

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



GUIDE DE GESTION DU PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA)

destiné aux centres de responsabilité du
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Première édition
septembre 2012



IC Net アール・シー・ネット



CTB SÉNÉGAL



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



GUIDE DE GESTION DU PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA)

destiné aux centres de responsabilité du
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Première édition

septembre 2012

**REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**

COPYRIGHT © Ministère de la Santé et de l'Action Sociale,
Rue Aimé Césaire, Fann Résidence, Dakar, Sénégal

septembre 2012

Guide de Gestion du Plan de Travail Annuel (PTA) : destiné aux centres de responsabilité du
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ISSN : 2279-4301

Imprimé au Sénégal

La présente publication a été sponsorisée par :
l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

Préface

L'Etat du Sénégal s'est engagé, depuis le milieu des années 1990, dans un processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques, stratégies et programmes intégrés avec, comme objectif fondamental, une lutte plus efficiente contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique.

C'est ainsi que les plans nationaux de développement sanitaire ont été élaborés et mis en œuvre, de même que les différentes stratégies, des programmes de santé contribuant à les rendre opérationnels.

Le présent guide de gestion du Plan de Travail Annuel cadre avec l'accélération de la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS 2009-2018). Son objectif est de contribuer à l'atteinte des objectifs du Document de Politique Economique et Sociale (DPES) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Il est spécifiquement en conformité avec l'amélioration de la gestion du PTA. Il se propose de trouver des solutions aux différents problèmes liés à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des PTA.

Ce guide a été élaboré selon une approche participative avec une implication des centres de responsabilité du niveau central, des régions médicales et des districts sanitaires. Son utilisation par les acteurs permettra une prise en compte des priorités dans la planification, une meilleure mise en œuvre des projets/programmes de santé et une évaluation plus judicieuse des résultats attendus des PTA.

Il permettra aussi, à tous les acteurs, d'avoir la même compréhension dans la prise en charge des différentes phases de gestion du PTA. Il s'inscrit dans le modèle de gestion axée sur les résultats.

Le Guide de Gestion du Plan de Travail Annuel est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé en matière de planification, suivi et évaluation du PTA. Nous les engageons donc, ainsi que tous les partenaires, à se l'approprier et l'utiliser pour optimiser l'atteinte de nos objectifs.

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale



Awa Marie Coll SECK



Ce Guide a été élaboré à travers un processus de consultations auquel les agents et experts suivants ont généreusement consacré leurs temps et analyses.

Dr. Sidy AMAR, Adjoint au Médecin Chef de District, District Sanitaire Kédougou

Dr. Amadou Djibril BA, Coordonnateur, Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS), MSAS

Dr. Mactar CAMARA, Policy and Health Financing Specialist, USAID Sénégal

M. Alioune CISSOKHO, Assistant Administratif, PARSS/JICA

Dr. Siaka COULIBALY, Adjoint au Chef de Service : Service National d'Information Sanitaire (SNIS), MSAS

M. El Hadji Magatte DIA, Interprète/Traducteur, PARSS/JICA

Dr. Ibrahima Khaliloulahi DIA, Géographe de la Médecine, Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), MSAS

Dr. Moussa DIA, Chargé du Programme de Renforcement, Division des Soins de Santé Primaires (DSSP), MSAS

Dr. Papa Amadou DIACK, Directeur de la Santé, MSAS

M. Mamadou DIALLO, Chef de la Division de la Programmation et du Suivi des Appels d'Offres, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE), MSAS

M. Abdoul Aziz DIAGNE, Planificateur, Région Médicale Kédougou

M. Mohamed DIOH, Interprète/Traducteur, PARSS/JICA

Dr. Amadou Mbaye DIOUF, Médecin Chef de District, District Sanitaire Tambacounda

M. Dame FALL, Superviseur régional des SSP, Région Médicale Tambacounda

Mme Ndèye Counta FALL, Agent, Division des Soins de Santé Primaires (DSSP), MSAS

M. Ndiouga FALL, Chargé de Programme, Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS), MSAS

Pr. Oumar FAYE, (ex) Directeur de la Santé, MSAS

M. Amadou FOFANA, Superviseur régional des SSP, Région Médicale Kédougou

Mme Mayumi FUJIYAMA, Expert en Suivi/Evaluation 1, PARSS/JICA

M. Daniel GAKOU, Planificateur régional, Région Médicale Tambacounda

Dr. Barnabé GNING, Adjoint Médecin Chef de Région, Région Médicale Tambacounda

Mme Kanae GOUGIS, Expert en Suivi/Evaluation 1, PARSS/JICA

M. Atsuyuki KADO, Adjoint au Conseiller Principal du Projet, PARSS/JICA

M. Shogo KANAMORI, Conseiller Principal, PARSS/JICA

Dr. Francisco Flores KATAYAMA, Expert Systèmes d'Information Sanitaire, PARSS/JICA

Mme Yu KAWAZOE, Expert en Suivi/Evaluation 1, PARSS/JICA

Mme Yoko KOTOURA, Adjointe au Représentant Résident, JICA Sénégal

Dr. Ndèye Codou LAKH, Chef de la Division des Soins de Santé Primaires (DSSP), MSAS

Mme Rui MATSUNO, Expert en Suivi/Evaluation 2, PARSS/JICA

M. Papa Ousmane MBOW, Chargé de Programme Planification, Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS), MSAS

Mme Ikumi MINATO, Adjointe au Représentant Résident, JICA Sénégal

Dr. Mari NAGAI, Conseiller technique, MSAS

M. Ababacar NDIAYE, Assistant Administratif, PARSS/JICA

Dr. Abibou NDIAYE, Médecin Chef de Région, Région Médicale Kédougou

Mme Ndèye Maguette Guèye NDIAYE, Chargée de Programme, Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS), MSAS

Dr. Papa NDIAYE, Maître de Conférence Agrégé en Santé Publique, UCAD

Dr. Mame Cor NDOUR, Abt/USAID

Mme Aïssatou Sall PADANE, Responsable Bureau du Partenariat, Région Médicale Tambacounda

M. Youssoufa SAGNA, Chef de la Division de la Programmation et Suivi Budgétaire, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE), MSAS

Mme Dieng Coumba Aby SARR, Chargée de Programme Économie et Finances, Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS), MSAS

M. Cory SENE, Consultant en Matière de Recherche, PARSS/JICA

Dr. Doudou SENE, Chef de Service, Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), MSAS

Dr. Adrien SONKO, Médecin Chef de Région, Région Médicale Tambacounda

Dr. Seydou SOW, Coordonnateur de la Recherche, PARSS/JICA

M. Djibril SY, Interprète/Traducteur, PARSS/JICA

M. Mamadou Moustapha SY, Assistant Administratif, PARSS/JICA

M. Sidy SY, Agent, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE), MSAS

Mme Saly THIAM, Agent, Division des Soins de Santé Primaires (DSSP), MSAS

Mme Akiko TSURU, Expert en Suivi/Evaluation 3, PARSS/JICA

Mme. Olivia VELLA, Coresponsable PAGOSAN, Agence Belge de Développement

Dr. Mamadou WADE, Directeur du Centre de Formation, Centre de Formation Régional en Santé de Tambacounda

ACRONYMES

ACT	Artemisinin-based Combination Therapy (Combinaison à Base d'Artémisinine)
ANASEP	Alliance Nationale pour la Sécurité des Patients
ARV	Anti Rétro-Viraux
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CCS	Comité de coordination et de suivi
CHR	Centre Hospitalier Régional
CIS	Comité Interne de Suivi
CPN	Consultation Prénatale
CRFS	Centre Régional de Formation en Santé
CS	Centre de Santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
EPS	Etablissement Public de Santé
EPSH	Etablissement Public de Santé Hospitalier
FAR	Femme en Age de Reproduction
FBR	Financement Basé sur le Résultat
FE	Femme Enceinte
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information-Education-Communication
IEC/CCC	Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTN	Maladies Tropicales Négligées

NNé	Nouveau-né
NRS	Nourrissons
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PARSS	Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé au Sénégal
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Président de Communauté Rurale
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
POCL-Santé	Plan Opérationnel des Collectivités Locales en matière de Santé
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RM	Région Médicale
RVO	Réhydratation par Voie Orale
SFE	Sage-Femme d'Etat
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-né
Service rég.	Service régionale
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TB	Tuberculose
TNN	Tétanos Néonatal
TPI	Traitement Préventif Intermittent
VA	Valeur Absolue
VAT	Vaccin Anti-Tétanique
VR	Valeur Relative
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

Table Des Matières

INTRODUCTION	1
CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU GUIDE.....	2
PREMIERE PARTIE : PRINCIPES DE GESTION DU PTA.....	5
1. ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE ET PLANIFICATION ANNUELLE	7
1.1. APERÇU DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE AU NIVEAU DE LA REGION ET DU DISTRICT	7
1.2. CADRE DE PLANIFICATION	8
1.3. SOURCES DE FINANCEMENT ET INCIDENCE BUDGETAIRE POUR L'ELABORATION DES PTA	10
1.3.1. <i>Budget de l'Etat</i>	10
1.3.2. <i>Contribution des collectivités locales</i>	12
1.3.3. <i>Contributions des partenaires au développement</i>	12
1.3.4. <i>Recettes propres des formations sanitaires</i>	12
1.3.5. <i>Autres sources</i>	12
2. CADRE CONCEPTUEL DE PLANIFICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PTA	13
2.1. DEFINITIONS ET CONCEPTS.....	13
2.2. CADRE CONCEPTUEL DU PTA	14
2.3. SUIVI ET EVALUATION.....	16
2.3.1. <i>Types d'indicateurs</i>	16
2.3.2. <i>Détermination des objectifs à la phase de planification</i>	17
2.3.3. <i>Suivi de l'exécution du PTA</i>	18
2.3.4. <i>Evaluation du PTA</i>	18
3. CYCLE ANNUEL DE PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION DU PTA.....	19
3.1. PRINCIPES GENERAUX DU CYCLE DE PLANIFICATION	19
3.2. CYCLE ANNUEL DE GESTION DU PTA	20
4. MODELES D'OUTILS DE GESTION DU PTA POUR LA PLANIFICATION, LE SUIVI ET L'EVALUATION ANNUELS	23
4.1. OUTILS DE PLANIFICATION.....	24
4.1.1. <i>Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible)</i>	24
4.1.2. <i>Formulaire B (de planification)</i>	29
4.1.3. <i>Formulaire C (de consolidation du budget)</i>	34
4.1.4. <i>Formulaire D (de suivi)</i>	35
4.2. MODELE DE CANEVAS DE SUIVI.....	36
4.3. MODELE DE CANEVAS D'EVALUATION	39

DEUXIEME PARTIE : ASPECTS PRATIQUES DE LA GESTION DU PTA	41
5. PHASE DE PLANIFICATION	43
5.1. NOTIFICATION DES DIRECTIVES POUR L'ELABORATION DES PTA	45
5.2. ORIENTATION OU FORMATION DES CENTRES DE RESPONSABILITE	45
5.3. NOTIFICATION DES BUDGETS	46
5.4. IDENTIFICATION DU BUDGET DISPONIBLE (ETAT, PARTENAIRES, COLLECTIVITES LOCALES, RECETTES PROPRES)	46
5.4.1. <i>Budget de l'Etat</i>	46
5.4.2. <i>Contributions des partenaires</i>	46
5.4.3. <i>Contributions des collectivités locales</i>	46
5.4.4. <i>Recettes propres des formations sanitaires</i>	47
5.4.5. <i>Autres ressources</i>	47
5.5. ELABORATION ET PRESENTATION DU PTA INCLUANT LES POCL-SANTE	47
5.5.1. <i>Etape 1 : Atelier d'identification des besoins communautaires et des formations sanitaires, et détermination des dispositions pratiques pour l'élaboration des PTA</i>	47
5.5.2. <i>Etape 2 : Atelier d'élaboration des PTA des centres de responsabilités</i>	48
5.6. SYNTHESE, VALIDATION ET TRANSMISSION DES PTA	49
5.6.1. <i>Etape 1 : Synthèse du PTA</i>	49
5.6.2. <i>Etape 2 : Atelier d'arbitrage et de validation des versions initiales des PTA</i>	50
5.7. ARBITRAGE ET VALIDATION DES PTA AU NIVEAU NATIONAL	51
5.8. FINALISATION DU PTA	51
6. PHASE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI	52
6.1. REUNION MENSUELLE DE COORDINATION (SUIVI DE L'EXECUTION) AU NIVEAU DU DISTRICT ET DES SERVICES REGIONAUX	54
6.2. RAPPORT TRIMESTRIEL DE SUIVI DU PTA AU NIVEAU DU DISTRICT ET DES SERVICES REGIONAUX	55
6.3. REUNION TRIMESTRIELLE DE COORDINATION (SUIVI DE L'EXECUTION) AU NIVEAU REGIONAL	56
6.4. RAPPORT TRIMESTRIEL DE SUIVI DU PTA AUX NIVEAUX CENTRAL ET REGIONAL	57
6.5. REUNION DU COMITE INTERNE DE SUIVI (CIS)	57
6.6. SUPERVISION	58
6.7. MONITORING SEMESTRIEL	58
7. PHASE D'EVALUATION	59
7.1. EVALUATION DES PERFORMANCES AU NIVEAU DU DISTRICT ET DES SERVICES REGIONAUX	61
7.1.1. <i>Etape 1 : Rapport annuel de performance</i>	61
7.1.2. <i>Etape 2 : Réunion de partage du rapport de performance au niveau des districts et des services régionaux</i>	61

7.1.3.	<i>Etape 3 : Finalisation du rapport de performance et transmission à la région médicale ..</i>	62
7.2.	EVALUATION DES PERFORMANCES AUX NIVEAUX DES SERVICES CENTRAUX ET DE LA REGION MEDICALE	62
7.2.1.	<i>Etape 1 : Réunion annuelle d'évaluation des performances aux niveaux des services centraux et de la région médicale</i>	63
7.2.2.	<i>Etape 2 : Elaboration et présentation du rapport annuel des performances des services centraux et de la région médicale</i>	64
7.3.	EVALUATION DES PERFORMANCES NATIONALES	64
TROISIEME PARTIE : ASPECTS PRATIQUES POUR L'ELABORATION DU CALENDRIER ANNUEL ET L'ESTIMATION DES COUTS DE GESTION DU PTA		65
8.	PHASE D'ELABORATION DU CALENDRIER ANNUEL DE GESTION DU PTA	67
8.1.	ELABORATION DU CALENDRIER ANNUEL DE LA REGION MEDICALE	67
8.2.	ELABORATION DU CALENDRIER ANNUEL PAR LES FORMATIONS SANITAIRES.....	70
9.	PHASE D'ESTIMATION DES COUTS DE GESTION DU PTA	72
9.1.	CALCUL DES BUDGETS NECESSAIRES POUR LA REGION MEDICALE, LES SERVICES REGIONAUX ET LES DISTRICTS SANITAIRES.....	72
9.2.	CONDITIONS POUR UNE BONNE GESTION DU PTA.....	73
 ANNEXES :		
ANNEXE I : REFERENCE POUR LE REMPLISSAGE DU FORMULAIRE A		I
ANNEXE II : REFERENCE POUR LE REMPLISSAGE DU FORMULAIRE B		VII
ANNEXE III : OUTILS POUR EVALUER LA COMPLETUDE DU PTA.....		xv
CD-ROM CONTENANT TOUS LES OUTILS ET CANEVAS NECESSAIRES POUR LA GESTION DU PTA (CD JOINT A CE GUIDE)		
 LISTE DE TABLEAUX :		
TABLEAU I : REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR DISTRICT SANITAIRE EN 2011		7
TABLEAU II : REPARTITION DU BUDGET (EN FCFA) DE L'ETAT PAR RUBRIQUE POUR L'ANNEE 2012		10
TABLEAU III : LISTE DES RUBRIQUES DE DEPENSES DE FONCTIONNEMENT		11
TABLEAU IV : DESCRIPTION DES ELEMENTS CENTRAUX DE LA LOGIQUE DE PLANIFICATION		15
TABLEAU V : EXEMPLE DE DETERMINATION DES CIBLES		18
TABLEAU VI : CYCLE DE PLANIFICATION.....		19
TABLEAU VII : CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES ETAPES DU PTA		20
TABLEAU VIII : MODELES DE GESTION DU PTA.....		23
TABLEAU IX : CONTENU DU FORMULAIRE A (D'INDICATEURS DE PERFORMANCE ET DE DETERMINATION DE LA CIBLE).....		25

