



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE
L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



GUIDE NATIONAL DE PLANIFICATION ET DE BUDGÉTISATION DES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

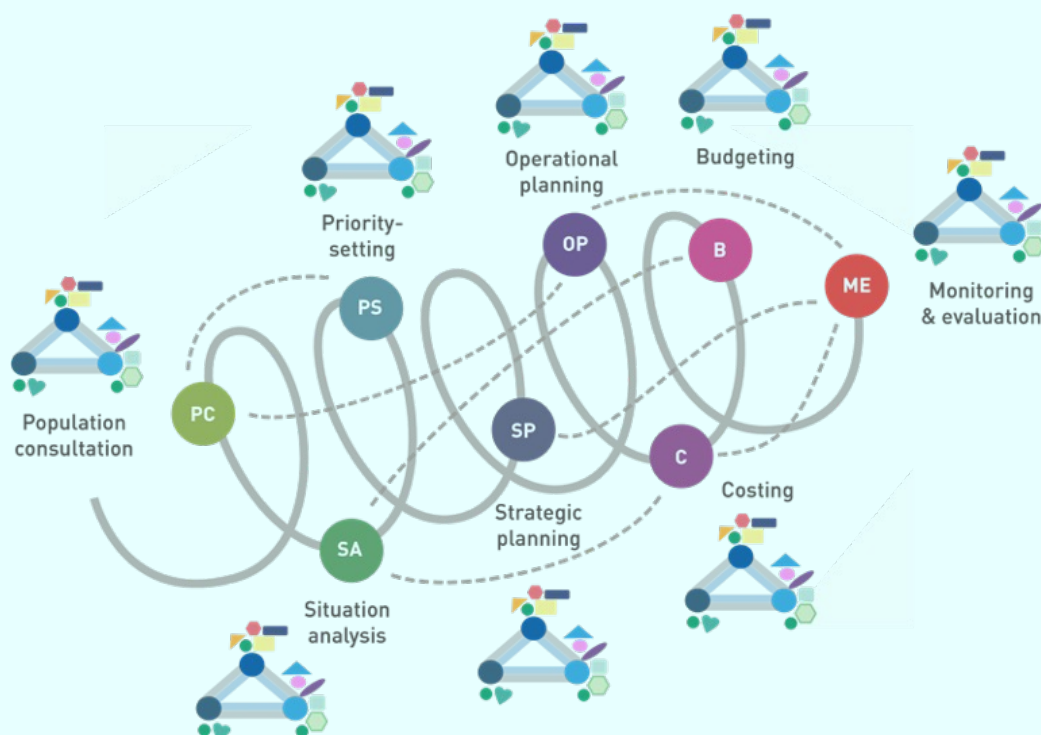


TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	2
liste des tableaux	5
liste des schémas	6
Sigles et abréviations.....	7
Préface	10
Remerciements.....	11
INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
1.1 - Contexte et justification.....	13
1.2 - Méthodologie d'élaboration du manuel.....	14
1.3 - Cibles, objectifs et enjeux du guide.....	14
PREMIÈRE PARTIE : CONCEPTS ET DEMARCHE DE PLANIFICATION ET DE BUDGÉTISATION...16	
CHAPITRE 1 : CADRE GÉNÉRAL DE PLANIFICATION ET DE BUDGÉTISATION EN SANTÉ	17
1.1 - Approche de gestion de la politique nationale de santé.....	17
1.2 - Concepts clés.....	17
1.3 - Organisation du système de santé.....	20
CHAPITRE 2 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE.....	22
2.1 - Contribution à l'élaboration du Plan National de Développement (PND)	22
2.2 - Cadre institutionnel et organisationnel de l'élaboration du PNDS	22
2.3 - Cadre institutionnel et organisationnel de l'élaboration des plans sous-sectoriels.....	23
2.4 - Cadre institutionnel et organisationnel de l'élaboration des plans stratégiques des structures du MSHPCMU.....	25
2.5 - Démarche d'élaboration des Documents Stratégiques.....	27
2.5.1 - Revue approfondie ou évaluation à mi-parcours des DS sous-sectoriels.....	27
2.5.2 - Evaluation du PNDS en cours	27
2.5.3 - Préparation.....	27
2.5.3.1 - Affirmation de la volonté d'élaborer le DS	28
2.5.3.2 - Elaboration de la note de cadrage	29
2.5.3.3 - Mise en place du cadre institutionnel du processus d'élaboration du DS	30
2.5.3.4 - Recrutement des consultants	33
2.5.3.5 - Lancement du processus	34
2.5.3.6 - Renforcement des capacités des membres du Comité Technique	34
2.5.3.7 - Mobilisation des ressources financières.....	34
2.5.3.8. Diagnostic stratégique	35
2.5.3.8.1 - Analyse des politiques antérieures du secteur	36
2.5.3.8.2 - Analyse de la situation.....	37
2.5.3.8.2.1 - Analyse causale.....	37
2.5.3.8.2.2 - Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités	38
et Menaces (FFOM / SWOT en anglais).....	38
2.5.3.8.2.3 - Analyse des parties prenantes	39
2.5.3.8.2.4 - Analyse des lacunes de capacités	40
2.6 - Cadrage stratégique	43
2.6.1 - Formulation de la vision stratégique du secteur, du sous-secteur ou de la structure..	43

2.6.2 - Formulation des principes directeurs du secteur	44
2.6.3 - Développement de la théorie du changement	44
2.6.4 - Développement du cadre de résultats	46
2.6.4.1 - Formulation des résultats.....	47
2.6.4.2 - Construction des indicateurs.....	48
2.6.5 - Développement de la Matrice d'Actions Budgétisées (MAB).....	53
2.7 - Budgétisation du document stratégique	55
2.8 - Rédaction du document stratégique	57
2.9 - Validation et adoption du document stratégique	58
2.10 - Processus d'alignement	59
2.11 - Finalisation des Documents Stratégiques sous-sectoriels	61
2.12 - Défis et recommandations dans les processus de planification stratégique.....	61
CHAPITRE 3 : PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	63
3.1 - Cadre institutionnel et organisationnel de la planification opérationnelle du secteur de la santé.....	63
3.2 - Contribution à l'élaboration du plan de travail annuel du PND, du Plan de Travail Gouvernemental (PTG) et des plans de travail des PTF.....	63
3.1.2 - Organisation et approche de la planification opérationnelle du MSHPCMU.....	64
3.2 - Parties prenantes clés et leurs rôles.....	66
3.3 - Démarche de planification opérationnelle du MSHPCMU	67
3.3.1 - Phase 1 : Préparation.....	68
3.3.1.1 - Elaboration et diffusion des directives	68
3.3.1.2 - Lancement et orientation des acteurs sur le processus et l'utilisation des outils.....	68
3.3.2 - Phase 2 : Planification et Budgétisation.....	69
3.3.2.1 - Elaboration des PTT et POT.....	69
3.3.2.2 - Budgétisation des PTT et POT	70
3.3.2.2.1 - Elaboration du Programme d'Investissements Publics (PIP) du secteur de la santé.....	72
3.3.2.2.2 - Elaboration du Budget-Programmes.....	72
3.3.2.3 - Contrôle qualité et consolidation des PTT et POT	74
3.3.2.4 - Arbitrage et validation des PTT et POT	75
3.3.2.5 - Finalisation des PTT et POT.....	75
3.3.2.6 - Signature des PTT et POT.....	77
3.3.2.7 - Liens entre les outils de planification opérationnelle et de budgétisation.....	77
3.3.3 - Phase 3 : Suivi-Evaluation des PTT et POT	79
3.3.3.1 - Réunion de suivi mensuelle des PTT et POT	79
3.3.3.2 - Revues semestrielle et annuelle de la mise en œuvre des PTT et POT	79
3.3.3.3 - Visites de terrain.....	80
3.3.3.4 - Elaboration du Rapport Annuel de Performance	81
DEUXIÈME PARTIE : BOITE À OUTILS	82
Outils de diagnostic stratégique	83
Outils pour la déclinaison des	90
Outils pour la planification opérationnelle.....	99
Outils pour le suivi-évaluation.....	101

RÉFÉRENCES	106
Annexe 1 : Principes de programmation.....	107
Annexe 2 : Analyses PESTEL, PORTER et 7S	109
Annexe 3 : Présentation graphique d'une théorie du changement.....	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques exemples d'indicateurs.....	19
Tableau 2 : Proposition de calendrier d'élaboration du PNDS et de Plans sous-sectoriels	23
Tableau 3 : Récapitulatif des politiques sous-sectorielles à élaborer	25
Tableau 4 : Parties prenantes clés et leurs rôles dans la planification stratégique	30
Tableau 5 : Organes de gestion du processus d'élaboration des PRDS.....	32
Tableau 6 : Fiche technique de la phase préparatoire	36
Tableau 7 : Types de problèmes centraux.....	38
Tableau 8 : Correspondance entre les éléments de l'arbre des problèmes et ceux de l'arbre des solutions.	38
Tableau 9 : Fiche technique du diagnostic stratégique	42
Tableau 10 : Définitions et Exemples des différents niveaux de résultat	48
Tableau 11 : Différentes types d'indicateurs.....	49
Tableau 12 : Fiche technique du cadrage stratégique	58
Tableau 13 : Processus de validation des DS du MSHPCMU	59
Tableau 14 : Exemples de résultats du processus d'alignement	60
Tableau 15 : Calendrier de finalisation des DS sous-sectoriels.....	61
Tableau 16 : Synthèse des principaux défis et recommandations pour la réussite des processus de planification stratégique	62
Tableau 17 : Référence et extrant(s) du processus de planification opérationnelle.....	65
Tableau 18 : Parties prenantes clés et leurs rôles dans la planification opérationnelle	66
Tableau 19 : Calendrier du processus d'orientation des acteurs	69
Tableau 20 : Calendrier d'élaboration des PTT et POT.....	70
Tableau 21 : Calendrier du contrôle qualité et de la consolidation des PTT et POT.....	75
Tableau 22 : Calendrier des arbitrages et validation des PTT et POT	75
Tableau 23 : Calendrier de finalisation des PTT et POT.....	76
Tableau 24 : Synthèse du processus d'élaboration des PTT et POT et des acteurs impliqués	76
Tableau 25 : Fiche technique de la phase de planification et de budgétisation.....	77
Tableau 26 : Calendrier de tenue des revues semestrielles et annuelles des PTT et POT	79
Tableau 27 : Fiche technique de la phase de suivi-évaluation.....	81

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1 : Chaine PPPBSE dans le secteur de la santé	18
Schéma 2 : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire	21
Schéma 3 : Lien entre les différents documents stratégiques du MSHPCMU	26
Schéma 4 : Chronogramme de la phase préparatoire selon le type de document.....	28
Schéma 5 : Entonnoir de priorisation.....	53
Schéma 6 : Lien entre les outils de planification opérationnelle et de budgétisation	78
Schéma 7 : Passage du PTT/POT à la fiche technique	78

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABDH	: Approche Basée sur les Droits de l'Homme
ACL	: Approche Cadre Logique
AE	: Autorisations d'Engagement
ANADER	: Agence Nationale d'Appui au Développement Rural
BE	: Budget de l'Etat
CCM	: Communication en Conseil des Ministres
CEDEAO	: Communauté Economique Des États de l'Afrique de l'Ouest
CENCE	: Causalité, Exhaustivité, Non Redondance
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNRAO	: Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CP	: Crédits de Paiement
DAF	: Direction Administrative et Financière
DAP	: Direction de l'Activité Pharmaceutique
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DEPPS	: Direction des Etablissements Privés et des Professions Sanitaires
DFRS	: Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
DGBF	: Direction Générale du Budget et des Finances
DGCMU	: Direction Générale de la Couverture Maladie Universelle
DGS	: Direction Générale de la Santé
DHPSE	: Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement
DIEMP	: Direction des Infrastructures, des Equipements Médicaux et du Patrimoine
DMHP	: Direction de la Médecine Hospitalière et Proximité
DPPD-PAP	: Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses-Projet Annuel de Performance
DPPS	: Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DRAS	: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRENA	: Direction Régionale de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: Document Stratégique
DSCPS	: Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé
ECD	: Equipe Cadre de District
EHMP	: Etablissement Hospitalier Militaire et Paramilitaire

EHP	: Etablissement Hospitalier Privé
EPH	: Etablissement Public Hospitalier
EPHD	: Etablissement Public Hospitalier Départemental
EPHN	: Etablissement Public Hospitalier National
EPHR	: Etablissement Public-Hospitalier Régional
EPN	: Etablissement Public National
ERS	: Equipe Régionale de Santé
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	: Alliance du Vaccin
GFF	: Facilité de Financement Mondiale
HG	: Hôpital Général
IAWG-COSTING	: Groupe de travail inter-agences des Nations Unies sur l'établissement des coûts
IMENA	: Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan
INS	: Institut National de la Statistique
JANS	: Évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MAB	: Matrice d'Actions Budgétisées
MPD	: MEPD : Ministère de l'Economie, du Plan et du Développement
MSAS	: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSHPCMU	: Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
NPSP	: Nouvelle Pharmacie de Santé Publique
NPSP CI	: Nouvelle Pharmacie de Santé Publique de Côte d'Ivoire
OBC	: Organisations à Base Communautaire
ODD	: Objectif du Développement Durable
OHT	: Outil Une Santé/OneHealth Tool
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PEH	: Projet d'Etablissement Hospitalier
PEPFAR	: Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA

PESTEL	: Politique, Économique, Sociologique, Technologique, Environnemental, Légal
PF	: Planification Familiale
PIP	: Programme d'Investissements Publics
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre Sida
PNLT	: Programme National de Lutte Contre la Tuberculose
PNLTA	: Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions
PNSME	: Programme Nationale de Santé de la Mère et de l'Enfant
PNSSU-SAJ	: Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes
POT	: Plan Opérationnel Triennal
PPPBSE	: Prospective, Planification, Programmation, Budgétisation, Suivi-Evaluation
PRDS	: Plan Régional de Développement Sanitaire
PSN	: Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida : 2021-2025
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTB	: Plan de Travail Biennuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTG	: Programme de Travail Gouvernemental
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PTT	: Plan de Travail Triennal
RAP	: Rapport Annuel de Performance
RFFIM	: Responsable de la Fonction Financière Ministérielle
RPROG	: Responsable de Programme
S&E	: Suivi et Evaluation
SCT	: Structure en charge de la Coordination Technique
SIMR3	: Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte 3ième édition
SMAARTS	: Spécifique, Mesurable, Atteignable, Accessible, Réalisable et Pertinent, Temporel, Sensible
TDR	: Termes de Référence
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies Pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	: Violences Basées sur le Genre

PRÉFACE

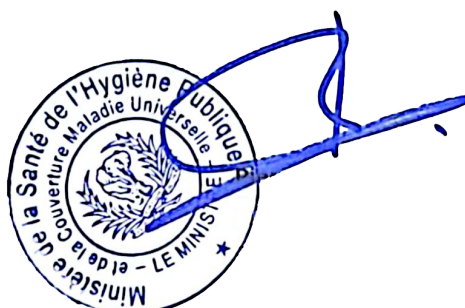
La planification rigoureuse des activités constitue la pierre angulaire de toute initiative réussie dans le domaine de la santé publique. C'est une conviction que nous, au Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, avons toujours défendue et qui se trouve au cœur de nos efforts pour améliorer continuellement la qualité des services de santé en Côte d'Ivoire. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 en est un parfait exemple, et ce guide de planification et de budgétisation est un outil essentiel pour sa mise en œuvre efficace.

Ce guide a été conçu comme une réponse structurée aux défis complexes de notre système de santé, en intégrant les principes de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Cette approche garantit que chaque activité planifiée contribue directement à nos objectifs sanitaires globaux, maximisant ainsi l'efficacité et l'efficience de nos interventions.

En rappelant les mots de Benjamin Franklin, « En ne vous préparant pas, vous vous préparez à échouer », je souligne l'importance cruciale de ce guide pour notre travail. Il nous rappelle que le succès de nos politiques de santé dépend de notre capacité à planifier de manière proactive et détaillée.

Je suis donc fier de présenter ce guide à tous les professionnels de la santé et les gestionnaires au sein de notre ministère, et je les exhorte à l'adopter comme référence principale dans leur travail quotidien. Ensemble, armés de cet outil, nous continuerons à faire progresser la qualité de la santé en Côte d'Ivoire.

Enfin, je félicite le Directeur de la Planification pour son rôle central dans ce projet, et toutes les parties prenantes à la rédaction de ce document. J'invite chaque membre de notre système de santé à se joindre à nous dans cet engagement vers l'excellence opérationnelle et le bien-être de notre population.



Pierre DIMBA

*Ministre de la santé, de l'Hygiène Publique et
de la Couverture Maladie Universelle*

REMERCIEMENTS

Depuis 1996, la Côte d'Ivoire s'investit dans une dynamique constante de planification stratégique dans le secteur de la santé, matérialisée par diverses générations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). L'implémentation successive de ces plans a permis d'améliorer graduellement la qualité des services de santé offerts à la population. Les expériences acquises au fil de ces mises en œuvre ont inspiré et façonné ce guide.

Le présent guide de planification et de budgétisation, élaboré sous l'égide du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), est conçu pour répondre aux défis liés à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des documents stratégiques et des plans opérationnels des diverses entités du ministère. Établi grâce à une méthode participative, impliquant les acteurs des structures centrales et déconcentrées du Ministère, d'autres Ministères techniques et des partenaires techniques et financiers (PTF), ce guide s'appuie sur les principes de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Il vise à unifier la compréhension des concepts clés et des outils de planification stratégique et opérationnelle par tous les acteurs, optimisant ainsi la prise en compte des priorités du PNDS 2021-2025. Il ambitionne de faciliter une mise en œuvre efficace des interventions de santé et une évaluation rigoureuse des résultats attendus. Ce guide est destiné à devenir une référence essentielle pour tous les intervenants du secteur santé en termes de planification, budgétisation, suivi et évaluation.

En conclusion, je tiens à féliciter et à remercier l'ensemble des experts nationaux, en particulier ceux issus des Ministères de la Santé, du Plan et du Budget, pour leur contribution déterminante à l'élaboration dudit guide. Mes remerciements s'adressent également aux partenaires techniques et financiers, notamment, le Fonds Mondial, l'OMS et l'UNICEF, dont le soutien a été crucial pour concrétiser ce projet ambitieux.



Isabelle TONDOH-KOUI

*Directrice de la Prospective, de
la Planification et des Stratégies*



INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 - Contexte et justification

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) a achevé l'élaboration du nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2021-2025. Ce document stratégique qui porte la vision gouvernementale en matière de santé pour le quinquennat entamé, devra pour plus d'efficacité, irradier l'ensemble des actions des structures relevant du MSHPCMU. Ceci passe par l'alignement sur le PNDS 2021-2025, des documents de planification notamment : les Plans Stratégiques Sous-Sectoriels et les Plans Opérationnels des versants administratifs et de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, cette articulation des plans n'a pas toujours été effective dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

En effet, le rapport de la revue du PNDS 2016-2020 a fait remarquer le fait que, « ...faute de disposer d'un cadre de planification formalisé décrivant un processus intégré de planification stratégique et opérationnelle, les unités du MSHPCMU ne se voient pas assigner des objectifs annuels quantifiés et financés ». En plus, « ...un modèle unique de plan d'actions annuel budgétisé à l'intention des unités opérationnelles du MSHPCMU n'a pas été élaboré et le renforcement des capacités des acteurs à l'élaboration des plans d'actions budgétisés n'a pas été réalisé ». Dans la même veine, une étude de la Banque Mondiale¹ a mis en exergue l'absence d'un système de planification intégré, ainsi que la faible harmonisation entre les budgets et les plans opérationnels qui constituent deux problèmes importants du processus de budgétisation.

Pour apporter une solution durable à cette insuffisance, la revue a recommandé l'élaboration d'un guide intégré de planification et de budgétisation qui encadrera la mise en place « ...d'un cadre unique de planification comportant les étapes clés de la planification, les différents chapitres qui doivent se retrouver dans un plan, en uniformisant les termes et enfin le chronogramme cadré sur la budgétisation ». Ce guide « ... devrait également systématiser l'élaboration du rapport annuel de mise en œuvre du PNDS au niveau de toutes les structures et programmes du MSHPCMU. L'élaboration, la validation et la diffusion d'outils de planification et de suivi de la mise en œuvre du PNDS, annexés au guide permettra d'atteindre les objectifs escomptés ».

C'est pour mettre en œuvre ces recommandations et matérialiser la vision du système sectoriel de planification et de budgétisation, que la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS), avec l'appui technique et financier des Partenaires au Développement notamment le Fonds Mondial, a élaboré le présent guide.

¹Evaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire, avril 2019

1.2 - Méthodologie d'élaboration du manuel

Le processus d'élaboration du guide s'est fait en deux grandes étapes dans une approche participative.

La première étape a consisté en une analyse de situation (du 14 mars au 10 mai 2022) sur la base de la méthodologie décrite dans le rapport de démarrage (du 07 février au 14 mars 2022) qui a permis de répertorier les différents processus nationaux et spécifiques (au secteur de la santé) de planification et budgétisation ainsi que les outils et les périodes de mise en œuvre. Sur cette base, les forces et faiblesses du système de planification et de budgétisation du secteur de la santé ont été analysées. Au cours de cette étape qui a combiné une enquête qualitative et une enquête quantitative, un échantillon d'acteurs nationaux et sectoriels impliqués dans la conduite des processus de planification et de budgétisation a été interrogé. Ces acteurs relèvent des entités suivantes : Primature, Ministère du Plan et du Développement, Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat, Cabinet et Directions Centrales du MSHPCMU, Programmes de santé, Unités de Coordination de Projets de santé, Structure de gestion financière des interventions du MSHPCMU, EPHN, Structures déconcentrées (Directions régionales et départementales de santé), Responsables d'établissements de soins et des Partenaires Techniques et Financiers.

Au cours de la seconde étape (du 11 mai au 24 juin 2022), les leçons tirées des résultats de l'analyse de situation, ont permis d'élaborer la première version du guide qui a fait l'objet d'une première revue par le comité technique de suivi, puis une seconde revue par l'ensemble des parties prenantes avant sa validation au cours d'un atelier.

1.3 - Cibles, objectifs et enjeux du guide

Le présent guide s'adresse à l'ensemble des acteurs du système sanitaire tant ceux relevant des structures du niveau central que ceux des structures déconcentrées et de soins. Il est donc conçu pour être utilisé par tous les maillons de la pyramide sanitaire (versant administratif et versant de prestations de soins).

Ce guide vise à familiariser ses utilisateurs avec les concepts, démarches et outils de planification et de budgétisation. Il s'inspire du guide pratique d'élaboration des politiques sectorielles développé par le Ministère en charge du Plan et du Développement. Les exemples qui y sont inclus proviennent du PNDS 2021-2025.

Son adoption et sa large diffusion au sein du MSHPCMU lui assureront les avantages suivants :

- i. meilleur arrimage du PNDS avec le Plan National de Développement (PND) ;
- ii. meilleure cohérence dans l'élaboration et la mise en œuvre des Politiques et Plans sous-sectoriels en rapport avec le PNDS ;
- iii. renforcement du pilotage axé sur les résultats en conformité avec les standards nationaux et internationaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- iv. renforcement de la capacité à assurer la redevabilité vis-à-vis de l'ensemble des parties prenantes (Gouvernement, Partenaires Techniques et Financiers, Populations) ;
- v. renforcement de la capacité à mobiliser plus de ressources internes et externes nécessaires à la réalisation de sa mission de service public ;
- vi. meilleur engagement dans un processus continu d'apprentissage et d'amélioration.

Le guide est subdivisé en deux grandes parties dont la première porte est consacrée aux notions et à la démarche relative à la planification et la budgétisation et la seconde partie est constituée de la boîte à outils. Il sera révisé régulièrement pour intégrer les enseignements tirés de son utilisation par les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.





PREMIÈRE PARTIE :

CONCEPTS ET DEMARCHE
DE PLANIFICATION ET DE
BUDGÉTISATION

CHAPITRE 1 :

CADRE GÉNÉRAL DE PLANIFICATION ET DE BUDGÉTISATION EN SANTÉ

1.1 - Approche de gestion de la politique nationale de santé

Les acteurs du développement évoluent désormais dans un contexte où les gouvernements, les populations et les partenaires techniques et financiers, sont de plus en plus exigeants et demandeurs de résultats visibles et mesurables. Cette exigence a conduit à la généralisation de l'adoption de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), comme approche d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de développement.

La Côte d'Ivoire n'est pas en reste de cette démarche d'ensemble. Ainsi, au niveau national, le Plan National de Développement (PND) et au niveau du secteur de la santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 ont été développés sur la base des principes et outils de la GAR. Il en résulte que, pour plus de cohérence, l'ensemble des plans subséquents, qu'ils soient stratégiques ou opérationnels, soient élaborés et mis en œuvre selon l'approche de la GAR.

1.2 - Concepts clés

La conduite des processus de planification et de budgétisation implique la manipulation d'un certain nombre de concepts clés. Le succès et la célérité de ces processus seront tributaires de la bonne et même compréhension de l'ensemble des parties prenantes. C'est pourquoi ces concepts sont ci-après exposés.

- **Planification Stratégique :** C'est une méthode rigoureuse visant à solutionner des problèmes de développement en s'attaquant à leurs causes principales. Ces solutions sont reflétées à travers une vision sur plusieurs années qui sous-tend quels résultats seront atteints et comment ceux-ci seront obtenus. Elle alimente un processus d'aide à la décision qui vise ainsi, par concertation des acteurs concernés, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre les résultats déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix de solutions préférables parmi plusieurs alternatives.

Ces éléments sont reflétés dans un document dont la dénomination varie : plan stratégique, plan d'action, plan ou stratégie. Dans tous les cas ce document se différencie de manière stricte du document politique dont il est en fait un outil d'« opérationnalisation ».

En effet, le document de politique qui, dans chaque secteur, devrait précéder le plan stratégique décline les principes directeurs à mettre en œuvre en rapport avec un concept de développement. Elle repose sur une ambition concertée assortie d'une déclaration d'intention explicite pour devenir la « ligne de conduite à tenir » convenue ou la vision. Elle aide l'organisation à

prendre des décisions logiques. Elle n'est pas définie sur un horizon temporel. Par exemple dans le domaine de la santé, la Côte d'Ivoire s'est dotée, en 2019, de la loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique nationale de santé publique en Côte d'Ivoire. L'articulation et le contenu de cette loi confirme les indications susmentionnées. Son article 7 dispose que la politique « ... est mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire, en abrégé PNDS, pour une période de cinq ans... ». Ceci dit, tenant compte des usages actuels, nous garderons l'expression « Politique Sectorielle (PS) » pour désigner à la fois le document cadre de politique sectorielle et le plan stratégique.

Il faut noter que la planification constitue un maillon de la chaîne PPPBSE (Prospective, Planification, Programmation, Budgétisation, Suivi-Evaluation) illustrée par le schéma ci-après.



Schéma 1 : Chaîne PPPBSE dans le secteur de la santé

- **Planification Opérationnelle** : La planification opérationnelle couvre généralement le court terme (entre plusieurs mois et trois ans). Elle consiste à identifier, programmer et budgétiser les activités qui permettront d'atteindre les résultats définis dans le plan stratégique. Elle aboutit généralement à l'élaboration d'un Plan de Travail Annuel (PTA), Biannuel (PTB) ou Triennal (PTT). Le processus d'élaboration de ces outils se décline selon les quatre sous-composantes ci-après :
 - i. **Planification Structurelle** qui consiste à préparer une liste exhaustive,

documentée et structurée d'actions, d'activités et de tâches dont l'accomplissement ou l'exécution est nécessaire à la réalisation des résultats visés.

- ii. **Planification Organisationnelle** qui permet de répartir, entre les différents intervenants, les responsabilités afférentes à l'exécution des actions, activités et tâches identifiées lors de la planification structurelle.
- iii. **Planification Opérationnelle** (proprement dite) qui permet de dresser un calendrier d'exécution des actions, activités et tâches c'est-à-dire un échéancier qui situe dans le temps chaque élément.
- iv. **Planification Financière** qui consiste à déterminer au mieux, le budget de réalisation de chaque action, activité et tâche.
- **Théorie du changement** : La Théorie du Changement constitue le cheminement à suivre pour apporter une réponse à un problème de développement. Elle décrit la manière dont la mise en œuvre des stratégies permettra de passer des différents niveaux de résultats jusqu'au changement ultime visé en tenant compte des éléments de contexte.
- **Indicateur** : Information de nature qualitative ou quantitative qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et de rendre compte des changements liés à la mise en œuvre d'une intervention et/ou d'aider à apprécier la performance. Il est caractérisé par une donnée de base qui matérialise la situation qui prévaut avant le démarrage des interventions, et une cible qui indique le niveau attendu à la fin de mise en œuvre des interventions.

