des systemes de sante (rss) ; avril 2009 ; 80 p.
26. Ministère de la Santé Publique : proposition de stratégie des districts sanitaires ; décembre 2009 ; 17 p.
27. Ministère de la Santé Publique : rapport de l'évaluation interne à mi parcours du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005 -2010 ; octobre 2008, 43 p
28. Ministère de la Santé Publique : Rapport final « Analyse et propositions de modifications des modalités de gestion du Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 au Niger » ; Décembre 2009 ; 79 p.
29. Ministère de la Santé Publique : rapport final de l'évaluation externe à mi parcours du PDS 2005-2010 ; Décembre 2008, 132 p.

30. Ministère de la Santé Publique : rapport général de l'atelier national de restitution de l'évaluation à mi-parcours du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 ; Niamey, du 05 au 07 octobre 2009 ; décembre 2009 ; 72 p.
31. Ministère de la Santé Publique : recommandations et stratégies pour améliorer les performances des systèmes d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques ; juin 2008 ; 15 p.
32. Ministère de la Santé Publique : stratégie pour assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques au Niger - document provisoire ; 30 mai 2008 ; 39 p.
33. Ministère de la Santé Publique : Stratégie Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé au Niger ; octobre 2009 ; 51 p.
34. Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement : politique et stratégies pour l'eau et l'assainissement : de l'eau pour un développement durable, avril 1999 ; 59 p.
35. Système des Nations Unies au Niger : plan cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF) 2009 – 2013 ; mars 2008, 43 p.
36. Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015
37. Cadre des Dépenses à Moyen Terme du Secteur de la Santé (CDSMT) 2011-2015
38. Déclaration d'Abuja. Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, 24-27 avril 2001, Abuja, Nigeria
39. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Paris. 2005
40. Déclaration de Lusaka. Partenariat international pour la Santé en Afrique et initiatives connexes (PIS) et harmonisation pour la Santé en Afrique (HSA). Lusaka (Zambie). Mars 2008
41. IHP+ COMPACT / Partenariat international pour la Santé. Pacte Mondial pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé. Septembre 2007

Annexe

Budget prévisionnel pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015 selon les scénarii possibles

(en milliers de FCFA)

Scénarii	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Scénario faible croissance						
Coût total du PDS	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659
Dépenses privées des ménages	42 007	45 878	46 276	46 625	46 979	227 765
<i>Budget à mobiliser dans le cadre du Compact</i>	150 913	160 747	174 056	187 412	200 766	873 894
Scénario croissance moyenne						
Coût total du PDS	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659
Dépenses privées des ménages	42 007	46 296	46 882	47 413	47 976	230 573
<i>Budget à mobiliser dans le cadre du Compact</i>	150 913	160 329	173 449	186 625	199 769	871 086
Scénario forte croissance						
Coût total du PDS	192 920	206 625	220 331	234 038	247 745	1 101 659
Dépenses privées des ménages	43 913	50 500	53 494	56 731	60 326	264 965
<i>Budget à mobiliser dans le cadre du Compact</i>	149 006	156 125	166 837	177 307	187 419	836 694