TABEAU X : CONTENU DU FORMULAIRE B (DE PLANIFICATION).....	30
TABEAU XI : PREVISIONS TRIMESTRIELLES DANS LE FORMULAIRE D (DE SUIVI)	35
TABEAU XII : CONTENU DU FORMULAIRE D (DE SUIVI).....	36
TABEAU XIII : CONTENU DU FORMULAIRE E (D'EVALUATION).....	39
TABEAU XIV : CALENDRIER DES ETAPES DE LA PLANIFICATION.....	43
TABEAU XV : DISPOSITIONS POUR L'ETAPE ORIENTATION / FORMATION.....	45
TABEAU XVI : DISPOSITIONS POUR L'ATELIER D'IDENTIFICATION DES BESOINS COMMUNAUTAIRES ET DES FORMATIONS SANITAIRES.....	48
TABEAU XVII : DISPOSITIONS POUR L'ATELIER D'ARBITRAGE DES ACTIVITES ET DEPENSES PROPOSEES POUR CHAQUE SOUS-COMPOSANTE	49
TABEAU XVIII : DISPOSITIONS POUR L'ATELIER DE REVISION DE LA VERSION INITIALE DU PTA	50
TABEAU XIX : CALENDRIER DES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI	52
TABEAU XX : DISPOSITIONS POUR LA REUNION MENSUELLE DE COORDINATION AU DISTRICT SANITAIRE	54
TABEAU XXI : DISPOSITIONS POUR LA REUNION TRIMESTRIELLE DE COORDINATION AU NIVEAU REGIONAL	56
TABEAU XXII : CALENDRIER DES ETAPES D'EVALUATION.....	59
TABEAU XXIII : DISPOSITIONS POUR LA REUNION ANNUELLE D'EVALUATION DES PERFORMANCES AU NIVEAU DISTRICT.....	62
TABEAU XXIV : DISPOSITIONS PROPOSEES POUR LA REUNION ANNUELLE D'EVALUATION DES PERFORMANCES AUX NIVEAUX DES SERVICES CENTRAUX ET DE LA REGION MEDICALE	63
TABEAU XXV : FORMULAIRE POUR L'ELABORATION DU CALENDRIER DE L'ANNEE BUDGETAIRE N DE LA REGION MEDICALE.....	68
TABEAU XXVI : FORMULAIRE POUR L'ELABORATION DU CALENDRIER ANNUEL DES DISTRICTS SANITAIRES ET SERVICES REGIONAUX POUR L'ANNEE BUDGETAIRE N.....	70
TABEAU XXVII : FORMULAIRE POUR L'ESTIMATION DU BUDGET ANNUEL NECESSAIRE POUR LA REGION MEDICALE	72
TABEAU XXVIII : FORMULAIRE POUR L'ESTIMATION DU BUDGET ANNUEL NECESSAIRE POUR LE DISTRICT SANITAIRE ET LES SERVICES REGIONAUX	73

LISTE DE FIGURES :

FIGURE 1 : TYPES DE PLAN	8
FIGURE 2 : PROCESSUS D'ELABORATION DU PTA.....	9
FIGURE 3 : LOGIQUE DE PLANIFICATION.....	15
FIGURE 4 : CHAINE DES RESULTATS.....	16
FIGURE 5 : EXEMPLE D'ORGANIGRAMME DE LA CHAINE DES RESULTATS	17
FIGURE 6 : CYCLE DE PLANIFICATION (EXEMPLE DE L'ANNEE 2012)	19
FIGURE 7 : MISE EN ŒUVRE DES ÉTAPES DU PTA AU NIVEAU CENTRAL	21
FIGURE 8 : MISE EN ŒUVRE DES ÉTAPES DU PTA AU NIVEAU RÉGIONAL.....	22

FIGURE 9 : ETAPES DE LA PLANIFICATION	44
FIGURE 10 : ETAPES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI	53
FIGURE 11 : ETAPES D’EVALUATION	60
FIGURE 12 : CYCLE DE PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION DE LA GESTION DU PTA.....	67

LISTE DE ENCADRES :

ENCADRE 1 : OBJECTIFS DU PTA.....	9
ENCADRE 2 : LIENS ET INTERDEPENDANCE ENTRE PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION	14
ENCADRE 3 : APERÇU DU MODÈLE DU PTA.....	24
ENCADRE 4 : DETERMINATION DU RESPONSABLE D’ACTIVITE DANS LE PTA.....	29
ENCADRE 5 : CONTENU DU RAPPORT TRIMESTRIEL DU SUIVI AU NIVEAU DU DISTRICT ET DES SERVICES RÉGIONAUX	55
ENCADRE 6 : CONTENU PROPOSE POUR LA SYNTHÈSE DU RAPPORT TRIMESTRIEL DE SUIVI AUX NIVEAUX CENTRAL ET REGIONAL	57
ENCADRE 7 : CONTENU DU RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE AU NIVEAU DU DISTRICT ET DES SERVICES REGIONAUX	61
ENCADRE 8 : CONTENU DU RAPPORT ANNUEL DES PERFORMANCES DES SERVICES CENTRAUX ET DE LA REGION MEDICALE.....	64
ENCADRE 9 : ACTIVITES DE GESTION DU PTA.....	73

Introduction

Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a introduit, dans le cadre de la planification opérationnelle, le plan de travail annuel (PTA) en 2008. Chaque centre de responsabilité du MSAS doit élaborer un PTA. Cependant, la gestion du PTA nécessite une parfaite maîtrise de ses différentes phases par les acteurs de la santé. Ces phases sont au nombre de trois : la planification, le suivi et l'évaluation.

Le Guide de gestion du PTA a pour but principal d'appuyer tous les acteurs impliqués dans la planification opérationnelle du MSAS. Il est utilisable lors des sessions d'orientation de ces acteurs et lors des phases de planification et de suivi et évaluation du PTA.

Le Guide comprend quatre parties :

- contexte et justification ;
- principes de gestion du PTA ;
- aspects pratiques de gestion du PTA ; et
- aspects pratiques de l'élaboration du calendrier annuel de gestion du PTA et de l'estimation des coûts de gestion du PTA.

Contexte et justification du Guide

Le Sénégal a élaboré en 2008 son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui s'inspire fortement du deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP2) 2006-2010 et reste en phase avec le Document de Politique Economique et Sociale (DPES) pour contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le PNDS marque une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Le PNDS repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion.

Les objectifs sectoriels du PNDS sont au nombre de quatre :

- (i) réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto-juvéniles ;
- (ii) accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- (iii) renforcer durablement le système de santé ; et
- (iv) améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, des outils de planification et des mécanismes de suivi-évaluation sont mis en place par le MSAS. Le système de planification comprend en plus du PNDS (plan stratégique décennal), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA). Le PTA prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales - Santé (POCL-Santé). Le CDSMT permet une meilleure allocation des ressources pour l'atteinte des objectifs fixés. Il constitue l'outil d'opérationnalisation du PNDS.

Le Plan de Travail Annuel (PTA) a été introduit dans le processus de planification sanitaire en 2008 à la place du Plan d'Opération (PO) qui ne répondait plus au contexte de gestion axée sur les résultats auquel le Sénégal s'est engagé. En effet, des insuffisances ont été notées au niveau des différentes phases de la gestion du PTA même si des efforts ont été faits pour assurer la cohérence entre les PTA et le cadre de dépense sectoriel à moyen terme (CDSMT). Ces insuffisances peuvent être résumées comme suit :

- Le lien entre les maquettes de planification et de suivi n'est pas toujours établi ;
- Les indicateurs de suivi ne sont pas toujours bien formulés ;
- Les indicateurs de performance sur lesquels devrait porter l'évaluation ne sont pas toujours définis au moment de la planification ;
- Le lien n'est pas fait entre les rapports de suivi et les rapports d'évaluation ;
- Les rapports de suivi et les rapports d'évaluation annuel ne sont pas institutionnalisés ;

- Les délais de production et de transmission des PTA et de fourniture des rapports périodiques ne sont pas respectés ; et
- Il n'existe pas de mécanisme formel d'arbitrage du budget aux niveaux régional et central.

En réponse à ces différentes préoccupations, le MSAS, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, a élaboré le présent guide de gestion du PTA en vue d'améliorer la mise en œuvre du PNDS.

Première partie : principes de gestion du PTA

1. Organisation des services de santé et planification annuelle

Cette partie donne un aperçu sur l'organisation des services de santé au niveau de la région et le cadre de planification.

1.1. Aperçu de l'organisation des services de santé au niveau de la région et du district

Le Sénégal compte 14 régions médicales et 76 districts sanitaires.

La région médicale contrôle et coordonne la mise en œuvre des activités menées dans toutes les formations sanitaires. Elle comprend des bureaux et des services autonomes (les bureaux de la RM, la brigade régionale d'hygiène, centre hospitalier, la pharmacie régionale d'approvisionnement et le centre régional de formation en santé, etc.). Le district sanitaire comprend un centre de santé ou hôpital de district autour duquel gravitent des postes de santé.

La répartition des formations sanitaires par région est indiquée dans le Tableau I.

Tableau I : Répartition des formations sanitaires par district sanitaire en 2011

Région médicale	District sanitaire	Population		Centre de santé	Poste de santé	Case de santé (en 2010)*
1. DAKAR	1. Dakar Sud	2.703.200	195.500	2	23	26
	2. Dakar Centre		329.321	4	19	
	3. Dakar Ouest		163.092	3	9	
	4. Dakar Nord		390.210	5	16	
	5. Guediawaye		324.113	1	17	
	6. Pikine		364.424	1	17	
	7. Keur Massar		320.047	1	11	
	8. Mbao		276.487	1	18	
	9. Rufisque		279.730	0	21	
	10. Diamniadio		60.276	1	11	
2. DIOURBEL	1. Bambey	1.442.419	334.973	1	25	69
	2. Diourbel		288.313	1	27	
	3. Mbacké		151.501	1	19	
	4. Touba		667.632	2	39	
3. FATICK	1. Fatick	795.291	206.926	1	24	131
	2. Dioffior		83.229	1	14	
	3. Niakhar		80.620	1	7	
	4. Passy		103.177	1	9	
	5. Foundiougne		43.530	2	8	
	6. Sokone		161.275	1	16	
	7. Gossas		116.534	1	9	
4. KAFFRINE	1. Birkelane	589.417	112.530	1	10	102
	2. Kaffrine		209.620	0	13	
	3. Koungheul		169.866	1	18	
	4. Malem Hoddar		97.401	1	9	
5. KAOLACK	1. Guinguineo	840.639	110.058	1	14	228
	2. Kaolack		262.728	1	42	
	3. Ndoofane		159.802	1	15	
	4. Niore		308.051	1	19	
6. KEDOUGOU	1. Kedougou	137.485	75.395	1	10	56
	2. Salemata		21.722	1	5	
	3. Saraya		40.368	1	10	
7. KOLDA	1. Kolda	638.318	240.394	1	36	160
	2. Medina Yoro Foulah		118.859	1	10	
	3. Velingara		279.065	1	25	

8. LOUGA	1. Darou Mousty	905.968	91.736	2	12	270
	2. Kebemer		185.569	2	15	
	3. Linguere		114.418	0	6	
	4. Dahra		137.003	1	13	
	5. Coki		64.253	1	8	
	6. Keur Momar SARR		77.097	1	12	
	7. Louga		159.673	1	15	
	8. Sakal		76.219	1	11	
9. MATAM	1. Kanel	582.273	230.556	1	36	27
	2. Matam		222.644	2	19	
	3. Ranerou-Ferlo		59.313	1	11	
	4. Thilogne		69.760	1	9	
10. SAINT LOUIS	1. Richard Toll	953.884	153.617	0	19	155
	2. Dagana		100.801	1	14	
	3. Pete		171.645	2	26	
	4. Podor		239.957	1	30	
	5. Saint Louis		287.864	2	21	
11. SEDHIOU	1. Bounkiling	455.773	117.717	1	18	54
	2. Goudomp		161.272	1	11	
	3. Sedhiou		176.784	0	14	
12. TAMBACOUNDA	1. Kidira	680.316	59.582	1	14	102
	2. Bakel		94.379	1	18	
	3. Goudiry		65.120	1	10	
	4. Dianke makha		35.138	1	5	
	5. Koumpentoum		144.234	1	11	
	6. Tambacounda		211.386	1	25	
	7. Makacolibantang		70.477	1	3	
13. THIES	1. Joal-Fadhiouth	1.743.701	79.022	1	7	259
	2. Mbour		302.055	2	24	
	3. Popenguine		78.242	1	9	
	4. Thiadiaye		162.171	1	9	
	5. Thies		386.939	1	29	
	6. Pout		110.786	1	9	
	7. Khombole		137.199	1	17	
	8. Tivaouane		316.237	0	25	
	9. Mekhe		171.050	1	14	
14. ZIGUINCHOR	1. Diouloulou	746.857	87.905	1	14	83
	2. Bignona		174.868	1	29	
	3. Thionk-Essyl		70.622	1	13	
	4. Oussouye		67.888	1	14	
	5. Ziguinchor		345.574	1	30	
TOTAL		76	13.215.541	88**	1.244	1.722

Source : Carte Sanitaire 2010 et Carte Sanitaire 2011, SNIS/MSAS

* Les données de 2011 concernant la répartition des cases de santé ne sont pas encore disponibles.

** Au total parmi les 88 établissements de santé, 24 postes de santé jouent le rôle de centre de santé.

1.2. Cadre de planification

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 est le document de référence du MSAS en matière de planification. Il sert de plate-forme au cadre de dépenses triennal désigné sous le nom de Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) et au Plan de Travail Annuel (PTA) (Figure 1).

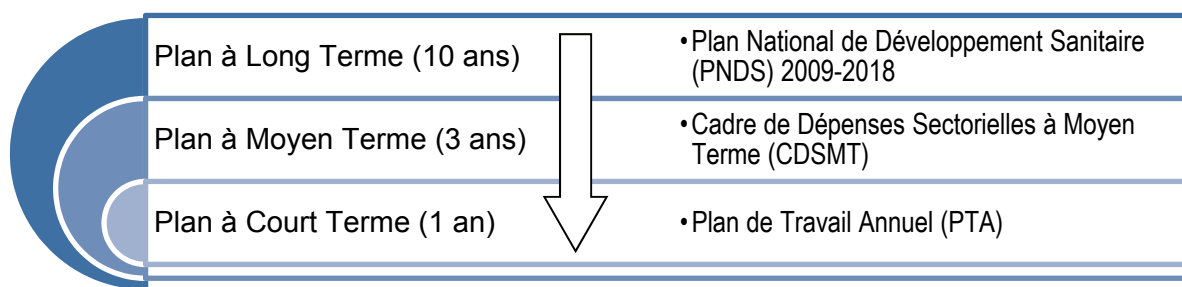


Figure 1 : Types de plan

Dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, le PTA a été introduit au ministère en charge de la santé comme outil de planification, de suivi et d'évaluation des activités. Il permet aux centres de responsabilité d'élaborer des plans d'action et de faire des prévisions budgétaires par programme fonctionnel, compte tenu des cibles fixées dans le CDSMT.

En début de processus, la CAS/PNDS adresse aux services centraux et aux régions médicales les directives et outils relatifs au PTA. Au niveau opérationnel, les districts sanitaires et services régionaux élaborent et soumettent leurs PTA (incluant les POCL-Santé pour les districts sanitaires) à la région médicale qui en fait une synthèse après arbitrage et validation. Cette synthèse est ensuite transmise à la CAS/PNDS (Figure 2).