Tableau 1 : Quelques exemples d'indicateurs

Types d'indicateurs	Exemples
▪ Indicateur d'impact	▪ Espérance de vie à la naissance
▪ Indicateur d'effet	▪ Proportion des besoins non satisfaits en matière de PF
▪ Indicateur de produit	▪ Proportion d'hôpitaux de références disposant d'un bloc opératoire gynécologique fonctionnel
▪ Indicateur d'extrant	▪ Nombre de personnes sensibilisées
▪ Indicateur d'activité	▪ Nombre de campagnes de sensibilisation organisées
▪ Indicateur d'intrant	▪ Nombre de matériels de formation livrés

- **Risque** : Evènement ou occurrence hors de portée des acteurs d'un programme et qui peut négativement affecter l'atteinte d'un résultat souhaité. Il est caractérisé par sa probabilité de survenue et son impact. Exemple : Catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentiel épidémique (fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes).
- **Hypothèse** : Condition nécessaire pour que l'atteinte d'un résultat induise celle du niveau suivant. Ainsi, il lie le produit à l'effet et l'effet à l'impact. Il



n'est pas nécessairement la formulation positive d'un risque. Exemple : Mobilisation de ressources additionnelles internes et financements innovants pour la santé.

- **Extrant** : Livrable résultant de l'achèvement d'une activité. La combinaison de plusieurs extrants donne le produit. Exemple : Bâtiment du bloc gynécologique de l'hôpital général de Bloléquin construit.
- **Action** : Enoncé de la finalité spécifique visée par la mise en œuvre d'un certain nombre d'activités. Exemple : Améliorer la gouvernance en matière de Prévention et Contrôle des Infections (PCI) et Gestion des Déchets Sanitaires.
- **Activité** : Processus entrepris en vue de produire des extrants grâce à la combinaison d'intrants. Exemple : Elaborer un Plan Stratégique National PCI.
- **Tâche** : Processus de production, d'acquisition ou de mobilisation d'intrants. Exemple : Elaborer un TDR ; Recruter un Consultant ; Recruter un prestataire pour l'hôtellerie.
- **Intrant** : Ensemble constitué des ressources financières, humaines, matérielles, technologique et documentaires. Exemple : Budget, personnel, équipements.

1.3 - Organisation du système de santé

La Côte d'Ivoire dispose d'un système de santé de type pyramidal constitué d'un versant administratif ou gestionnaire et d'un versant offre de soins ou prestataire.

Le versant administratif ou gestionnaire, comprend : **i) au niveau central**, le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé et les EPN. Ces structures sont chargées de la définition de la Politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la politique de santé ; **ii) au niveau intermédiaire**, les Directions Régionales, au nombre de 33, ont pour mission de coordonner la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau des 113 districts de santé et ; **iii) au niveau périphérique**, les Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires, subdivisés en aires sanitaires, assurent la coordination de l'action sanitaire dans leur zone de couverture et fournissent un appui opérationnel et logistique aux services de santé.

Le versant, offre de soins ou prestataire, est composé : **i) au niveau primaire ou périphérique** d'établissements sanitaires de premier contact publics et privés, dont des privés lucratifs de premier niveau, des privés confessionnels, des privés d'entreprise et des privés ONG ; **ii) au niveau secondaire** des hôpitaux de référence dont des Hôpitaux Généraux (Publics et Privés Confessionnels) et des Centres Hospitaliers Régionaux et ; **iii) au niveau**

tertiaire des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, essentiellement composés de 5 Centres Hospitaliers Universitaires et de 9 Instituts Nationaux Spécialisés dont l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI).



L'ensemble des entités décrites plus haut contribue d'une manière ou d'une autre à l'animation du système de planification et de budgétisation du Ministère de la Santé.

CHAPITRE 2 :

PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Coordonné par la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS), le système de planification stratégique du MSHPCMU, est marqué dans son fonctionnement, par l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un certain nombre de Documents Stratégiques (DS) à savoir : i) le PNDS, les Politiques/Plans stratégiques Sous-Sectoriels, ii) les Plans Stratégiques des EPN, iii) les PRDS et iv) les PEH. En plus, le système de planification du MSHPCMU contribue à l'élaboration du Plan National de Développement (PND) qui constitue le cadre stratégique de référence en matière de politique de développement.

2.1 - Contribution à l'élaboration du Plan National de Développement (PND)

Pour donner une nouvelle impulsion à l'élan de développement de la Côte d'Ivoire, le Gouvernement a décidé, dès 2011, de renforcer la planification du développement à travers l'élaboration du Plan National de Développement (PND) couvrant des périodes quinquennales. Ainsi, sous la houlette du Ministère du Plan et du Développement à travers la Direction Générale du Plan, le processus d'élaboration du PND se déroule tous les cinq (05) ans durant quinze (15) mois à compter du dernier trimestre de l'avant-dernière année de mise en œuvre du PND en cours.

L'importance du secteur de la santé dans le développement national fait du MSHPCMU, un acteur clé dans le processus d'élaboration du PND. De ce fait, il devrait prendre les dispositions utiles pour une meilleure prise en compte des questions de santé dans la politique nationale de développement. Dans cette perspective, il est suggéré d'entamer le processus d'élaboration du PNDS en amont de celui du PND comme suggéré dans la section qui suit.

Cette approche facilitera l'interaction entre les équipes du MSHPCMU et celles du MEPD au cours des étapes suivantes du processus: (i) consultations dans les Régions et Districts du pays, (ii) diagnostic stratégique sectoriel et thématique, (iii) conférence de planification, (iv) formulation des cadres de résultats sectoriels, (v) rencontres techniques et échanges sectoriels et thématiques, (vi) revue du portefeuille de projets, (vii) élaboration des matrices d'actions, de la stratégie de mobilisation des ressources, de la stratégie de communication et du dispositif de pilotage du nouveau plan, (viii) validation du PND.

2.2 - Cadre institutionnel et organisationnel de l'élaboration du PNDS

L'élaboration du PNDS est actée par loi n°2019-677 du 23 juillet 2019, portant orientation de la politique nationale de santé publique en Côte d'Ivoire qui dispose en son article 7 que « la politique nationale de santé est mise en

œuvre à travers un Plan National de Développement Sanitaire, en abrégé PNDS, pour une période de cinq ans, dans le strict respect des principes de gestion rationnelle ».

La DPPS a en charge, selon le décret n° 2021-465 du 08 septembre 2021 portant organisation du MSHPCMU en son article 9, « d'assurer, en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux concernés, l'élaboration du nouveau plan décennal de développement sanitaire... ». Ainsi, la DPPS coordonne le processus d'élaboration du PNDS avec l'implication de toutes les parties prenantes notamment les structures du MSHPCMU, les autres Ministères Techniques, les Collectivités Territoriales, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le Secteur Privé, les Organisations de la Société Civile (OSC) et les Organisations à Base Communautaire (OBC). De manière spécifique, elle élabore le calendrier du processus. Ainsi, le calendrier ci-dessous est proposé pour la conduite du processus en tenant compte de la nécessité que le PNDS prenne une longueur d'avance pour une meilleure contribution à l'élaboration du PND.

Tableau 2 : Proposition de calendrier d'élaboration du PNDS et de Plans sous-sectoriels

Etapes	Description	Période	Responsable	Observations
1	Revue approfondie ou évaluation à mi-parcours des DS sous-sectoriels	Octobre à décembre (n-2)	Selon le type de DS	• n-2 : Troisième année de mise en œuvre du PNDS en cours. • n-1 : Quatrième année de mise en œuvre du PNDS en cours. • n : Cinquième année de mise en œuvre du PNDS en cours.
2	Evaluation du PNDS en cours	Janvier à juin (n-1)	DPPS	
3	Phase de préparation du processus	Mai à juin (n-1)	DPPS	
4	Diagnostic stratégique régional	Juillet (n-1) à août (n-1)	DRS	
5	Diagnostic stratégique sous-sectoriel	Septembre (n-1) à octobre (n-1)	Structures centrales du MSHPCMU	
6	Diagnostic stratégique sectoriel	Novembre (n-1) à décembre (n-1)	DPPS	
7	Cadrage stratégique	Janvier (n) à mars (n)	DPPS	
8	Rédaction du PNDS	Avril (n) à juin (n)	DPPS	
9	Mise à jour des données et finalisation du PNDS	Septembre (n) à octobre (n)	DPPS	
10	Endossement par les PTF et adoption par le Gouvernement	Novembre (n)	Cabinet	
11	Préparation à la mise en œuvre du PNDS	Décembre (n)	DPPS	

2.3 - Cadre institutionnel et organisationnel de l'élaboration des plans sous-sectoriels

En complément au PNDS, l'article 11 de la loi relative à la politique nationale de santé publique prévoit l'élaboration des politiques sectorielles de santé. Il s'agit notamment de :

- 
- i. la politique de prévention des maladies et de promotion de la santé ;
 - ii. la politique mère-enfant ;
 - iii. la politique d'hygiène publique, santé et environnement ;
 - iv. la politique pharmaceutique ;
 - v. la politique des matériels et équipements ;
 - vi. la politique de lutte antitabac et des autres addictions ;
 - vii. la politique de santé adolescents et jeunes ;
 - viii. la politique de la santé communautaire.

En réalité, il s'agit plutôt de politiques sous-sectorielles qui peuvent se décliner à travers plusieurs plans stratégiques sous-sectoriels portés par différentes entités du MSHPCMU. Cette liste de documents de politique est complétée par d'autres documents stratégiques, qui accompagnent le PNDS et qui sont évoqués par d'autres textes notamment le décret n° 2021-465 du 08 septembre 2021 portant organisation du MSHPCMU. Par ailleurs, l'arrêté 294/MSHP/CAB du 08 décembre 2006 portant réorganisation et fonctionnement des programmes de santé, dispose en son article 7 que « La Direction de Coordination du Programme de Santé est chargée de proposer les documents de politiques ». Etant donné que ces politiques ou plans sous-sectoriel(le)s contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé, la DPPS veille à leur disponibilité, leur qualité et leur cohérence avec le PNDS. Le tableau suivant fournit plus de précisions.

Tableau 3 : Récapitulatif des politiques sous-sectorielles à élaborer

N°	Documents	Texte de référence	Structure Responsable
1	Politique de prévention des maladies et de promotion de la santé	- Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 2021-465 (Article 25)	DSCPS
2	Politique mère-enfant (Politique nationale de santé de la mère et de l'enfant et de la santé de la reproduction)	- Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 465-2021 (Article 24)	PNSME
3	Politique d'hygiène publique, santé et environnement	- Politique de l'hygiène hospitalière et de la lutte contre les infections nosocomiales - Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 465-2021 (Article 21)	DMHP
		- Politique nationale d'hygiène publique - Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 465-2021 (Article 26)	DHPSE
4	Politique pharmaceutique (Politique Nationale Pharmaceutique (PPN))	- Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 2021-465 (Article 23)	DAP
5	Politique des matériels et équipements (Politique de maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires)	- Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 2021-465 (Article 7)	DIEMP
6	Politique de lutte antitabac et des autres addictions	Loi n°2019-677 (Article 11)	PNLTA
7	Politique de santé adolescents et jeunes	Loi n°2019-677 (Article 11)	PNSSU-SAJ
8	Politique de la santé communautaire	- Loi n°2019-677 (Article 11) - Décret n° 2021-465 (Article 20)	DSCPS
10	Politique de formation et de recherche en santé	Décret n° 2021-465 (Article 20)	DFRS
12	Politique de développement du secteur privé de la santé	Décret n° 2021-465 (Article 22)	DEPPS
13	Politique de la Couverture Maladie Universelle	Décret n° 2021-465 (Article 29)	DGCMU
14	Politiques relatives aux pathologies et domaines spécifiques adressées par les programmes de santé	Arrêté 294 du 08 décembre 2006 (Article 7)	Programmes de santé

En plus de ces documents sous-sectoriels, la loi N°2019-677 du 23 juillet 2019, portant orientation de la politique nationale de santé publique en Côte d'Ivoire, prévoit l'élaboration des PRDS par les DRS « en collaboration avec les collectivités territoriales et les directions régionales de planification ». Les PRDS sont une déclinaison régionale du PNDS.

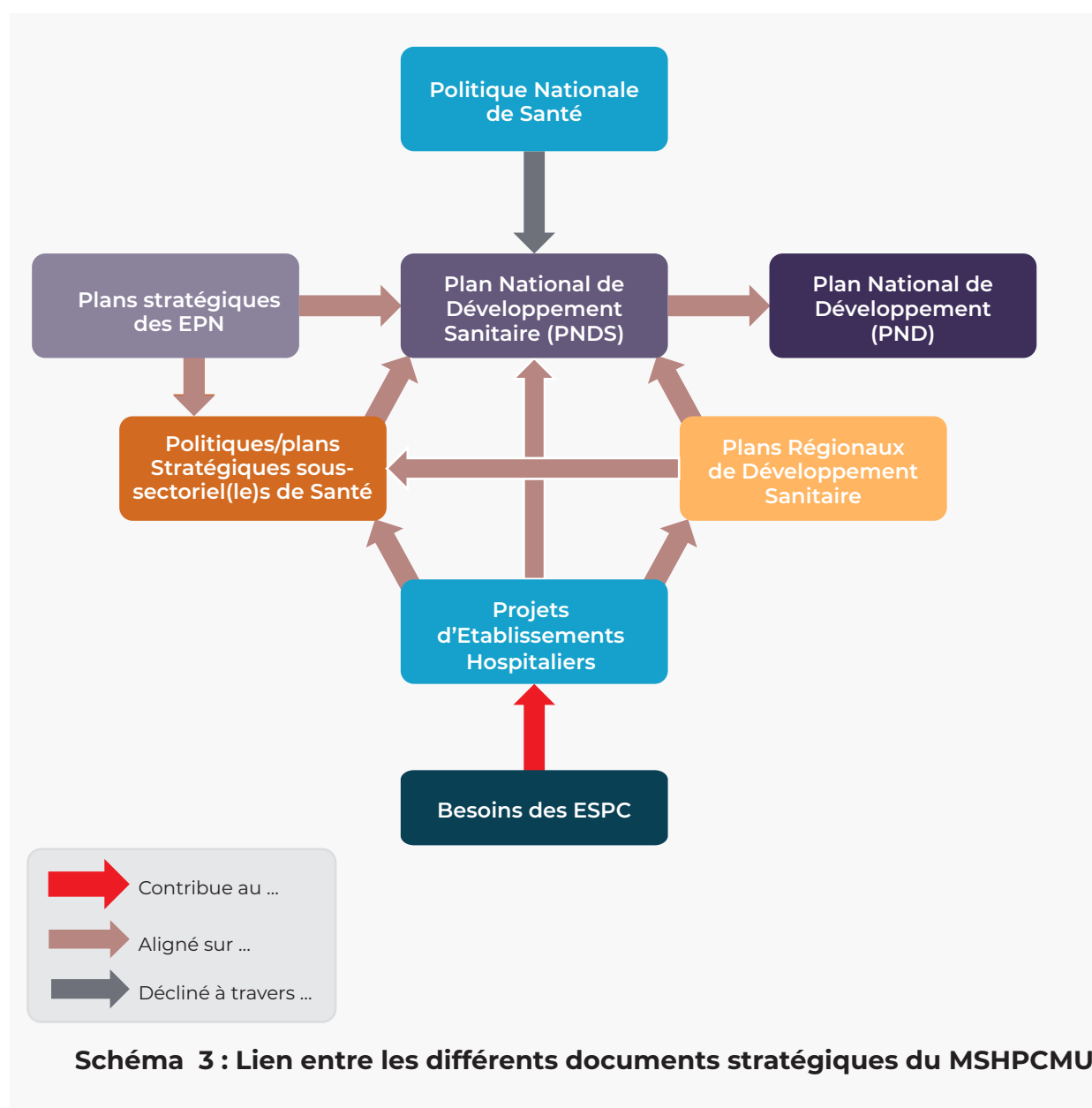
2.4 - Cadre institutionnel et organisationnel de l'élaboration des plans stratégiques des structures du MSHPCMU

Dans la dynamique de la mise en œuvre de la réforme hospitalière, le décret 2021-762 du 1^{er} décembre 2021 fixant les modalités de validation et de signature des projets d'établissements hospitaliers et des contrats de performance dispose ceci en son article 4 : « L'établissement hospitalier investi d'une mission de service public, élabore un Projet d'Etablissement Hospitalier, en abrégé PEH, qui définit sa stratégie de développement dans le respect des orientations stratégiques nationales et régionales, sur une période de cinq ans ».

Les PEH sont élaborés, d'une part, par les Etablissements Publics Hospitaliers incluant les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Hôpitaux Généraux (HG) et d'autre part, par les Etablissements Hospitaliers Privés (EHP). En plus de ces deux grandes catégories de structures, les Etablissements Hospitaliers Militaires et Paramilitaires (EHMP) doivent également se doter d'un PEH. En particulier, l'élaboration des PEH des HG doit intégrer les besoins de tous les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) de leurs aires sanitaires.

En plus des structures de soins, tous les Etablissements Publics Nationaux (EPN) du secteur de la santé, doivent élaborer leurs plans stratégiques en cohérence avec le PNDS selon la méthodologie décrite dans le présent guide.

Le schéma ci-dessous traduit les liens entre les différents documents stratégiques évoqués dans les paragraphes précédents.



2.5 - Démarche d'élaboration des Documents Stratégiques

La démarche décrite dans cette section s'applique aux différents documents stratégiques produits par les structures du MSHPCMU à savoir : le PNDS, les Politiques/Plans Stratégiques Sous-Sectorielles, les Plans Stratégiques des EPN, les PRDS et les PEH.

2.5.1 - Revue approfondie ou évaluation à mi-parcours des DS sous-sectoriels

Le décret N° 2021-762 du 1er décembre 2021 fixant les modalités de validation et de signature des projets d'établissements hospitaliers et des contrats de performance dispose en son article 11 que « une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PEH est effectuée dans la troisième année... ».

Tirant parti de cette disposition, il est retenu la réalisation d'une évaluation à mi-parcours de l'ensemble des Documents Stratégiques sous-sectoriels au quatrième trimestre de la troisième année de leur mise en œuvre. A défaut, les structures responsables de la mise en œuvre des Documents Stratégiques sous-sectoriels pourront réaliser une revue approfondie. Pour ce faire, elles pourront s'appuyer sur l'outil d'évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux développés par l'OMS².

2.5.2 - Evaluation du PNDS en cours

En vue d'alimenter le processus d'élaboration du prochain PNDS en données probantes, le PNDS en cours fera l'objet d'une évaluation externe. L'équipe d'évaluation sera constituée d'experts nationaux et d'experts internationaux. Cet important exercice couvrira le premier semestre de l'avant-dernière année (S1 de la quatrième année) de mise en œuvre du PNDS en cours.

2.5.3 - Préparation

Tout processus de planification stratégique nécessite une bonne préparation des ressources et de l'organisation. Il s'agit d'une étape primordiale qui conditionne la réussite de l'élaboration du Document Stratégique (DS).

Les composantes de l'étape de préparation sont les suivantes :

1. Affirmation de la volonté du plus haut responsable de la structure en charge de l'élaboration du DS (Ministre en charge de la santé en ce qui concerne le PNDS) ;
2. Elaboration de la note de cadrage ;
3. Recrutement de l'équipe de Consultants ;
4. Mise en place du cadre institutionnel du processus d'élaboration du DS ;
5. Lancement du processus ;
6. Renforcement des capacités des membres du Comité Technique ;
7. Mobilisation des ressources financières.

²Il s'agit de l'outil JANS qui est accessible via le lien suivant : https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Tools/JANS/JANS_2014_French_WEB.pdf

Bien que les diagnostics stratégiques régionaux et sous-sectoriels se fassent en amont du PNDS, la phase de préparation proprement dite du processus d'élaboration des DS sous-sectoriel débutera suite à la finalisation du PNDS. La figure suivante donne des détails sur le chronogramme de la phase préparatoire selon le type de document stratégique concerné.

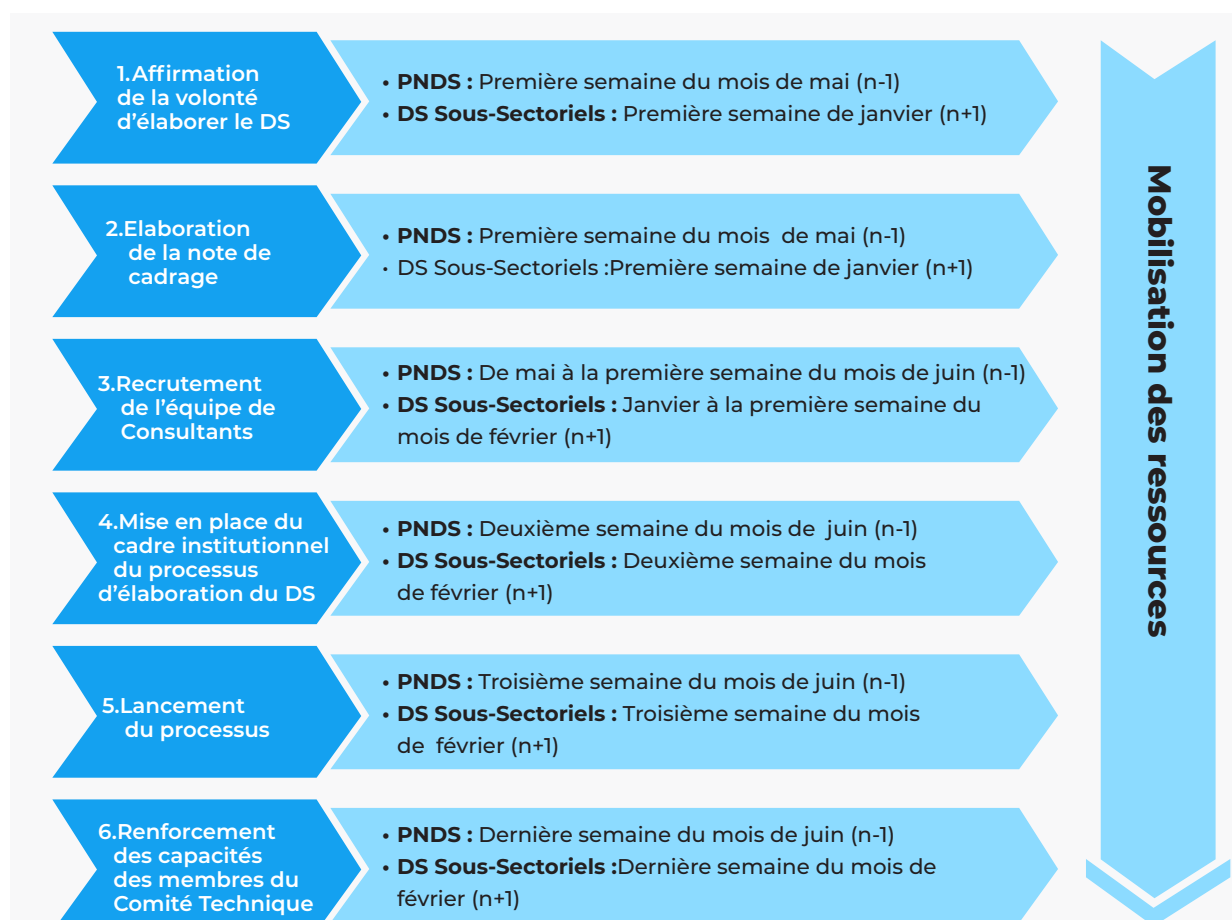


Schéma 4 : Chronogramme de la phase préparatoire selon le type de document

Légende :

- n-2 : Troisième année de mise en œuvre du PNDS en cours.
- n-1 : Quatrième année de mise en œuvre du PNDS en cours.
- n : Cinquième année de mise en œuvre du PNDS en cours.
- n+1 : Première année de mise en œuvre du nouveau PNDS.

2.5.3.1 - Affirmation de la volonté d'élaborer le DS

Une réunion de prise de décision d'élaborer le DS est organisée à l'initiative du premier responsable de la structure concernée (Pour le PNDS : Ministre ; Pour les PSN : PNLS, PNLP, PNLT, PEV etc...). Il fixe l'ordre du jour, le lieu, la date de la réunion ainsi que la liste des participants. Il s'agit, selon le cas, entre autres du Directeur de Cabinet, des Directeurs Généraux, des Directeurs Centraux et des Chefs de Services.

Au cours de la réunion, la volonté de concevoir le DS ou d'actualiser celui existant est affirmée par le premier responsable. Il explique le contexte, les enjeux et l'intérêt d'une telle initiative pour la structure, le Ministère, le Gouvernement et la nation entière.

Cette réunion se veut une rencontre d'information mais aussi d'échange sur l'initiative de concevoir ou d'actualiser le DS. Elle est l'occasion de discuter des problèmes, des défis, des enjeux et des besoins du secteur, du sous-secteur ou de la structure. Il s'agit également de discuter des constats faits sur la mise en œuvre des politiques antérieures et de tirer les conclusions des recommandations émises dans les rapports d'évaluation. De même, les priorités du MSHPCMU et du Gouvernement pour le secteur sont analysées ainsi que les défis à relever pour améliorer les capacités à atteindre les résultats formulés dans les cadres de référence (PNDS, PND, etc.).

A l'issue de la réunion, un compte rendu est établi par la structure en charge du pilotage technique du processus, reprenant les grandes articulations ainsi que les grandes recommandations de la réunion. Le compte rendu est diffusé dans tous les services concernés pour information et conduite à tenir. Dans le cadre du PNDS, ce compte rendu accompagne le courrier adressé au Ministère du Plan et aux PTF, les informant de la décision et sollicitant leur appui au processus.

2.5.3.2 - Elaboration de la note de cadrage

Une fois la première étape franchie, la Structure en charge de la Coordination Technique (SCT) du processus, élabore une note de cadrage du processus d'élaboration du DS qui donne une vue d'ensemble du processus.

- **La note comprend, sans s'y limiter :**
 - a. le contexte et la justification du processus ;
 - b. les objectifs généraux et spécifiques du processus ;
 - c. les résultats attendus du processus ;
 - d. les livrables attendus aux différentes étapes ;
 - e. la méthodologie du processus ;
 - f. la feuille de route budgétisée.

Pour élaborer le budget du processus, la SCT réalise l'estimation en termes de coût des différentes activités. Une fois validée, la note de cadrage servira de base à la mobilisation des ressources tant au niveau de l'Etat que des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

La note de cadrage devra faire ressortir les principes de programmation qui guideront le processus. Ces principes (annexe 1) devront être opérationnalisés à travers des outils simples à développer (**voir outils 1 à 7**).

La bonne conduite du processus sera assurée par une compréhension claire des rôles et responsabilités des différents acteurs. Le tableau suivant fait une lucarne sur ce qui est attendu des différents acteurs.

Tableau 4 : Parties prenantes clés et leurs rôles dans la planification stratégique

Acteurs	Rôles
Ministère de la Santé à travers la Direction en charge de la Planification	➤ Conduire le processus (PNDS) ou assurer (pour les DS sous-sectoriels) le lien avec le PNDS ➤ Fournir des orientations pour assurer la qualité du processus (modèles, outils, modalités, etc.) ➤ Appuyer techniquement la SCT dans la conduite du processus
Structures du Ministère de la Santé (SCT)	➤ Coordonner le processus de planification stratégique du DS sous-sectoriel ➤ Assurer la liaison avec la Direction en charge de la Planification pour obtenir des conseils et un soutien technique ➤ S'assurer que toutes les parties prenantes concernées par les interventions de la structure sont adéquatement impliquées dans le processus de planification stratégique ➤ Mettre en œuvre la feuille de route du processus
Autres secteurs (par exemple, l'Education, Emploi, etc.)	➤ Assurer la prise en compte, dans le cadre du processus de planification stratégique, des actions synergiques intersectorielles en lien avec les résultats définis
Organisations de la Société Civile (OSC)	➤ Fournir des données, des informations et des connaissances pouvant éclairer la prise de décision au cours du processus de planification stratégique ➤ S'assurer de la prise en compte des questions de santé d'intérêts pour les populations
Secteur privé	➤ Participer de manière active à l'exercice de planification stratégique ➤ Assurer la prise en compte des questions d'intérêt pour une meilleure contribution du secteur privé aux actions sanitaires
Partenaires au développement	➤ Apporter un soutien technique et/ou financier au processus ➤ Participer activement à la disponibilité de données, au dialogue et au débat sur la planification stratégique.