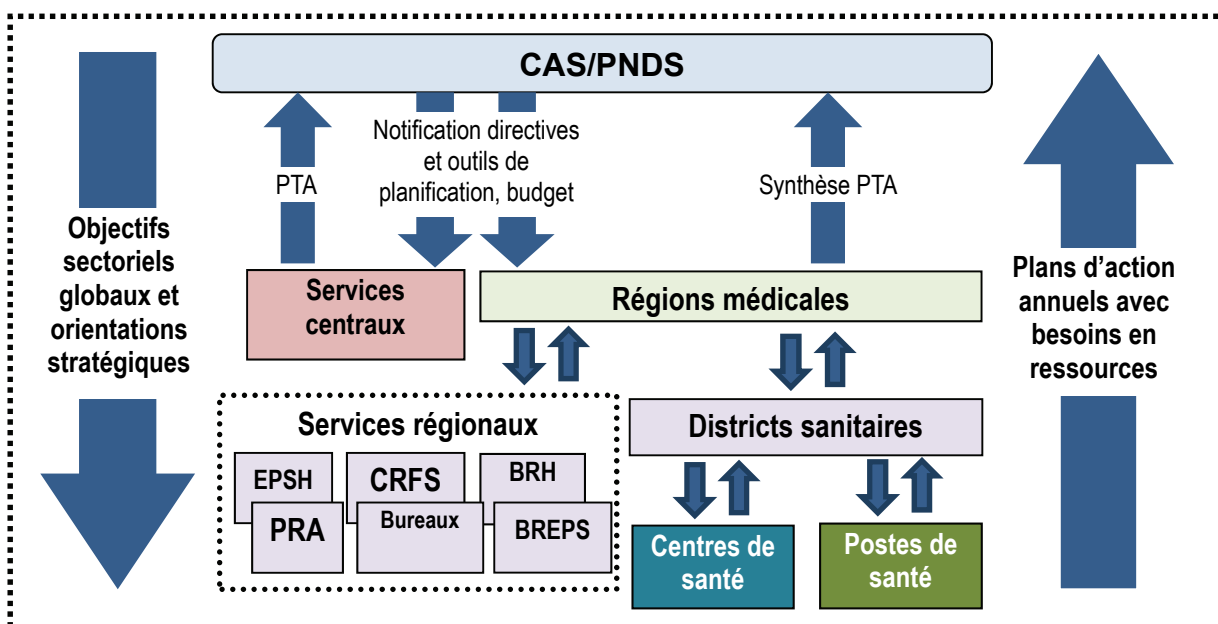


Figure 2 : Processus d'élaboration du PTA

Encadré 1 : Objectifs du PTA

L'objectif général et les objectifs spécifiques du PTA sont présentés comme suit.

Objectif général du PTA :

- Améliorer les indicateurs de performance du ministère en charge de la santé dans un contexte de GAR

Objectifs spécifiques du PTA :

1. Aligner les interventions aux objectifs prioritaires du PDNS ;
2. Assurer l'efficacité dans l'utilisation des ressources ;
3. Créer les conditions permettant aux collectivités locales d'améliorer la planification ;
4. Encourager le dialogue et la transparence entre les acteurs du secteur ;
5. Accroître la responsabilité des acteurs ; et
6. Promouvoir la culture du « rendre compte ».

1.3. Sources de financement et incidence budgétaire pour l'élaboration des PTA

Le budget du ministère provient de diverses sources de financement : (a) budget de l'État, (b) contribution des collectivités locales, (c) contributions des partenaires au développement, (d) recettes propres, et (e) autres sources. Les centres de responsabilité doivent donc élaborer leur PTA sur la base du budget disponible issu de ces différentes sources de financement.

1.3.1. Budget de l'Etat

La partie du budget de l'État concernant le MSAS est subdivisée en 5 rubriques budgétaires : (i) dépenses de personnel, (ii) dépenses de fonctionnement hors personnel, hors transfert, (iii) dépenses de transfert, (iv) dépenses en capital, et (v) transfert en capital. Le Tableau II donne un aperçu sur le budget de l'État alloué au MSAS pour l'année 2012.

Tableau II : Répartition du budget (en FCFA) de l'Etat par rubrique pour l'année 2012

Titres	Rubriques	Provisions pour 2012 (FCFA)	%
2.	Dépenses de personnel	36.532.629.086	33,1%
3.	Dépenses de fonctionnement (hors personnel, hors transfert)	10.122.322.000	9,2%
4.	Dépenses de transfert	24.902.337.000	22,5%
5.	Dépenses en capital	36.086.000.000	32,7%
6.	Transfert en capital	2.859.000.000	2,6%
	Total	110.505.288.086	100,0%

Source : Rapport de Présentation du Projet de Budget 2012, MSAS

Parmi les cinq rubriques budgétaires, le PTA tiendra compte des «dépenses de fonctionnement». Dans la pratique, la majorité des articles de dépenses sous la rubrique «dépenses de fonctionnement» sont des dépenses de routine. Ces dernières sont en grande partie regroupées dans la Composante «Fonctionnement des Services d'Administration Sanitaire» du CDSMT.

Une liste des rubriques de dépenses de fonctionnement est fournie dans le Tableau III.

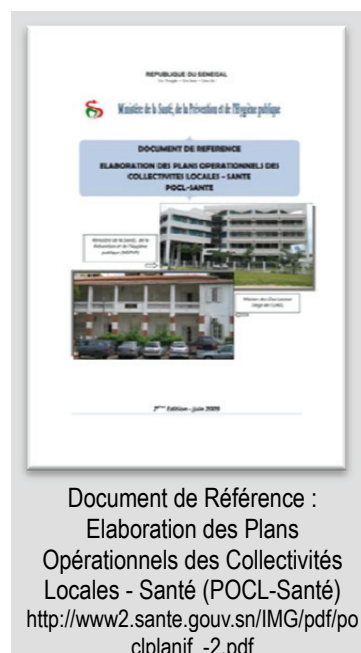
Tableau III : Liste des rubriques de dépenses de fonctionnement

Par.	Lig.	Libellés
1	1	Fournitures de bureau
	2	Matériel et produits d'entretien
	3	Consommables informatiques
	4	Carburant
	5	Matériel de bureau
	6	Abonnements
	7	Matériels pédagogiques et didactiques
	9	Autres fournitures
2	1	Entretien et maintenance matériel informatique (Matériel informatique)
	2	Entretien maintenance mobilier bureau
	4	Entretien maintenance bâtiment
	6	Entretien et réparation véhicules
	8	Maintenance Matériel et équipement administratif
	9	Autres entretien et maintenance
3	1	Mission d'assistance et de conseil
	4	Service extérieurs de gardiennage
	5	Frais d'impression ou de publicité
	9	Autres prestations de services
4	9	Autres Matériel et outillages techniques
5	1	Eau
	2	Electricité
6	1	Frais de poste et d'affranchissement
	2	Téléphone
	5	Internet
	9	Autres dépenses de communication
7	9	Autres loyers et charges locatives
8	1	Frais missions Intérieur du pays
	2	Frais de missions à l'extérieur de pays
	5	Billets d'avion Agent et famille
9	1	Frais de réception et d'hébergement
	2	Fêtes et cérémonies
	6	Conférence, congrès et séminaires
	7	Alimentation corps de troupe
	8	Habilllements et accessoires
	9	Autres achats biens et services

* Les postes de dépenses qui étaient utilisés en réalité dans le « Rapport de Présentation du Projet de Budget 2012 » ont été extraits et énumérés ci-dessus.

1.3.2. Contribution des collectivités locales

Les collectivités locales contribuent au financement de la santé à travers le fonds de dotation (FDD), leurs fonds propres et/ou la coopération décentralisée. Dans le cadre du transfert de compétences en matière de santé, elles élaborent un POCL-Santé qui prend en compte les préoccupations sanitaires locales ainsi que les orientations du PNDS. L'élaboration des POCL-Santé précède celle du PTA au niveau des formations sanitaires. Les principes et étapes d'élaboration des POCL-Santé sont expliqués de façon détaillée dans le document de Référence : « Élaboration des Plans Opérationnels des Collectivités Locales – Santé (POCL-Santé) ».



1.3.3. Contributions des partenaires au développement

Les partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux ainsi que les organisations non gouvernementales contribuent au financement des activités de la santé de manière appréciable.

Le mécanisme de financement, la catégorisation du budget et le cycle budgétaire varient selon le partenaire et peuvent aussi être différents de ceux du Gouvernement du Sénégal.

1.3.4. Recettes propres des formations sanitaires

Elles sont constituées par les revenus issus du recouvrement des coûts des prestations de services. Ces revenus sont destinés, entre autres, au fonctionnement des formations sanitaires, au financement des programmes de santé et à l'achat des médicaments.

1.3.5. Autres sources

Elles sont représentées par les revenus provenant des dons, legs, etc.

2. Cadre conceptuel de planification, de suivi et d'évaluation du PTA

Cette partie décrit les objectifs de la planification, du suivi et de l'évaluation dans un contexte de gestion axée sur les résultats (GAR). Elle fournit également des définitions et principes fondamentaux liés à la planification, au suivi et à l'évaluation.

2.1. Définitions et concepts

Il existe plusieurs définitions pour ces concepts. Cette diversité de définitions est intéressante dans la mesure où elle permet d'identifier certains éléments qui se rapportent le plus à la GAR dans ce présent guide.

- La planification peut être définie comme étant le processus continu et dynamique permettant de définir les objectifs, d'élaborer les stratégies, de tracer les grandes lignes des dispositions de mise en œuvre et d'attribuer les ressources nécessaires à la réalisation d'activités, à la production d'extrants et à l'atteinte de ces objectifs.
- Le suivi est un processus continu par lequel les parties prenantes reçoivent un retour d'information sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs qu'elles se sont fixées.
- L'évaluation est une appréciation rigoureuse et souvent indépendante des activités ou des résultats réalisés ou en cours visant à déterminer le niveau de réalisation des objectifs fixés et de contribution à la prise de décision.

Une bonne planification, associée à un suivi et une évaluation efficaces, peut jouer un rôle fondamental dans l'amélioration de l'efficacité du plan de travail annuel, des programmes et des projets de développement.

Une bonne planification aide à se concentrer sur les résultats pertinents. Le suivi et l'évaluation permettent de tirer des leçons des réussites et des échecs passés et fournissent aussi les informations nécessaires à la prise de décisions.

En l'absence d'une planification, d'un suivi et d'une évaluation efficaces, il serait impossible de déterminer si les activités suivent la bonne direction et si des progrès et des succès ont été réalisés, pas plus que de savoir comment les efforts à venir pourraient être améliorés.

Le suivi et l'évaluation peuvent être appliqués à plusieurs domaines tels qu'une activité, un extrant, un plan de travail annuel, un projet, un programme, une stratégie, un sujet, un thème, un secteur ou une organisation. Par ailleurs, le suivi et l'évaluation ont des finalités similaires : fournir des informations pouvant aider à renseigner les décisions à prendre, améliorer la performance.

Les liens et l'interdépendance entre la planification, le suivi et l'évaluation peuvent être décrits dans l'Encadré 2.

Encadré 2 : Liens et interdépendance entre planification, suivi et évaluation

- La planification, le suivi et l'évaluation ne doivent pas nécessairement être abordés de manière séquentielle. La planification du suivi et de l'évaluation doit avoir lieu à l'étape de la planification. Selon Begin « Planifier, c'est appliquer un processus qui amène à décider quoi faire, comment le faire, et comment évaluer ce qui sera fait avant l'action c.-à-d. avant de le faire ».
- Toutes les activités menées par les centres de responsabilités doivent être basées sur les plans annuels composés des cibles à atteindre avant la fin de l'année avec des indicateurs clairement définis. En plus, les atteintes, compte tenu des cibles et indicateurs fixés, doivent être évaluées à la fin de l'année.
- L'élaboration des PTA et leur processus de suivi-évaluation doivent être basés sur la gestion axée sur les résultats.

2.2. Cadre conceptuel du PTA

Le cadre de planification est essentiellement organisé autour de quatre éléments : l'objectif, les extrants, les activités et les intrants. Dans le cadre du PTA, les objectifs, les indicateurs et les cibles annuelles sont déjà fixés au niveau national par le CDSMT. La cible régionale est la contribution de la région à l'atteinte de la cible nationale. Elle doit par conséquent être fixée au préalable pour la région et pour chaque district de la région.

La mise en œuvre d'une *activité* nécessite la mobilisation d'un certain nombre d'*intrants*. Plusieurs activités peuvent concourir à la réalisation d'un *extrant*. Plusieurs extrants peuvent contribuer à l'atteinte d'un *objectif*. La logique de planification avec les quatre éléments est illustrée dans la Figure 3.

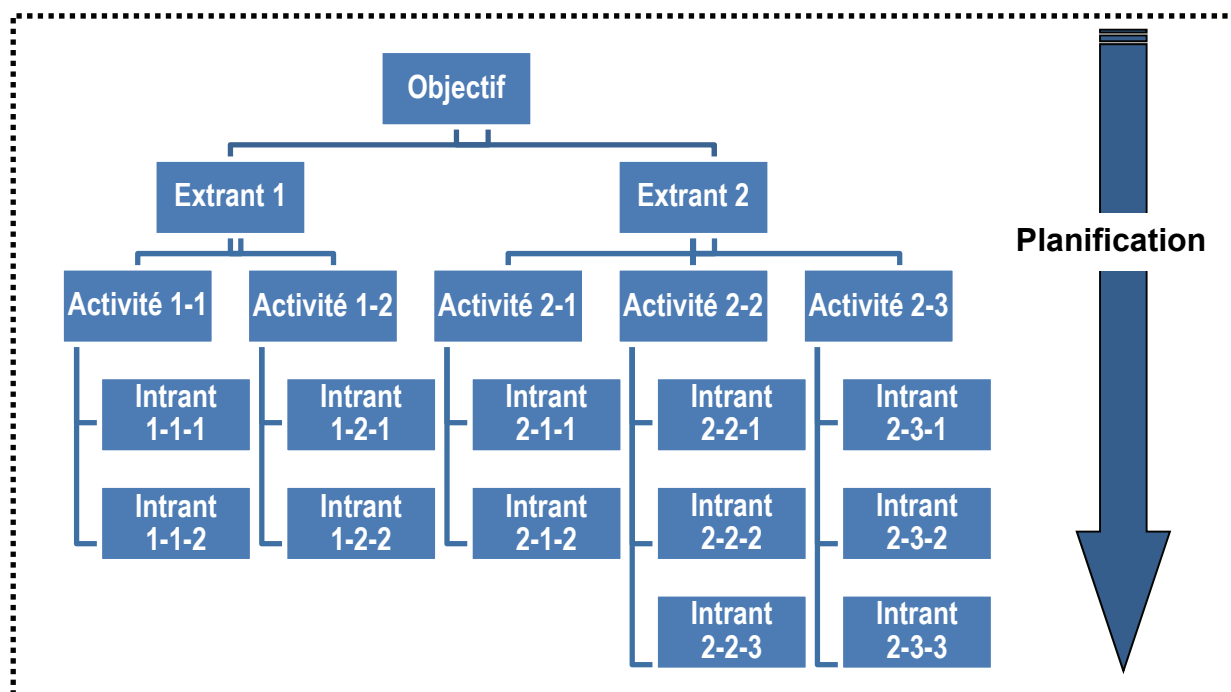


Figure 3 : Logique de planification

Le Tableau IV fournit quelques descriptions sur la terminologie utilisée à chaque niveau de planification et des exemples.

Tableau IV : Description des éléments centraux de la logique de planification

Logique de la planification	Description	Exemples
Objectif	Enoncé de ce qu'entend réaliser une formation sanitaire au cours d'une période définie.	- Vacciner complètement au moins 80% des enfants âgés de 0 à 11 mois d'ici la fin de l'année 2012
Extrant (output, produit)	Produit ou service offert découlant de la réalisation d'activités.	- E1 : 15 ICP formés sur la gestion du PEV - E2 : 18 ICP supervisés - E3 : 312 enfants âgés de 0 à 11 mois vaccinés en campagne de rattrapage post-hivernage - E4 : 1500 enfants âgés de 0 à 11 mois vaccinés en stratégie avancée
Activité	Ensemble de tâches menant à la production d'un extrant ou produit.	- A1 : Organiser un atelier de recyclage sur la gestion du PEV à l'intention des ICP - A2 : Organisation une session de supervision bimestrielle des ICP - A3 : Organiser une campagne de rattrapage post-hivernage - A4 : Organiser une séance de vaccination hebdomadaire en stratégie avancée
Intrant (input, ressources)	Ressources requises pour mettre en œuvre une activité.	- Chaîne de froids - Vaccins et consommables - Ressources financières

2.3. Suivi et évaluation

L'exécution du PTA doit être suivie périodiquement afin de s'assurer de la réalisation effective des activités programmées en vue de l'atteinte des résultats attendus. En outre, le degré d'atteinte de l'objectif fixé doit être évalué à la fin de l'année. Pour ce faire, il est nécessaire de définir des indicateurs et des cibles dès la phase de planification.

2.3.1. Types d'indicateurs

Plusieurs types d'indicateurs sont utilisés dans la planification, le suivi et l'évaluation des programmes du secteur de la santé. Ils peuvent généralement être divisés en deux catégories : les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats (Figure 4).

- indicateurs de processus : ils se focalisent sur les ressources et ce qui va être fait. Dans le cadre de la gestion du PTA, certains sont utilisés pour faire le suivi de l'exécution des activités. Il s'agit surtout des indicateurs de processus.
- indicateurs de résultats : ils se focalisent sur ce qui va être transformé. Ils sont dans la plupart des cas liés à l'état de santé des personnes, ou à l'efficacité et à l'efficience de la prestation de service de santé. Dans le cadre de la gestion du PTA, certains de ces indicateurs sont utilisés pour faire le suivi et l'évaluation de l'atteinte des résultats. Il s'agit des indicateurs d'extrant et d'effet.

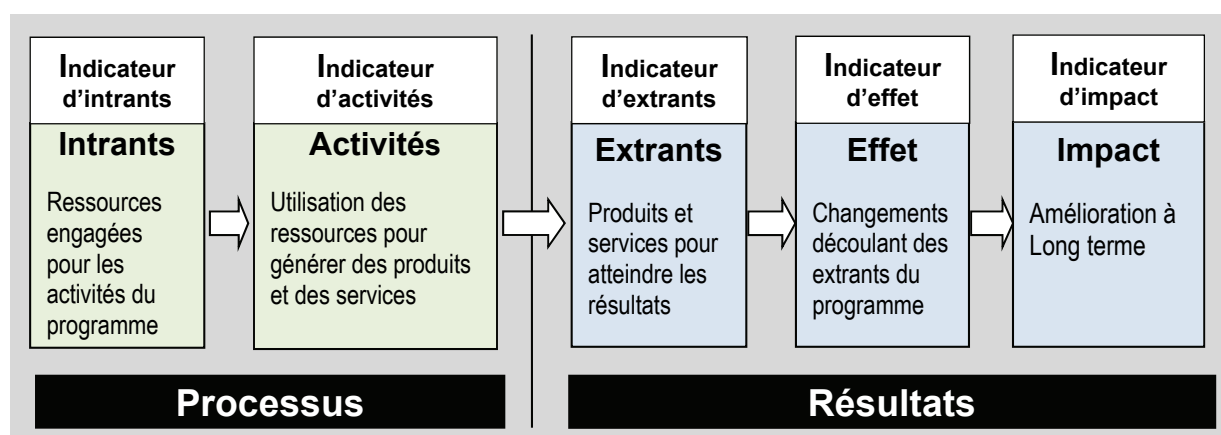


Figure 4 : Chaîne des résultats

L'organigramme présenté à la Figure 5 illustre la hiérarchie des différents indicateurs dans le domaine de la santé infantile. Sous cet organigramme : « réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies cibles du PEV », « 12 500 enfants complètement vaccinés », « réflexe vaccinal mieux ancré chez les autorités et population », « capacités de mise en œuvre du PEV par les ICP améliorées », « 10 sous-préfets et 20 PCR sensibilisés sur le PEV », « 2 500 personnes sensibilisées sur le PEV », « 18 ICP formés sur le PEV » et « 1 200 enfants vaccinés en stratégie mobile » sont considérés comme des résultats qui sont mesurés par les indicateurs de résultat. Les autres articles subordonnés représentent des composantes de la mise en œuvre dont les réalisations sont mesurées par des indicateurs de mise en œuvre.

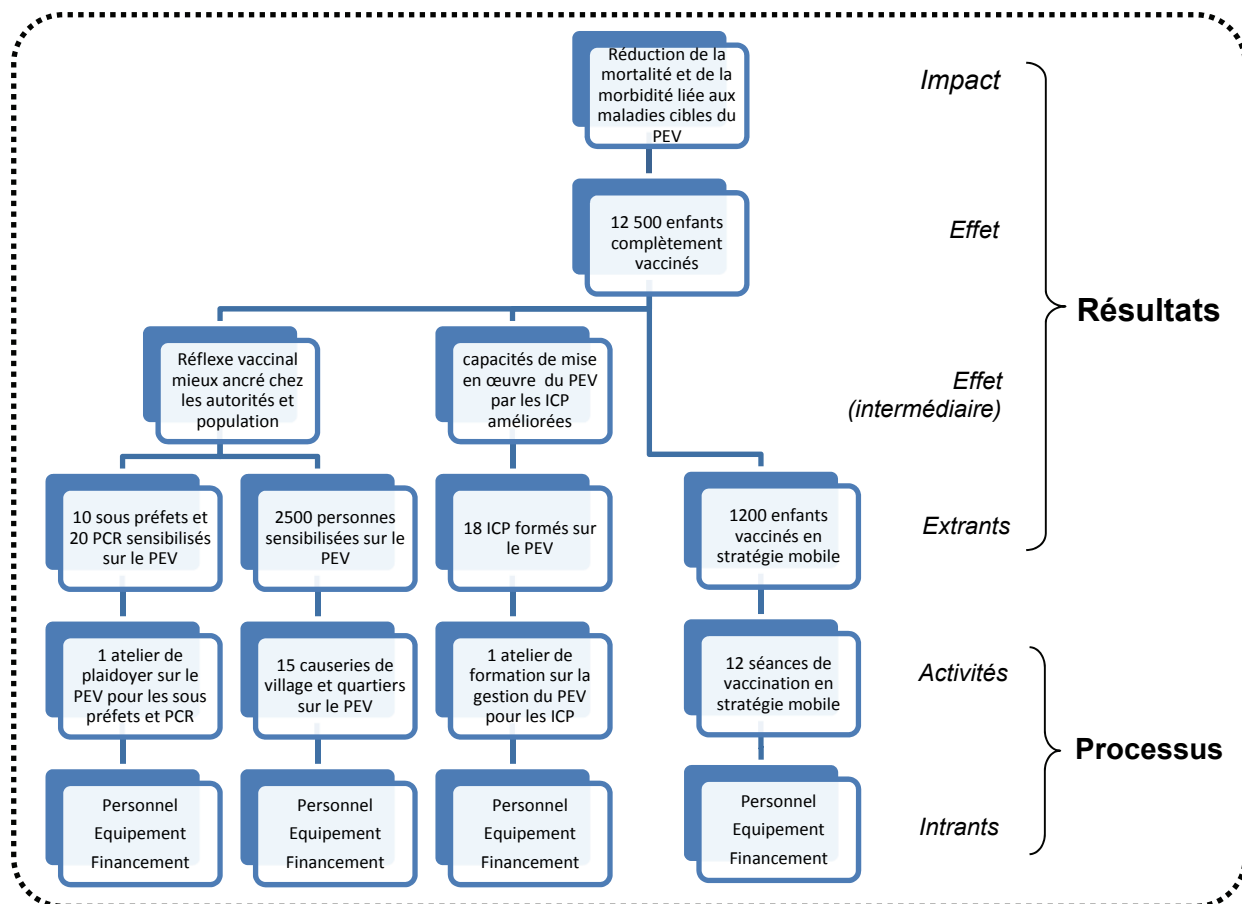


Figure 5 : Exemple d'organigramme de la chaîne des résultats

Remarque :

En général la hiérarchie des indicateurs se présente selon les cinq niveaux décrits dans la Figure 5. Cependant, dans certains cas, il peut y avoir des rapports de cause à effet entre deux indicateurs qui tombent dans la même catégorie hiérarchique comme le montre le graphique (« 12 500 enfants complètement vaccinés » et « capacités de mise en œuvre du PEV par les ICP améliorées »).

2.3.2. Détermination des objectifs à la phase de planification

Tous les plans doivent être élaborés avec des objectifs opérationnels. Pour l'objectif opérationnel et les extrants, il est nécessaire de déterminer des cibles. Ces dernières sont représentées soit par des chiffres soit par des textes descriptifs selon la nature de la composante du CDSMT. Généralement, la détermination de la cible n'est pas exigée pour l'activité et l'intrant.

Tableau V : Exemple de détermination des cibles

Niveau de Planification	Détermination des cibles	Exemples du libellé de l'objectif opérationnel ou de l'extrant intégrant la cible		Remarques
Objectif opérationnel*	Option 1 : numérique	Vacciner au moins 80% des enfants de 0 à 11 mois.		Généralement appliqué aux composantes liées à l'amélioration des performances d'une prestation de service (par exemple vaccination, dépistage, accouchement assisté, etc.)
	Option 2 : texte descriptif	Assurer le suivi évaluation régulier trimestriel du PTA.		Généralement appliqué aux composantes liées à l'élaboration d'un nouveau système (par exemple, élaboration de document, de politique et de stratégie, élaboration d'un système d'information, système de suivi évaluation, etc.)
Extrant	Option 1 : chiffres numériques	Nombre d'ICP formés sur le PEV	25	-
	Option 2 : texte descriptif	Identifier les points faibles et les points forts de l'audit des décès maternels.		-

* En l'absence de colonne dédiée pour la cible de l'objectif opérationnel, cette dernière doit être précisée dans le libellé même de l'objectif si possible.

2.3.3. Suivi de l'exécution du PTA

L'exécution du PTA doit être périodiquement suivie compte tenu des objectifs fixés lors de la phase de planification. Le suivi se fait à travers plusieurs mécanismes (réunion de coordination, monitoring, supervision et production de rapports). Sans ce processus de suivi, les efforts consentis antérieurement risquent d'être vains.

2.3.4. Evaluation du PTA

La performance du centre de responsabilité sera évaluée sur la base des indicateurs de résultat spécifiés dans le PTA. L'évaluation se fera lors de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) aux niveaux régional et national.


3. Cycle annuel de planification, suivi et évaluation du PTA

Cette partie explique les principes généraux du cycle annuel de gestion du PTA et aide à la détermination et à la planification des activités incluant un calendrier. Le ministère en charge de la santé est aujourd'hui confronté au défi du respect du cycle de planification des PTA. Ce cycle doit s'intégrer dans le cycle budgétaire global de l'Etat, seule condition pour que les besoins des centres de responsabilité puissent être pris en compte dans le projet du budget.

3.1. Principes généraux du cycle de planification

Le cycle de gestion du PTA prend en compte trois exercices budgétaires. Afin d'élaborer le plan de l'exercice budgétaire N, le processus de planification commence pendant l'année N-1. L'évaluation des performances sera effectuée pendant l'année N+1. Le Tableau VI illustre le cycle de la planification dans le cadre de la gestion du PTA.

Tableau VI : Cycle de planification

	N-1	N	N+1
Activités dans le cycle de planification	Planification du PTA de l'année N	Mise en œuvre et suivi du PTA de l'année N	Evaluation du PTA de l'année N
			

La Figure 6 montre un exemple du cycle de gestion pour 2012. Un PTA est élaboré en 2011, et sa mise en œuvre et son suivi sont menés en 2012. Son évaluation est effectuée au cours d'une réunion d'évaluation annuelle en 2013. Les résultats de cette évaluation serviront à élaborer le rapport de performance de l'année 2012 et à réajuster les actions de 2013. Ce rapport de performance 2012 pourra aider à planifier l'année 2014.

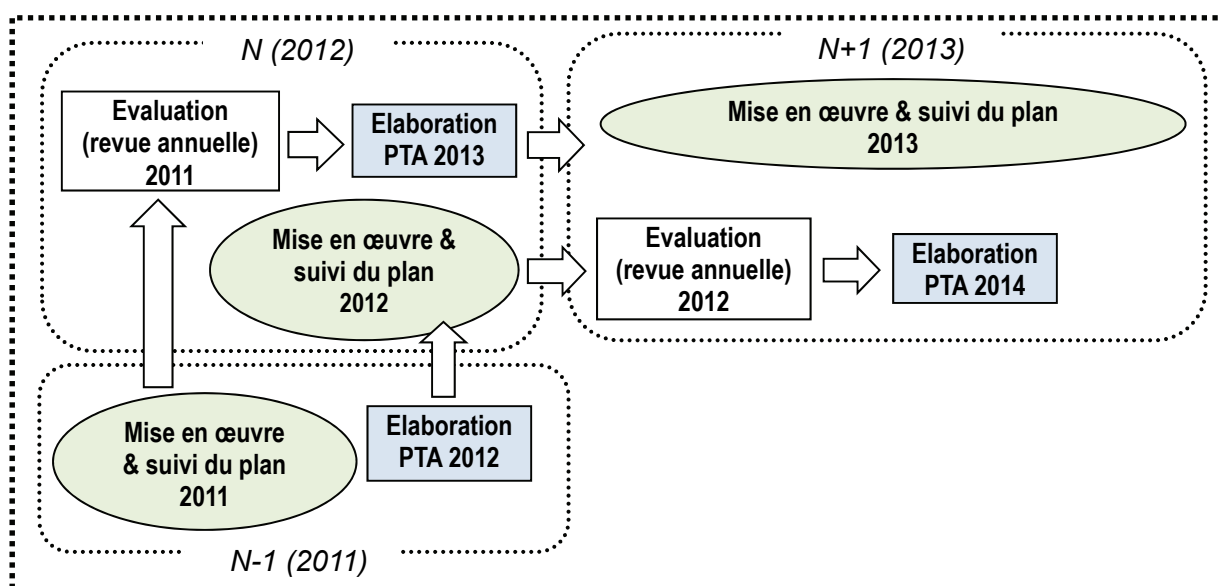


Figure 6 : Cycle de planification (exemple de l'année 2012)

3.2. Cycle annuel de gestion du PTA

L'élaboration du PTA et son suivi-évaluation doivent être faits suivant une procédure normalisée sur la base d'un calendrier commun à tous les centres de responsabilité. Il y a plusieurs étapes impliquées dans le cycle de gestion annuel du PTA. Le Tableau VII indique le calendrier de mise en œuvre des étapes du PTA et les entités administratives responsables de chaque étape. La Figure 7 et la Figure 8 illustrent le processus des différentes étapes du PTA respectivement aux niveaux central et régional.