2.5.3.3 - Mise en place du cadre institutionnel du processus d'élaboration du DS

Il est nécessaire que le processus soit piloté par une instance dont la mise en place et le fonctionnement s'adossent à un cadre institutionnel. Sans remplacer le cadre institutionnel existant, ces instances viennent en appui aux mécanismes techniques et décisionnels ordinaires. C'est pourquoi, il est conseillé de ne pas alourdir le cadre institutionnel. Ainsi, le processus pourra être encadré par un Comité de Pilotage,

organe décisionnel et un Comité Technique. Leur formalisation pourra se faire à travers la prise d'un texte.

Dans cette perspective, la SCT identifie les parties prenantes (structures publiques externes, collectivités territoriales, société civile, secteur privé, partenaires au développement) qui devront prendre part au processus d'élaboration du DS. Il identifie par ailleurs le rôle que peut jouer chaque partie prenante, dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du DS ainsi que l'intérêt et l'influence qu'elle peut avoir sur le processus.

Les rôles du Comité de Pilotage se déclinent comme suit :

- i. Il définit les orientations et la stratégie d'élaboration du DS ;
- ii. Il examine et valide tous les documents et propositions qui lui sont soumis par le comité technique ;
- iii. Il recherche et mobilise les moyens pour l'élaboration et la mise en œuvre du DS ;
- iv. Il prend en dernier ressort toutes les décisions nécessaires pour le bon déroulement du processus.

En ce qui concerne le PNDS, le comité de pilotage, devra être présidé par le Directeur de Cabinet du MSHPCMU. Sa composition devra inclure les Ministères dont les attributions touchent à la santé, des Représentants de la Société Civile, du Secteur Privé et des Partenaires Techniques et Financiers.

Pour sa part, les tâches du Comité Technique sont les suivantes :

- i. élaborer les termes de référence des activités du processus ;
- ii. mettre à la disposition de l'équipe de Consultants l'ensemble des informations de base nécessaires pour la conduite de leurs travaux ;
- iii. veiller à ce que les parties prenantes au processus disposent des capacités et outils nécessaires en matière de planification stratégique ;
- iv. veiller à ce que les réactions des parties prenantes sur les différents livrables tiennent dans les délais impartis ;
- v. assurer le suivi régulier des travaux des Consultants ;
- vi. valider techniquement les livrables produits par les Consultants ;
- vii. veiller à l'endossement technique et politique du DS par les différents acteurs.

Pour le PNDS, ce comité technique devra être, présidé par le Directeur Général de la Santé. Il sera assisté dans cette fonction par le Directeur en charge de la Planification. Dans sa composition, outre les représentants des structures du MSHPCMU, il inclura les représentants des entités siégeant dans le Comité de Pilotage.

Pour le cas spécifique des PRDS, il est retenu la mise en place des trois organes décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Organes de gestion du processus d'élaboration des PRDS

Organes	Attributions	Composition
1	Comité de pilotage des PRDS	• Présidence : Préfet de Région • Vice-Président : Président du Conseil Régional/District Autonome ; • Secrétariat : Directeur Régional de la Santé ; • Membres : » Les Maires des communes de la région ; L'élue chargé de la santé du Conseil Régional ; » Un représentant du secteur privé sanitaire. » Un représentant de la faïtière des ONG locales » Partenaires techniques et Financiers » DR du Plan et du Développement (ou représentant INS)
2	Comité technique de rédaction des PRDS	• Coordonnateur : Directeur régional de la santé ; • Membres du comité : » Directeur du Développement Humain du Conseil Régional ; » Directeur Technique et des Moyens Généraux du Conseil Régional ; » Responsable santé de la mairie chef-lieu de région ; » Directeur Départementaux de la Santé de la région ; » Représentant du Service de l'Action Sanitaire régional ; » Directeur du CHR ; » Responsable du Service de l'Action Sanitaire du district sanitaire du chef-lieu de région ; » Chargé de Surveillance Epidémiologique (CSE) régional ; » Chargé de Surveillance Epidémiologique (CSE) départemental.
3	Comité d'Analyse des PRDS	• Au niveau des services déconcentrés des autres Ministères : » Membre du Corps Préfectoral ; » DRENA et Direction Régionale de l'Enseignement Technique et Formation Professionnelle et de l'Apprentissage (DRETFPA) Corps Préfectoral ; » Chef zone ANADER ; » DR Infrastructures économiques (eau et assainissement, Hydraulique) ; » DRAS (Solidarité et affaires sociales, Femmes, Famille et Enfant) ; » DR du Plan et du Développement (ou représentant INS) ; » DR des sports et loisirs. » DR MIRAH » DR Protection Sociale • Au niveau des collectivités territoriales : » Les élus locaux ; » Les techniciens en charge de la santé et/ou de la planification. • Au niveau de la société civile et des autres entités : » Responsables d'ONG de santé ; » Responsables de syndicats ou ordres de santé ; » Responsables de structures sanitaires privées (Cabinet médical, pharmacie, infirmerie) ; » Chefs de communautés villageoises ; » Chefs de communautés urbaines ; » Responsables d'associations et leaders communautaires (jeunes, femmes, commerçants, consommateurs, coopératives agricoles, guides religieux, praticiens de la médecine traditionnelle, etc.) ; » Responsables de la presse locale (radio de proximité ou journal, Agence de Presse) ; » Opérateurs économiques ; » Etc.

La répartition des responsabilités telle qu'évoquée plus haut tire son essence de la loi portant transfert de compétences aux collectivités territoriales. Les compétences transférées sont résumées dans l'encadré ci-après.

Encadré 1 : Compétences sanitaires transférées aux collectivités territoriales

Au terme de la loi n° 2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales, un certain nombre de compétences, résumées dans le tableau ci-après, ont été transférées aux Communes, Districts et Régions.

Commune	District Autonome	Région
a) L'élaboration et la mise en œuvre du programme de développement communal en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité (...); b) La construction, la gestion et l'entretien des centres de santé, des formations sanitaires et des établissements d'hygiène publique et alimentaire; c) L'adoption des mesures communales de prévention en matière de Santé et d'Hygiène publique et alimentaire; d) L'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire.	a) L'élaboration et la mise en œuvre du plan du district en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité en harmonie avec le plan national; b) L'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire; c) La construction, la gestion et l'entretien des hôpitaux généraux et des établissements d'hygiène publique et alimentaire dans le périmètre du District; d) L'adoption et la mise en œuvre de mesures de prévention en matière de santé, d'Hygiène publique et alimentaire au niveau du District.	a) L'élaboration et la mise en œuvre du plan régional en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité en harmonie avec le plan national; b) L'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire nationale; c) La construction, la gestion et l'entretien des hôpitaux généraux ³ et des centres hospitaliers régionaux; d) L'adoption de mesures régionales de prévention en matière d'hygiène.

2.5.3.4 - Recrutement des consultants

Pour la conduite opérationnelle du processus, il sera nécessaire de procéder au recrutement d'un Cabinet. En effet, les leçons tirées de la conduite de tels processus montrent qu'il est difficile pour les structures administratives, de concilier son pilotage et des activités routinières au risque de faire prendre beaucoup de retard pour la disponibilité du DS. Il est donc conseillé de recourir aux services d'une équipe de Consultants en appui à la SCT. Pour assurer une meilleure coordination des membres de l'équipe, le recours à un Cabinet est plus approprié. Pour ce faire, des TDR devront être élaborés conformément à la note de cadrage. Ces TDR devront inclure le profil des membres de l'équipe qui devra être constituée d'au moins un(e) spécialiste en planification stratégique et des spécialistes du secteur de la santé. Une attention particulière devra être accordée au profil et surtout aux compétences du chef de mission qui constitue la cheville ouvrière de l'équipe. Il devra être un planificateur aguerri ayant conduit avec satisfaction plusieurs processus de planification stratégiques. Le nombre de spécialistes du secteur à recruter dépendra du type de DS à élaborer. Dans le cadre spécifique du PNDS, il est souhaitable que l'équipe de Consultants inclue un Expert Sénior avec une expérience internationale en santé qui sera épaulé par des Experts nationaux.

³Aspect initialement dévolu au Conseil Général qui n'existe plus

2.5.3.5 - Lancement du processus

En vue d'officialiser le démarrage du processus, il est suggéré l'organisation d'une réunion de lancement. Cette rencontre qui durera une demi-journée au maximum vise à informer l'ensemble des acteurs intéressés par le développement du secteur concerné. Elle vise également à recueillir les observations et suggestions des participants sur la méthodologie et le chronogramme du processus.

Tenant compte de ces objectifs, la réunion de lancement devra donc donner l'occasion d'exposer sur les objectifs du processus, la démarche proposée, les outils à mobiliser et le chronogramme qui sera suivi.

2.5.3.6 - Renforcement des capacités des membres du Comité Technique

L'efficacité de tout processus de planification est tributaire de la compréhension commune qu'ont les différentes parties prenantes notamment les membres du Comité Technique des concepts, approches et outils qui seront utilisés au cours du processus. C'est pourquoi, il s'avère nécessaire, au démarrage du processus, de prévoir une session de renforcement des capacités des concernés.

A ce stade, il n'est pas nécessaire de dispenser tous les modules relatifs à une formation sur la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). L'accent devra être mis sur : les (i) généralités de la GAR, (ii) la conduite d'un diagnostic stratégique, (iii) la planification notamment le développement d'une théorie du changement, d'un cadre de résultats et d'une matrice d'actions, et (iv) la budgétisation axée sur les résultats.

Pour une meilleure appropriation du contenu des modules, il est recommandé, en fonction de l'étape du processus, d'alterner les sessions théoriques et les situations de mise en pratique. Ces sessions devront être animées par les Consultants au cours des différents ateliers qui jalonnent tout le processus.

2.5.3.7 - Mobilisation des ressources financières

La disponibilité à temps de ressources financières constitue une condition déterminante à la conduite de toute intervention notamment pour ce qui est de la planification stratégique. Pour leur mobilisation efficace, une combinaison d'actions devra être menée à savoir :

- i - identifier les différentes catégories de ressources à mobiliser à travers une évaluation adéquate du budget des différentes activités à mener ;
- ii - identifier les différentes sources de financement possibles en tenant compte de leur rôle, leur motivation, leur intérêt et leur capacité ;
- iii - identifier les mécanismes (courriers, audiences, plaidoyer, tables rondes, etc.) à dérouler pour l'obtention des ressources.

La mobilisation des ressources sera conduite tant au niveau du budget de l'Etat qu'au niveau des partenaires au développement. La note de cadrage incluant la feuille de route budgétisée constitue le support principal de la stratégie de mobilisation des ressources financières.

Le tableau ci-dessous présente la fiche technique de la phase préparatoire du processus de planification stratégique.

Tableau 6 : Fiche technique de la phase préparatoire

Objectifs	i. Assurer l'adhésion et l'engagement de l'ensemble des acteurs du système de santé autour du processus ; ii. Faciliter la mobilisation des ressources pour la conduite du processus ; iii. Définir les étapes, les objectifs et la méthodologie de travail.
Résultats attendus	• La volonté de la conduite du processus est affirmée au plus haut niveau • La note de cadrage définissant les objectifs, la méthodologie et la feuille de route du processus est validée ; • Les organes de gestion du processus sont mis en place ; • Les ressources humaines, matérielles et financières pour la conduite du processus sont disponibles ; • Les principales parties prenantes au processus y compris les populations, sont mobilisées.
Activités majeures	• Organiser la réunion de prise de décision pour la conduite du processus ; • Elaborer la note de cadrage du processus incluant la feuille de route ; • Mettre en place le cadre institutionnel ; • Mobiliser les ressources ; • Lancer officiellement le processus ; • Organiser une session de formation sur la planification stratégique axée sur les résultats.
Outils	• Compte-rendu de la réunion de prise de décision de la conduite du processus ; • Note de cadrage ; • Feuille de route ; • Budget du processus ; • Textes instituant les organes de gestion du processus
Durée	• 8 semaines en moyenne

2.5.3.8. Diagnostic stratégique

La conduite d'un processus de planification stratégique est comparable à celle de la prise en charge d'un malade. Ainsi, tout comme pour un malade, le bon diagnostic assure l'efficacité de la prise en charge. De même, dans le cadre du processus de planification stratégique, la bonne conduite de l'étape du diagnostic stratégique est déterminante pour la suite.

La réalisation du diagnostic stratégique passe par deux grandes étapes. La première étape consiste à analyser les acquis issus de la mise en œuvre de politiques antérieures. La seconde étape quant à elle, examine la situation actuelle du secteur et/ou de la structure concernée. Elle consiste en la conduite

de plusieurs types d'analyses. Les quatre principaux types d'analyses suivants doivent être conduits pour une analyse de situation complète :

1. l'analyse causale ;
2. l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) ;
3. l'analyse des Parties Prenantes ;
4. l'analyse des lacunes de capacités.

Il est recommandé de commencer par l'analyse causale. Les autres analyses étant faites à la lumière des résultats de l'analyse causale plus précisément en rapport avec le/les problème(s) central(aux) identifié(s).

Pour mener à bien l'ensemble de ces analyses qui se complètent, il est primordial, en amont, de procéder à une revue documentaire approfondie qui consiste à recueillir et exploiter les données qualitatives et quantitatives déjà disponibles. Les données ainsi collectées sur les problèmes et leur évolution dans le temps pourront être complétées par la conduite d'enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des principales parties prenantes.

Encadré 2 : Liste des types de documents à collecter pour la revue documentaire

Pour une bonne revue documentaire, la consultation des types suivants de documents sera nécessaire :

- i. Les documents relatifs au cycle antérieur de programmation ; notamment le document de stratégie, les plans de travail annuel, les rapports annuels, les rapports-bilan, etc.
- ii. Les cadres légaux et réglementaires nationaux et internationaux relatifs aux domaines et sous-domaines couverts par le DS ;
- iii. Les cadres programmatiques nationaux et internationaux relatifs au DS et aux autres domaines d'intérêt pour le processus ;
- iv. Les rapports d'études, de recherches et d'enquêtes réalisées au niveau national et international domaines et sous-domaines couverts par le DS au cours des cinq dernières années ;
- v. Tout autre document traitant de sujets d'intérêt pour le DS notamment, les droits humains, l'équité, le genre, la résilience et la durabilité.

Il faut noter que le diagnostic stratégique du PNDS est alimenté en amont par les résultats du diagnostic régional et du diagnostic sous-sectoriel.

2.5.3.8.1 - Analyse des politiques antérieures du secteur

L'analyse des acquis des politiques antérieures du secteur vise à faire le point des changements opérés à l'issue de la mise en œuvre des interventions passées et à tirer les leçons des processus déroulés. L'idéal pour cette étape est de disposer d'un rapport d'évaluation qui a l'avantage de faire une analyse systématique des politiques passées et de générer les enseignements qui découlent de leur mise en œuvre. La SCT pourrait recourir à l'exploitation des

rapports de revues à mi-parcours ou finale. En l'absence de rapport d'évaluation ou de revues antérieures, il s'avèrera nécessaire d'inclure dans les tâches à exécuter par la SCT, la conduite d'une revue des politiques antérieures.

2.5.3.8.2 - Analyse de la situation

2.5.3.8.2.1 - Analyse causale

Dans un processus de planification axée sur les résultats, l'analyse causale constitue un outil clé qui permet d'assurer que la réponse aux problèmes identifiés s'articule dans une logique de causalité qui fonde la chaîne de résultats dans l'approche de la GAR.

Pour mener à bien cette analyse, il peut s'avérer nécessaire, en fonction de la physionomie du secteur ou de la structure, de le décomposer en sous-secteurs ou sous-domaines. Pour chaque sous-secteur ou sous-domaine défini, un problème central devra être identifié. Et c'est autour de ces problèmes centraux que s'articuleront toutes les analyses. Ainsi, l'identification du bon problème est capitale au risque d'éprouver des difficultés pour le passage à la chaîne de résultats.

Pour le choix du problème central qui peut se faire au cours d'un atelier, les étapes suivantes peuvent être effectuées :

- i- brainstorming avec l'ensemble des acteurs pour l'identification des problèmes ;
- ii- hiérarchisation des problèmes dans une logique de causalité ; le problème central sera celui qui résulte de tous les problèmes identifiés ;
- iii- reformulation du problème en faisant ressortir l'entité concernée (le qui ?) et l'état d'insatisfaction constaté (le quoi ?).

Une fois le problème central identifié, il faut procéder par un jeu de questionnements successifs (pourquoi ?) pour identifier les causes-immédiates, les causes sous-jacentes et les causes structurelles.

Dans la démarche d'analyse causale qui doit être la plus participative possible, il faut garder à l'esprit la correspondance entre l'arbre des problèmes et la chaîne de résultats (voir tableau 7). C'est pourquoi, le problème central devrait toujours relever, en fonction du secteur, des sous-secteurs ou des sous-domaines, des types de problèmes de comportement comme ressortis dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Types de problèmes centraux

Types de problèmes	Exemples
Non utilisation des services	Les populations en particulier les plus vulnérables, continuent d'éprouver des difficultés pour utiliser les services de santé
Adoption de comportement inadéquat	Les populations en particulier les plus vulnérables, continuent d'éprouver des difficultés pour adopter des comportements adéquats favorisant une meilleure santé
Contre-performance institutionnelle	Les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé continuent de faire face à des difficultés pour assurer une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs

Le processus d'identification des problèmes doit être alimenté par les données collectées en amont de l'analyse. Il doit être suivi par l'analyse des solutions. Les résultats de cette démarche doivent être consignés dans les **outils 8 et 10**.

Tableau 8 : Correspondance entre les éléments de l'arbre des problèmes et ceux de l'arbre des solutions.

Arbre des problèmes	Arbre des solutions
Conséquences (Feuilles)	Impact
Problème central (Tronc)	Effet
Causes immédiates (Premier niveau de racines)	Produits
Causes sous-jacentes et structurelles relevant du domaine d'analyse (Deuxième et troisième niveau de racine)	Stratégies
Causes immédiates, sous-jacentes et structurelles ne relevant pas du domaine d'analyse (Deuxième et troisième niveau de racine)	Risques et hypothèses ⁴

2.5.3.8.2.2 - Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM / SWOT en anglais)

A la différence de l'analyse causale qui peut porter sur les bénéficiaires ou le système de réponse, l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces, porte essentiellement sur le système de santé. En cela, elle ne peut pas se substituer à l'analyse causale ; elle la complète. Elle se mène au regard du ou des problèmes centraux identifiés dans l'analyse causale. Elle cherche à identifier les facteurs internes (Forces et Faiblesses) et externes (Opportunités et Menaces) susceptibles d'influencer positivement ou négativement le système de réponse dans sa démarche de résolution du ou des problème(s) central (aux).

Comme pour l'analyse causale, elle se fait en deux étapes :

- La première étape consiste à identifier les facteurs en fonction des différentes catégories (forces-faiblesses ; opportunités-menaces). L'identification des facteurs internes se fera en analysant les aspects suivants relatifs aux sept domaines d'action d'un système national de santé (Gouvernance, Financement, Information Sanitaire, Ressources Humaines, Infrastructures, Médicaments et technologies, Prestations). Quant aux facteurs externes, ils relèvent des éléments du contexte local (contextes institutionnel et communautaire), du contexte national, du contexte international (institutionnel, ressources, etc.) et du contexte environnemental ;
- La seconde étape, consiste en une analyse des solutions. Elle s'appuie sur les réponses aux questions suivantes :
 - i. Comment renforcer nos forces en tirant parti des opportunités ?
 - ii. Comment surmonter nos faiblesses en tirant parti de nos forces et des opportunités ?
 - iii. Comment échapper aux menaces en tirant parti de nos forces et opportunités ?
 - iv. Comment optimiser nos opportunités en tirant parti de nos forces ?

Comme c'est la pratique au niveau de la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP), l'analyse SWOT peut être complétée par les analyses PESTEL et PORTER. A ces outils, peut s'ajouter également, le modèle 7S de McKinsey. L'annexe 2 donne quelques précisions sur ces trois outils d'analyse. Les résultats de cette étape doivent être consignés dans **l'outil 11**.

2.5.3.8.2.3 - Analyse des parties prenantes

Les parties prenantes représentent les individus ou institutions susceptibles d'être affectés directement ou indirectement, de manière favorable ou défavorable par une intervention. Cette analyse s'avère particulièrement utile pour aider à la prise de décision lorsque différentes parties prenantes ont des intérêts contradictoires, lorsque les ressources sont limitées et lorsque les besoins des acteurs en présence doivent être finement équilibrés. Ainsi, pour assurer l'efficacité de ladite intervention, il est primordial de disposer d'une cartographie complète des parties prenantes. Celles-ci incluent les catégories suivantes :

- **Les bénéficiaires** qui représentent les entités qui reçoivent ou profitent directement ou indirectement des services et biens fournies dans le cadre de l'intervention.
- **Les partenaires** qui sont constitués des entités qui mettent en œuvre l'intervention ou y contribuent.

Il s'agit, au cours de l'exercice, d'identifier "qui" est affecté le plus par le/les problème(s) central (aux) et quels pourraient être les rôles, les intérêts et



les influences des différentes parties prenantes vis-à-vis du/des problème(s) central (aux) et de leurs solutions. De manière spécifique, il s'agit de répondre aux questions suivantes pour chaque partie prenante identifiée :

- i. Quel est son rôle dans le domaine ?
- ii. Pourquoi elle devrait être engagée ?
- iii. Comment l'impliquer ?
- iv. Quelles en sont les implications politiques et stratégiques ?

Les résultats de cette analyse qui est multisectorielle sachant que les parties prenantes ne sont pas exclusivement issues du secteur de la santé, doivent être consignés dans **l'outil 12**.

2.5.3.8.2.4 - Analyse des lacunes de capacités

Le principe de la programmation basée sur les droits humains veut que la démarche de renforcement des capacités ne se focalise pas uniquement sur les détenteurs de droits. Les porteurs d'obligation notamment les structures en charge de la mise en œuvre du DS doivent être en capacité de jouer le rôle attendu d'elles.

C'est cette perspective qui justifie la conduite de l'analyse des lacunes de capacités dont les résultats doivent être consignés dans **l'outil 13**. Cette analyse devra se focaliser sur les structures clés du Ministère en charge du secteur dont relève le DS. Elle porte sur les trois aspects de capacités que sont la motivation, l'autorité et les ressources. Elle est faite à la lumière des attributions de chaque structure ciblée. Selon l'aspect concerné l'analyse se fait sur la base du jeu de question mentionné ci-après :

- **Motivation**

- i. L'acteur se sent-il obligé de jouer son rôle ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- ii. L'acteur se sent-il obligé de rendre compte de ses responsabilités ? Si oui, pourquoi Si non, pourquoi ?

- **Autorité**

- i. La structure accepte-t-elle/reconnaît-elle cette attribution ? Si non, pourquoi ?
- ii. La structure dispose-t-elle de la légitimité pour jouer son rôle ? Si non, qui a cette légitimité ?

- **Ressources**

- i. Ressources humaines (les effectifs, le temps, les compétences, les connaissances) : L'acteur dispose-t-il des ressources humaines nécessaires pour satisfaire à ses obligations - si non, pourquoi ?
- ii. Ressources financières : L'acteur dispose-t-il des ressources financières adéquates pour satisfaire à ses obligations - si non, qu'est ce qui manque

?

- iii. Ressources organisationnelles (réseaux professionnels et sociaux, infrastructure, systèmes d'appui, etc.) : L'acteur dispose-t-il des ressources organisationnelles adéquates – si non, qu'est ce qui manque ?

Une fois toutes les étapes du diagnostic stratégique franchies, la rédaction de la partie du DS qui lui est consacrée peut-être entamée. Cette approche a l'avantage d'assurer la cohérence rédactionnelle de cette partie du document.

Dans le corps du DS, la partie sur le diagnostic stratégique peut s'achever par une synthèse des principaux défis découlant des analyses faites. Il est suggéré d'utiliser la forme positive traduisant les solutions aux problèmes identifiés.



Tableau 9 : Fiche technique du diagnostic stratégique

Objectifs	i. Identifier les problèmes majeurs qui affectent la santé des populations ainsi que leurs causes et conséquences ; ii. Identifier les facteurs internes et externes au système de santé pouvant entraver ou faciliter la résolution des problèmes qui affectent la santé des populations ; iii. Identifier les acteurs qui peuvent faciliter ou compromettre la résolution des problèmes qui affectent la santé des populations.
Résultats attendus	• Les problèmes majeurs qui affectent la santé des populations ainsi que leurs causes et conséquences sont identifiés ; • Les facteurs internes et externes au système de santé pouvant entraver ou faciliter la résolution des problèmes qui affectent la santé des populations sont identifiés ; • Les acteurs qui peuvent faciliter ou compromettre la résolution des problèmes qui affectent la santé des populations sont identifiés ; • Les outils de diagnostic stratégique sont renseignés.
Activités majeures	• Réaliser une revue documentaire ; • Réaliser des enquêtes de terrain pour la collecte de données quantitatives et qualitatives ; • Organiser des ateliers de diagnostic stratégique ; • Renseigner les outils de diagnostic stratégique.
Outils	• Rapport de revue documentaire ; • Rapport d'analyse des données d'enquêtes de terrain ; • Outils d'opérationnalisation des principes de programmation ; • Outils d'analyse causale ; • Outil d'analyse SWOT ; • Outil d'analyse des parties prenantes ; • Outil d'analyse des lacunes de capacités.
Durée	• 8 semaines en moyenne pour le diagnostic stratégique régional • 8 semaines en moyenne pour le diagnostic stratégique sous-sectoriel • 8 semaines pour le diagnostic stratégique sectoriel

2.6 - Cadrage stratégique

Le cadrage stratégique décline les orientations stratégiques retenues suite aux différentes analyses en réponse aux problèmes identifiés dans le diagnostic stratégique. Ainsi, il s'articule autour des points suivants :

1. formulation de la vision du secteur ;
2. formulation des principes directeurs ;
3. développement de la théorie du changement ;
4. développement du cadre de résultats ;
5. développement de la matrice d'actions.

Le document cadre de politique se limite au second point, tandis que le plan stratégique couvre l'ensemble des points précités.

2.6.1 - Formulation de la vision stratégique du secteur, du sous-secteur ou de la structure

La vision traduit le changement ultime auquel le secteur, le sous-secteur ou la structure souhaite parvenir à l'issue de la mise en œuvre du DS. La vision doit être en adéquation avec les orientations politiques nationales (vision prospective nationale), sous régionales et internationales en matière de santé et surtout liée de façon objective aux réalités du moment.

Pour développer la vision, il faut partir du ou des problème(s) central (aux) et de leurs conséquences. Sur cette base, il faut construire la situation idéale dans laquelle le secteur ou la structure se trouverait, si ces problèmes étaient résolus. La vision va alors s'adosser à la situation résultant des solutions aux conséquences (impact) ou à celle résultant de la résolution du ou des problème(s) central(aux) effet(s). On retiendra le premier cas si les solutions en question ne sont pas loin au-delà du secteur ou de la structure. Si c'est le cas, il faut opter pour le second cas. Tout compte fait, la vision doit tout au moins se rapporter aux bénéficiaires finaux des interventions. Elle peut éventuellement être une combinaison de la situation de ceux-ci et de celle du secteur ou de la structure. Elle indique le chemin à prendre entre le présent et l'avenir. Elle fournit un éclairage qui guide les actions du secteur ou de la structure et ses décisions quotidiennes, afin que tous travaillent ensemble pour atteindre les mêmes buts.

L'énoncé de la vision doit être clair, bref, positif, inspirant et exprimer des projections dans le futur. Il doit remplir tout au moins, les conditions suivantes :

- » de la cohérence avec la vision globale de développement du pays et du secteur de la santé (la vision proposée découle-t-elle de la vision globale ? ou la vision proposée contribue-t-elle à la vision globale ?) ;
- » du réalisme de la vision proposée ; en d'autres termes, la proposition est-elle réalisable au regard du contexte sectoriel, national et international ?
- » du degré de prise en compte des aspirations des bénéficiaires finaux.

Quelques exemples de visions sectorielles :

- une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient ;
- une agriculture modernisée, pourvoyeuse d'emplois et assurant la sécurité alimentaire.

2.6.2 - Formulation des principes directeurs du secteur

L'utilité d'élaborer un document stratégique procède de la nécessité de se fixer des orientations. Ces orientations, supposant des défis à relever, impliquent la promotion d'un état d'esprit qui accepte qu'il faille s'accorder sur un minimum de normes partagées par tous et à respecter par tous.