Tableau VII : Calendrier de mise en œuvre des étapes du PTA

	Etapas	Période d'exécution			Centre de responsabilité			
		Exercice Précédent (N-1)	Exercice budgétaire (N)	Exercice suivant (N+1)	MSAS	Services centraux	RM	Services rég. et district
1.	Notification des directives	juillet			X			
2.	Orientation ou formation	août			X		X	X
3.	Notification des budgets*	octobre - novembre			X			
4.	Identification du budget disponible (Etat, partenaires, collectivités locales, comité de santé ou recettes propres)	novembre				X	X	X
5.	Elaboration et présentation du PTA (incluant les POCL-Santé dans les districts)	15-30 novembre				X		X
6.	Synthèse, validation et transmission des PTA	1-15 décembre				X	X	
7.	Arbitrage et validation des PTA	16-25 décembre			X			
8.	Finalisation du PTA	26-31 décembre				X	X	X
9.	Réunion mensuelle de coordination (suivi de l'exécution)		janvier-décembre	janvier				X
10.	Rapport trimestriel de suivi du PTA		avril, juillet, octobre					X
11.	Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution)						X	
12.	Rapport trimestriel de suivi du PTA					X	X	
13.	Réunion du comité interne de suivi (CIS)					X		
14.	Supervision					X		X
15.	Monitoring semestriel		juillet	janvier				X
16.	Evaluation des performances au niveau du district			janvier				X
17.	Evaluation des performances aux niveaux des services centraux et de la région médicale			février		X	X	
18.	Evaluation des performances nationales (RAC nationale)			mars	X			

* Budget fonctionnement et investissement, budget fonds de dotation et budget partenaires

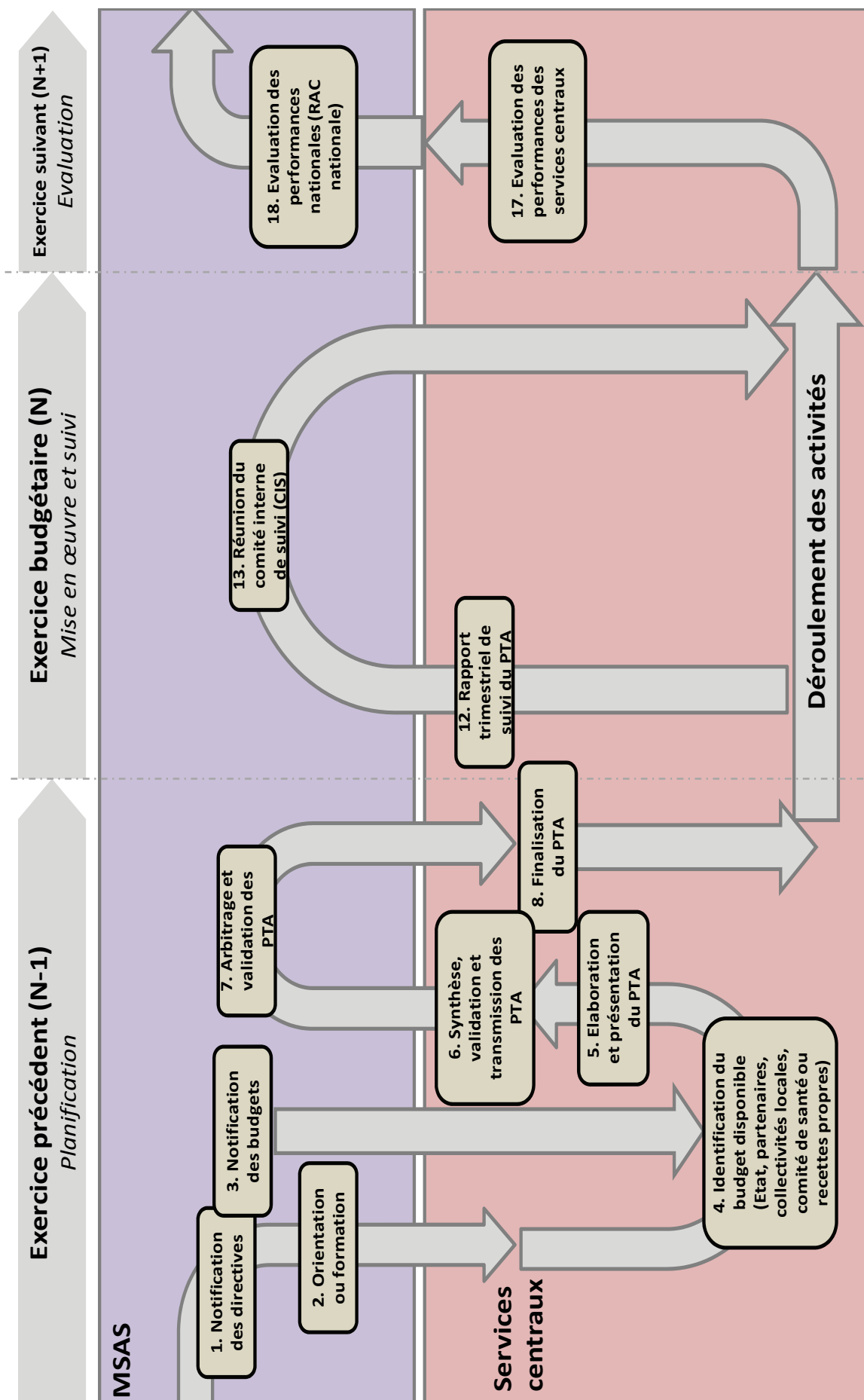


Figure 7 : Mise en œuvre des étapes du PTA au niveau central

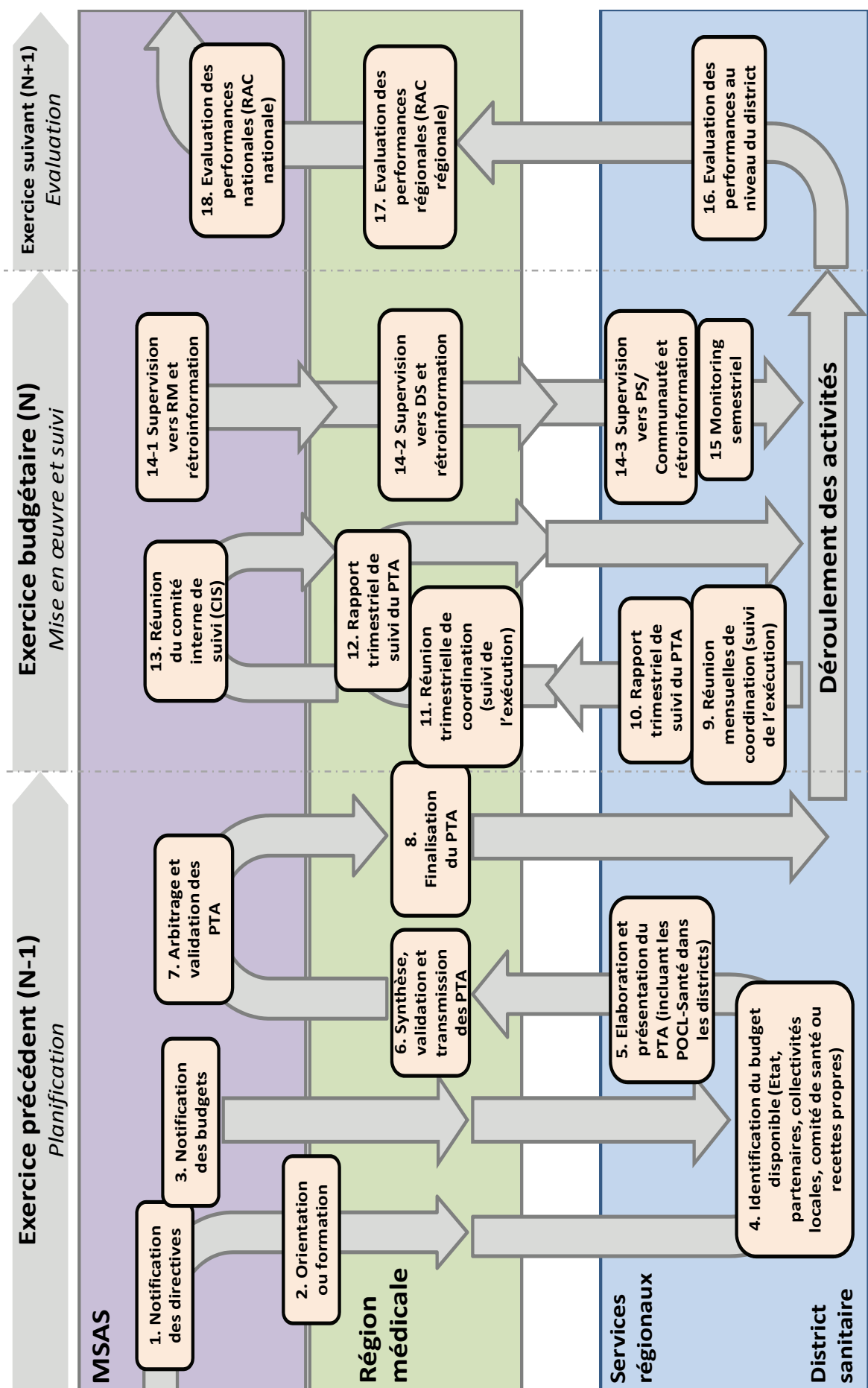


Figure 8 : Mise en œuvre des étapes du PTA au niveau régional

4. Modèles d'outils de gestion du PTA pour la planification, le suivi et l'évaluation annuels

Afin de faciliter l'exercice de la planification, du suivi et de l'évaluation annuels, des modèles d'outils de gestion ont été élaborés par la CAS/PNDS. Cinq types d'outils sont présentés dans le Tableau VIII et seront utilisés dans les différentes phases du cycle de planification.

Tableau VIII : Modèles de gestion du PTA

Phases	Exercice budgétaire concerné	Formulaire	But des outils
Planification	N-1	A. Formulaire d'indicateurs de performance et de détermination de la cible	Déterminer les indicateurs de performance pour l'année budgétaire N. Ce formulaire est en relation avec le Formulaire E (d'évaluation).
		B. Formulaire de planification	Élaborer un plan annuel avec des objectifs définis et les ressources requises.
		C. Formulaire de consolidation budgétaire	Regrouper les besoins en ressources financières par objet et par source de financement sur la base du plan annuel.
		D. Formulaire de suivi	Produire des rapports sur l'état de la mise en œuvre et l'état d'avancement du plan annuel compte tenu du Formulaire B (de planification).
Mise en œuvre et suivi	N		
Evaluation	N+1	E. Formulaire d'évaluation	Evaluer les performances réalisées au terme de l'année budgétaire par rapport aux objectifs fixés dans le Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible).

Les outils de gestion sont présentés dans une matrice (logiciel) composée (i) de colonnes pré-remplies à ne pas modifier et (ii) de colonnes vierges à remplir (Encadré 3).

Encadré 3 : Aperçu du modèle du PTA

(i) Colonnes pré-remplies (à ne pas modifier)

(ii) Colonnes vierges à remplir (rubriques différentes pour chacun des cinq outils)

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Objectifs opérationnels	Extrants*		Activités	Année N		Année N+1		Échéancier de l'activité		Responsable activité
					Indicateurs	Cibles		Coût	Sources de financement	Coût	Sources de financement	Début	Fin	
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque											
			1-1-2 PEC communautaire de la femme enceinte											
			1-1-3 Planification familiale											
			1-1-4 Santé Néonatale											
		1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME											
			1-2-2 Nutrition											
		1-3 Santé de la reproduction des adolescents jeunes	1-3-1 Offre de service											
			1-3-2 IEC/CCC communautaire											
		1-4 Vaccination	1-4-1 PEV											
			1-4-2 Autres vaccinations											

4.1. Outils de planification

Durant la phase de planification, quatre parmi les cinq formulaires présentés dans le Tableau VIII sont utilisés :

- (i) Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible)
- (ii) Formulaire B (de planification)
- (iii) Formulaire C (de consolidation budgétaire)
- (iv) Formulaire D (de suivi)

4.1.1. Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible)

Le Formulaire A sert à la détermination des objectifs opérationnels ainsi que des indicateurs de performance et des cibles en rapport. Ce formulaire comporte 8 rubriques comme présentées dans le Tableau IX. Il est fourni avec des objectifs spécifiques en accord avec l'« ANNEXE I : Référence pour le remplissage du Formulaire A ». La liste des indicateurs de performances fournie dans le formulaire doit être adaptée par chaque formation sanitaire en fonction de ses réalités.

Les indicateurs liés aux objectifs opérationnels peuvent faire l'objet de suivi trimestriel.

Tableau IX : Contenu du Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible)

	Rubriques		Descriptions	Remarques
1.	Objectifs sectoriels		Les Objectifs sectoriels sont les objectifs globaux que le Ministère en charge de la santé doit atteindre : (1) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles (2) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie (3) Renforcer durablement le système de santé (4) Améliorer la gouvernance du secteur	Les contenus sont prédéfinis en accord avec le cadre du CDSMT. Les détails sont fournis dans le tableau suivant.
2.	Programmes fonctionnels		Quatre programmes fonctionnels sont prédéterminés en relation avec les objectifs sectoriels : (1) Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent (2) Prévention et prise en charge de la maladie (3) Renforcement du système de santé (4) Gouvernance sanitaire	
3.	Objectifs spécifiques (CDSMT)		Les objectifs spécifiques sont prédéterminés pour chaque programme fonctionnel dans le cadre du CDSMT.	
4.	Objectifs opérationnels (pour les centres de responsabilités)		Les objectifs opérationnels sont déterminés au niveau de chaque formation sanitaire en tenant compte des besoins locaux et de la situation locale.	Le contenu doit être développé par les formations sanitaires.
5.	Indicateurs de performances	Libellé d'indicateurs liés aux objectifs	Les indicateurs de performance qui représentent le degré d'atteinte des objectifs opérationnels sont spécifiés. Ils doivent être déterminés en se référant aux indicateurs de performance tirés du CDSMT (ANNEXE I).	
6.		Cible atteinte en N-1	Les chiffres qui représentent l'atteinte réelle dans l'année budgétaire N-1 sont précisés.	
7.		Cible attendue en N	Les cibles à atteindre avant la fin de l'année budgétaire N sont déterminés.	
8.		Cible nationale en N	Les cibles nationales à atteindre avant la fin de l'année budgétaire N sont précisées.	

Formulaire A : Formulaire d'indicateurs de performance et détermination de la cible

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs spécifiques (CDSMT)	Objectifs opérationnels (pour les centres de responsabilités)	Indicateurs de performances			
				Libellé d'indicateurs liés aux objectifs	Cible atteinte en N-1	Cible attendue en N	Cible nationale en N
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantile juvéniles	1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-a) Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux, pour la mère et le NNé par du personnel qualifié					
		1-b) Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale					
		1-c) Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits					
		1-d) Améliorer la survie de l'enfant					
		1-e) Améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents					
		1-f) Assurer la vaccination chez les enfants					
		2-a) Réduire la morbidité et la mortalité palustre					
		2-b) Réduire la morbidité et la mortalité liées à la TB					
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2. Prévention et prise en charge de la maladie						

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs spécifiques (CDSMT)	Objectifs opérationnels (pour les centres de responsabilités)	Indicateurs de performances			
				Libellé d'indicateurs liés aux objectifs	Cible atteinte en N-1	Cible attendue en N	Cible nationale en N
		2-c) Réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA					
		2-d) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles					
		2-e) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies tropicales négligées (MTN)					
		2-f) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections associées aux soins					
		2-g) Renforcer la promotion de la Santé					
Renforcer durablement le système de santé	3. Renforcement du système de santé	3-a) Améliorer la couverture en infrastructures sanitaires					
		3-b) Assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé					
		3-c) Assurer le contrôle de qualité des médicaments, des vaccins et des produits spécifiques					
		3-d) Assurer la disponibilité en médicaments					

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs spécifiques (CDSMT)	Objectifs opérationnels (pour les centres de responsabilités)	Indicateurs de performances		
				Libellé d'indicateurs liés aux objectifs	Cible atteinte en N-1	Cible attendue en N
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire	essentiels génériques (MEG) et produits spécifiques				
		3-e) Améliorer le Système d'information sanitaire				
		4-a) Améliorer le système de planification et de suivi évaluation				
		4-b) Améliorer les mécanismes de gestion des ressources				
		4-c) Renforcer la couverture du risque maladie				
		4-d) Renforcer la participation des populations à l'effort de santé				
		4-e) Renforcer le partenariat				

4.1.2. Formulaire B (de planification)

Le Formulaire B sera utilisé pour décrire en détail les activités et les intrants financiers nécessaires pour atteindre les objectifs opérationnels. Il comporte 14 rubriques comme présentées dans le Tableau X. Le contenu des quatre premières rubriques (objectifs sectoriels, programmes fonctionnels, composantes et sous-composantes) est prédéfini.

L'« ANNEX II : Référence pour le remplissage du Formulaire B » fournit les cibles et extrants pour chaque composante et sous-composante au niveau national. Il contient des orientations qui peuvent être utilisées au moment du remplissage du Formulaire B (de planification) au niveau des formations sanitaires.