C'est pourquoi le DS doit inclure les grands principes de la politique du secteur ou de la structure. Il s'agit des règles de base et des engagements forts qui doivent demeurer durant la poursuite de la vision stratégique. Certains engagements de l'Etat vis-à-vis des institutions internationales peuvent rentrer dans ces principes.

Quelques exemples de principes directeurs : Principe des droits humains, Principe d'équité, Principe d'égalité de genre, Principe de durabilité, etc...

2.6.3 - Développement de la théorie du changement

Le développement de la théorie du changement vise principalement les objectifs suivants :

- décrire et illustrer comment et pourquoi un changement souhaité est censé se produire dans un contexte particulier ;
- présenter une vision facile à comprendre de la manière dont un changement souhaité sera réalisé ;
- présenter un parcours de changement logique et réaliste tenant compte des hypothèses et des risques potentiels ;
- assurer la mise en œuvre, la gestion des connaissances, le suivi et l'évaluation efficaces.

La théorie du changement est constituée des deux composantes suivantes :

- la chaîne de résultats incluant notamment les stratégies, les extrants, les produits, les effets et l'impact ;
- les facteurs contextuels notamment les risques et les hypothèses.

Sa construction suit les trois (03) principales étapes suivantes :

- i. définition du changement souhaité : cette étape devrait s'appuyer sur la vision, le changement souhaité doit refléter l'engagement en faveur des droits de l'Homme, de l'équité, de l'égalité de genre, de la résilience et de la durabilité ;

- ii. détermination des conditions pour aboutir au changement ultime : il s'agit en fait des changements intermédiaires qui doivent nécessairement s'opérer pour que le changement souhaité intervienne ;
- iii. identification des facteurs contextuels (risques et hypothèses) à contrôler pour l'atteinte du changement souhaité.

Pour assurer une bonne cohérence des constituants d'une théorie du changement, il s'avère nécessaire de s'appuyer sur les résultats de l'analyse causale en utilisant les correspondances suivantes :

- les conséquences ou le problème central alimente(nt) le changement souhaité ;
- le problème central et/ou les causes immédiates alimentent les conditions pour le changement souhaité ;
- les causes sous-jacentes et structurelles relevant du secteur alimentent les stratégies ;
- les causes qui ne relèvent pas du secteur alimentent les risques et les hypothèses.

Une fois construite, la théorie du changement peut être présentée sous forme narrative ou sous forme schématique.



Encadré 3 : Exemple de présentation narrative d'une théorie du changement

L'exemple suivant de la présentation narrative de la théorie du changement est extrait du PNDS 2021-2025.

Si, les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent un leadership, un management et un financement efficaces et inclusifs,

CONDITIONS POUR LE
CHANGEMENT SOUHAITÉ

Si, le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision,

Si, le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessibles,

Si, le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires,

CHANGEMENT
SOUHAITÉ

Si, le système de santé assure une meilleure prévention et prise en charge des maladies,

Si, le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique,

Si, les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé.

CONDITIONS POUR LE
CHANGEMENT SOUHAITÉ

Alors, la Côte d'Ivoire jouira d'un développement sanitaire où les populations ont leur état de santé amélioré.

Parce que (i) la gouvernance et financement sont renforcés, (ii) l'offre de services de qualité est assurée, et (iii) l'utilisation des services et l'adoption de comportements adéquats sont effectifs.

RISQUES ET HYPOTHÈSES

Dans un contexte où (i) la volonté politique du Gouvernement en faveur du secteur de la santé et de la mise en œuvre des Objectifs du Développement Durable (ODD) est renforcée, (ii) la volonté et l'engagement des partenaires à adhérer à la mise en place d'un panier commun dans le cadre d'une approche sectorielle sont effectifs, (iii) la Côte d'Ivoire maintient une forte croissance économique nationale, (iv) la mobilisation de ressources additionnelles internes et les financements innovants pour la santé est effective, (v) des mesures sont prises pour faire face au mauvais environnement international et national de crise financière, à la situation sécuritaire, politique et sociale trouble (terrorisme, guerre, etc.), aux catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentielles épidémiques (fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes) et aux pesanteurs socio-culturelles qui limitent l'utilisation des services et l'adoption de comportement favorables à la santé.

La description narrative de la théorie du changement peut bien s'accompagner d'une présentation schématique (**outil 14 et annexe 3**).

2.6.4 - Développement du cadre de résultats

Le cadre de résultats (**outil 15**) est une matrice incluant tout au moins la chaîne de résultats (au sens strict), les indicateurs et les données qui y sont rattachés.

Elle est à l'approche GAR, ce qu'est le cadre logique pour l'Approche Cadre Logique (ACL), un outil de planification stratégique.

Elle présente une articulation explicite des différents niveaux de résultats attendus et la manière de les mesurer. C'est un outil central pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation (S&E) et l'établissement des rapports. Il permet de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des résultats attendus. Il est au cœur de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats.

Sa construction se fait en deux étapes essentielles : la formulation des résultats et la définition des indicateurs.

2.6.4.1 - Formulation des résultats

Dans sa formulation, un résultat devrait inclure tout au moins les éléments suivants :

- l'objet de changement (qui) : il s'agit des personnes, des communautés et des institutions qui sont concernés par le changement ;
- le qualificatif de changement (quoi) : il s'agit d'un mot ou d'une expression qui indique le type de changement souhaité. Le qualificatif du changement doit correspondre au type de résultat concerné ;
- la direction de changement (comment) : c'est le sens dans lequel on souhaite voir le changement s'opérer.

Exemple : Les enfants de moins de 5 ans (qui) améliorent (comment) leur statut nutritionnel (quoi). Dans cet exemple, le qualificatif renvoyant à un état, indique que le résultat concerné est un impact.

Bien que la formulation avec un verbe au présent soit plus adaptée au langage de changement qui sous-tend la formulation des résultats, il est tout à fait possible d'utiliser un participe passé dans la déclaration du résultat. Il faut toutefois éviter d'inclure le moyen (...à travers, grâce à, etc...) dans la déclaration de résultat. Il faut également éviter d'intégrer les cibles ou l'évolution des indicateurs dans la formulation d'un résultat comme dans l'exemple qui suit. Exemple : D'ici à 2022, 30 % de plus de filles et de garçons achèvent une éducation de base de qualité et inclusive, avec de meilleurs résultats d'apprentissage.

Tableau 10 : Définitions et Exemples des différents niveaux de résultat

Définitions	Exemples
Impact Traduit des changements dans les conditions de bien-être, de santé et de qualité de vie des individus, des familles et des communautés, il intervient à long terme	D'ici à 2025, les populations ont leur état de santé amélioré
Effet Se rapporte à des changements dans le comportement, les attitudes, l'engagement, les valeurs socio-culturelles, aussi bien dans les pratiques légales, institutionnelles et sociales, il intervient à moyen terme	D'ici à 2025, le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires
Produit Constitue des changements opérationnels relatifs à des connaissances ou à des compétences acquises, et à la disponibilité d'un bien ou d'un service, il intervient à court terme	Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN) au sein des établissements sanitaires

2.6.4.2 - Construction des indicateurs

Un indicateur est une information de nature qualitative ou quantitative qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et de rendre compte des changements portés par un résultat. Il est constitué de deux parties : la variable et la donnée. La variable est le libellé de l'indicateur. Elle est neutre. Exemple : Proportion de femmes en âge de procréer. La donnée renvoie à la valeur prise par l'indicateur. Il peut s'agir d'une donnée de base qui matérialise la situation qui prévaut avant le démarrage des interventions, et d'une cible qui indique le niveau attendu à la fin de la période ou la réalisation c'est-à-dire du niveau actuel de l'indicateur. Les indicateurs peuvent cumuler les différentes caractéristiques indiquées ci-après

Tableau 11 : Différentes types d'indicateurs

Caractéristiques des indicateurs	
Aspects	Exemple
Ils peuvent être quantitatifs ...	<i>Proportion/Nombre de personnes des établissements qui respectent les critères établis de gestion financière dans le cadre du budget-programmes.</i>
...ou qualitatifs ; dans ce cas, ils définissent une propriété non quantifiable. Ils peuvent se rapporter à des faits, des perceptions, des opinions, des jugements et des valeurs. Il peut s'agir de variable nominale c'est-à-dire que leurs valeurs ne peuvent pas être ordonnées. Il peut s'agir d'une variable ordinale c'est-à-dire que les valeurs peuvent être classées, elles se succèdent dans un certain ordre.	<i>Coloration des yeux des malades atteints du coronavirus</i> <i>Perception du niveau de la qualité des services de santé par les populations : Très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise.</i>
Il peut s'agir d'un indicateur de résultat...	▪ <i>Esperance de vie à la naissance (Résultat-Impact)</i> ▪ <i>Proportion des besoins non satisfaits en matière de PF (Résultat-Effet)</i> ▪ <i>Proportion d'hôpitaux de références disposant d'un bloc opératoire (gynécologiques) fonctionnel (Résultats-Produit)</i>
...ou de processus.	▪ <i>Nombre de personnes sensibilisées (Processus-Extrant)</i> ▪ <i>Nombre de campagnes de sensibilisation organisées (Processus-Activité)</i> ▪ <i>Nombre de matériels de formation livrés (Processus-Intrant)</i>
Ils peuvent être directs c'est-à-dire qu'ils correspondent précisément à l'objet de la mesure ; à défaut, ils deviennent indirects ou des « proxi ».	▪ L'espérance de vie est utilisée dans l'indice de développement humain, comme indicateur indirect des soins de santé et des conditions de vie. L'hypothèse retenue est que si les individus vivent plus longtemps, c'est que vraisemblablement les soins et les conditions de vie se sont améliorés. ▪ La proportion de femmes membres de l'ordre des médecins peut constituer une mesure indirecte de l'autonomisation des femmes
Ils peuvent être standards c'est-à-dire qu'ils sont calculés et interprétés de la même manière dans tous les contextes... ... ou spécifiques c'est-à-dire qu'ils ne sont pertinents que pour le contexte auquel ils se rapportent.	<i>Ratio de Mortalité maternelle</i> <i>Proportion des établissements sanitaire privés ayant une attestation de conformité</i>

Ils peuvent porter sur un problème à résoudre... ...ou à sa solution,ou un équilibre à surveiller... ...ou un engagement à suivre.	<i>Prévalence de l'alcoolisme chez les adultes de 15 à 49 ans</i> <i>Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris</i> <i>Le pays a interrompu la transmission du poliovirus sauvage (Oui/Non).</i> <i>(Bien que la Côte d'Ivoire ait éradiqué le poliovirus sauvage, cet indicateur est retenu par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, pour la mesure de son résultat clé relatif à la vaccination).</i> <i>Taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé.</i> <i>(En novembre 2018, à l'occasion de la reconstitution des fonds du GFF à Oslo, l'État s'est engagé à une hausse annuelle minimale du budget de la santé de 15% jusqu'en 2030)</i>
Il peut s'agir d'un indicateur de performance c'est-à-dire qu'il rend compte des résultats obtenus par rapport à ce qui était planifié.	<i>Proportion d'indicateurs de produits du PNDS dont la cible est atteinte.</i>

Deux étapes marquent la construction des indicateurs qui doivent alimenter la chaîne de résultats dans le cadre résultats.

La première étape consiste en la formulation des indicateurs qui assurent une mesure complète du résultat concerné. Cette étape débute par l'identification des dimensions du résultat. Les dimensions du résultat sont une combinaison en partie ou en totalité de l'objet et du qualificatif du changement. Prenons le résultat suivant : Les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces, et inclusifs. Dans cet exemple, on peut avoir les dimensions suivantes :

- ✓ **Dimension 1 :** Les acteurs au niveau central assurent une gouvernance efficace ;
- ✓ **Dimension 2 :** Les acteurs au niveau central assurent une gouvernance inclusive ;
- ✓ **Dimension 3 :** Les acteurs au niveau central assurent un financement efficace ;
- ✓ **Dimension 4 :** Les acteurs au niveau central assurent un financement inclusif ;
- ✓ **Dimension 5 :** Les acteurs au niveau déconcentré assurent une gouvernance efficace ;
- ✓ **Dimension 6 :** Les acteurs au niveau déconcentré assurent une gouvernance inclusive ;
- ✓ **Dimension 7 :** Les acteurs au niveau déconcentré assurent un financement efficace ;

- ✓ **Dimension 8 :** *Les acteurs au niveau déconcentré assurent un financement inclusif ;*
- ✓ **Dimension 9 :** *Les acteurs au niveau décentralisé assurent une gouvernance efficiente ;*
- ✓ **Dimension 10 :** *Les acteurs au niveau décentralisé assurent une gouvernance inclusive ;*
- ✓ **Dimension 11 :** *Les acteurs au niveau décentralisé assurent un financement efficient ;*
- ✓ **Dimension 12 :** *Les acteurs au niveau décentralisé assurent un financement inclusif.*

Au total, ce résultat devrait disposer d'au moins douze (12) indicateurs pour sa mesure complète. Il ne serait donc pas judicieux de décréter qu'il devrait disposer d'au maximum 3 indicateurs ! Pour cela il faudrait réduire le nombre de dimensions en reformulant le résultat.

Une fois formulée, la batterie d'indicateurs devra faire l'objet d'un contrôle qualité. Cette sous-étape se fait en deux temps. Il faut analyser tout d'abord la qualité individuelle des indicateurs sur la base des critères SMAARTS puis leur qualité collective à partir des critères CENCE.



Encadré 4 : Critères pour le contrôle qualité des indicateurs

Les critères SMAARTS se définissent comme suit :

- **Spécifique** : L'indicateur se rapporte au type de changement auquel se rapporte le résultat qu'il mesure. En plus il se rapporte à tout ou partie de l'entité concernée par le changement porté par le résultat.
- **Mesurable** : L'indicateur peut prendre des valeurs non ambiguës sur une échelle prédéfinie.
- **Atteignable** : Les cibles attendues de l'indicateur peuvent être atteintes.
- **Accessible** : Les institutions disposent de capacités pour la collecte des données à utiliser pour le calcul de l'indicateur.
- **Réalisable et Pertinent** : L'indicateur fournit une information utile à la mesure du résultat et à la prise de décision.
- **Temporel** : Les données pour le calcul de l'indicateur peuvent être disponibles avant l'horizon du changement porté par le résultat.
- **Sensible** : L'indicateur reflète rapidement les changements intervenus dans la situation.

Les critères CENCE qui se basent sur une analyse collective des indicateurs, se définissent comme suit :

- **Causalité** : Chaque indicateur de niveau supérieur résulte d'au moins un indicateur du niveau inférieur immédiat. Il reflète rapidement les changements intervenus dans la situation. Et chaque indicateur de niveau inférieur contribue à l'atteinte d'au moins un indicateur du niveau supérieur.
- **Exhaustivité** : Toutes les dimensions du résultat disposent d'au moins un indicateur pour leur mesure.
- **Non redondance** : Les indicateurs ne se répètent pas totalement ou partiellement à un niveau quelconque de la chaîne de résultats.

Ce sont les indicateurs qui auront passé l'étape du contrôle qualité qui doivent être concernés par le renseignement des données au risque de déployer des efforts qui pourraient ne pas être nécessaires. Pour réussir cette étape, il faut garder à l'esprit les éléments suivants :

- les données doivent être conformes aux caractéristiques de l'indicateur ;
- des cibles réalistes devraient tenir compte des évolutions antérieures de l'indicateur et/ou des ressources (temporelles, financières et humaines) disponibles.

En plus des résultats et des indicateurs, le cadre de résultats peut, selon les contextes et les besoins, inclure les variables suivantes :

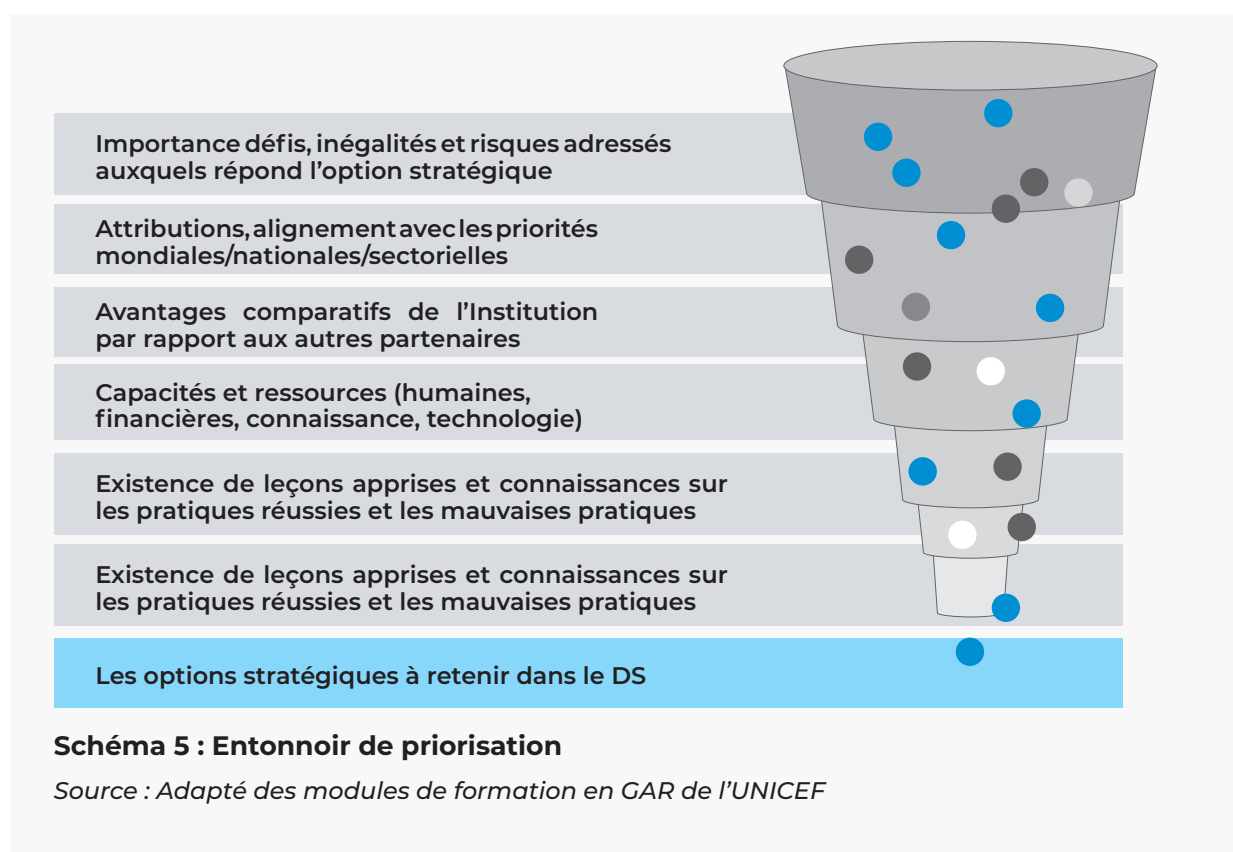
- moyen de vérification des indicateurs c'est-à-dire la source documentaire ;

- partenaires qui seront mis à contribution pour l'atteinte du résultat ;
- ressources financières requises pour l'atteinte du résultat.

2.6.5 - Développement de la Matrice d'Actions Budgétisées (MAB)

a. Priorisation des problèmes

Les actions stratégiques s'appuient sur les options de politique retenues pour apporter des réponses durables aux problèmes prioritaires auxquels le DS entend apporter des solutions. Pour ce faire, l'équipe peut s'aider de l'« entonnoir de priorisation » qui permet de passer chaque problème (cause sous-jacente et structurelle) au crible de six (06) critères comme le présente la figure ci-après et **l'outil 9**.



Il reste entendu que les résultats de cette analyse restent purement techniques. C'est pourquoi, le choix d'une option stratégique qui demeure un acte de portée politique, reste en dernier ressort à la discrétion de l'autorité politique et administrative en charge du développement du secteur.

b. Formulation des actions et des activités

La matrice d'actions (**outil 16**) contient les Actions Stratégiques et les Activités qui assureront l'atteinte des résultats consignés dans le cadre de résultats notamment les produits.

Une fois retenues, les Actions stratégiques doivent être formulées en utilisant autant que possible les mots suivants : Améliorer, Renforcer, Appuyer, Soutenir, Etendre, Assurer, Accroître, etc...

En lien avec les Actions Stratégiques, des activités doivent être formulées en tenant compte des suggestions suivantes :

- utiliser les verbes suivants pour introduire les activités : Former, Organiser, Equiper, Construire, Réhabiliter, Fournir, Effectuer, Réaliser, Mener, ... ;
- quantifier autant que possible les activités : Exemple : Organiser 3 campagnes de sensibilisation de masse sur la PTME.

Il faut noter qu'à ce stade, les activités sont indicatives. Elles permettent de faciliter l'étape de budgétisation. La phase de planification opérationnelle qui permet d'élaborer les Plans de Travail Annuels (PTA) donnera l'occasion de formuler les activités à mettre effectivement en œuvre.

Dans la démarche d'élaboration de la MAB, il apparaît nécessaire de prêter une attention particulière à certaines interventions qui constitueront des leviers de changements. Une description plus détaillée devra être incluse dans le DS. Ces interventions peuvent relever des catégories suivantes :

- réformes institutionnelles en cours à poursuivre ;
- réformes nouvelles à initier ;
- approches à passer à échelle ;
- interventions à renforcer ;
- innovations à expérimenter.

Pour terminer sur la MAB, il est utile d'y prévoir des activités permettant de retracer les ressources consacrées au fonctionnement.

Avant de passer à la budgétisation, une étape intermédiaire consistera en un contrôle qualité de la MAB à partir du jeu de questionnement suivant :

- i. chaque indicateur de produit résulte-t-il de la mise en œuvre d'au moins une action ?
- ii. chaque action contribue-t-elle à l'atteinte d'au moins un indicateur ?
- iii. y a-t-il chevauchement ou complémentarité entre les actions ?
- iv. les activités sont-elles en cohérence avec les actions ?
- v. y a-t-il chevauchement ou complémentarité entre les activités ?
- vi. les activités pour la promotion de l'équité sont-elles prises en compte ?
- vii. les activités pour la promotion du genre sont-elles prises en compte ?
- viii. les activités pour la gestion des risques sont-elles prises en compte ?
- ix. les activités relatives aux réformes sont-elles prises en compte ?
- x. les activités relatives aux approches à passer à échelle sont-elles prises en compte ?

- xi. les activités relatives aux interventions à renforcer sont-elles prises en compte ?
- xii. les activités relatives aux innovations sont-elles prises en compte ?

2.7 - Budgétisation du document stratégique

Les coûts afférents aux interventions retenues dans la MAB doivent être déterminés selon l'approche de budgétisation axée sur les résultats. Fondée sur des données probantes, l'approche de la budgétisation axée sur les résultats assure l'affectation et la gestion des ressources pour l'obtention de résultats prédéfinis. Pour ce faire, elle relie les dépenses à des activités et des résultats spécifiques. Ainsi, elle favorise l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources. En définitive, la budgétisation axée sur les résultats permet de vérifier si les mêmes (ou de meilleurs) résultats pourraient être obtenus à moindre coût grâce à des approches de mise en œuvre alternatives.

A cet effet, dans le domaine de la santé, un outil s'avère particulièrement utile. Il s'agit de « OneHealth Tool » (OHT) qui est un outil de planification et de budgétisation. Il a l'avantage de relier les cibles des indicateurs relatifs au contrôle et à la prévention des maladies aux investissements nécessaires dans les systèmes de santé. Son utilisation implique les étapes suivantes :

- i. la formation d'une équipe technique à l'utilisation de cet outil ;
- ii. la collecte des données auprès des structures du MSHPCMU et des autres ministères techniques (Plan, Budget) ;
- iii. l'intégration des données dans l'outil ;
- iv. l'analyse et l'ajustement des résultats.

L'encadré ci-après donne quelques détails supplémentaires sur OneHealth Tool.

L'outil OneHealth est un logiciel conçu pour informer la planification stratégique nationale de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Alors que de nombreux outils de calcul des coûts adoptent une approche étroite et spécifique à une maladie, l'outil OneHealth tente de relier les objectifs stratégiques et les cibles des programmes de contrôle et de prévention des maladies aux investissements nécessaires dans les systèmes de santé. L'outil fournit aux planificateurs un cadre unique pour l'analyse des scénarios, le calcul des coûts, l'analyse de l'impact sur la santé, la budgétisation et le financement des stratégies pour toutes les principales maladies et composantes des systèmes de santé. Il est donc principalement destiné à informer les plans et politiques stratégiques nationaux de santé à l'échelle du secteur.

Les résultats générés par l'outil aideront les planificateurs à répondre aux questions suivantes :

- Quelles seraient les ressources du système de santé nécessaires pour mettre en œuvre le plan stratégique de santé (par exemple, le nombre d'infirmières et de médecins requis au cours des 5 à 10 prochaines années) ?
- Combien coûterait le plan stratégique, par année et par apport ?
- Quel est l'impact estimé sur la santé ?
- Comment les coûts se comparent-ils aux financements disponibles estimés ?

Le développement de l'outil OneHealth est supervisé par le Groupe de travail inter-agences des Nations Unies sur l'établissement des coûts (IAWG-Costing, en anglais). L'OMS assure la supervision technique du développement de l'outil, facilite le renforcement des capacités et fournit un soutien technique aux décideurs politiques afin d'informer la planification nationale et les estimations des besoins en ressources. La première version officielle de l'outil OneHealth a été publiée en mai 2012. Depuis, l'outil a été appliqué dans plus de 55 pays à ce jour, dont la plupart en Afrique subsaharienne.

Des versions actualisées du logiciel sont régulièrement publiées. Les développements récents comprennent un module élargi sur l'impact du paludisme, et un module pour les maladies tropicales négligées.

2.8 - Rédaction du document stratégique

La rédaction du DS (**outil 17**) devrait intervenir à la fin du processus ou tout au moins à la fin de chaque étape. Pour plus de cohérence, cette étape ultime

⁵Extrait et traduit du site internet (<https://www.who.int/tools/onehealth>) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

devrait s'appuyer sur les différents outils renseignés et validés au fil des différentes phases du processus. Pour faciliter cette étape, le plan de rédaction du DS devrait être discuté et validé au début du processus. Il reste toutefois entendu que ce plan peut faire l'objet d'ajustement en cas de besoin. En plus du diagnostic et du cadrage stratégique, il doit inclure les aspects suivants :

- **Le financement et la mobilisation des ressources (financières, humaines et organisationnelles) :** La description doit être faite de ressources nécessaires à la mise en œuvre du DS ainsi que les stratégies à mettre en œuvre pour la mobilisation de ces ressources. Cette description s'étend également aux ressources humaines et organisationnelles. Les sections consacrées à ces aspects dans le DS devraient, en fonction des besoins, être complétées par des documents spécifiques notamment le plan de mobilisation des ressources.
- **Les modalités de coordination, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation :** Pour ces points, il s'agira également de descriptions succinctes qui mettent en lumière les mécanismes qui seront déroulés pour une bonne coordination des interventions, une planification, un suivi et une évaluation efficaces. Cette section nécessitera, en complément, l'élaboration d'un plan détaillé de suivi et d'évaluation.
- **Les partenariats et synergies :** L'analyse des parties prenantes réalisée dans l'élan du diagnostic stratégique permet d'identifier les pistes de partenariats et de synergies avec les autres Structures Publiques, le Secteur Privé, les Organisations de la Société Civile et les Partenaires Techniques et Financiers.
- **Les facteurs de succès :** Les risques et les hypothèses ainsi que leurs mesures de gestion, doivent faire l'objet d'analyse pour limiter les échecs imputables à la volatilité croissante du contexte.