Encadré 4 : Détermination du responsable d'activité dans le PTA

Il est assez fréquent de voir les MCR et MCD être régulièrement cités dans la colonne « Responsable Activité » du Formulaire B (de planification) alors qu'ils n'ont pas de responsabilité directe dans la mise en œuvre de l'activité. Il est nécessaire de réfléchir minutieusement et de discuter du choix des personnes responsables pour chaque activité. Doivent être inscrites dans la colonne « Responsable Activité », les personnes les plus indiquées, c'est-à-dire celles qui ont effectivement des fonctions, compétences ou responsabilités directes par rapport à la mise en œuvre de l'activité.

Tableau X : Contenu du Formulaire B (de planification)

	Rubriques		Descriptions	Remarques
1.	Objectifs sectoriels		Les objectifs sectoriels sont les objectifs globaux que le ministère en charge de la santé doit atteindre : (1) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles (2) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie (3) Renforcer durablement le système de santé (4) Améliorer la gouvernance du secteur	Le contenu est prédéfini. Des détails sont fournis dans le tableau suivant.
2.	Programmes fonctionnels		Quatre programmes fonctionnels sont prédéterminés en rapport avec les objectifs sectoriels : (1) Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent (2) Prévention et prise en charge de la maladie (3) Renforcement du système de santé (4) Gouvernance sanitaire	
3.	Composantes		Les composantes sont fournies comme détails des Programmes fonctionnels. Il y a 12 éléments prédéterminés en rapport avec les composantes.	
4.	Sous-composantes		Les sous-composantes sont des éléments additionnels des composantes. Au total, il y a 42 articles prévus en rapport avec les sous-composants.	
5.	Objectifs opérationnels		Les objectifs opérationnels à atteindre sont déterminés.	Le contenu doit être développé par la formation sanitaire.
6.	Extrants	Indicateurs	Les extrants qui doivent être produits avant la fin de l'année budgétaire sont définis. Les indicateurs qui permettent d'évaluer les réalisations des extrants sont également définis. Les indicateurs peuvent être numériques ou descriptifs selon la nature de l'extrant.	
7.		Cibles	Les cibles à atteindre avant la fin de l'année budgétaire sont indiquées.	
8.	Activités		Une série d'activités permettant de produire les extrants est identifiée. Deux ou l'ensemble des activités peuvent être proposées pour produire un extrant.	
9.	Année N	Coût	Les besoins financiers nécessaires pour mener l'activité proposée pendant l'exercice budgétaire N sont déterminés.	
10.		Sources de financement	La source de financement pour mener l'activité proposée dans l'année N est spécifiée. Elle peut être choisie parmi l'Etat, les collectivités locales, le comité de santé, la structure de santé si le financement provient de l'EPS par exemple ou les partenaires. Si une activité est financée par un partenaire, le nom de l'organisation de financement doit être spécifié.	
11.	Année N+1	Coût	L'estimation des besoins financiers pendant l'exercice budgétaire suivant (N+1) est fait.	
12.		Sources de financement	La source de financement pour mener l'activité proposée dans l'année N+1 est spécifiée.	
13.	Échéancier de l'activité	Début	Le mois du démarrage de l'activité proposée est spécifié.	
		Fin	Le mois où prend fin de l'activité proposée est spécifié.	
14.	Responsable activité		La personne responsable de la mise en œuvre de l'activité est désignée.	

Formulaire B : Formulaire de planification

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Objectifs opérationnels	Extrants*		Activités	Année N		Année N+1		Echéancier de l'activité		Responsable activité	
					Indicateurs	Cibles		Coût	Sources de financement	Coût	Sources de financement	Début	Fin		
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque												
			1-1-2 PEC communautaire de la femme enceinte												
			1-1-3 Planification familiale												
			1-1-4 Santé Néonatale												
		1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME												
			1-2-2 Nutrition												
		1-3 Santé de la reproduction des adolescents jeunes	1-3-1 Offre de service												
			1-3-2 IEC/CCC communautaire												
		1-4 Vaccination	1-4-1 PEV												
			1-4-2 Autres vaccinations												
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2. Prévention et prise en charge de la maladie	2-1 Maladies transmissibles	2-1-1 surveillance et riposte face aux épidémies												
			2-1-2 Paludisme												
			2-1-3 Tuberculose												
			2-1-4 Sida												
			2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)												
		2-2 Maladies non transmissibles	2-2-1 Maladies chroniques à soins coûteux												
			2-2-2 Santé mentale												
			2-2-3 Santé buccodentaire												
			2-2-4 Gestion des urgences												

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Objectifs opérationnels	Extrants*		Activités	Année N		Année N+1		Echéancier de l'activité		Responsable activité
					Indicateurs	Cibles		Coût	Sources de financement	Coût	Sources de financement	Début	Fin	
Renforcer durablement le système de santé	3. Renforcement du système de santé	2-3 Prévention	2-3-1 Hygiène assainissement											
			2-3-2 IEC/CCC											
			2-3-3 Lutte antitabac											
			2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales (ou infections associées aux soins)											
			2-3-5 Santé et environnement											
Renforcer durablement le système de santé	3. Renforcement du système de santé	3-1 Couverture sanitaire	3-1-1 Infrastructures/ Equipements/ Maintenance											
			3-1-2 Ressources humaines											
			3-1-3 Accès aux médicaments et produits spécifiques											
			3-1-4 Système d'information sanitaire											
			3-1-5 Recherche opérationnelle											
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire	3-2 Fonctionnement des services	3-2-1 Fonctionnement courant											
			3-2-2 Transferts courant											
		3-3 Financement de la demande	3-3-1 Couverture risque maladie											
			3-3-2 Initiatives de gratuité											
			4-1-1 Planification											
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire	4-1 Gestion axée sur les résultats	4-1-2 Coordination/ Suivi/ Evaluation											
			4-1-3 Financement Basé sur les Résultats											

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Objectifs opérationnels	Extrants*		Activités	Année N		Année N+1		Échéancier de l'activité		Responsable activité
					Indicateurs	Cibles		Coût	Sources de financement	Coût	Sources de financement	Début	Fin	
			4-1-4 Normalisation											
			4-1-5 Audit/ contrôle											
			4-1-6 Système d'allocation des ressources											
		4-2 Participation	4-3-1 Participation des communautés											
			4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité											
			4-3-3 Partenariat											

* Les extrants (indicateurs et cibles) peuvent être déterminés en se référant à l'« ANNEXE II : Référence pour le remplissage du Formulaire B » qui fournit les cibles et extraits du CDSMT pour chaque sous-composant.

4.1.3. Formulaire C (de consolidation du budget)

Afin d'organiser les intrants financiers fournis par différentes sources de financement, le Formulaire C (de consolidation du budget) sera rempli. Il comprend deux canevas : (1) détails du budget par sous-composantes et (2) détails du budget par source de financement.

Formulaire C (partie 1) : Détails du budget par sous-composantes

Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Budget acquis au cours de l'année budgétaire N	
			VA millions FCFA	VR (%)
1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque		
		1-1-2 PEC communautaire de la femme enceinte		
		1-1-3 Planification familiale		
		1-1-4 Santé Néonatale		
	1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME		
		1-2-2 Nutrition		
	1-3 Santé de la reproduction des adolescents et jeunes	1-3-1 Offre de service		
		1-3-2 IEC/CCC communautaire		
1-4 Vaccination	1-4-1 PEV			
	1-4-2 Autres vaccinations			
2. Prévention et prise en charge de la maladie	2-1 Maladies transmissibles	2-1-1 surveillance et riposte face aux épidémies		
		2-1-2 Paludisme		
		2-1-3 Tuberculose		
		2-1-4 Sida		
		2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)		
	2-2 Maladies non transmissibles	2-2-1 Maladies chroniques à soins coûteux		
		2-2-2 Santé mentale		
		2-2-3 Santé buccodentaire		
		2-2-4 Gestion des urgences		
	2-3 Prévention	2-3-1 Hygiène assainissement		
		2-3-2 IEC/CCC		
		2-3-3 Lutte antitabac		
		2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales (ou infections associées aux soins)		
		2-3-5 Santé et environnement		
3. Renforcement du système de santé	3-1 Couverture sanitaire	3-1-1 Infrastructures/ Equipements/ Maintenance		
		3-1-2 Ressources humaines		
		3-1-3 Accès aux médicaments et produits spécifiques		
		3-1-4 Système d'information sanitaire		
		3-1-5 Recherche opérationnelle		
	3-2 Fonctionnement des services	3-2-1 Fonctionnement courant		
		3-2-2 Transferts courant		
	3-3 Financement de la demande	3-3-1 Couverture risque maladie		
3-3-2 Initiatives de gratuité				
4. Gouvernance sanitaire	4-1 Gestion axée sur les résultats	4-1-1 Planification		
		4-1-2 Coordination/ Suivi/ Evaluation		
		4-1-3 Financement Basé sur les Résultats		
		4-1-4 Normalisation		
		4-1-5 Audit/ contrôle		
		4-1-6 Système d'allocation des ressources		
	4-2 Participation	4-3-1 Participation des communautés		
		4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité		
4-3-3 Partenariat				
Total				100%

Formulaire C (partie 2) : Détails du budget par sources de financement

Sources de financement		Dépenses de fonctionnement	Dépenses d'investissement	Total dépenses (millions FCFA)	
				VA	VR (%)
1. Etat					
	<i>Sous-total (A)</i>				
2. Recettes propres des formations sanitaires					
	<i>Sous-total (B)</i>				
3. Collectivités locales					
	<i>Sous-total (C)</i>				
4. Partenaires au Développement					
	<i>Sous-total (D)</i>				
5. Autres sources					
	<i>Sous-total (E)</i>				
Total (A+B+C+D+E)					

4.1.4. Formulaire D (de suivi)

En général, le Formulaire D (de suivi) est utilisé pendant la phase de mise en œuvre. Cependant, comme présentées dans le Tableau XI, les colonnes des prévisions trimestrielles en rapport avec un certain nombre d'indicateurs doivent être renseignées dès l'étape de planification.

Tableau XI : Prévisions trimestrielles dans le Formulaire D (de suivi)

Sous-composantes	Extrants		Niveau d'atteinte des cibles de l'année N								Niveau d'atteinte de la cible annuelle (%)
	Indicateurs	Cibles	T1		T2		T3		T4		
			Prévisions	Niveau d'Atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'Atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'Atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'Atteinte trimestriel	

4.2. Modèle de canevas de suivi

Rempli à partir du Formulaire B, le Formulaire D (de suivi) servira de base à l'élaboration du rapport trimestriel d'activités. Il sera annexé audit rapport et présenté lors des réunions trimestrielles de coordination.

Le Formulaire D est composé de 8 rubriques comme présentées dans le Tableau XII, dont les quatre premières ont des contenus prédéfinis identiques à ceux du Formulaire B (de planification). Les contenus des autres rubriques y compris l'indicateur et les cibles d'extrants sont également copiés à partir du Formulaire B (de planification).

Tableau XII : Contenu du Formulaire D (de suivi)

Rubriques		Descriptions		
1.	Objectifs sectoriels		Les contenus prédéfinis identiques à ceux du Formulaire B (de planification) sont conservés pour ces quatre rubriques.	
2.	Programmes fonctionnels			
3.	Composantes			
4.	Sous-composantes			
5.	Extrants	Indicateurs	Les contenus de ces rubriques seront copiés à partir de ceux du Formulaire B (de planification).	
6.		Cibles		
7.	Niveau d'atteinte des cibles de l'année N par trimestre	T 1	Prévision	Les prévisions et les réalisations trimestrielles des extrants sont indiquées. Elles peuvent être représentées dans différents styles tels que : - pourcentage (par exemple 25%) - rapport (par exemple 11/32) - état d'achèvement (par exemple accompli)
			Niveau d'atteinte trimestriel	
		T 2	Prévision	
			Niveau d'atteinte trimestriel	
		T 3	Prévision	
			Niveau d'atteinte trimestriel	
		T 4	Prévision	
			Niveau d'atteinte trimestriel	
8.	Niveau d'atteinte de la cible annuelle (%)		Le degré de réalisation par rapport aux cibles déterminées est indiqué en pourcentage. Il permet de calculer l'évolution des performances trimestrielles et annuelles.	

Formulaire D : Formulaire de suivi

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Extrants		Niveau d'atteinte des cibles de l'année N par trimestre								Niveau d'atteinte de la cible annuelle (%)	
				Indicateurs	Cibles	T1		T2		T3		T4			
						Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel		
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1. Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque												
			1-1-2 PEC communautaire de la femme enceinte												
			1-1-3 Planification familiale												
			1-1-4 Santé Néonatale												
		1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME												
			1-2-2 Nutrition												
		1-3 Santé de la reproduction des adolescents jeunes	1-3-1 Offre de service												
			1-3-2 IEC/CCC communautaire												
		1-4 Vaccination	1-4-1 PEV												
			1-4-2 Autres vaccinations												
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2-1 Maladies transmissibles	2-1-1 surveillance et riposte face aux épidémies													
		2-1-2 Paludisme													
		2-1-3 Tuberculose													
		2-1-4 Sida													
		2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)													
	2-2 Maladies non transmissibles	2-2-1 Maladies chroniques à soins coûteux													
		2-2-2 Santé mentale													
		2-2-3 Santé bucco-dentaire													
		2-2-4 Gestion des urgences													
	2-3 Prévention	2-3-1 Hygiène assainissement													
2-3-2 IEC/CCC															
2-3-3 Lutte anti tabac															
2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales (ou infections associées aux soins)															
2-3-5 Santé et environnement															

[illegible]

4.3. Modèle de canevas d'évaluation

Rempli à partir du Formulaire A, le Formulaire E (d'évaluation) servira de base à l'élaboration du rapport annuel d'activités. Il sera annexé audit rapport et présenté lors des Réunions Annuelles Conjointe (RAC) régionale et nationale.

Le Formulaire E est composé de 8 rubriques comme présentées dans le Tableau XIII, dont les trois premières ont des contenus prédéfinis identiques à ceux du Formulaire B (de planification). Les contenus des autres rubriques y compris les indicateurs de performances sont également copiés à partir du Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible).

Tableau XIII : Contenu du Formulaire E (d'évaluation)

	Rubriques		Descriptions
1.	Objectifs sectoriels		Des contenus prédéfinis identiques à ceux du Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible) sont fournis pour ces trois rubriques
2.	Programmes fonctionnels		
3.	Objectifs opérationnels		
4.	Indicateurs de performances	Libellé d'indicateurs liés aux objectifs	Les contenus de cette rubrique doivent être copiés à partir de ceux du Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible).
5.		Cible atteinte en N-1	Les chiffres qui représentent les réalisations réelles faites au cours de l'année budgétaire N-1 sont indiqués.
6.		Cible attendue en N	Les contenus de cette rubrique doivent être copiés à partir de celui du Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible).
7.		Cible atteinte en N	Les réalisations au cours de l'année budgétaire N sont précisées.
8.		Cible nationale en N	Les contenus de cette rubrique doivent être copiés à partir de ceux du Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible).

Formulaire E : Formulaire d'évaluation (NB : Renseigner les colonnes vierges en s'inspirant du formulaire A)

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs opérationnels	Libellé d'indicateurs liés aux objectifs	Indicateurs de performances			
				Cible atteinte en N-1	Cible attendue en N	Cible atteinte en N	Cible nationale en N
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1- Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent						
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2. Prévention et prise en charge de la maladie						
Renforcer durablement le système de santé	3. Renforcement du système de santé						
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire						

Deuxième partie : aspects pratiques de la gestion du PTA

5. Phase de planification

Cette section explique en détail les étapes pratiques de la phase de planification dans le cadre de la gestion du PTA. Les activités de planification pour l'année N sont menées au cours de l'année N-1. Elle implique huit (8) étapes pratiques qui sont gérées à différents niveaux. Le Tableau XIV indique le calendrier et les délais pour la mise en œuvre des dites étapes et les entités administratives responsables de chaque étape.