Tableau 12 : Fiche technique du cadrage stratégique

Objectifs	• Dégager la vision stratégique qui constitue le changement ultime attendu suite à la résolution des problèmes majeurs identifiés ; • Développer la théorie du changement qui décline le cheminement en vue de la concrétisation de la vision stratégique ; • Développer le cadre de résultats incluant la chaîne de résultats et les indicateurs y afférents ; • Développer la matrice d'actions budgétisées ; • Décliner les mécanismes de gestion de la mise en œuvre du DS.
Résultats attendus	• La vision stratégique est formulée ; • La théorie du changement est développée ; • Le cadre de résultats est développé ; • La matrice d'actions budgétisées est développée ; • Les mécanismes de gestion du DS sont déclinés.
Activités majeures	• Organiser des sessions de travail pour le développement de la théorie du changement et le cadre de résultats ; • Collecter les données pour la fixation des bases et des cibles des indicateurs du cadre de résultats ; • Organiser des sessions de travail pour la formulation des actions et des activités ; • Organiser la formation des acteurs sur l'utilisation du OneHealth Tool ; • Organiser des sessions de travail pour la budgétisation du DS ; • Renseigner les outils de cadrage stratégique.
Outils	• Théorie du changement ; • Cadre de résultats ; • Matrice d'actions budgétisées ; • OneHealth Tool
Durée	• 12 semaines en moyenne pour le cadrage stratégique régional • 12 semaines en moyenne pour le cadrage stratégique sous-sectoriel • 12 semaines pour le cadrage stratégique sectoriel

Une fois élaboré, le premier draft du DS devra être analysé en utilisant **l'outil 18**.

2.9 - Validation et adoption du document stratégique

Le projet de DS issu des étapes décrites ci-dessus, doit faire l'objet de validation. Avant la validation par les instances supérieures concernées, le DS doit faire l'objet d'une validation technique par le comité mis en place pour encadrer le processus. Les travaux qui y seront consacrés, pourront être élargis à d'autres acteurs. En bout de chaîne, pour plus de crédibilité et d'engagement des parties prenantes, la validation du DS sera matérialisée par la prise d'un texte qui pourra être, selon le cas, une Communication en Conseil des Ministres (CCM), un Arrêté Ministériel ou une note de service. Le tableau ci-après donne plus de détails sur les aspects de validation.

Tableau 13 : Processus de validation des DS du MSHPCMU

N°	Document stratégique	Processus de validation				
		Contrôle qualité de la cohérence et de l'alignement	Responsable de la validation technique	Responsable de la validation politique ministérielle	Responsable de la validation politique gouvernementale	Support(s) de la validation politique
1	PNDS	Comité Technique	Comité de Pilotage	Cabinet du Ministre	Gouvernement	▪ Arrêté Ministériel ▪ Communication en Conseil des Ministres
2	Politiques Sous-Sectorielles	DPPS et Comité Technique	Comité de Pilotage	Cabinet du Ministre	Gouvernement	▪ Arrêté Ministériel ▪ Décision
3	PRDS	DPPS et Comité Technique	ERS et Comité de Pilotage	DGS	Gouvernement	▪ Arrêt Ministériel ▪ Décision
4	Projet d'Etablissements Hospitaliers (PEH) des EPHN, EPHR, EPHD	DMHP, et Comité Technique	Comité de Pilotage : Comité d'Orientation et de Surveillance	Cabinet du Ministre ou la DGS	Gouvernement	▪ Arrêté Ministériel ▪ Décision

2.10 - Processus d'alignement

Le principe d'alignement vise à assurer la cohérence entre le DS et le cadre légal et programmatique existant. Pour un alignement complet, deux dimensions sont à considérer. Il s'agit de l'alignement vertical, d'une part, et de l'alignement horizontal, d'autre part.

L'alignement vertical au sein du secteur de la santé est essentiel. Ceci implique que tous les DS des différents niveaux du secteur de la santé doivent être bien en cohérence et s'emboîter pour garantir l'harmonie et la synergie, du niveau national (ministère de la santé) au niveau opérationnel infranational des établissements. Pour que cela se produise, il doit y avoir un point de connexion d'un niveau à l'autre du secteur. Pour ce faire, les niveaux inférieurs doivent s'inspirer des niveaux supérieurs. En pratique, cet alignement porte sur l'analyse des problèmes, sur la vision, les résultats, les indicateurs et les actions stratégiques. La différence entre chaque niveau ne portera, en général que sur les activités spécifiques à mener.

En plus de la cohérence intra-sectorielle, l'alignement avec d'autres secteurs est important. C'est ce qui constitue l'alignement horizontal. Cela est particulièrement nécessaire dans la mesure où les déterminants socio-environnementaux de la santé jouent un rôle important. Une bonne analyse des parties prenantes permettra d'identifier les secteurs clés ainsi que les DS dont il convient de tenir compte.

Le déroulement d'un processus d'alignement s'impose lorsque la disponibilité du DS de niveau inférieur précède celui du niveau supérieur. Ainsi, tous les sous-secteurs et structures dont le DS a été finalisé avant le PNDS devront s'engager dans un tel processus en s'appuyant sur les étapes décrites ci-dessous :

- La première étape du processus d'alignement consiste en une mise en cohérence des diagnostics stratégiques. A ce niveau, il faut s'assurer que les problèmes identifiés dans le DS du niveau supérieur et qui sont pertinents pour le DS du niveau inférieur y sont reversés. Il est tout à fait possible que le DS du niveau inférieur, dans l'analyse des problèmes, aille au-delà de l'analyse faite dans les DS de niveau supérieur. Si cette étape est bien franchie, elle facilitera les autres étapes étant donné que la vision, les résultats, les indicateurs et les actions stratégiques sont tous tributaires du diagnostic stratégique.
- La seconde étape consiste en l'alignement sur le cadrage stratégique. A ce niveau, tout commence avec la vision stratégique. La vision stratégique du DS de niveau inférieur doit être formulée ou reformulée de sorte à constituer une contribution à l'atteinte de la vision stratégique du DS de niveau supérieur. Pour l'alignement des résultats et des indicateurs, le support à utiliser est le cadre de résultats du DS de niveau supérieur. Les résultats pertinents pour le niveau inférieur et qui correspondent aux réponses aux problèmes du niveau supérieur retenus, doivent être identifiés et reformulés, au besoin, selon les limites du sous-secteur ou de la structure. Cette même démarche sera appliquée aux indicateurs et aux actions stratégiques. Tout comme pour le diagnostic stratégique, il est tout à fait possible que le DS de niveau inférieur aboutisse à plus de résultats, d'indicateurs et d'actions que dans le DS de niveau supérieur. Mais il doit tout au moins prendre en compte les résultats, les indicateurs et les actions qui sont pertinents pour le sous-secteur ou la structure.

Le tableau suivant donne des exemples sur les résultats du processus d'alignement relatif à la seconde étape.

Tableau 14 : Exemples de résultats du processus d'alignement

PNDS	DS de niveau inférieur
Vision Une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient	Vision Mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH (PSN 2021-2025)
Résultat Produit 6.2 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des événements de santé publique et la riposte aux urgences de santé publique	Résultat Le service de surveillance épidémiologique de l'INHP dispose de capacités renforcées pour la prévention, la détection précoce des maladies à potentiel épidémique et des événements de santé publique et la riposte dans les situations d'urgence
Indicateur Proportion de Districts Sanitaires dont l'ensemble des points focaux a été formé sur la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte 3ième édition (SIMR3)	Indicateur Proportion de points focaux du District Sanitaire de l'Indénié-Djuablin formés sur la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte 3ième édition (SIMR3)
Action Renforcer le cadre législatif, réglementaire, institutionnel et organisationnel du secteur de la santé	Action Renforcer le cadre législatif, réglementaire, institutionnel et organisationnel du secteur de la santé maternelle et infantile

2.11 - Finalisation des Documents Stratégiques sous-sectoriels

Bien qu'entamés en amont de l'élaboration du PNDS à travers les diagnostics régionaux et sous-sectoriels, les processus d'élaboration des DS sous-sectoriels y compris les PRDS débutent effectivement après la validation du PNDS comme reflété dans le schéma 2. Ces processus présentent le défi de l'alignement sur le PNDS. Ce défi peut être relevé en appliquant la démarche présentée dans ce guide avec le PNDS comme boussole tout au long du processus. Spécifiquement pour les PRDS, le processus reviendra à la contextualisation du PNDS selon les réalités de chaque région. Ainsi, les aspects décrits dans la section précédente dédiée à l'alignement seront très utiles pour orienter les acteurs en charge de la conduite du processus.

Le tableau ci-après décline le calendrier de finalisation des DS sous-sectoriels

Tableau 15 : Calendrier de finalisation des DS sous-sectoriels

Etapas		Période	Responsable	Observations
1	Actualisation du diagnostic stratégique	Deux premières semaines de mars (n+1)	Direction/ Programme /EPH/DRS	• n : Dernière année de mise en œuvre du PNDS • n+1 : Première année de mise en œuvre du nouveau PNDS.
2	Cadrage stratégique	Troisième semaine de mars à fin avril (n+1)	Direction/ Programme /EPH/DRS	
3	Rédaction	Mai (n+1)	Direction/ Programme /EPH/DRS	
4	Validation	Deuxième semaine de juin (n+1)	Direction/ Programme /EPH/DRS	
5	Préparation à la mise en œuvre du DS	Deux dernières semaines de juin (n+1)	Direction/ Programme /EPH/DRS	

2.12 - Défis et recommandations dans les processus de planification stratégique

Les processus de planification stratégique ne sont pas faits que de réussites. Les nombreux défis qui jonchent le parcours méritent d'être connus d'avance pour mieux anticiper leurs solutions. Le tableau ci-après donne un aperçu de ces défis et des dispositions qui permettent de mieux les adresser.

Tableau 16 : Synthèse des principaux défis et recommandations pour la réussite des processus de planification stratégique

Principaux défis		Recommandations
1	Implication et engagement continus de l'ensemble des parties prenantes L'engagement continu de l'ensemble des parties prenantes constitue l'un des principaux facteurs de succès de tout processus de planification stratégique. Cet engagement, en général très marqué au début du processus, peut toutefois s'effriter au fur et à mesure de la poursuite des travaux pour les principales raisons suivantes : L'impression de perdre son temps à cause d'un manque de confiance en l'aboutissement et le futur du projet. Ceci peut impacter le taux de participation à la phase de préparation et à la phase d'exécution. L'impression ou le constat d'être de simples contributeurs L'impression ou le constat d'une mauvaise préparation des rencontres L'impression ou le constat de ne pas avancer dans le processus L'impression ou le constat que les gestionnaires du processus n'ont pas une bonne maîtrise de leurs sujets	Veiller à expliquer l'importance, les enjeux, et l'impact du projet autant à l'échelle nationale qu'à l'échelle individuelle (en termes de l'amélioration occasionnée sur le travail quotidien de l'acteur) Veiller à une bonne préparation de chaque étape du processus pour assurer la que les résultats de chaque étape constituent une avancée Veiller à ce que le processus soit coordonné par une équipe expérimentée avec des capacités avérées à la fois en matière de planification stratégique et de santé S'assurer d'impliquer dans le processus les parties prenantes dont les préoccupations et intérêts seront pris en compte dans le document stratégique à produire Veiller à assurer que le processus constitue un véritable cadre d'apprentissage surtout en matière de planification stratégique et de Gestion Axée sur les résultats
2	Disponibilité de données de qualité L'importance des données dans les processus de planification stratégique axés sur les résultats n'est plus à démontrer. En effet, tout en permettant de confirmer la pertinence des problèmes identifiés dans le diagnostic stratégique, elles facilitent la fixation des cibles des indicateurs de résultats et l'analyse des performances. Leur utilisation est toutefois limitée par certains facteurs notamment : L'inexistence des données La caducité des données disponibles Le caractère partiel des données disponibles au plan thématique, sectoriel, sous-sectoriel ou géographique	Identifier de manière précise les besoins en données Identifier les processus nationaux et infranationaux de collecte et d'analyse de données capables de répondre aux besoins en informations pour les processus futur de planification stratégique S'inviter dans les processus nationaux et infranationaux de collecte et d'analyse de données capables de satisfaire aux besoins en informations Prévoir dans le plan de suivi-évaluation, des processus spécifiques de collecte et d'analyse de données aux plans thématique, sectoriel, sous-sectoriel ou géographique
3	Disponibilité des ressources financières La célérité et la qualité dans la conduite de processus de planification stratégique sont tributaires, en grande partie, de la disponibilité des ressources financières. Mais leur mobilisation peut être affectée par : L'absence de preuve d'engagement des plus hautes autorités sanitaires par rapport au processus Le caractère excessif des besoins en ressources La sous-estimation des besoins en ressources financières La faible prévisibilité des étapes du processus	Veiller à disposer de textes signés traduisant l'engagement des plus hautes autorités sanitaires par rapport au processus Elaborer une note de cadrage complète incluant une feuille de route avec les ressources requises pour chaque étape Procéder à une estimation adéquate des coûts relatifs aux différentes étapes du processus
4	Identification des principaux domaines stratégiques du PNDS L'un des principaux défis du processus de planification stratégique est le choix de la structure du plan, notamment le choix des principaux domaines stratégiques. Cela dépendra des conclusions de l'analyse situationnelle/causale.	Afin de mitiger ce défi, plusieurs options s'offrent à l'équipe de planification : Planification par domaine stratégique du secteur de la santé en Côte d'Ivoire Planification par composante du système de santé (suivant les 6 « building blocs de l'OMS ») Autres approches fondées sur l'analyse de la situation (décrites dans le présent guide)

CHAPITRE 3 :

PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 - Cadre institutionnel et organisationnel de la planification opérationnelle du secteur de la santé

3.2 - Contribution à l'élaboration du plan de travail annuel du PND, du Plan de Travail Gouvernemental (PTG) et des plans de travail des PTF

Les interventions mises en œuvre par le MSHPCMU s'intègrent à la fois dans le cadre de la mise en œuvre du PND et de l'action gouvernementale. C'est pourquoi, les équipes du MSHPCMU interagissent chaque année avec celles du Ministère en charge du Plan et du Développement en vue de l'élaboration du plan de travail du PND et celles de la Primature pour l'élaboration du Programme de Travail Gouvernemental (PTG).

Le processus du plan de travail du PND de chaque année (n) qui utilise une approche triennale glissante, démarre au début du mois de novembre de l'année en cours (n-1). Elle se fait en deux étapes. La première étape est interne à chaque Ministère et aboutit à l'élaboration du plan de travail ministériel en cohérence avec la Politique Sectorielle (PS) en cours. Elle implique l'ensemble des structures du Ministère y compris les structures déconcentrées.

La phase préparatoire de cette étape est suivie du dialogue intra-ministériel et arbitrage sur le projet de plan de travail, et se termine par la consolidation, la finalisation et la signature dudit plan de travail dans la deuxième quinzaine du mois de janvier de l'année (n).

La deuxième étape commence à partir de la deuxième quinzaine du mois de novembre. Le Ministère entame ses interactions avec le Ministère en charge du Plan sur la base du premier draft de son plan de travail.

Le guide pratique d'élaboration des politiques sectorielles du Ministère du Plan, fournit d'amples détails sur le processus. Il faut toutefois préciser que, pour un meilleur alignement, les canevas utilisés en interne par le MSHPCMU dans le cadre de la planification opérationnelle, devront tenir compte du canevas du plan de travail du PND. En l'occurrence, ils devront intégrer une programmation triennale glissante des ressources financières.

Au total, le MSHPCMU devra disposer de tous les documents utiles en amont pour prendre part aux étapes suivantes du processus : (i) lancement du processus d'élaboration du plan de travail du PND, (ii) conférence de la planification, (iii) consolidation, finalisation et adoption du plan de travail du PND.

En ce qui concerne le PTG, le processus se déroule au début du mois de décembre de l'année en cours (n-1), au mois de janvier de l'année (n). Deux canevas sont renseignés par les différents Ministères. Il s'agit de la Matrice des Actions Prioritaires du Programme du Gouvernement dont les points d'entrée sont les Piliers du PND, les projets d'investissement et les réformes, et la matrice



des textes législatifs et réglementaires qui répertorie les Communications en Conseil des Ministres (CCM), les lois, décrets et arrêtés à adopter ou à prendre. La disponibilité des drafts de ces documents en amont permettra d'être plus efficace au cours des différentes étapes clés ci-après : (i) bilan du PTG en cours, (ii) élaboration des PTG sectoriels par tous les Ministères, (iii) pré-validation des projets de PTG.

Par ailleurs, le MSHPCMU travaille avec un certain nombre de Partenaires Techniques et Financiers (PTF) notamment l'OMS, GAVI, l'UNICEF, l'UNFPA, le PEPFAR, le CDC la Banque Mondiale, le Fonds Mondial (...), dans le cadre de leur processus annuel de planification opérationnel qui aboutissent pour certain à l'élaboration de plan de travail annuel, biennuel ou triennal. En plus de la durée variable, les plans de travail des PTF sont élaborés selon des périodicités qui diffèrent. Tout compte fait, le MSHPCMU retiendra une démarche de planification opérationnelle qui facilitera ses interactions avec l'ensemble des PTF.

3.1.2 - Organisation et approche de la planification opérationnelle du MSHPCMU

Pour assurer la mise en œuvre du PNDS et faciliter la contribution du MSHPCMU aux autres processus de planification opérationnelle et de budgétisation, il est retenu d'adopter une approche de planification opérationnelle triennale glissante. Ceci se traduira, chaque année et pour chaque structure, par l'élaboration d'un plan de travail couvrant les trois années suivantes. Ainsi l'ensemble des structures du MSHPCMU élabore, chaque année, deux types de documents opérationnels à savoir :

- le Plan de Travail Triennal (PTT) pour les structures du niveau central ;
- le Plan Opérationnel Triennal (POT) pour les structures du niveau déconcentré y compris les structures de soins.

Tableau 17 : Référence et extrait(s) du processus de planification opérationnelle

Niveau de planification	Structures concernées	Documents de référence (par ordre selon leur disponibilité)	Extrant(s) du processus
Déconcentré	ESPC	i. PEH-HG ii. PRDS iii. PNDS	POT de l'ESPC
	HG (EPHD)	i. PEH-HG ii. PRDS iii. PNDS	i. POT consolidé des ESPC de l'aire sanitaire ii. POT de l'HG
	DDS	i. PRDS ii. PNDS	i. POT consolidé des ESPC et des HG ii. POT du District
	CHR (EPHR)	i. PRDS ii. PNDS iii. PEH-CHR	POT du CHR
	DRS	i. PRDS ii. PNDS iii. Plan stratégique sous-sectoriel	i. POT consolidé des Districts ii. POT de la Région iii. POT du CHR
Central	Programmes de Santé	i. Plan stratégique sous-sectoriel ii. PNDS	PTT du Programme
	Directions centrales et autres services	i. Plan stratégique sous-sectoriel ii. PNDS	PTT de la Direction
	DGS et DGCMU	i. PNDS	i. POT consolidé du niveau déconcentré ii. PTT consolidé des Programmes iii. PTT consolidé des Directions iv. PTT de la Direction Générale
	EPN et Structures	i. Plan Stratégique de l'EPN ii. PNDS	PTT de l'EPN
	CHU (EPHN)	i. PEH ii. PNDS	PTT du CHU
	Cabinet	i. PNDS	i. POT consolidé du niveau déconcentré ii. PTT consolidé des autres structures centrales iii. PTT du Cabinet iv. PTT synthétique du MSHPCMU

L'élaboration des deux types de documents opérationnels susmentionnés vise les objectifs suivants :

- Aligner les interventions sur les résultats déclinés dans les Documents Stratégiques ;
- Assurer l'efficacité dans l'utilisation des ressources ;

- iii. Encourager le dialogue et la transparence entre les acteurs du secteur à tous les niveaux ;
- iv. Renforcer la responsabilité et la redevabilité des acteurs.

La coordination générale de ce processus est assurée par la DPPS. Toutefois, la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Générale de la Couverture Maladie Universelle (DGCMU) assurent, en lien avec la DPPS, la coordination de l'élaboration des plans de travail des structures sous leur autorité.

Le processus débutera au mois d'octobre de l'année (n-1) pour s'achever au mois de janvier de l'année (n) au plus tard. Selon qu'on soit au niveau central, déconcentré ou décentralisé, la démarche sera quelque peu différente avec des canevas différents.

3.2 - Parties prenantes clés et leurs rôles

Le caractère multidimensionnel des déterminants de la santé impose une approche multisectorielle aux différentes phases de planification opérationnelle. Pour ce faire, il est nécessaire de procéder (en amont à des exercices de planification), à une cartographie des parties prenantes à impliquer dans les processus d'élaboration des plans de travail et des plans opérationnels. Ces parties prenantes relèvent, en dehors des structures du Ministère en charge de la santé, des catégories suivantes : autres secteurs de développement (éducation, environnement, etc...), Collectivités territoriales, Organisations de la Société Civile (OSC), Organisations à Base Communautaire, Secteur privé et Partenaires au développement.

Le tableau suivant résume les rôles des parties prenantes clés.

Tableau 18: Parties prenantes clés et leurs rôles dans la planification opérationnelle

Acteurs	Rôles
Ministère de la Santé à travers la Direction en charge de la Planification	➤ Assurer le lien entre la planification stratégique et opérationnelle ➤ Fournir des orientations claires sur la planification opérationnelle (modèles, outils, modalités, etc.) ➤ Appuyer techniquement les différentes structures dans leurs processus de planification opérationnelle ➤ Synthétiser et consolider les plans opérationnels pour les intégrer dans les exercices nationaux de planification.
Structures du Ministère de la Santé	➤ Coordonner la planification opérationnelle de leur structure ➤ Assurer la liaison avec la Direction en charge de la Planification pour obtenir des conseils et un soutien technique ➤ S'assurer que toutes les parties prenantes concernées par les interventions de la structure sont adéquatement impliquées dans le processus de planification opérationnelle ➤ Mettre en œuvre le plan de travail ou le plan opérationnel.
Autres secteurs (par exemple, l'Education, Emploi, etc.)	➤ Assurer la prise en compte, dans le cadre du processus de planification opérationnelle, des actions synergiques intersectorielles pour assurer l'atteinte de résultats spécifiques
Organisations de la Société Civile (OSC)	➤ Fournir des données, des informations et des connaissances pouvant éclairer la prise de décision au cours du processus de planification opérationnelle ➤ S'assurer que les activités des OSC en lien avec la santé sont alignées sur le plan opérationnel de l'entité concernée et en font partie.

Région et District Sanitaires (ERS et ECD)	➤ Diriger et coordonner au niveau local le processus de planification opérationnelle ➤ Faire participer toutes les parties prenantes au processus de planification opérationnelle ➤ Assurer la coordination entre les différentes activités ➤ Assurer la supervision et l'orientation des niveaux inférieurs du système de santé ➤ Assurer la liaison avec le niveau national pour l'orientation et la cohérence avec les processus du niveau central ➤ Mettre en œuvre le plan opérationnel.
Collectivités territoriales	➤ Soutenir techniquement et financièrement le processus de planification opérationnelle au niveau local ➤ Soutenir la participation de toutes les parties prenantes au processus de planification opérationnelle ➤ Soutenir techniquement et financièrement la mise en œuvre du plan opérationnel.
Organisations à Base Communautaires (Jeunes, Femmes, etc)	➤ Représenter la communauté dans le dialogue de planification opérationnelle ➤ Fournir un retour d'information sur les services et le système de santé ➤ Travailler avec les autorités sanitaires locales pour mettre en œuvre le plan opérationnel, en soulignant les goulets d'étranglement et les défis si nécessaire
Secteur privé	➤ Participer de manière active à l'exercice de planification opérationnelle au niveau du district, de la région ou du pays ➤ Définir avec les parties prenantes comment le secteur privé peut contribuer et travailler à la réalisation des résultats attendus de la mise en œuvre des plans de travail et plans opérationnels
Partenaires au développement	➤ Apporter un soutien technique et/ou financier aux différentes entités pour la conduite de l'exercice de planification opérationnelle ➤ Participer activement à la disponibilité de données, au dialogue et au débat sur la planification opérationnelle. ➤ Apporter un appui technique et/ou financier à la mise en œuvre des plans de travail et des plans opérationnels.

Enfin, lors de l'élaboration d'un plan opérationnel de santé, il est également nécessaire d'identifier les parties prenantes en dehors du secteur public et décider dans quelle mesure leurs activités sont incluses dans ledit plan.

3.3 - Démarche de planification opérationnelle du MSHPCMU

Chaque année, l'élaboration et la mise en œuvre des plans de travail et des plans opérationnels seront marquées par les phases et les étapes suivantes :

i. Phase 1 : Préparation

- Elaboration et diffusion des directives pour les plans de travail et les plans opérationnels
- Orientation des acteurs

ii. Phase 2 : Planification et Budgétisation

- Elaboration des PTT et POT
- Budgétisation des PTT et POT
- Contrôle qualité et consolidation des PTT et POT
- Arbitrage et validation des PTT et POT
- Finalisation des PTT et POT

- f. Signature du PTT consolidé du MSHPCMU

iii. Phase 3 : Suivi-Evaluation

- a. Réunion mensuelle de suivi de la mise en œuvre des PTT et POT
- b. Revue semestrielle de la mise en œuvre des PTT et POT
- c. Elaboration des rapports semestriels de progrès
- d. Mission de suivi de la mise en œuvre des PTT et POT
- e. Revue annuelle de mise en œuvre des PTT et POT
- f. Elaboration du Rapport Annuel de Performance

3.3.1 - Phase 1 : Préparation

3.3.1.1 - Elaboration et diffusion des directives

Des directives actualisées sont élaborées chaque année par le Cabinet à travers la DPPS pour orienter le processus de planification opérationnelle. Ces directives incluent, tout au moins, les éléments suivants :

- i. **Contexte** : Cette section consistera en une description du contexte politique, économique, social, technologique, environnemental, légal, sanitaire et programmatique susceptible d'influencer le processus.
- ii. **Objectifs** : Il s'agira d'indiquer les objectifs visés par le processus.
- iii. **Priorités** : Pour chaque domaine, les priorités fixées par le Ministre conformément au PNDS en vigueur et évolutions récentes du contexte sanitaire seront indiquées.
- iv. **Méthodologie** : Cette partie fera une description des étapes du processus, du jeu des rôles et responsabilités de chaque acteur et les outils à utiliser.
- v. **Calendrier** : Il s'agira d'indiquer le calendrier de l'ensemble du processus depuis le lancement, jusqu'à la signature du Plan de Travail.
- vi. **Outils** : Une description détaillée ainsi que le mode de remplissage des différents outils seront faits dans cette section.

Cette étape qui interviendra dans la 1^{ère} semaine de septembre (n-1) sera adossée à une décision.

3.3.1.2 - Lancement et orientation des acteurs sur le processus et l'utilisation des outils

Sous la Direction des autorités du MSHPCMU, une réunion de lancement du processus sera organisée à laquelle participeront l'ensemble des structures du Ministère. Cette étape sera suivie de sessions d'orientation des acteurs clés de la chaîne sur le processus et l'utilisation des outils. Ces sessions se feront en cascade.

Au niveau central, la séance initiale concernera le Cabinet, les Directions

Générales, les EPHN et les CHU. Par la suite, les Directions Générales tiendront des séances d'orientation des structures sous leur autorité.

Au niveau déconcentré, les DRS orienteront les DDS et les CHR. Pour leur part, les DDS répercuteront les directives aux HG et aux ESPC.

Le tableau suivant indique le calendrier du processus d'orientation des acteurs.

Tableau 19 : Calendrier du processus d'orientation des acteurs

	Structure responsable de l'orientation des acteurs au niveau central							Structure responsable de l'orientation des acteurs au niveau déconcentré				
	Programmes de Santé	Directions centrales et autres services	DGS, DGCMU, RPROG, RFIM	EPN et Structures sous-tutelle	CHU	Cabinet	DPPS	ESPC	HG	DDS	CHR	DRS
Phase 1 : Préparation												
Période pour l'orientation des acteurs			3ème semaine de septembre (n-1)				2ème semaine de septembre (n-1)		4ème semaine de septembre (n-1)	4ème semaine de septembre (n-1)		3ème semaine de septembre (n-1)

3.3.2 - Phase 2 : Planification et Budgétisation

3..3.2.1 - Elaboration des PTT et POT

Chaque entité du MSHPCMU élabore son plan de travail ou son plan opérationnel (**outil 19**) à travers un processus participatif incluant les sous-étapes suivantes :

- Cartographie des parties prenantes pour identifier les acteurs à impliquer dans le processus ;
- Analyse des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats. Pour cette sous-étape, il s'agira surtout de tirer parti des résultats de la revue annuelle, les goulots d'étranglement et les leçons ressorties de la revue seront également exploités ;
- Analyse de la situation pour identifier les évolutions récentes à prendre en compte dans les activités à inclure dans le plan. Cette analyse s'appuiera sur les données les plus récentes disponibles. Plus particulièrement au niveau local, une attention devra être portée sur les besoins émergents des communautés, les opportunités à saisir et les menaces auxquels il faut faire face ;
- Définition des priorités pour l'année en lien avec les priorités fixées par le Cabinet et les résultats des sous-étapes 2 et 3 ;
- Identification des résultats opérationnels du PNDS ou du DS sous-sectoriel auxquels la mise en œuvre des activités devra contribuer ;
- Formulation des actions et des activités à mener sur la base des résultats des sous-étapes 4 et 5 ;

- vii. Détermination du responsable et des partenaires de mise en œuvre de chaque activité ;
- viii. Détermination des zones d'intervention ;
- ix. Détermination de la durée de chaque activité sur la base des périodes de début et de fin ;
- x. Remplissage des canevas fournis pour la DPPS.

En plus des activités contribuant directement à l'atteinte des résultats, les PTT et POT incluront des activités de suivi-évaluation.

Le tableau ci-dessous donne des précisions sur le calendrier d'élaboration des PTT et POT. Ce calendrier est agencé de sorte à ce que la disponibilité des drafts de PTT et POT des structures supervisées déclenche le processus d'élaboration des PTT et POT des structures de supervision.

Tableau 20 : Calendrier d'élaboration des PTT et POT

	Structure responsable de l'élaboration des POT au niveau déconcentré					Structure responsable de l'élaboration des PTT au niveau central						
	ESPC	HG	DDS	CHR	DRS	Pro-grammes de Santé	Direc-tions centrales et autres services	DGS, DGCMU, RPROG, RFIM	EPN et Structures sous-tu-telle	CHU	Cabinet	DPPS
Phase 2 : Planification et Budgétisation												
Période pour l'élabo-ration des PTT ou des POT	1ère se-maine d'oc-tobre (n-1)	2ème se-maine d'oc-tobre (n-1)	3ème se-maine d'oc-tobre (n-1)	3ème se-maine d'oc-tobre (n-1)	4ème semaine d'oc-tobre (n-1)	1ère semaine de no-vembre (n-1)	1ère semaine de no-vembre (n-1)	2ème semaine de no-vembre (n-1)	2ème se-maine de novembre (n-1)	2ème semaine de no-vembre (n-1)	4ème se-maine de no-vembre (n-1)	3ème se-maine de no-vembre (n-1)

3.3.2.2 - Budgétisation des PTT et POT

Les plans de travail et les plans opérationnels étant des outils de mobilisation de ressources, ils doivent inclure à la fois les ressources financières disponibles et les Gaps de financement à rechercher.

L'article 75 de la loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière, dispose que « Les ressources de l'EPH comprennent : les subventions et concours de l'Etat et de toutes autres personnes publiques et privées, les dons, legs et contributions diverses, les recettes provenant de l'exercice de ses activités, toute autre recette autorisée par les lois et règlements ».

Au-delà des EPH, d'autres structures du MSHPCMU disposent des mêmes leviers pour le financement de leurs interventions. Ainsi, le budget des plans tiendra compte des sources suivantes :

- **Budget de l'Etat** : Le budget de l'État au titre de l'année suivante (n) est habituellement voté par l'Assemblée Nationale en décembre de l'année en cours (n-1). Il est officiellement notifié aux structures du MSHPCMU en janvier de l'exercice budgétaire (n). De ce fait, lors de la phase de planification, les structures programmeront le budget de l'année (n) à partir des projections des allocations réelles (budget actuel) de l'année précédente. Toutefois, les structures pourront exprimer des besoins de crédits complémentaires

nécessaires sur certaines lignes budgétaires. Aussi, les dotations mises en crédits sécurisées dans le cadre des accords de financement entre l'Etat et les PTF seront ventilées par les structures bénéficiaires et arbitrées au sein du programme budgétaire.

La réforme des finances publiques consacre désormais quatre grandes natures de dépenses que sont : (i) les dépenses de personnel, (ii) les dépenses de biens et services, (iii) les dépenses de transfert et (iv) les dépenses d'investissement. Les ordonnateurs délégués de dépense devront, au cours de l'exécution, de leurs budgets veiller au strict respect du principe de fongibilité asymétrique⁶.

Les crédits des unités administratives sont notifiés en Autorisations d'Engagement (AE) et en Crédits de Paiement (CP). La notion d'autorisation d'engagement concerne les dépenses d'investissement destinées au financement des projets. Les crédits de paiement sur ce type de crédit peuvent être rééchelonnés en fonction de la durée du projet. En revanche, les crédits de paiement sur les dépenses de fonctionnement doivent être exécutés annuellement. Ils ne peuvent être rééchelonnés. Cela signifie que l'Unité Administrative perd les crédits non utilisés.

S'agissant des EPH, au niveau des crédits d'investissement, il faudra s'assurer que les Autorisations d'Engagement (AE) soient égales aux Crédits de Paiement (CP). Toutefois, ces CP peuvent être échelonnés sur 3 ans dans le Budget de l'Etat (BE). Tout ceci se fera en adéquation avec le PIP et le DPPD-PAP du MSHCMU.

- **Ressources extérieures** : Elles sont constituées des dons, legs, contributions diverses et toute autre recette autorisée par les lois et règlements. Les contributions directes (transitant par les comptes des structures du MSHPCMU) ou indirectes (constituées des paiements directs pour le compte des structures), seront autant que possible, reflétées dans les plans de travail et opérationnels. Le MSHPCMU disposera d'une cartographie à jour des financements extérieurs reçus et futurs des PTF.

À cet égard, les PTF se sont engagés lors du Dialogue National sur le financement de la santé à l'alignement des interventions sur les priorités nationales telles que définies dans le PNDS, et à l'harmonisation des procédures entre les PTF et le Gouvernement.

- **Ressources propres** : Il s'agit des ressources émanant de l'exercice des activités des structures concernées. Ces ressources pourront être estimées à partir des résultats des exercices budgétaires antérieurs.

L'élaboration des drafts initiaux des PTT et POT se fera sur la base des budgets des plans en cours. Les gestionnaires de crédits doivent s'assurer que les projets retenus dans le PTT et le POT sont au préalable inscrit au PIP. Pour

⁶À l'intérieur de chaque programme, le responsable de programme (RProg) peut en théorie affecter les crédits entre les différentes actions et les différents titres, mais aussi en leur sein, sous réserve de ne pas dépasser le plafond des dépenses de personnel : c'est la fongibilité asymétrique

aider à améliorer la mobilisation des ressources publiques pour la mise en œuvre des PTT et POT, il est nécessaire de décomposer le budget de chaque activité selon les quatre natures de dépense citées plus haut. Ainsi, après la notification des enveloppes budgétaires, des ajustements peuvent être faits en interne lors des conférences internes (conférences budgétaires régionales thématiques, conférences budgétaires au sein du programme). Les avant-projets de budget consolidés et validés sont alors transmis au RFFiM en vue de la préparation du DPPD-PAP.

3.3.2.2.1 - Elaboration du Programme d'Investissements Publics (PIP) du secteur de la santé

L'élaboration du Programme d'Investissements Publics constitue la première étape du processus annuel d'élaboration du budget de l'Etat. Elle consiste en une programmation triennale glissante des projets d'investissements publics couvrant les années $n+1$, $n+2$ et $n+3$; n étant l'année au cours de laquelle le PIP est élaboré. Elle est alimentée en amont par le plan de travail du MSHPCMU et se déroule de janvier à mars de l'année n selon les grandes étapes suivantes : (i) préparation des PIP ministériels et transmission au Ministère du Plan et du Développement (Janvier-Février), (ii) tenue de conférences Programme (mi-février), (iii) analyse et production du projet de PIP (début mars), (iv) transmission aux Ministère en charge de l'Economie et des Finances et celui en charge du Budget et Portefeuille de l'Etat et (v) adoption en conseil des ministres (mi-mars).

Au sein du MSHPCMU, l'élaboration du PIP est coordonnée par la DPPS en étroite collaboration avec l'ensemble des structures du Ministère telles que la DAF, la DIEMP. En effet, le décret n° 2021-465 stipule en son article 9 que la DPPS est chargée de « coordonner l'élaboration des projets et des programmes d'investissements publics dans le secteur de la santé ».

3.3.2.2.2 - Elaboration du Budget-Programmes

Selon l'article 5 du décret n° 2021-465, c'est le Responsable de la Fonction Financière Ministérielle (RFFiM) domicilié à la Direction de la Coordination Financière Ministérielle (DCFM), qui a en charge de « préparer le budget annuel du Ministère » sur la base de l'expression des besoins contenus dans les plans d'actions de l'ensemble des structures du MSHPCMU.

L'approche du budget-programme instituée par la réforme budgétaire donne lieu à l'élaboration du Document de Programmation Pluriannuelle de Dépenses-Projets Annuels de Performance (DPPD/PAP) qui comprend les aspects suivants :

- i. La description de la situation du secteur de la santé avec l'identification des défis et des priorités ;
- ii. La description de la politique du secteur de la santé à mettre en cohérence avec les orientations stratégiques contenues dans le PNDS, au vu de la situation existant dans le secteur ;

- iii. La cartographie des programmes budgétaires avec les unités institutionnelles qui la composent ;
- iv. La description de la stratégie de chaque programme en indiquant la performance à atteindre et les ressources pour l'atteinte de ces performances identifiées.⁷

Le processus budgétaire qui part de juin à août, s'articule autour des trois grandes étapes suivantes :

- i. **Les conférences internes** qui aboutissent à l'élaboration du projet de DPPD/PAP de chaque entité accompagnée de fiches techniques pour toutes thématiques d'intérêt à soumettre lors des discussions budgétaires ;
- ii. **Les conférences budgétaires** qui visent à élaborer, en liaison avec les institutions constitutionnelles et les ministères, une esquisse de l'avant-projet de budget de l'année à venir ;
- iii. **Les conférences ministérielles** qui sont un cadre d'échanges permettant aux Présidents d'Institutions et aux Ministres techniques de soumettre à l'arbitrage du Ministre en charge du Budget, les questions prioritaires restées en suspens au cours des conférences budgétaires.

Le DPPD/PAP du MSHPCMU comprend des programmes budgétaires qui sont des regroupements de crédits en vue de la mise en œuvre de politiques publiques à moyen terme. Depuis 2010, l'architecture des programmes du Ministère s'articule autour de trois programmes budgétaires qui sont :

- i. **Programme 1 (Administration Générale)** : Il vise à renforcer le cadre institutionnel, améliorer le cadre gestionnaire du système de santé et améliorer la disponibilité de l'information sanitaire de qualité.
- ii. **Programme 2 (Amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux soins)** : Il vise à accroître l'offre de services de santé de qualité en général et la prise en charge des affections courantes et des besoins de santé, par la mise aux normes des infrastructures et des équipements, la mise à disposition équitable des ressources humaines et le renforcement de leurs capacités, la disponibilité des médicaments, des vaccins et autres intrants stratégiques ainsi que leur accessibilité.
- iii. **Programme 3 (Renforcement de la lutte contre la maladie)** : Il vise à contribuer à (1) maîtriser les risques liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, (2) réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles et tropicales négligées, (3) assurer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes, (4) promouvoir et faire appliquer les bonnes pratiques nutritionnelles et les mesures préventives, (5) promouvoir et faire la prévention de la santé et de l'hygiène publique, (6) contribuer au renforcement de la résilience du pays face aux catastrophes et urgences sanitaires.

⁷DGBF, Recueil de guides sur le Budget-Programmes, Novembre 2021, page 36.

3.3.2.3 - Contrôle qualité et consolidation des PTT et POT

Les PTT et POT des structures supervisées font l'objet de contrôle qualité et de consolidation par les structures de supervision. Cette importante étape du processus donnera l'occasion d'examiner :

- la cohérence des résultats et des indicateurs du plan avec le DS de référence ;
- la pertinence de l'activité par rapport aux résultats attendus ;
- la cohérence de l'activité avec le DS de référence ;
- l'efficacité démontrée de l'activité ;
- l'innovation induite par la mise en œuvre de l'activité ;
- la cohérence avec le PIP et le DPPD/PAP.

Cette étape se déroulera pour le niveau déconcentré, d'une part, et pour le niveau central, d'autre part.

Au niveau déconcentré, dans un premier temps, sur la base du PEH ou à défaut, du PRDS ou du PNDS, les ESPC d'une aire de santé élaborent leur plan opérationnel qu'ils transmettent à l'Hôpital Général (HG) qui en fait le contrôle qualité et la consolidation. En tenant compte des plans opérationnels des ESPC, l'HG élabore son plan opérationnel. La liasse constituée des plans opérationnels des ESPC et de l'HG est transmise au District Sanitaire qui en fait le contrôle qualité et la consolidation avant transmission à la Direction Régionale de la Santé (DRS) qui y inclut son plan opérationnel. La DRS procède au contrôle qualité et à la consolidation des plans opérationnels des DDS ainsi que de celui du Centre Hospitalier Régional (CHR). Elle transmet le tout, incluant son plan opérationnel. La DGS à son tour déroule le même processus.

Au niveau central, les Directions Générales et les Responsables de Programmes (RProg) auront la charge de procéder au contrôle qualité et à la consolidation des plans de travail des Directions ou Programmes sous leur autorité. Ces plans de travail seront arrimés aux documents stratégiques sous-sectoriels existants ou à défaut au PNDS. Les Directions Générales élaboreront ensuite leur plan de travail en tenant compte de ceux des structures sous leur contrôle. Pour sa part, le Cabinet fera le même exercice pour les structures qui lui sont directement rattachées.

Les différents plans de travail qui résulteront de ces processus seront transmis à la DPPS pour le contrôle qualité ultime et la consolidation avant l'étape d'arbitrage.

Le tableau suivant fournit des informations sur le calendrier de cette étape

Tableau 21 : Calendrier du contrôle qualité et de la consolidation des PTT et POT

	Structure responsable du contrôle qualité et de la consolidation des POT au niveau déconcentré					Structure responsable du contrôle qualité et de la consolidation des PTT au niveau central						
	ESPC	HG	DDS	CHR	DRS	Pro-grammes de Santé	Direc-tions centrales et autres services	DGS, DGCMU, RPROG, RFFiM	EPN et Struc-tures sous-tu-telle	CHU	Cabinet	DPPS
Phase 2 : Planification et Budgétisation												
Période pour le contrôle qualité et consolidation des PTT et POT		2ème se-maine d'oc-tobre (n-1)	3ème se-maine d'oc-tobre (n-1)		4ème se-maine d'oc-tobre (n-1)			2ème semaine de no-vembre (n-1)			4ème se-maine de no-vembre (n-1)	4ème se-maine de no-vembre (n-1)

3.3.2.4 - Arbitrage et validation des PTT et POT

Sur la base des résultats de l'étape ultime de contrôle qualité, la DPPS suscite un dialogue intra-ministériel impliquant les principaux acteurs. Ce dialogue intra-ministériel se tient au cours d'ateliers qui auront lieu à la fois au niveau déconcentré et au niveau central. Ils auront pour objectif d'examiner et de débattre des résultats, des activités et des budgets proposés.

Le tableau suivant fournit des informations sur le calendrier de cette étape

Tableau 22 : Calendrier des arbitrages et validation des PTT et POT

	Structure responsable de l'arbitrage et de la validation des POT au niveau déconcentré					Structure responsable de l'arbitrage et de la validation des PTT au niveau central						
	ESPC	HG	DDS	CHR	DRS	Pro-grammes de Santé	Direc-tions centrales et autres services	DGS, DGCMU, RPROG, RFFiM	EPN et Struc-tures sous-tutelle	CHU	Cabinet	DPPS
Phase 2 : Planification et Budgétisation												
Période de tenue de l'arbitrage et de la validation des PTT ou des POT		3ème semaine d'oc-tobre (n-1)	4ème se-maine d'oc-tobre (n-1)		1ère semaine de no-vembre (n-1)			3ème semaine de no-vembre (n-1)			1ère se-maine de dé-cembre (n-1)	1ère se-maine de dé-cembre (n-1)

3.3.2.5 - Finalisation des PTT et POT

Les discussions autour des résultats du contrôle qualité des plans de travail et plans opérationnels aboutiront à des amendements et des arbitrages dont la prise en compte permettra à chaque entité de finaliser son plan au plus tard une semaine après l'atelier.

L'ensemble des versions finalisées des PTT et POT sera transmis à la DPPS qui procèdera à la consolidation des plans en un document unifié constituant le plan de travail du MSHPCMU. Ce document sera constitué d'un tableau de synthèse qui déclinera pour chaque résultat opérationnel du PNDS, les actions clés à mettre en œuvre. En annexe, figureront les PTT et les POT de l'ensemble des structures du MSHPCMU.

Le tableau suivant fournit des informations sur le calendrier de cette étape.

Tableau 23 : Calendrier de finalisation des PTT et POT

	Structure responsable de la finalisation des POT au niveau déconcentré					Structure responsable de la finalisation des POT au niveau central						
	ESPC	HG	DDS	CHR	DRS	Pro-grammes de Santé	Direc-tions cen-trales et autres services	DGS, DGCMU, RPROG, RFFIM	EPN et Struc-tures sous-tu-telle	CHU	Cabinet	DPPS
Phase 2 : Planification et Budgétisation												
Période pour la finalisation des PTT et POT	4ème se-maine d'oc-tobre (n-1)	4ème se-maine d'oc-tobre (n-1)	1ère se-maine de no-vembre (n-1)	1ère se-maine de no-vembre (n-1)	2ème se-maine de no-vembre (n-1)	3ème semaine de no-vembre (n-1)	3ème semaine de no-vembre (n-1)	4ème se-maine de no-vembre (n-1)	1ère semaine de dé-cembre (n-1)	1ère se-maine de dé-cembre (n-1)	2ème se-maine de dé-cembre (n-1)	2ème semaine de dé-cembre (n-1)

Le tableau qui suit fait le point des acteurs impliqués dans les différentes étapes du processus d'élaboration à la finalisation des PTT et POT.

Tableau 24 : Synthèse du processus d'élaboration des PTT et POT et des acteurs impliqués

N°	Niveau et entités		Acteur(s) impliqué(s) dans les différentes étapes du processus				
			Elaboration	Budgétisation	Contrôle qualité et consolidation	Arbitrage et validation	Finalisation
1	Niveau central	Programmes de Santé	Programmes de Santé	Programmes de Santé	DGS, DPPS	Cabinet, DGS, DPPS	Programmes de Santé
		Directions centrales et autres services	Directions centrales et autres services	Directions centrales et autres services	DGS, DPPS	Cabinet, DGS, DPPS	Directions centrales et autres services
		DGS, DGCMU	DGS, DGCMU	DGS, DGCMU	Cabinet, DPPS	Cabinet, DPPS	DGS, DGCMU
		EPN et Structures sous-tutelle	EPN et Structures sous-tutelle	EPN et Structures sous-tutelle	Cabinet, DPPS	Cabinet, DPPS	EPN et Structures sous-tutelle
		CHU	CHU	CHU	Cabinet, DPPS	Cabinet, DPPS	CHU
		Cabinet	Cabinet	Cabinet	Cabinet, DDPS	Cabinet, DDPS	Cabinet
2	Niveau déconcentré	ESPC	ESPC	ESPC	HG, DGS, DPPS	DDS, DRS, DGS, DPPS	ESPC
		HG	HG	HG	DDS, DGS, DPPS	DDS, DRS, DGS, DPPS	HG
		DDS	DDS	DDS	DRS, DGS, DPPS	DRS, DGS, DPPS	DDS
		CHR	CHR	CHR	DRS, DGS, DPPS	DRS, DGS, DPPS	CHR
		DRS	DRS	DRS	DGS, DPPS	DGS, DPPS	DRS

3.3.2.6 - Signature des PTT et POT

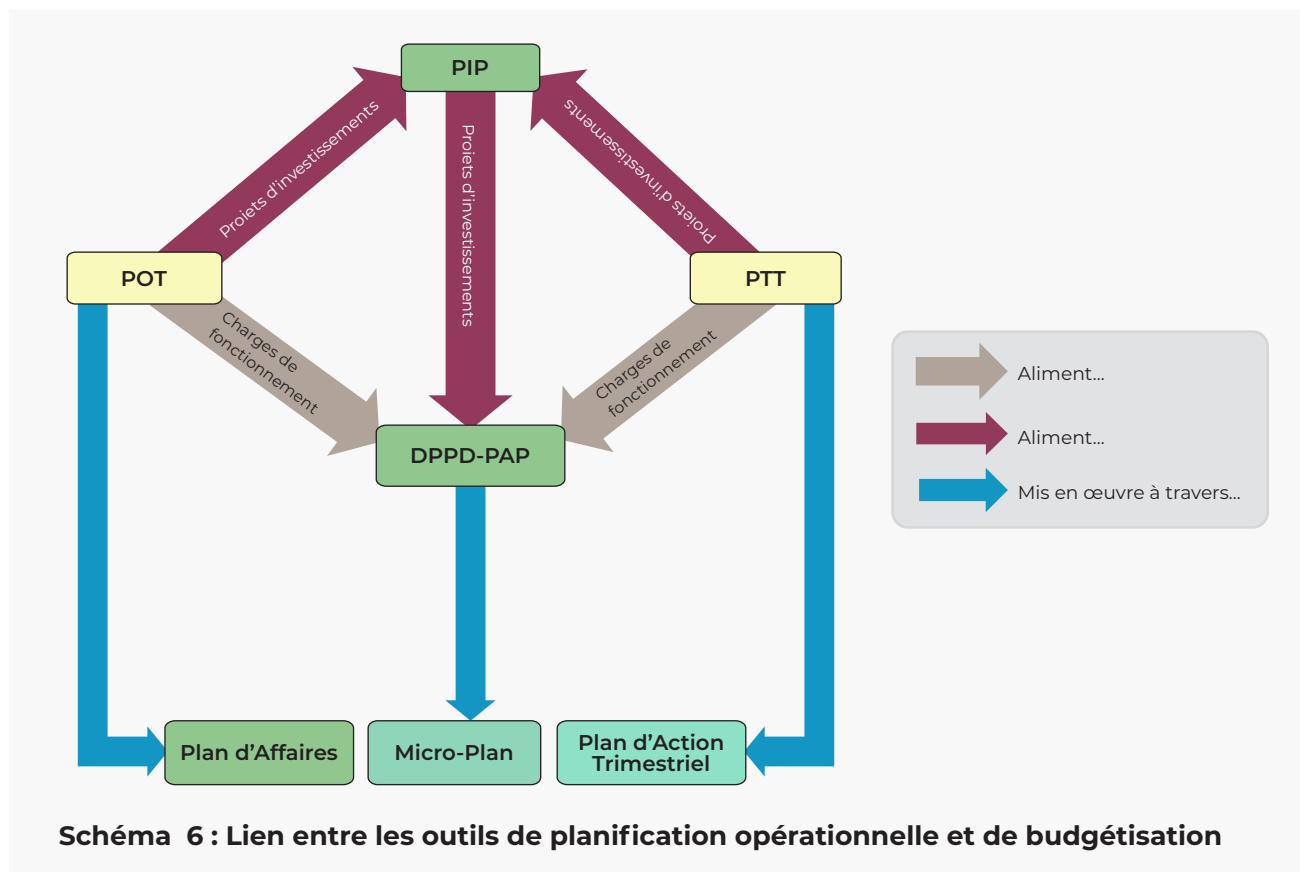
Pour donner force exécutoire au plan de travail du MSHPCMU, celui-ci fera l'objet de signature par le Ministre dans la 3ème semaine du mois de décembre (n-1).

Tableau 25 : Fiche technique de la phase de planification et de budgétisation

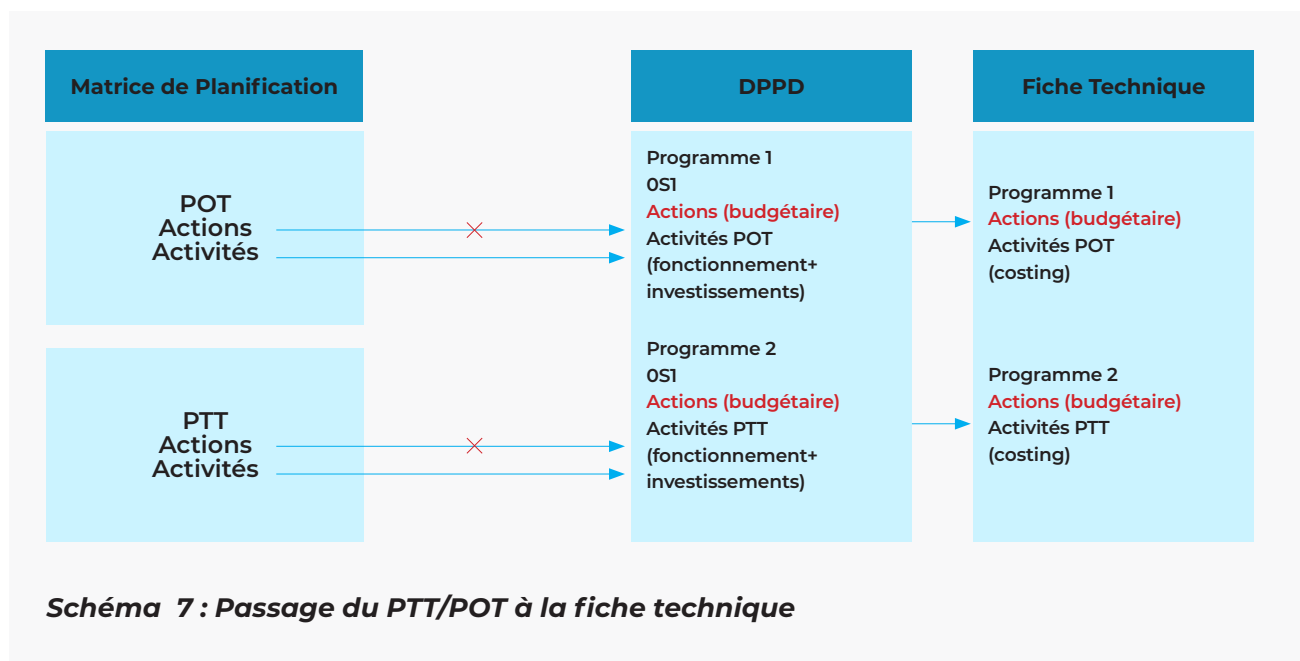
Objectif	• Assurer l'atteinte des résultats définis dans les Documents Stratégiques
Résultats attendus	• PTT et POT élaborés ; • PTT et POT budgétisés ; • PTT et POT validés ; • PTT et POT signés.
Activités majeures	• Elaborer les PTT et POT ; • Budgétiser les PTT et POT ; • Effectuer le contrôle qualité et la consolidation des PTT et POT ; • Procéder aux arbitrages et la validation des PTT et POT ; • Finaliser les PTT et POT ; • Procéder à la signature des PTT et POT.
Outils	• Canevas des PTT • Canevas des POT
Durée	• 11 semaines en moyenne

3.3.2.7 - Liens entre les outils de planification opérationnelle et de budgétisation

En plus des PTT et des POT, certaines entités du MSHPCMU élaborent d'autres outils de planification opérationnelle. Il s'agit notamment des plans d'affaires développés dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP), des plans d'actions trimestriels, des micro-plans qui portent sur des interventions spécifiques notamment la vaccination, la distribution de moustiquaires imprégnées, etc. Tout compte fait, le plan d'affaires, le plan d'action trimestriel, et les micro-plans doivent résulter des PTT ou des POT qui constituent les outils de base en matière de planification opérationnelle. Ils doivent être également en cohérence avec le DPPD-PAP et le PIP qui sont à la fois alimentés par les activités d'investissement et de fonctionnement qui figurent dans les PTT et les POT. Le schéma ci-dessous résume les liens entre ces outils.



De manière spécifique, pour faciliter la prise en charge budgétaire des PTT et POT, une correspondance devra être établie entre les activités qui y figurent, et les programmes et actions du DPPD-PAP. Une fois cette correspondance établie, pour chaque PTT/POT une fiche technique (outil 20) est élaborée et transmise au(x) Responsable(s) de Programme (RPROG). La figure suivante met en exergue cette articulation.



3.3.3 - Phase 3 : Suivi-Evaluation des PTT et POT

3.3.3.1 - Réunion de suivi mensuelle des PTT et POT

Pour une mise en œuvre efficace et efficiente des PTT et POT, des réunions mensuelles de suivi seront organisées par chaque structure du MSHPCMU avec l'ensemble des parties prenantes clés. Ces réunions visent essentiellement à faire le point de la mise en œuvre des activités figurant dans les PTT et POT. Elles constitueront, non seulement, des cadres d'analyse des rapports d'activités (**outil 24**) des différents acteurs et des visites de terrain, mais aussi de cadre d'échanges d'informations sur les leçons apprises et les bonnes pratiques notées dans la mise en œuvre des activités. Enfin, elles seront, de par leur nature, des cadres de résolution des difficultés. Ces réunions se tiendront sur une base mensuelle et seront sanctionnées par un compte-rendu (**outil 23**).