Tableau XIV : Calendrier des étapes de la planification

Numéro d'étape*	Etapes	Calendrier d'exécution (pour l'année budgétaire N-1)	Centre de responsabilité			
			MSAS	S. centraux	RM	S. rég. & DS
1	Notification des directives	juillet	X			
2	Orientation ou formation	août	X		X	X
3	Notification des budgets	octobre - novembre	X			
4	Identification du budget disponible (État, partenaires, collectivités locales, comité de santé ou recettes propres)	novembre		X	X	X
5	Elaboration et présentation du PTA (incluant les POCL-Santé dans les districts)	15-30 novembre		X		X
6	Synthèse, validation et transmission des PTA	1-15 décembre		X	X	
7	Arbitrage et validation des PTA	16-25 décembre	X			
8	Finalisation du PTA	26-31 décembre		X	X	X

* Les numéros d'étapes correspondent à ceux indiqués au « Tableau VII : Calendrier de mise en œuvre des étapes du PTA ».

La Figure 9 illustre les étapes impliquées dans la phase de planification respectivement aux niveaux central et régional.

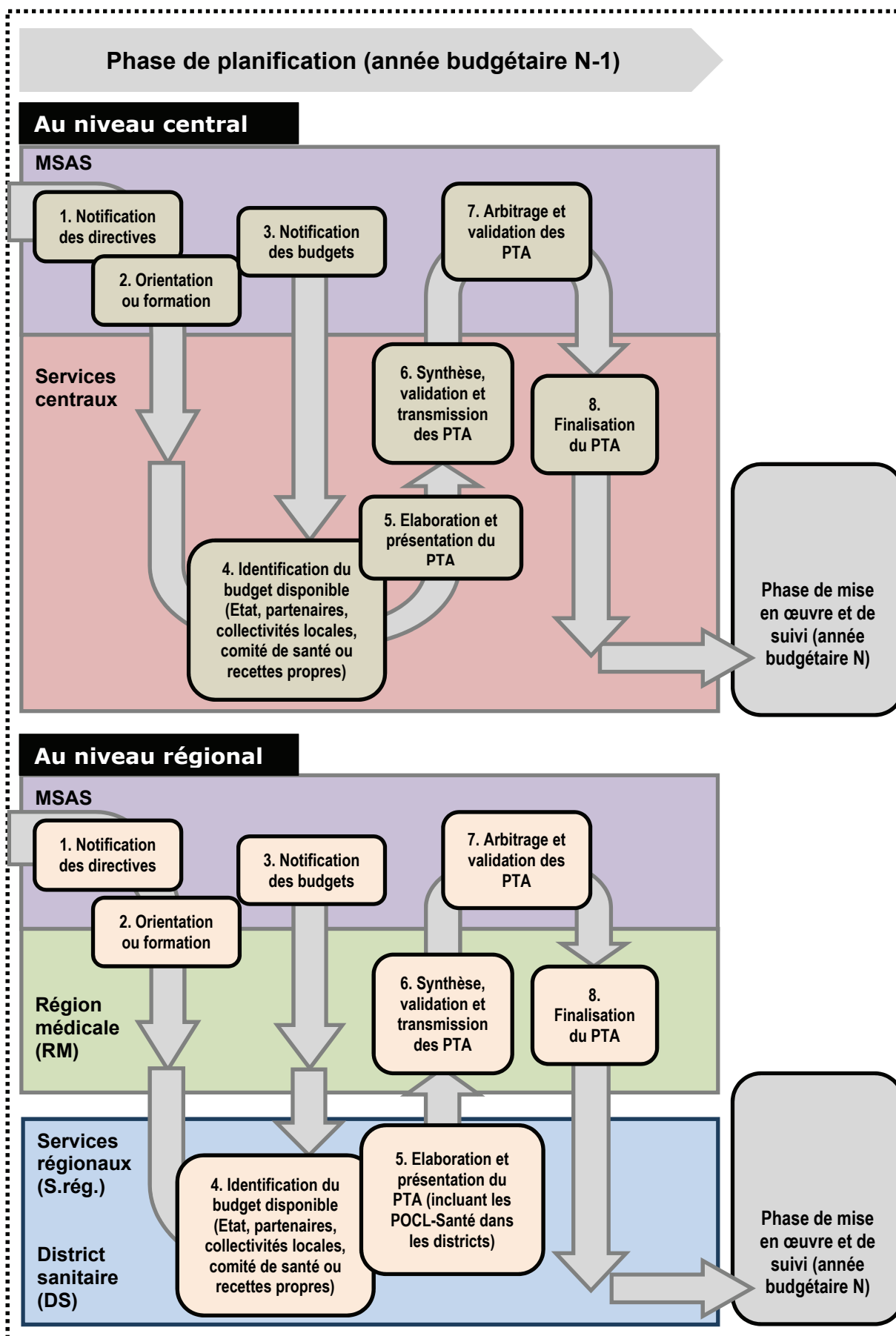


Figure 9 : Etapes de la planification

5.1. Notification des directives pour l'élaboration des PTA

Au début du processus de planification, sur proposition de la CAS/PNDS, le Ministère en charge de la santé fait notification des directives pour l'élaboration des PTA à tous les centres de responsabilité.

5.2. Orientation ou formation des centres de responsabilité

Une session d'orientation ou formation des responsables de formations sanitaires sera organisée au mois d'août dans chaque région, en utilisant le présent Guide comme document de référence. Un exemple de programme d'orientation/formation est fourni dans le Tableau XV.

Tableau XV : Dispositions pour l'étape orientation / formation

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcer les compétences des équipes des services centraux et équipes des régions en gestion du PTA
Durée et calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Session de 4 jours pour la formation ● Session de 2 jours pour l'orientation ou le recyclage.
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Formateurs du MSAS (niveau central et ECR)
Participants	<p><i>Atelier pour le niveau des services centraux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Directeurs, chefs de divisions, chefs de programmes ● Equipes des services <p><i>Atelier pour le niveau régional :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ECR et ECD ● Membres des autres services régionaux ● Autres acteurs du système de santé
Programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aperçu sur le PNDS 2. Aperçu et principes du CDSMT <p><i>Principes de gestion du PTA</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Thème de la 1^{ère} séance : organisation des services de santé et planification annuelle (Chapitre 1 du Guide d'Orientation) 4. Thème de la 2^{ème} séance : cadre conceptuel de planification, de suivi et d'évaluation du PTA (Chapitre 2) 5. Thème de la 3^{ème} séance : cycle annuel de planification, suivi et évaluation du PTA (Chapitre 3) 6. Thème de la 4^{ème} séance : modèles d'outils de gestion du PTA pour la planification, suivi et l'évaluation annuels (Chapitre 4) <p><i>Aspects pratiques de la gestion du PTA</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Thème de la 5^{ème} séance : phase de planification (Chapitre 5) 8. Travail de groupe sur le formulaire de planification 9. Thème de la 6^{ème} séance : phase de mise en œuvre et de suivi (Chapitre 6) 10. Travail de groupe sur le formulaire de suivi 11. Thème de la 7^{ème} séance : phase d'évaluation (Chapitre 7) 12. Travail de groupe sur le formulaire d'évaluation <p><i>Aspects pratiques pour l'élaboration du calendrier annuel et l'estimation des coûts de gestion du PTA</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Thème de la 8^{ème} séance : phase d'élaboration du calendrier annuel de gestion du PTA (Chapitre 8) 14. Travail de groupe sur l'élaboration du calendrier annuel de gestion du PTA 15. Thème de la 9^{ème} séance : phase d'estimation des coûts de gestion du PTA 16. Travail de groupe sur l'estimation des coûts de gestion du PTA

5.3. Notification des budgets

Le processus d'élaboration du budget de l'Etat du MSAS démarre habituellement au mois de juin de l'exercice budgétaire N-1. Les directions et services du MSAS soumettent leurs projets de budget à la DAGE, qui élabore un projet de budget général. Ce projet de budget général est ensuite soumis au vote de l'Assemblée Nationale puis du Sénat, avant que les montants définitifs alloués à chaque centre de responsabilité du MSAS ne soient arrêtés en décembre (de l'exercice budgétaire N-1). Ces montants définitifs du budget seront ensuite officiellement communiqués aux centres de responsabilité.

5.4. Identification du budget disponible (Etat, partenaires, collectivités locales, recettes propres)

Pour que le PTA serve d'outil de gestion aux services régionaux et districts sanitaires, il doit être élaboré sur la base de ressources sûres. L'idéal serait donc que les formations sanitaires puissent être en mesure d'identifier les montants exacts des ressources dès la phase de planification du PTA.

Le budget global sera déterminé comme suit :

5.4.1. Budget de l'Etat

Le budget de l'Etat est habituellement finalisé en décembre (de l'exercice budgétaire N-1) et officiellement notifié aux régions médicales, services régionaux et districts sanitaires en janvier ou février (de l'exercice budgétaire N). Lors de la phase de planification, les formations sanitaires utilisent généralement des estimations sur la base des allocations réelles de l'année précédente.

5.4.2. Contributions des partenaires

Les contributions des partenaires au développement peuvent être obtenues en discutant avec les représentants des partenaires. À cet égard deux types d'activités seront inclus dans le PTA pendant la phase préparatoire :

- 1) les activités pour lesquelles les partenaires au développement ont déjà pris l'engagement d'apporter un appui financier ; et
- 2) les activités prévues pour lesquelles un financement doit être négocié auprès de partenaires au développement.

En définitive, lors de la phase de validation du PTA (de l'exercice budgétaire N-1), les activités comprises dans le plan initial et dont le financement n'a pas été obtenu, seront retirées.

5.4.3. Contributions des collectivités locales

Les contributions des collectivités locales sont identifiées pendant le processus d'élaboration des POCL-Santé. Les responsables des formations sanitaires peuvent échanger avec les conseils régionaux,

municipaux ou ruraux afin d'obtenir des informations sur le montant des contributions de ces derniers. Ces informations seront ensuite intégrées dans le PTA.

5.4.4. Recettes propres des formations sanitaires

Le financement apporté par les comités de santé est habituellement estimé par les comités de cogestion et validé par les assemblées générales de comité de santé. Ce financement pourra être estimé à partir des résultats des exercices budgétaires antérieurs.

Les formations sanitaires autonomes pourront également utiliser les résultats des exercices budgétaires précédents pour identifier le montant du financement des activités de leurs PTA.

5.4.5. Autres ressources

D'autres ressources peuvent être captées au moment de l'élaboration du PTA (dons et legs, etc.)

5.5. Elaboration et présentation du PTA incluant les POCL-Santé

Le PTA sera élaboré de manière participative en incorporant les besoins communautaires identifiés dans les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé). Les étapes du processus d'élaboration des POCL-Santé sont décrites dans le document de référence de l'« Elaboration des Plans Opérationnels des Collectivités Locales - Santé (POCL-Santé) ». Les deux étapes d'élaboration et de présentation des PTA sont décrites ci-dessous.

5.5.1. Etape 1 : Atelier d'identification des besoins communautaires et des formations sanitaires, et détermination des dispositions pratiques pour l'élaboration des PTA

Un atelier d'un jour peut être organisé pour lancer le processus d'élaboration du PTA au niveau des formations sanitaires. Pour cet atelier, les dispositions du Tableau XVI sont proposées à titre d'exemple :

Tableau XVI : Dispositions pour l’atelier d’identification des besoins communautaires et des formations sanitaires

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier les besoins de la communauté et des formations sanitaires ● Déterminer les dispositions pratiques y compris les responsabilités de chaque membre de l'ECD et des services régionaux dans l'élaboration des PTA
Durée et calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Un atelier d'un jour organisé en octobre (de l'exercice budgétaire N-1)
Participants	<ul style="list-style-type: none"> ● Selon la structure, les membres de l'ECD et responsables des services régionaux ● Collectivités Locales, OCB/ONG, Partenaires techniques et financiers locaux ● Autres personnes ressources
Programme	<ul style="list-style-type: none"> ● Détermination des besoins de la communauté et des formations sanitaires ● Présentation de la maquette du PTA ● Présentation de l'enveloppe budgétaire et contributions estimatives destinées aux formations sanitaires pour l'exercice budgétaire N ● Répartition des tâches entre les responsables des formations sanitaires

5.5.2. Etape 2 : Atelier d’élaboration des PTA des centres de responsabilités

Un atelier pour examiner et évaluer les activités et dépenses proposées pour chaque sous-composante du PTA peut être organisé. Chaque responsable y participe avec des propositions d’activités budgétisées. Les dispositions dans le Tableau XVII sont proposées à titre d’exemple.

Tableau XVII : Dispositions pour l'atelier d'arbitrage des activités et dépenses proposées pour chaque sous-composante

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Analyser les propositions d'activités et dépenses en rapport avec chaque sous-composante ● Elaborer la version initiale du PTA
Durée et Calendrier d'Exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Un atelier d'une journée en novembre (de l'exercice budgétaire N-1).
Participants	<p><i>Atelier pour le niveau des services centraux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Directeurs, chefs de divisions, chefs de programmes ● Equipes des services ● Partenaires au développement ● Autres personnes ressources <p><i>Atelier pour le niveau régional :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Autorités administratives et élus locaux ● Selon la structure de santé : <ul style="list-style-type: none"> ➤ ECR ➤ ECD et ICP ➤ Equipes des services régionaux ● Partenaires au développement ● Autres personnes ressources
Programme	<ul style="list-style-type: none"> ● Présentation des activités et dépenses proposées en rapport avec chaque objectif spécifique du PTA (intégrant les activités phares des POCL-Santé pour les districts sanitaires) ● Discussions et arbitrage des activités par rapport aux objectifs spécifiques du CDSMT ● Intégration, après validation, des propositions de modifications du PTA

5.6. Synthèse, validation et transmission des PTA

La synthèse, la validation et la transmission des PTA se dérouleront selon les deux étapes suivantes.

5.6.1. Etape 1 : Synthèse du PTA

Au niveau du district, une fois les propositions d'activités validées, le responsable de la formation sanitaire soumettra les PTA au MCR comme version initiale devant être examinée au niveau régional.

En ce qui concerne la région, une fois que les PTA des services régionaux et districts sanitaires auront été soumis, l'ECR commencera à faire la synthèse du PTA régionale. Le Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible), le Formulaire B (de planification) et les deux parties du

Formulaire C (de consolidation du budget) et les colonnes de prévisions du Formulaire D (de suivi) seront remplis pour finaliser le plan régional. Cette synthèse régionale sera transmise à la CAS/PNDS du MSAS.

5.6.2. Etape 2 : Atelier d'arbitrage et de validation des versions initiales des PTA

La version initiale des PTA sera examinée et validée en atelier de deux à quatre jours au niveau des services centraux et régions médicales. Les mécanismes proposés pour l'atelier sont indiqués dans le Tableau XVIII. L'« Outils pour évaluer la complétude du PTA » fourni à l'ANNEXE III peut être utilisé afin de vérifier la complétude du PTA de chaque centre de responsabilité pendant l'atelier. Le PTA validé lors de l'atelier est transmis à la CAS/PNDS.

Tableau XVIII : Dispositions pour l'atelier de révision de la version initiale du PTA

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Examiner avec les acteurs centraux et régionaux les versions initiales des PTA élaborés par les centres de responsabilité ● Procéder à l'arbitrage des activités en fonction des objectifs spécifiques du CDSMT ● Intégrer, après validation, les propositions de modifications dans les PTA
Durée et Calendrier d'Exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Atelier de 2 à 4 jours organisé en décembre (de l'exercice budgétaire N-1).
Participants	<p><i>Atelier pour le niveau des services centraux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Directeurs, chefs de divisions, chefs de programmes ● Equipes des services ● Partenaires au développement ● Autres personnes ressources <p><i>Atelier pour le niveau régional :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Niveau central (CAS/PNDS) + division et programmes ● ECR ● Equipes des services régionaux ● ECD ● Partenaires au développement ● Autres personnes ressources
Programme	<ul style="list-style-type: none"> ● Présentation du PTA des centres de responsabilité ● Discussion pour l'arbitrage des propositions d'activités en rapport avec les objectifs spécifiques du CDSMT ● Intégration des propositions de modifications après arbitrage

5.7. Arbitrage et validation des PTA au niveau national

Un atelier d'arbitrage et de validation des PTA des centres de responsabilités régionaux et nationaux sera organisé par la CAS/PNDS (pendant l'exercice budgétaire N-1). Le Formulaire A (d'indicateurs de performance et de détermination de la cible), le Formulaire B (de planification) et les deux parties du Formulaires C (de consolidation du budget) et les colonnes de prévisions du Formulaire D (de suivi) soumis feront l'objet d'une synthèse par la CAS/PNDS. L'« Outils pour évaluer la complétude du PTA » fourni à l'ANNEXE III peut être utilisé afin de vérifier la complétude de la synthèse régionale du PTA pendant l'atelier.