3.3.3.2 - Revues semestrielle et annuelle de la mise en œuvre des PTT et POT

Les revues périodiques sont des mécanismes de suivi qui visent, tout au moins, les objectifs suivants :

- i. Analyser les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus ;
- ii. Identifier et analyser les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des activités inscrites dans les PTT et POT ;
- iii. Documenter les leçons apprises de la mise en œuvre des PTT et POT ;
- iv. Définir les mesures correctives appropriées et les perspectives.

Pour l'atteinte de ces objectifs, des présentations seront préparées sur la base du contenu des outils 21 et 22. L'organisation des revues qui rassemblent l'ensemble des parties prenantes clés, se fera selon le calendrier ci-après.

Tableau 26 : Calendrier de tenue des revues semestrielles et annuelles des PTT et POT

Phases et Etapes	Structure responsable de l'organisation des revues semestrielles et annuelles au niveau déconcentré					Structure responsable de l'organisation des revues semestrielles et annuelles au niveau central						
	ESPC	HG	DDS	CHR	DRS	Pro-grammes de Santé	Direc-tions centrales et autres services	DGS, DGCMU, RPROG, RFFiM	EPN et Struc-tures sous-tutelle	CHU	Cabinet	DPPS
Phase 3 : Suivi-Evaluation												
Période de tenue de la revue semestrielle de la mise en œuvre des PTT ou des POT	1ère se-maine de juin (n)	2ème se-maine de juin (n)	3ème se-maine de juin (n)	3ème se-maine de juin (n)	4ème se-maine de juin (n)	1ère semaine de juillet (n)	1ère semaine de juillet (n)	2ème semaine de juillet (n)	2ème semaine de juillet (n)	2ème semaine de juillet (n)	4ème semaine de juillet (n)	3ème semaine de juillet (n)
Période de tenue de la revue annuelle de mise en œuvre des PTT ou des POT	1ère se-maine d'oc-tobre (n)	2ème se-maine d'oc-tobre (n)	3ème se-maine d'oc-tobre (n)	3ème se-maine d'oc-tobre (n)	4ème se-maine d'oc-tobre (n)	1ère semaine de no-vembre (n)	1ère semaine de no-vembre (n)	2ème semaine de no-vembre (n)	2ème semaine de no-vembre (n)	2ème semaine de no-vembre (n)	4ème semaine de no-vembre (n)	3ème semaine de no-vembre (n)

Il faut noter que les résultats de la revue semestrielle alimenteront le rapport semestriel de progrès tandis que ceux de la revue annuelle alimenteront le Rapport Annuel de Performance. Par ailleurs, les revues annuelles serviront également de cadre pour l'élaboration des PTT et des POT.

3.3.3.3 - Visites de terrain

Des visites de terrain bien planifiées et réalisées constituent un outil essentiel dans tout système de suivi. Elles offrent une occasion de mieux apprécier les progrès vers l'atteinte des résultats planifiés, apprendre de la mise en œuvre et prendre les actions correctives opportunes. Les visites de terrain permettent également de fournir une assistance technique directe tout en offrant l'occasion de synergies avec les Partenaires de Mise en Œuvre pour la levée des goulots d'étranglement. Ces visites permettent de s'assurer de l'utilisation adéquate des intrants et de la mise en œuvre des activités et comment celles-ci mènent vers l'accomplissement des résultats attendus. Au total, les visites de terrain visent les objectifs suivants :

- i. Apprécier l'évolution du contexte et la situation des bénéficiaires des interventions ;
- ii. Apprécier les stratégies d'intervention du programme et leur état de mise en œuvre ;
- iii. Apprécier les résultats des interventions ;
- iv. Identifier les synergies intersectorielles existantes ou potentielles dans la mise en œuvre des interventions ;
- v. Engager un dialogue avec les parties prenantes dans la mise en œuvre des interventions.

Pour l'atteinte des objectifs susmentionnés les organisateurs et participants à ces visites devront articuler leur approche de sorte à répondre, tout au moins, aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les activités réalisées adhèrent-elles aux standards de qualité de biens et services ?
- Dans quelle mesure la fourniture des intrants a été assurée conformément à ce qui a été planifié et utilisé pour atteindre les résultats attendus ?
- Dans quelle mesure les barrières et les goulots d'étranglements dans la mise en œuvre des interventions ont-ils été identifiés et adressés ?
- Les données générées localement existent-elles et sont-elles correctement traitées et analysées pour permettre de mesurer les progrès vers l'atteinte des résultats ?

Pour alimenter les revues en données de terrain, il est prévu que les visites soient organisées dans les mois d'avril et d'août. Ces visites concernent les structures suivantes : Cabinet, Directions Générales, DRS, DDS, Programmes de santé, EPN et Directions centrales. Chaque visite de terrain sera sanctionnée par un rapport qui souligne les constats de la visite, les recommandations et les responsabilités dans le suivi des actions (**outil 25**). Les observations de la visite feront l'objet de discussions avec les parties prenantes.

3.3.3.4 - Elaboration du Rapport Annuel de Performance

Le Rapport Annuel de Performance (RAP) de l'année n-1 contribue à l'élaboration du DPPD-PAP de l'année n. Le RAP est produit sur la base des rapports opérationnels élaborés mensuellement, trimestriellement et semestriellement par les acteurs et dont les contenus portent sur les leviers et conditions de mise en œuvre des activités.

Chaque RPROG élabore son projet de RAP avant la fin du mois de janvier de l'année n. Ils transmettent ensuite au plus tard à la fin de la première semaine du mois de février de l'année n, le document au RFFiM pour consolidation. Le RAP consolidé est ensuite transmis aux RPROG pour observations dans un délai d'une semaine. Le dossier est retransmis au RFFiM qui après avis du Ministre de la Santé, le transmet à la DGBF pour observation au plus tard à la fin du mois de mars de l'année n (**outil 26**). Le document finalisé, après les dernières observations des RPROG et RFFiM est transmis au Ministre en Charge du Budget au plus tard à la fin de la première semaine de juin de l'année n.

Tableau 27 : Fiche technique de la phase de suivi-évaluation

Objectif	Assurer la mise en œuvre efficace et efficiente des PTT et POT
Résultats attendus	• Les progrès vers l'atteinte des résultats sont analysés ; • Les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des activités sont identifiés ; • Les leçons apprises et bonnes pratiques notées dans la mise en œuvre des PTT et POT sont documentés ; • Les mesures correctives pour lever les goulots d'étranglement sont définies et mises en œuvre.
Activités majeures	• Organiser des réunions mensuelles de suivi des PTT et POT ; • Organiser des revues semestrielles et annuelles de la mise en œuvre des PTT et POT ; • Organiser des visites de terrain ; • Elaborer les Rapports Annuels de Performance.
Outils	• Matrice d'analyse des progrès dans l'atteinte des résultats • Matrice d'analyse de la mise en œuvre des activités • Canevas de compte-rendu de réunion • Canevas de rapport d'activité • Canevas de rapport de mission • Plan de rédaction de Rapport Annuel de Performance
Durée	• Tout au long de la mise en œuvre des PTT et POT



DEUXIÈME PARTIE :

BOITE À OUTILS

OUTILS DE DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

1 - Outils d'opérationnalisation des principes de programmation.

La prise en compte des principes normatifs et techniques de programmation permet d'assurer l'alignement de toute politique sectorielle sur les standards internationaux. L'utilisation de certains outils simples permet de systématiser leur prise en compte dans le cheminement du processus de planification stratégique. Le remplissage de ces outils qui devrait se faire en amont s'appuie sur la revue documentaire. Leur affinement pourra se faire au cours des ateliers de diagnostic stratégique avec la contribution de toutes les parties prenantes.

1.1 - Outil pour faciliter la prise en compte de l'approche de programmation basée sur les données probantes.

Etant entendu que les données jouent un rôle central dans tout processus de planification stratégique, il s'avère nécessaire d'en faire le point d'entrée. Ainsi, l'outil à renseigner permet d'identifier les principales sources documentaires de données à utiliser ainsi que les principaux indicateurs qu'elles renferment.

Outil 1 : Cartographie des sources de données probantes

Sources de données	Type de données (quantitatives, qualitatives)	Principaux indicateurs générés
Données de routines		
Etudes ou Enquêtes		
Evaluations		
Autres		

1.2 - Outils pour faciliter la prise en compte de l'approche de programmation basée sur les droits humains

Le premier outil permet d'identifier les cadres de référence légaux en vigueur dans le secteur aux niveaux national, sous régional, régional et international.

Outil 2 : Cartographie des principaux cadres légaux ou programmatiques

Niveau d'analyse	Textes	Description des points clés
National		
Sous-régional (UEMOA-CEDEAO)		
Régional (Afrique)		
International		

Les seconds types d'outils visent à identifier, pour chaque domaine et/ou sous-domaine couverts par la politique sectorielle, les principaux détenteurs de droits et leurs besoins ainsi que les porteurs d'obligation et leurs rôles.

Outil 3 : Cartographie des principaux détenteurs de droits

Catégories de détenteurs de droit	Détenteurs de droit	Description des besoins
Personnes ou groupes de personnes		
Acteurs communautaires		
Acteurs institutionnels		

Outil 4 : Cartographie des principaux porteurs d'obligation

Catégories de porteurs d'obligation	Porteurs d'obligation	Description de leurs rôles
Personnes ou groupes de personnes		
Acteurs communautaires		
Acteurs institutionnels		

1.3 - Outil pour faciliter la prise en compte de l'approche programmation basée sur l'équité

Cet outil permet d'identifier, selon différents domaines social, culturel, économique et environnemental, les « laissés de côté » en décrivant, avec des données probantes, la manifestation et les causes de leur situation.

Outil 5 : Cartographie des "laissés de côté"

Domaines d'analyse	Les "laissés de côté"	Manifestation du problème (données probantes)	Causes d'inéquité (données probantes)
Géographie			
Revenu			
Groupe ethnique			
Handicap			
Culture			

1.4 - Outil pour faciliter la prise en compte de l'approche de programmation basée sur le genre

Cet outil permet d'identifier, selon différents domaines d'analyse du genre, le groupe concerné en décrivant, avec des données probantes, la manifestation, les causes et conséquences de leur situation.

Outil 6 : Matrice d'analyse genre

Domaines d'analyse	Groupe (Femmes/Hommes, Filles/Garçons) ou sous-groupe (Age, Milieu, etc.)	Manifestation du problème (données probantes)	Causes (données probantes)	Conséquences (données probantes)
Rôles de genre				
Accès et contrôle des ressources				
Prise de décisions au sein des familles ou dans la communauté				
Participation des femmes/filles				
Violences en particulier VBG				

1.5 - Outil pour faciliter la prise en compte des principes de résilience et de durabilité

Cet outil permet d'identifier, selon différents domaines d'analyse, le groupe concerné en décrivant, avec des données probantes, la manifestation, les causes et conséquences de leur situation.

Outil 7 : Matrice d'analyse des risques

Facteurs de risques [Description et probabilité de survenue : peu probable (+), probable (++) , très probable (+++)]	Catégories de personnes, de communautés ou de système susceptibles d'être affectées	Conséquences sur leur vulnérabilité
Environnementaux		
Humains		
Sanitaires		
Socio-économiques		
Autres		

2 - Outils d'analyse causale

Outil 8.1 : Matrice d'analyse causale

Cette matrice vise à faire une synthèse des résultats de l'analyse causale en retraçant le problème central, les causes immédiates, sous-jacentes et structurelles ainsi que les conséquences. Le tout étant étayé par des données probantes.

Domaine ou sous-domaine	Conséquences du problème central		Problème Central		Causes Immédiates		Causes Sous-Jacentes		Causes Structurelles	
	Libellé	Données probantes	Libellé	Données probantes	Libellé	Données probantes	Libellé	Données probantes	Libellé	Données probantes

Outil 8.2 : Autre format de la matrice d'analyse causale

Arbre des Problèmes						
Domaine : SANTE		Sous Domaine : Santé maternelle		Cible(s) : femmes enceintes		
Conséquence(s)	CSQ 1	CSQ 2	CSQ 3	CSQ 4	CSQ 5	CSQ 6
	Accouchement à domicile	Complication obstétricale foetale et	Morbidité materno-infantile	Mortalité maternelle et infantile		
	CSQ 2-3-4	CSQ3-4	CSQ4			
Problème	De nombreuse femmes enceintes ne font pas le nombre de CPN requis					
Causes Immédiates	CIM 1	CIM 2	CIM 3	CIM 4	CIM 5	CIM 6
	Elles ignorent l'existence des services de CPN et l'avantage de leur utilisation	Elles ont une faible capacité financière	Elles ont d'autres alternatives thérapeutiques	Les services de CPN ne sont pas toujours disponibles	Les services de CPN ne sont pas toujours fournis avec la qualité requise	
	PC	PC	PC	PC	PC	PC
Causes sous-jacentes	CIM 7	CIM 8	CIM 9	CIM 10	CIM 11	CIM 12
Causes structurelles	CSJ 1	CSJ 2	CSJ 3	CSJ 4	CSJ 5	CSJ 6
	Les femmes n'ont pas accès à l'information	Les femmes ne comprennent pas l'information	Les femmes n'ont pas accès à la bonne l'information	Les femmes n'ont pas accès à des emplois ou à des ACR suffisamment rémunérateur	Les femmes ont une faible compétence en matière de gestion financière	Elles ont des préjugés négatifs sur les services de santé
	CIM1	CIM1	CIM1	CIM2	CIM2	CIM3
Causes structurelles	CSJ 7	CSJ 8	CSJ 9	CSJ 10	CSJ 11	CSJ 12
	Elles ne bénéficient pas d'un soutien social suffisant de la part de leur conjoint ou de leur	Elles sont victimes de stigmatisation	Les autres alternatives thérapeutiques sont financière	Les infrastructures ne sont pas disponibles dans leur environnement immédiat	La rupture dans l'offre du service, rupture d'intrant et faiblesse du plateau technique	Insuffisance et faible compétence du personnel
	CIM 3	CIM 3	CIM 3	CIM 4	CIM 4-5	CIM 4-5
Causes structurelles	CST 1	CST 2	CST 3	CST 4	CST 5	CST 6
	Faiblesse du budget alloué au MSHPCMU par MBPE	Faiblesse du budget alloué à la production de l'information des intrants par le MSHPCMU	Inadéquation de la politique d'emploi en fonction des besoins	Inadéquation entre les besoins de la pop et les politiques en matière d'éducation, protection	La persistance des pesanteurs socio culturelle défavorable à l'utilisation des services SM	La persistance des pesanteurs socio culturelle défavorable à l'utilisation des services SM
	CSJ 1-2-3-10-11-12	CSJ 1-2-3-10-11	CSJ 4-5	CSJ 4-5	CSJ6-7-8-9	CSJ6-7-8-9

Outil 9 : Matrice de priorisation

Cette matrice permet d'identifier les problèmes (causes sous-jacentes et structurelles) prioritaires à adresser.

Thématique	Problèmes (Causes Sous-Jacentes et Causes Structurelles)	Ampleur du problème	Institution (Ministère) en charge de la résolution du problème	Existence de capacités et ressources (humaines, financières, connaissance, technologie) (Oui/Non et description)	Existence d'autres acteurs (nationaux ou internationaux) pour la résolution du problème (Oui/Non et description)	Existence de leçons apprises et connaissances sur les pratiques réussies et les mauvaises pratiques dans les solutions au problème (Oui/Non et description)	Influence de la solution du problème sur la résolution d'autres problèmes et sur les changements attendus (Oui/Non et description)	Niveau de priorisation (Élevé, Moyen, Faible)

Outil 10 : Matrice d'analyse des solutions

La matrice qui suit prépare la phase des orientations stratégiques, permet d'analyser les solutions aux problèmes prioritaires identifiés.

Problèmes (Cause Sous- Jacentes, Causes Structurelles)	Solutions majeures (être précis avec autant de détails que possible) (Mettre l'accent sur les bonnes pratiques et solutions innovantes utilisées éventuellement dans d'autres contextes)	Structure Responsable (être le plus précis possible)	Structures Partenaires dans la mise en œuvre de la solution

3 - Outil d'analyse SWOT

Cet outil permet d'apporter des réponses à une série de questions aboutissant à l'identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces, d'une part, et d'autre part à l'identification de dispositions à prendre en rapport avec chaque type de facteurs.

Outil 11 : Matrice d'analyse SWOT

FORCES [Gouvernance, Financement, Information Sanitaire, Ressources Humaines, Infrastructures, Médicaments et technologies, Prestations]	Quelles sont nos forces?			Quelles sont nos faiblesses ?	FAIBLESSES [Gouvernance, Financement, Information Sanitaire, Ressources Humaines, Infrastructures, Médicaments et technologies, Prestations]
	Comment renforcer nos forces en tirant parti des opportunités ?			Comment surmonter nos faiblesses en tirant parti de nos forces et des opportunités ?	
OPPORTUNITES [Politique, Économique, Social, Technologique, Environnemental, Légal (national et international)]	Quelles sont les opportunités qui s'offrent à nous ?			Quelles sont les menaces qui guettent?	MENACES [Politique, Économique, Social, Technologique, Environnemental, Légal (national et international)]
	Comment optimiser nos opportunités en tirant parti de nos forces?			Comment échapper aux menaces en tirant parti de nos forces et opportunités ?	

4 - Outil d'analyse des parties prenantes

Cet outil permet d'identifier les principales parties prenantes. Il permet de décliner les caractéristiques, le jeu d'intérêt et le pouvoir que peut avoir chaque entité en rapport avec le problème central.

Outil 12 : Matrice d'analyse des parties prenantes

Parties prenantes	Rôle dans le domaine	Pourquoi l'acteur devrait-il être engagé ?	Comment l'impliquer ?	Quelles en sont les implications politiques et stratégiques ?

5 - Outil d'analyse des lacunes de capacités

Cet outil permet d'identifier les gaps en matière de ressources, motivation ou autorité qui pourraient empêcher une structure de mettre en œuvre ses attributions.

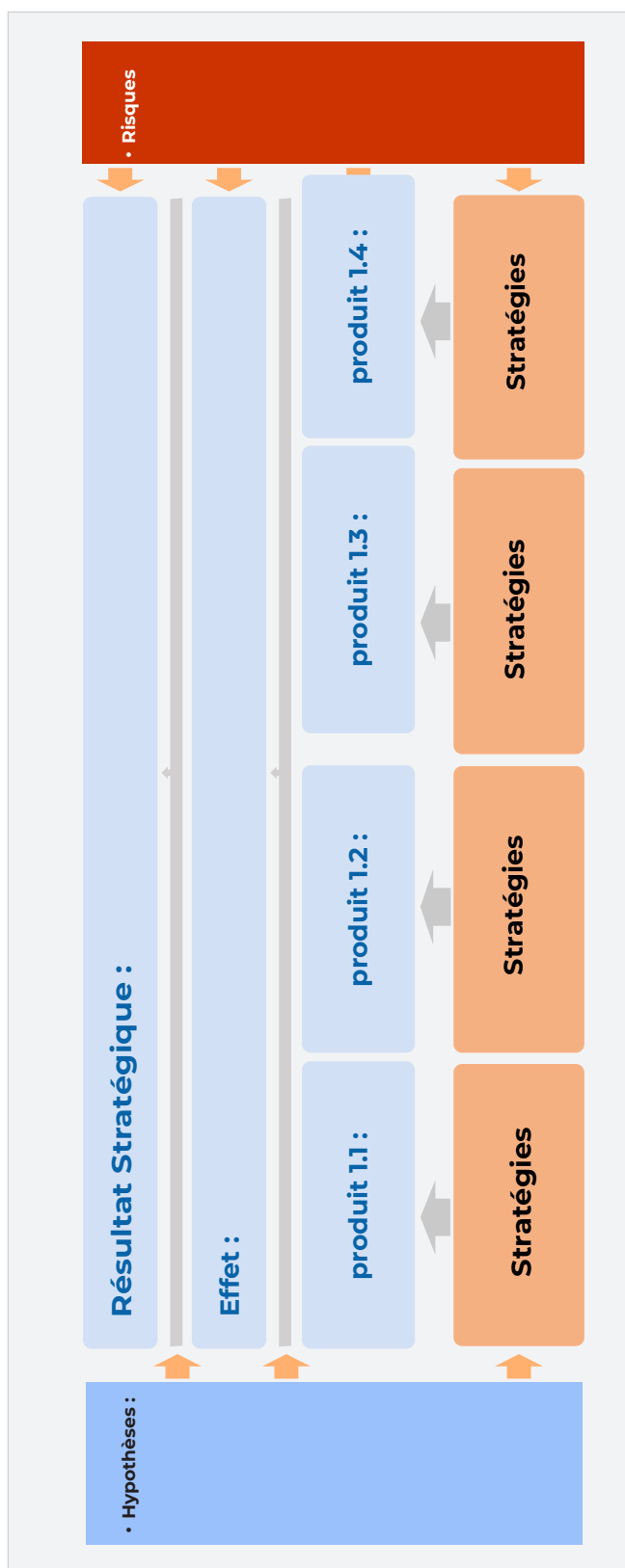
Outil 13 : Matrice d'analyse des lacunes de capacités

STRUCTURE	ATTRIBUTIONS	RESSOURCES	MOTIVATION	AUTORITE
Structures du Ministère (Cabinet, Direction, Structures sous-tutelle)	Ce qu'est censé faire la structure au regard du texte qui le crée	La structure dispose-t-elle des connaissances, des compétences, des ressources organisationnelles, humaines, matérielles, financières et communicationnelles pour jouer son rôle en rapport avec cette attribution ? Sinon, qu'est-ce qui lui manque ?	i. La structure se sent-elle obligée de jouer son rôle ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? ii. La structure se sent-elle obligée de rendre compte de ses responsabilités ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?	i. La structure accepte-t-elle/reconnait-elle cette attribution ? Sinon, pourquoi ? ii. La structure dispose-t-elle de la légitimité pour jouer son rôle ? Si non, qui a cette légitimité ?
Structure A				
Structure B				

OUTILS POUR LA DÉCLINAISON DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

En tant qu'éléments centraux d'un plan stratégique axé sur les résultats, trois outils clés permettent de décliner les orientations stratégiques d'une politique sectorielle. Il s'agit (i) de la théorie du changement dans sa forme graphique, (ii) du cadre de résultats et (iii) de la matrice d'actions budgétisées. Des modèles de ces outils sont fournis ci-après.

Outil 14 : Modèle de théorie du changement



Outil 15 : Modèle de cadre de résultats

Résultat Stratégique/ Effet/Produit	Code de l'indicateur	Libellé de l'indicateur	Structure responsable de la gestion	Source de vérification	Alignement (PND, ODD, Agenda 2063, etc.)	Base				Cibles annuelles			
						Année	Valeur	n	n+1	n+2	n+3	n+4	
Résultat Stratégique :	RS1.1												
	RS1.2												
Effet :	IE1.1												
	IE1.2												
	IE1.3												
Produit 1.1 :	IP1.1.1												
	IP1.1.2												



Outil 16 : Modèle de matrice d'actions budgétisées

Résultat Stratégique/Effet/ Produit/Action/Activité	Sources de financement (Trésor et/ou Bailleur)	Structure responsable de la mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre	Montant (en millions de FCFA)																					
				n			n+1			n+2			n+3			n+4			Total n-n+4						
				ReD	RaR	Total	ReD	RaR	Total	ReD	RaR	Total	ReD	RaR	Total	ReD	RaR	Total	ReD	RaR	Total				
Résultat Stratégique :																									
Effet :																									
Produit 1.1 :	Action 1.1.1																								
	Activité 1.1.1.1																								
	Activité 1.1.1.2																								
	Activité 1.1.1.3																								
	Action 1.1.2																								
	Activité 1.1.2.1																								
	Activité 1.1.2.2																								
	Activité 1.1.2.3																								
	Action 1.1.3																								
	1Activité 1.1.3.1																								
1Activité 1.1.3.2																									
TOTAL Produit 1.1																									

ReD : Ressources Disponibles

RaR : Ressources à Rechercher

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

AVANT-PROPOS

PREFACE

REMERCIEMENT

PREMIÈRE PARTIE : CADRE GENERAL

- 1.1 - Contexte
- 1.2 - Organisation du secteur
- 1.32 - Méthodologie d'élaboration de la politique sectorielle
- 1.43 - Définition des principaux concepts

DEUXIEME PARTIE : DIAGNOSTIQUE STRATEGIQUE

- 2.1 - Principaux acquis de la politique sectorielle ou sous-sectorielle antérieure
 - 2.1.1 - Principaux résultats enregistrés
 - 2.1.2 - Leçons apprises
- 2.2 - Analyse de la situation des cibles de la politique sectorielle ou sous-sectorielle
- 2.3 - Analyse des capacités
- 2.4 - Analyse des parties prenantes
- 2.5 - Risques et opportunités
 - 2.5.1 - Principales menaces
 - 2.5.2 - Engagements pris dans le domaine
- 2.6 - Synthèse des principaux défis

TROISIEME PARTIE : ORIENTATIONS STRATEGIQUES

- 3.1 - Principes directeurs
- 3.2 - Vision stratégique
- 3.3 - Théorie du Changement
- 3.4 - Logique d'intervention
- 3.5 - Leviers de changement
- 3.6 - Facteurs de succès

QUATRIEME PARTIE : GESTION DE LA POLITIQUE

- 4.1 - Financement
- 4.2 - Ressources humaines
- 4.3 - Ressources organisationnelles
- 4.4 - Modalités de coordination de mise en œuvre, de suivi et évaluation
- 4.5 - Synergies et partenariats

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Cadre de résultats
- ANNEXE 2 : Matrice d'Actions Budgétisées
- ANNEXE 3 : Portefeuille des Projets et Programmes

Outil 18 : Grilles de lecture des Plans Stratégiques

1 - Analyse des acquis du Plan Stratégique précédent

1.1 - Analyse des principaux résultats du Plan Stratégique précédent

Domaines	Les résultats présentés vous paraissent-ils pertinents ? (Totalelement/ Partiellement/Pas du tout)	Les résultats présentés vous paraissent-ils exhaustifs ? (Totalelement/ Partiellement/Pas du tout)	Commentaires généraux	Recommandations ou propositions
1				
2				
3				
4				

1.2 - Analyse des principales leçons apprises de la mise en œuvre du Plan Stratégique précédent

Domaines	Les leçons présentées vous paraissent-elles pertinentes ? (Totalelement/ Partiellement/ Pas du tout)	Les leçons présentées vous paraissent-elles bien formulées ? (Totalelement/ Partiellement/ Pas du tout)	Les leçons présentées vous paraissent-elles exhaustives ? (Totalelement/ Partiellement/ Pas du tout)	Commentaires généraux	Recommandations ou propositions
1					
2					
3					
4					

2 - Analyse du Diagnostic Stratégique

Questions	Résultats de l'analyse		
	Totalement/ Partiellement/ Pas du tout	Commentaires	Recommandations ou propositions
1. Le(s) problème(s) central(aux) a-t-il/ont-ils été bien identifié(s) ?			
2. L'articulation des causes de ce(s) problème(s) central(aux) respecte-t-il la démarche d'analyse causale ?			
3. Les causes indiquées sont-elles exhaustives ?			
4. Les problèmes sont-ils étayés par les données les plus actuelles possibles ?			
5. Les groupes les plus vulnérables et défavorisés sont-ils identifiés ?			
6. Les forces et faiblesses du système de réponse sont-ils analysés ?			
7. Les opportunités et menaces à la réponse au problème central sont-elles analysées ?			
8. Le narratif du diagnostic stratégique tient-il compte du contenu de la version finale des outils d'analyse ?			
9. Les principales parties prenantes ont-elles été analysées ?			
10. Les capacités de la structure Responsable de la mise en œuvre du Plan Stratégique ont-elles été analysées ?			
11. Les contenus des autres sections du document sont-ils pertinents et exhaustifs ? (Introduction, Contexte, etc...)			



3 - Analyse de la Théorie du Changement et du Cadrage Stratégique

Questions	Résultats de l'analyse		
	Totalement/ Partiellement/ Pas du tout	Commentaires	Recommandations ou propositions
La logique de causalité sous-tendant la théorie du changement est-elle pertinente ?			
Les résultats inclus dans la théorie du changement sont-ils cohérents avec les problèmes indiqués dans le diagnostic stratégique ?			
La théorie du changement inclut-elle les conditions externes ? (Risques et hypothèses)			
Les éléments du Cadrage Stratégique tiennent-ils compte des leçons apprises de la mise en œuvre du Plan Stratégique antérieur ?			

4 - Analyse du Cadre de Résultats

4.1 - Analyse de la formulation et de l'articulation des résultats

4.1.1 - Analyse de l'Effet

Effet	Points de contrôle			Commentaires généraux	Recommandations
	1. L'effet se rapporte à un changement sur lequel la DEEG et ses partenaires exercent une influence significative (Totalement/Partiellement/Pas du tout)	2. L'effet est formulé de manière à indiquer la cible du changement (qui change ?) (Totalement/Partiellement/Pas du tout)	3. L'effet est formulé de manière à indiquer le type de changement attendu (qu'est-ce qui change ?) (Totalement/Partiellement/Pas du tout)	4. L'effet aborde les changements dans les comportements des institutions ou des individus (Totalement/Partiellement/Pas du tout)	

Produits	Points de contrôle					Commentaires généraux	Recommandations
	1. L'atteinte du Produit contribuera à l'atteinte de l'effet (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	2. Le Produit se rapporte à un changement sur lequel la DEEG et des partenaires exercent un contrôle quasi-total (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	3. Le Produit est formulé de manière à indiquer la cible du changement (qui change ?) (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	4. Le Produit est formulé de manière à indiquer le type de changement attendu (qu'est-ce qui change ?) (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	5. Le Produit aborde les changements dans la disponibilité d'un bien, d'un service, les connaissances des populations, les compétences des prestataires de services (Totallement/Partiellement/Pas du tout)		

4.1.2 - Analyse des Produits

4.2 - Analyse de la formulation et de l'articulation des indicateurs

4.2.1 - Analyse de la qualité individuelle des indicateurs (Critères SMAARTS)

Résultat	Indicateur	Point de contrôle								Commentaires généraux	Propositions et Recommandations
		1. L'indicateur se rapporte au type de changement auquel se rapporte le résultat qu'il mesure. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (S)	2. L'indicateur se rapporte à tout ou partie de l'entité concernée par le changement porte par le résultat. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (S)	3. L'indicateur peut prendre des valeurs non ambiguës sur une échelle prédéfinie. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (M)	4. Les cibles attendues de l'indicateur peuvent être atteintes. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (A)	5. Les institutions disposent de capacités pour la collecte des données à utiliser pour le calcul de l'indicateur. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (A)	6. L'indicateur fournit une information utile à la mesure du résultat et à la prise de décision. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (R)	7. Les données pour le calcul de l'indicateur peuvent être disponibles avant l'horizon du changement porte par le résultat. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (T)	8. L'indicateur reflète rapidement les changements intervenus dans la situation. (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (S)		
		Spécifique	Spécifique	Mesurable	Atteignable	Accessible	Pertinent	Temporel	Sensible		
Effet	Ind 1										
	Ind 2										
Produit 1	Ind 5										
	Ind 1										

4.2.2 - Analyse de la qualité collective des indicateurs (Critères CENCE)

Effet/Produit	Points de contrôle				Commentaires généraux	Propositions et Recommandations
	1. Chaque indicateur d'Effet résulte-t-il d'au moins un indicateur de produits ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (C)	2. Chaque indicateur de produit contribue-t-il à l'atteinte d'au moins un indicateur d'effet ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (C)	3. Toutes les dimensions du résultat disposent-elles d'au moins un indicateur pour leur mesure ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (E)	4. Existe-t-il des indicateurs de produit qui résultent d'autre(s) indicateur(s) du même produit ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout) (N)		
	Causalité		Exhaustivité	Non-redondance		
Effet						
Produit 1						
Produit 2						
Produit 3						
Produit 4						

4.2.3 - Analyse de la Matrice d'Actions

Produit	Points de contrôle				Commentaires généraux	Propositions et Recommandations
	1. Chaque indicateur de produit résulte-t-il de la mise en œuvre d'au moins une action ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	2. Chaque action contribue-t-elle à l'atteinte d'au moins un indicateur ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	3. Y a-t-il chevauchement ou complémentarité entre les actions ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	4. Les activités sont-elles en cohérence avec les actions ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout)		
			5. Y a-t-il chevauchement ou complémentarité entre les activités ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout)	6. Toutes les interventions que vous jugez pertinentes et transférées dans les outils d'analyse ont-elles été prises en compte ? (Totallement/Partiellement/Pas du tout)		
Produit 1						
Produit 2						
Produit 3						
Produit 4						

4.2.4 - Analyse des autres parties du document

Section	Résultats de l'analyse		
	Le contenu de la section vous paraît-il complet et bien articulé ? (Totalemment/ Partiellement/Pas du tout)	Commentaires	Recommandations
Introduction			

OUTILS POUR LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

*Outil 19 : Canevas des plans de travail et plans opérationnels triennaux
(Voir fichiers Excel)*

PLAN OPERATIONNEL TRIENNAL 20xx-20zz DU/DE																									
Niveau	Libellé					Référence DPPD			Projet	Localisation géographique	Structure Responsable	Partenaire de mise en oeuvre	Calendrier 20xx				Montants pour 2022 (Millions FCFA)					Montants pour 20zz (Millions FCFA)	Montants pour 20yy (Millions FCFA)	Total 20xx-20yy	
						Programme	Action	Nature de dépenses					1	2	3	4	Etat	PTF	Disponible		A rech.				Total
																			Ressources Propres	Autre					
Produit	xxxxxx00000000xx																								
	Indicateurs du Produit	Base 20sa	Cible 20xx	Cible 20zz	Cible 20yy																				
	1. xxxxx0000xx																								
	2. xxxxx0000xx																								
	3. xxxxx0000xx																								
	4. xxxxx000000xx																								
	5. xxxxx0000xx																								
Action 1																									
Activité 1.1	xxxxxx00000000xx																								
Activité 1.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 1.3	xxxxxx0000000000xx																								
Action 2																									
Activité 2.1	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 2.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 2.3	xxxxxx0000000000xx																								
Action 3																									
Activité 3.1	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 3.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 3.3	xxxxxx0000000000xx																								
Action 4																									
Activité 4.1	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 4.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 4.3	xxxxxx0000000000xx																								
Action 5																									
Activité 5.1	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 5.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 5.3	xxxxxx0000000000xx																								
Action 6																									
Activité 6.1	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 6.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 6.3	xxxxxx0000000000xx																								
Action 7																									
Activité 7.1	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 7.2	xxxxxx0000000000xx																								
Activité 7.3	xxxxxx0000000000xx																								

PLAN DE TRAVAIL TRIENNAL 20xx-20xx DU/DE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Niveau	Libellé						Référence DPPD		Reformes	Projet	Localisation géographique	Structure Responsable	Partenaire de mise en oeuvre	Calendrier 20xx (Indiquer l'objectif)	Coûts annuels (20xx) (en millions FCA)					Disponibilité (20xx)					A rech.	Observations	Montants pour 20xx (Millions FCA)	Montants pour 20yy (Millions FCA)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
							Programme	Action							Investissements					Biens et Services	Transferts (???)	Personnel (Salaire,	Trésor						Emprunt	Don	Partenaire																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
															Montant	Montant	Partenaire	Montant	Partenaire				Montant	Montant								Partenaire																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Produit	xxxxxxxxxxxx																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

Outil 20 : Exemple de fiche technique

CODE ET LIBELLE	NOUVEAU LIBELLE DE L'ACTI- VITE	BUD- GET ACTUEL 2022 (A)	DEMANDE DE FINANCEMENT 2022 CP (B)			ENVE- LOPPE 2023 (C)	COMPLE- MENTS SOLLICITES (D)	DE- MANDE TOTALE (E=C+D)	JUSTIFICA- TIFS
			2023	2024	2025				
1 - PERSONNEL									
Action : 2208601 Gestion de l'effectif des fonction- naires et agents de l'Etat		16 797 942	0	0	0	0		0	
Service Bé- néficiaire : 13010148 Di- rection des Politiques et Synthèses Budgétaires (DPSB)		16 797 942	0	0	0	0		0	
Activité : 78011201745 Prendre en charge les salaires des fonction- naires du programme		16 797 942	0	0	0	0	0	0	
6111 Solde fonction- naires		16 797 942						0	
2 - BIENS ET SERVICES									
Action : 2208602 Préparation, élabora- tion, suivi et contrôle de l'exécution des lois des finances de l'année		53 166 948	95 316 413	97 222 741	100 139 423	95 316 413	0	0	
Service Bé- néficiaire : 13010148 Di- rection des Politiques et Synthèses Budgétaires (DPSB)		53 166 948	95 316 413	97 222 741	100 139 423	95 316 413	0	0	
Activité : 78011201745 Élaborer les politiques et synthèses budgétaires		53 166 948	95 316 413	97 222 741	100 139 423	95 316 413	0	0	

Outil 21 : Matrice d'analyse des progrès dans l'atteinte des résultats

Impact/Effect/Produit	N°	Libellé de l'indicateur	Structure responsable de la gestion	Source de vérification	Base		Valeur année n-1	Cible	Réalisation				Progression brute vers l'atteinte de la cible ((C-A) *100/(B-A))	Appréciation de la progression vers la cible (Régression, Pas de changement, Progrès, Cible atteinte, Cible dépassée)	Explication des performances ou des contre-performances	Recommandations
					Année	Valeur (A)			Valeur (C)	Numérateur	Dénominateur	Ecart (C-B)				
Impact :																
Effet :																
Produit 1 :																
Produit 2 :																

Outil 22 : Matrice d'analyse de la mise en œuvre des activités

	Libellé	Nature de l'activité (PIP, PPP, Hors PIP, Réformes, Autres)	Structures responsables de la mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre	Localisation géographique (Commune, Département, Régions, District)	Sources de financement (Trésor et/ou Bailleur)	Budget 2021 (PCFA)	Situation physique			Situation financière				Observations et recommandations		
								Statut de mise en œuvre (non planifié sur la période, non démarré, en cours en retard, en cours à temps, en cours en avance, abandonné, achevé à temps, achevé avant terme, achevé après terme)	Explication du statut de mise en œuvre	Principal(s) et(s) en réalisation	Montant prévu PND	Montant effectif en alloué	Montant dépensé	Taux d'allocation (%) (Renseignement automatique)		Taux d'exécution (Renseignement automatique)	Explication des niveaux d'allocation et d'exécution
Impact :																	
Effet :																	
PRODUIT 1 : XXXXX	Action																
	Activité																
	Activité																
	Action																
	Activité																
	Sous-Total Produit 1																
	Action																
PRODUIT 2 : XXXXX	Activité																
	Activité																
	Action																
	Activité																
	Activité																
	Sous-Total Produit 2																
TOTAL Général																	
Synthèse des facteurs favorables																	
Synthèse des facteurs défavorables																	
Synthèse des leçons apprises																	



Outil 23 : Canevas de compte-rendu de réunion

Titre de la réunion	:				
Date et heure de la réunion	:				
Lieu de la réunion	:				
Structures représentées	:				
Ordre du jour	:				
Domaines/Points discutés	Point à améliorer	Recommandations	Structure de mise en œuvre de la recommandation	Responsable	Délai
1. xxxxxxxx					
1. xxxxxxxx					

Outil 24 : Canevas de rapport d'activité

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



RAPPORT DE XXXX

Titre de l'activité		:				
Date ou période de la mise en œuvre		:				
Structure Responsable de la mise en œuvre		:				
Structure Responsable de la gestion des fonds		:				
Nom, Prénoms, Fonction et Contacts du Responsable de la structure de mise en œuvre						
Nom, Prénoms, Fonction et Contacts du Point Focal de l'activité		:				
Zone de mise en œuvre		:				
Cibles de l'activité		:				
Résultats attendus		:				
Résultats atteints		:				
Bénéfices attendus pour les populations		:				
Nombre personnes potentiellement touchées par les bénéfices de l'activité		:	Femmes	Hommes	Enfants	Total
Principaux indicateurs d'extrants relatifs à l'activité ⁸	Libellé de l'indicateur	Cible attendue (Fournir une désagrégation par sexe si possible)	Réalisation (Fournir une désagrégation par sexe si possible)			
	1.					
	2.					
	3.					
Principales difficultés	1.					
	2.					
	3.					
Principales recommandations à l'issue de l'activité	Actions à entreprendre	Structure responsable	Délai			
	1.					
	2.					
	3.					

1 - Brève description du déroulement de l'activité en insistant sur la méthodologie ou approche de préparation et de mise en œuvre

2 - Principales contraintes et facteurs favorables (Indiquer comment les contraintes ont été levées ou leurs effets atténués et comment les facteurs favorables ont été capitalisés)

3 - Principales leçons apprises

4 - Principales suggestions pour corriger les problèmes rencontrés dans la préparation et la mise en œuvre d'activités similaires

⁸Pour les formations inclure les indicateurs relatifs au pré-test (Proportion de participants ayant réussi au pré-test) et au post-test (Proportion de participant ayant réussi au post-test)

Annexe : Liste nominative des personnes touchées par l'activité (liste de présence, liste des participants...)

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	District Téléphone	Contacts	
				E-mail	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Outil 25 : Canevas de rapport de mission



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

RAPPORT DE MISSION

Titre de la mission			
Date du rapport			
Structure responsable de la mission			
Date et lieu(x) de la mission			
Objectifs de la mission			
Résultats attendus de la mission			
Déroulement de la mission			
Principaux constats faits au cours de la mission			
Principales recommandations	Actions à prendre	Structure responsable	Délai

Annexe 1 : Membres de l'équipe de la mission

Nom et prénoms	Fonction	Structure	Contact	Signature

Annexe 2 : Personnes rencontrées

Nom et prénoms	Fonction	Structure	Contact	Signature

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES CARTES

RESUME EXECUTIF

INTRODUCTION

I. ANALYSE DES RESULTATS ATTEINTS

- I.1. Résultat stratégique
- I.2. Effet 1
- I.3. Effet 2

II. ANALYSE DES PROGRES VERS L'ATTEINTE DES CIBLES DE L'ODD 3

III. EXECUTION FINANCIERE

- 2.1 Rappel du contexte économique
- 2.2 Situation d'exécution des dépenses
 - 2.2.1 Exécution des dépenses publiques totales
 - 2.2.2 Capacité d'absorption des dépenses d'investissement
 - 2.2.3 Sources de financement des activités

III. SYNERGIE ET PARTENARIAT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS

- 3.1. Synergie
- 3.2. Partenariats

IV. ANALYSE DES RISQUES ET HYPOTHESES

V. RECOMMANDATIONS

- V.1. Point du suivi des recommandations de la dernière revue sectorielle
- V.2. Recommandations pour la suite de la mise en œuvre du PNDS

ANNEXES

- Annexe 1 : Matrice de Suivi des Indicateurs de Résultats (MASIR)
- Annexe 2 : Matrice de Suivi de la Mise en Œuvre des Activités (MASMO)

RÉFÉRENCES

- xi. DGBF, Recueil de guides sur le Budget-Programmes, Novembre 2021
- xii. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Planification de projet/programme Manuel d'orientation
- xiii. Guide de Gestion du Plan de Travail Annuel (PTA) : destiné aux centres de responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- xiv. Guide de planification opérationnelle annuelle – Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)
- xv. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021-2025)
- xvi. Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles 2021-2025
- xvii. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, éditeurs. Stratégiser la santé nationale au XXI^e siècle : un manuel. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016.

Annexe 1 : Principes de programmation

Pour respecter les standards en matière de planification stratégique axée sur les résultats, toute Politique Sectorielle, devrait, dans son élaboration, intégrer les principes normatifs suivants.

1 - La Gestion Axée sur les Résultats (GAR)

L'approche de la gestion axée sur les résultats portera sur des analyses qui veilleront à mettre en exergue les problèmes clés ainsi que leurs causes majeures de sorte que les solutions envisagées s'inscrivent dans une logique de causalité qui sous-tend la GAR. De manière concrète, cela se traduira, entre autres, par la conduite d'une analyse causale, le développement d'une Théorie du Changement, d'un Cadre de Résultats assorti d'indicateurs de résultats et d'une Matrice d'Actions Budgétisées.

2 - La Programmation basée sur les Droits de l'Homme

L'Approche Basée sur les Droits de l'Homme (ABDH) est un cadre conceptuel traduisant le fait que les droits de l'Homme ne font pas seulement partie des valeurs fondamentales mais qu'ils sont également un puissant moteur de changement et de développement. Ainsi, en adoptant cette approche dans le cadre de l'élaboration du DS, il est entendu de mettre l'accent non seulement sur les détenteurs de droits que sont les personnes ou groupes dont les droits doivent être pris en considération et les porteurs d'obligations constitués des acteurs ou institutions de différents niveaux qui peuvent exercer une influence (respecter, protéger, satisfaire) sur les droits des premiers.

Les analyses seront orientées de sorte à identifier les lacunes qui limitent les actions de ces deux catégories d'acteurs pour leur permettre de disposer des capacités à revendiquer leurs droits, pour les premiers et à remplir leurs obligations, pour les seconds.

3 - La Programmation basée sur l'Équité

Dans la démarche d'opérationnalisation de l'approche de programmation basée sur l'équité, le processus d'élaboration du DS intégrera les aspects suivants : (i) l'identification et le ciblage des groupes vulnérables, marginalisés ou défavorisés en vue de la réalisation de leurs droits et (ii) l'identification et l'adressage des causes de l'iniquité en mettant l'accent sur l'accélération du rythme des progrès.

4 - La Programmation basée sur le Genre

La programmation basée sur le Genre qui sera mise en œuvre dans le cadre de l'élaboration du DS visera à comprendre les écarts dans la situation entre les femmes et les hommes, les causes de ces inégalités et discriminations ainsi que la manière par laquelle ces groupes sont affectés dans le processus de développement. De manière spécifique, elle consistera à rechercher les causes ainsi que les solutions de la situation des écarts entre les femmes et les hommes

qui résultent des dynamiques du pouvoir entre ceux-ci, et la manière dont ces dynamiques façonnent les rôles de genre, l'accès et le contrôle des ressources, la prise de décisions au sein des familles et la participation des femmes/filles, les violences en particulier les Violences Basées sur le Genre (VBG).

5 - La Programmation basée sur la résilience et la durabilité

La résilience peut se définir comme la capacité des personnes, des communautés et des systèmes à anticiper, à prévenir, à résister, à s'adapter et à se remettre des stress et des chocs. La durabilité, quant à elle, se concentre sur la satisfaction des besoins de la génération actuelle sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs besoins. Le concept de durabilité est composé de trois piliers : économique, environnemental et social. Ces deux notions portent à considérer la réduction des risques naturels et les risques socio-économiques comme partie intégrante du développement. Ainsi, le processus d'élaboration du DS prendra en compte (i) l'identification des risques liés aux catastrophes, changement climatique, conflits, épidémies et autres chocs socio-économiques, (ii) l'analyse du profil des personnes susceptibles d'être affectés par ces chocs et l'analyse de l'impact sur leur vulnérabilité et (iii) l'analyse des rôles et responsabilités des différents acteurs dans la gestion des risques et la résilience.

6 - La Programmation basée sur les données probantes (évidences)

Ce principe consiste en un effort systématique pour apporter les meilleures données (qualitatives ou quantitatives) à l'appui de la prise de décision dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. Il sous-tend aussi bien l'utilisation que la génération des données dans le cycle de programmation.

Sur la base de ce principe, le DS devra être développé et mise en œuvre en s'appuyant sur les données probantes les plus récentes permettant de confirmer la pertinence des problèmes mis en lumière ainsi que les choix des solutions envisagées.

Ces données incluront (i) les données sur l'état des groupes vulnérables et leur situation, (ii) les données sur les croyances, les valeurs, les principes et les préférences qui guident la vie de ceux-ci et qui sont susceptibles d'influencer leur opinion sur les services qu'ils recevront dans le cadre de la mise en œuvre du DS, et (iii) les données sur les avantages, les risques et autres éléments associés aux types de programme à mettre en œuvre dans le cadre de la DS ; il s'agira de données pertinentes provenant des meilleures recherches publiées.

7 - Le principe de l'alignement

Le principe d'alignement vise à assurer la cohérence entre le DS et le cadre légal et programmatique existant. Au plan légal, le DS doit tenir compte des dispositions contenues dans les textes nationaux et internationaux (lois, décrets, conventions, protocoles, etc...) encadrant le ou les domaines

couverts. Au plan programmatique, l'alignement se traduira également par une cohérence entre les résultats attendu du DS et ceux poursuivis par les documents programmatiques déjà disponibles au niveau national et au niveau international. Dans cette démarche, une attention particulière devra être accordée aux indicateurs à retenir dans le DS. À titre d'exemple, tout document sous-sectoriel du secteur de la santé devra être en cohérence avec les résultats et les indicateurs du PNDS ainsi que ceux des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Annexe 2 : Analyses PESTEL, PORTER et 7S

• Analyse PESTEL (Politique, Économique, Sociologique, Technologique, Environnemental, Légal)

L'analyse PESTEL, également appelée méthode ou modèle PESTEL, est un outil d'analyse stratégique qui vous permet d'identifier les facteurs externes (opportunités et menaces) qui peuvent avoir un impact, positif ou négatif, sur une entreprise. Il fournit un point de vue global sur l'environnement de l'entreprise. Alors que l'analyse PESTEL étudie les facteurs globaux pouvant influencer une décision, un marché ou une entreprise, l'analyse SWOT étudie ces facteurs au niveau d'une entreprise, d'un projet, ou d'un produit.

Le modèle PESTEL s'articule autour des 6 composantes suivantes :

- **Politique** : ensemble des décisions prises par les gouvernements (politique fiscale, commerce extérieur...) ;
- **Économique** : ensemble des facteurs qui impactent le pouvoir d'achat et le comportement des consommateurs (revenu disponible, chômage, taux d'intérêt...) ;
- **Sociologique** : ensemble des caractéristiques sociales influençant le pouvoir d'achat (démographie, niveau d'éducation, répartition des revenus, attitude de loisir et de travail, mobilité sociale...) ;
- **Technologique** : ensemble des nouveautés technologiques susceptibles de perturber le marché (dépenses publiques de recherche et développement, nouveaux brevets, découvertes...) ;
- **Environnemental** : ensemble des facteurs liés à l'environnement influençant la manière d'exercer l'activité (traitement des déchets, émission de pollution...) ;
- **Légal** : ensemble des lois et des règlements impactant le cadre légal dans lequel évolue l'entreprise.

Source : <https://www.lecoindesentrepreneurs.fr/analyse-pestel-definition-outil-et-composants/>

• Analyse PORTER

La méthode des 5 forces de Porter est un outil d'analyse stratégique qui permet d'évaluer la concurrence sur un marché. Elle consiste en une étude de 5

éléments dans le but de définir, avec précision, les opportunités et les menaces qui pèsent sur une entreprise. Cette méthode a été mise au point par Michael Porter, professeur de stratégie d'entreprise. Dans le cadre d'un diagnostic, elle s'emploie durant l'analyse stratégique externe.

Pour Porter, la concurrence dépend des 5 forces suivantes :

- le degré de rivalité avec les concurrents;
- la menace des nouveaux entrants;
- la menace des produits de substitution;
- le pouvoir de négociation des fournisseurs;
- et le pouvoir de négociation des clients.

Source : <https://www.lecoindesentrepreneurs.fr/5-forces-de-porter-analyse-concurrence/>

• **Modèle des 7S**

Il s'agit d'un outil d'analyse organisationnel mis au point par le cabinet de conseil McKinsey, dans les années 80. Ce modèle met en relief les sept domaines de performance internes aux entreprises devant être alignés. Interdépendants, ils se renforcent mutuellement.

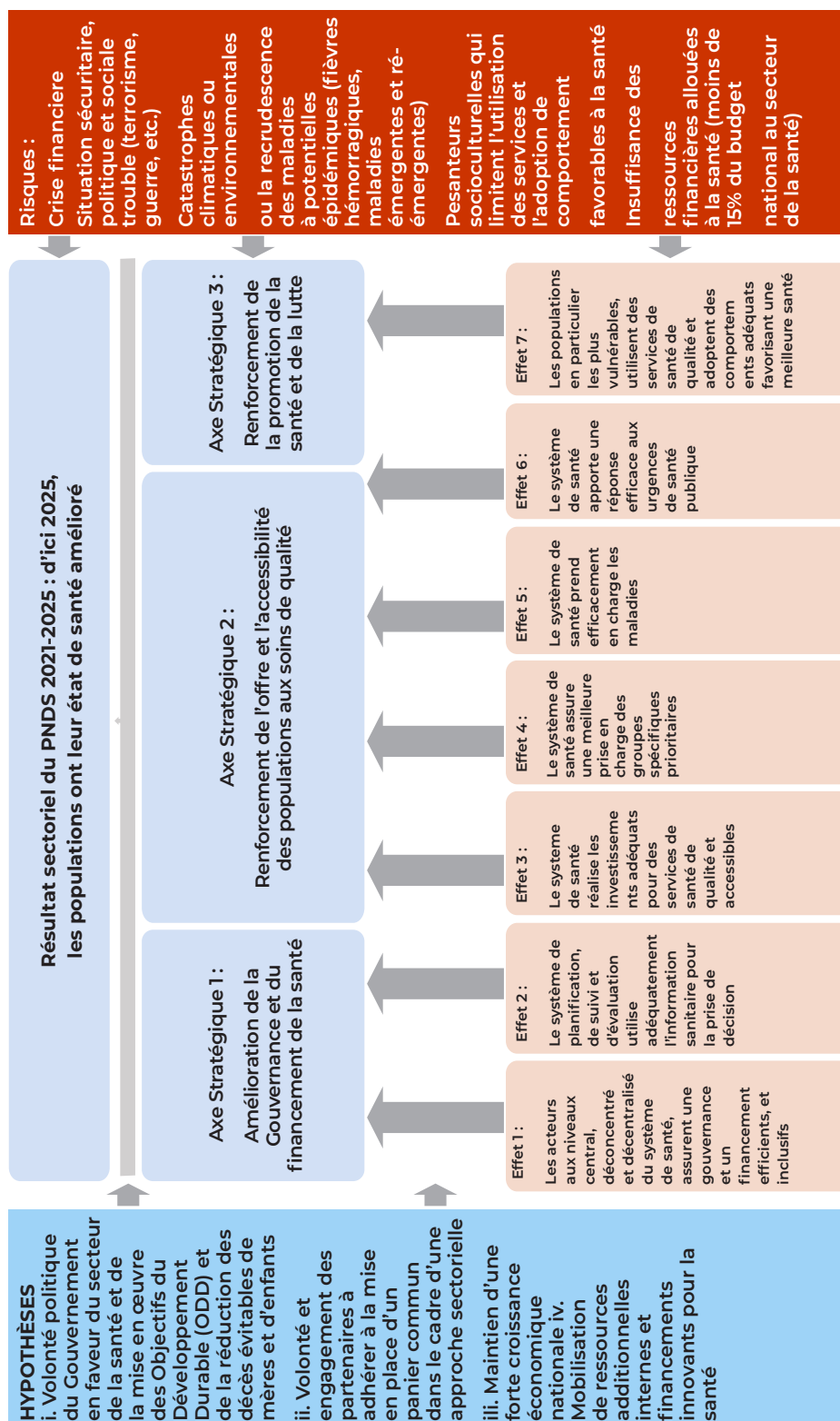
En Anglais, leur nom débute par «S», d'où les «7S» :

- xiii.Strategy (Stratégie) : les décisions et allocations de ressources sur le long-terme pour améliorer la compétitivité et la rentabilité de l'entreprise.
- xiv.Structure (Structure) : l'organisation des différentes unités (services, filiales, etc.), les liens existants entre chaque, leurs caractéristiques (taille, localisation...).
- xv. Systems (Systèmes) : les processus, les procédures, les modes opératoires pour faire fonctionner l'organisation. Ils concernent tous les domaines: de la finance aux RH, en passant par le marketing. A noter que les processus sont transversaux. Ils ne s'arrêtent pas à la frontière des services. Il est aussi question des systèmes de décision.
- xvi.Style (Style) : le leadership exercé, le style de management implanté dans l'entreprise : démocratique, participatif, etc. Il est influencé par la culture.
- xvii.Staff (Equipe) : les caractéristiques du personnel (nombre, métiers, profils...).
- xviii. Skills (Compétences) : les compétences détenues individuellement et collectivement.

xix.Shared Value (Valeur partagée) : les éléments de culture d'entreprise, de croyances, mais aussi de mission et de vision.

Source : <https://www.manager-go.com/organisation-entreprise/dossiers-methodes/cadre-7s-de-mckinsey>

Annexe 3 : Présentation graphique d'une théorie du changement



Source : PNDS 2021-2025