Avant la finalisation des PTA, la CAS/PNDS doit envoyer un feedback écrit aux centres de responsabilité. Les MCR partageront le feedback avec les districts sanitaires et les services régionaux en vue de l'intégration des différentes recommandations.

5.8. Finalisation du PTA

Les centres de responsabilité doivent intégrer les recommandations et procéder à la réactualisation des informations.

6. Phase de mise en œuvre et de suivi

Cette section explique en détail les étapes pratiques de la phase de mise en œuvre et de suivi de la gestion du PTA pendant l'année N. Elle implique sept (7) étapes pratiques qui sont gérées à différents niveaux. Le Tableau XIX indique le calendrier d'exécution et les entités administratives responsables de chaque étape.

Tableau XIX : Calendrier des étapes de mise en œuvre et de suivi

Numéro d'étape*	Etapes	Calendrier d'exécution (pour l'année budgétaire N)	Centre de responsabilité			
			MSAS	S. centraux	RM	S. rég. & DS
9	Réunion mensuelle de coordination (suivi de l'exécution)	janvier – décembre				X
10	Rapport trimestriel de suivi du PTA	avril, juillet, octobre, janvier		X		X
11	Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution)				X	
12	Rapport trimestriel de suivi du PTA				X	
13	Réunion du Comité Interne de Suivi (CIS)		X			
14	Supervision		X		X	X
15	Monitoring semestriel	juillet, janvier				X

* Les numéros d'étapes correspondent à ceux indiqués au « Tableau VII : Calendrier de mise en œuvre des étapes du PTA ».

La Figure 10 illustre les étapes impliquées dans la phase de planification respectivement aux niveaux central et régional.

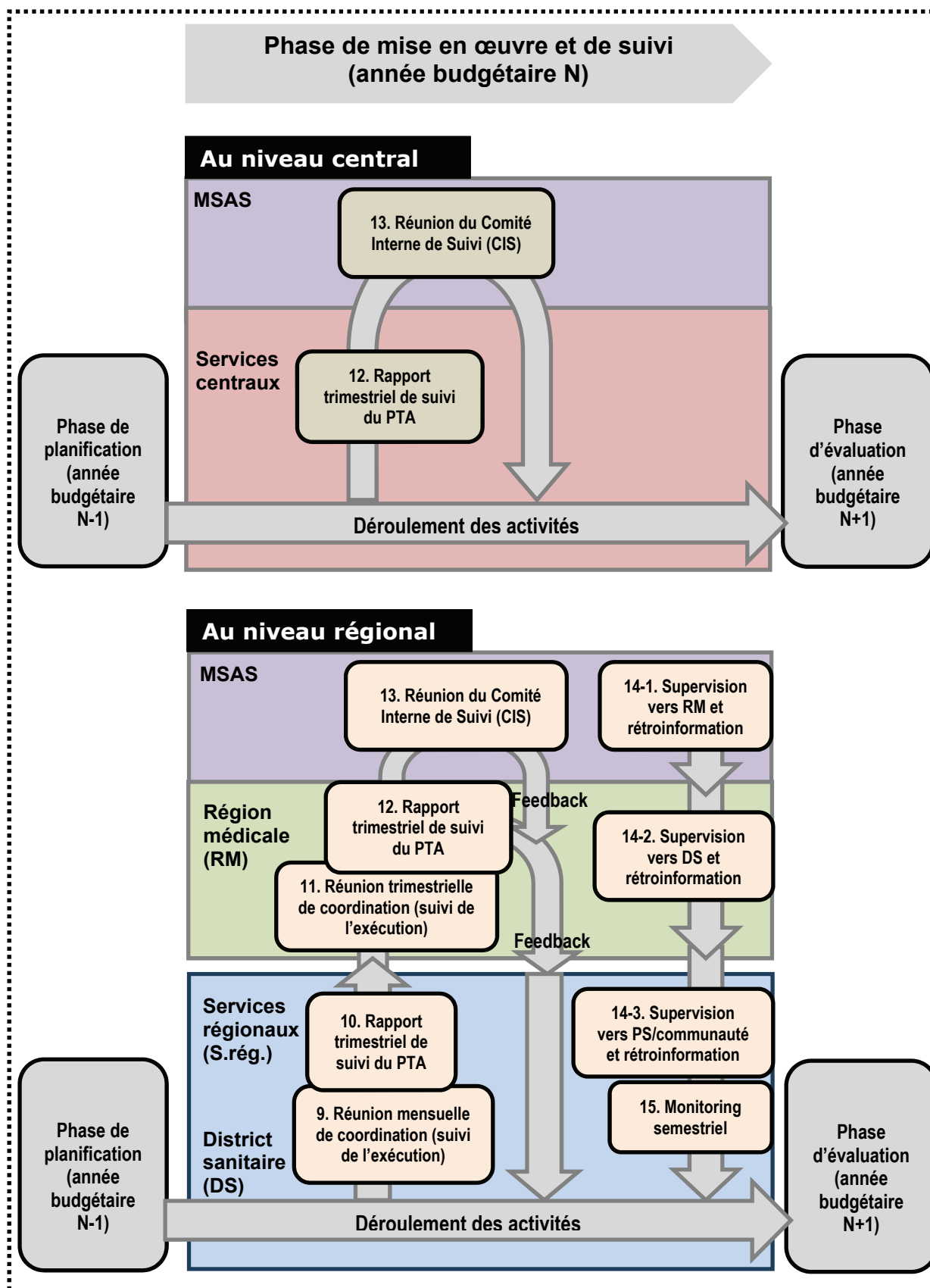


Figure 10 : Etapes de mise en œuvre et de suivi

6.1. Réunion mensuelle de coordination (suivi de l'exécution) au niveau du district et des services régionaux

Chaque formation sanitaire organise une réunion mensuelle de coordination pour le suivi de l'exécution des activités inscrites dans le PTA afin d'identifier très tôt les dysfonctionnements éventuels et apporter les corrections nécessaires. Les dispositions proposées pour la réunion mensuelle de coordination au district sanitaire sont indiquées dans le Tableau XX.

Tableau XX : Dispositions pour la réunion mensuelle de coordination au district sanitaire

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Partager les informations sur les activités menées le mois précédent et discuter des activités prévues durant le mois ● Examiner l'état d'exécution des activités proposées pour le trimestre dans le PTA et élaborer le rapport trimestriel de suivi du PTA
Durée et calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Un atelier d'une demi-journée ou d'un jour est organisé chaque mois (12 fois dans l'année).
Participants	<ul style="list-style-type: none"> ● Membres de l'ECD ● ICP ● Président du Comité de Santé ● Partenaires au développement ● Autres acteurs
Programme	<p><i>Contenu 1 : Examen des activités mensuelles</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen des recommandations faites lors de la dernière réunion et rapport sur les mesures préconisées. 2. Présentation et discussion sur les activités menées le mois précédent et activités prévues le mois suivant 3. Présentation et discussion sur les tendances et les performances basées sur l'information sanitaire 4. Présentation et discussion sur les programmes et activités spécifiques 5. Discussion sur toutes les autres questions diverses 6. Elaboration d'une liste des recommandations <p><i>Contenu 2 : Suivi de l'avancement trimestriel sur la base du PTA (à couvrir chaque trois mois)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Présentation et discussion sur l'avancement trimestriel des activités à la lumière du PTA 8. Discussion sur les dispositions pratiques pour la préparation de la présentation et du rapport trimestriel d'avancement en vue de la réunion trimestrielle de coordination tenue à la région médicale

6.2. Rapport trimestriel de suivi du PTA au niveau du district et des services régionaux

Les formations sanitaires élaborent, chaque trimestre, un rapport d'étape du PTA et le soumettent à la région médicale pour examen lors de la réunion de coordination régionale.

Le rapport trimestriel du district est élaboré à partir de la synthèse des rapports mensuels transmis par les ICP, partenaires, centres de santé, structures privées et/ou confessionnelles, etc.

Le rapport trimestriel peut se présenter comme indiqué dans l'Encadré 5.

Encadré 5 : Contenu du rapport trimestriel du suivi au niveau du district et des services régionaux

1. Formulaire D (de suivi) du PTA

Le Formulaire D du PTA doit être rempli. En particulier, les colonnes du « niveau d'atteinte trimestriel » sous le trimestre correspondant et celles du « niveau d'atteinte de la cible annuelle (%) » doivent être remplies.

Sous-compo santes	Extrants		Niveau d'atteinte des cibles de l'année N								Niveau d'atteinte de la cible annuelle (%)
	Indicateurs	Cibles	T1*		T2		T3		T4		
			Prévi sions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévi sions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévi sions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévi sions	Niveau d'atteinte trimestriel	

* T1, T2, T3, T4 représentent les quatre trimestres de l'année

** Les colonnes « extrants » et « prévisions » sous le niveau d'atteinte des cibles de l'année N doivent être remplies pendant la phase de planification du PTA.

2. Activités non planifiées et exécutées pendant le trimestre précédent

Il faudra ici décrire toutes les activités non prévues dans le PTA mais exécutées pendant le dernier trimestre qui est évalué, en précisant le contexte et/ou la justification, les résultats atteints et les sources de financement pour chaque activité. Il sera utile de faire le lien entre chaque activité et une sous-composante.

3. Problèmes et contraintes rencontrés et mesures préconisées

Les problèmes et contraintes rencontrés et les mesures à prendre doivent être décrits. En particulier, au cas où le niveau d'atteinte trimestriel ne serait pas en adéquation avec la cible fournie comme les prévisions, l'analyse des problèmes et les causes d'un tel retard ainsi que les mesures à prendre pour couvrir ce retard doivent être écrits.

4. Activités prévues pour le trimestre suivant

Les activités planifiées pour le trimestre suivant doivent être décrites.

6.3. Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) au niveau régional

La région médicale organise, chaque trimestre, une réunion de coordination pour le suivi des activités planifiées dans les PTA des structures de santé. Au cours de cette réunion, les bilans d'étape de ces structures sont présentés et discutés avec les partenaires. Des mesures correctrices des problèmes identifiés sont prises.

Les dispositions de la réunion de coordination régionale sont résumées directement dans le Tableau XXI.

Tableau XXI : Dispositions pour la réunion trimestrielle de coordination au niveau régional

Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> ● Assurer le suivi trimestriel de la mise en œuvre du PTA
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Examiner l'état d'exécution des activités proposées dans le PTA et fournir un feed-back ● Examiner l'état d'avancement de la mise en œuvre sur la base des indicateurs d'extrants et discuter des mesures correctrices
Durée et calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Un atelier de trois jours est organisé par trimestre (avril, juillet, octobre, janvier)
Participants	<ul style="list-style-type: none"> ● Gouverneur et élus locaux ● Représentants du niveau central ● ECR ● Représentants services régionaux ● ECD ● Partenaires au développement ● Autres acteurs
Programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapport d'avancement sur la base du PTA par chaque formation sanitaire et discussions <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atteinte des résultats sur la base du Formulaire D (de suivi) du PTA ➤ Activités menées pendant le dernier trimestre (y compris les réunions mensuelles et activités de supervision) ➤ Problèmes et contraintes rencontrés et mesures préconisées ➤ Activités prévues pour le prochain trimestre 2. Activités et programmes spéciaux 3. Divers

6.4. Rapport trimestriel de suivi du PTA aux niveaux central et régional

Les services centraux et la région médicale élaborent un rapport trimestriel de suivi à soumettre au MSAS en prévision de la tenue de la réunion du CIS. Le contenu proposé pour la synthèse du rapport trimestriel de suivi au niveau régional est indiqué dans l'Encadré 6.

Encadré 6 : Contenu proposé pour la synthèse du rapport trimestriel de suivi aux niveaux central et régional

1. Formulaire D (de suivi) du PTA

Le Formulaire D du PTA doit être rempli. En particulier, les colonnes du « niveau d'atteinte trimestriel » sous le trimestre correspondant et celles du « niveau d'atteinte de la cible annuelle (%) » doivent être remplies.

Sous-composantes	Extrants		Niveau d'atteinte des cibles de l'année N								Niveau d'atteinte de la cible annuelle (%)
	Indicateurs	Cibles	T1*		T2		T3		T4		
			Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	Prévisions	Niveau d'atteinte trimestriel	

* T1, T2, T3, T4 représentent les quatre trimestres de l'année

** Les colonnes « extrants » et « prévisions » sous le niveau d'atteinte des cibles de l'année N doivent être remplies pendant la phase de planification du PTA.

2. Activités non planifiées et exécutées pendant le trimestre précédent

Il faudra ici décrire toutes les activités non prévues dans le PTA mais exécutées pendant le dernier trimestre qui est évalué, en précisant le contexte et/ou la justification, les résultats atteints et les sources de financement pour chaque activité. Il sera utile de faire le lien entre chaque activité et une sous-composante.

3. Problèmes et contraintes rencontrés et mesures préconisées

Les problèmes et contraintes rencontrés et les mesures à prendre doivent être décrits. En particulier, au cas où le niveau d'atteinte trimestriel ne serait pas en adéquation avec la cible fournie comme les prévisions, l'analyse des problèmes et les causes d'un tel retard ainsi que les mesures à prendre pour couvrir ce retard doivent être écrits.

4. Activités prévues pour le trimestre suivant

Les activités planifiées pour le trimestre suivant doivent être décrites.

6.5. Réunion du Comité Interne de Suivi (CIS)

Tous les directeurs et chefs des services centraux et MCR présentent leurs bilans trimestriels du PTA au CIS et reçoivent les observations des participants. Ces observations sont restituées lors de leurs réunions de coordination régionales.

6.6. Supervision

La supervision est menée par niveau selon la pyramide sanitaire :

- au niveau régional, par les responsables des programmes nationaux et des directions ;
- au niveau district par les équipes cadre de région ; et
- au niveau des postes de santé et structures périphériques par les équipes cadre de district.

Le but de la supervision menée par les régions médicales et les districts sanitaires ne se limite pas au seul suivi de l'exécution des PTA, mais prend en compte tous les autres aspects de développement sanitaire y compris le renforcement des compétences du personnel de santé. D'autres documents, tel que le Guide National de Méthodologie de la Supervision, peuvent aider à cet effet.

6.7. Monitoring semestriel

Un monitoring est organisé à la fin de chaque semestre au niveau du district sanitaire pour faire le bilan d'étape et proposer des solutions pour la résolution des éventuels problèmes identifiés. A ce monitoring participent le personnel de santé, les comités de santé, les OCB et les élus locaux. Le « Guide du monitoring » élaboré par le MSAS en est le document de référence.

7. Phase d'évaluation

Cette section explique en détail les étapes pratiques de la phase d'évaluation de la gestion du PTA. L'évaluation de la performance pour l'année N est effectuée au cours de l'année N+1. Elle implique trois (3) étapes pratiques qui sont gérées à différents niveaux. Le Tableau XXII indique le calendrier d'exécution et les entités administratives responsables de chaque étape.

Tableau XXII : Calendrier des étapes d'évaluation

Numéro d'étape*	Etapas	Calendrier d'exécution (pour l'année budgétaire N+1)	Centre de responsabilité			
			MSAS	S. centraux	RM	S. rég. & DS
16	Evaluation des performances au niveau du district	janvier				X
17	Evaluation des performances aux niveaux des services centraux et de la région médicale	février		X	X	
18	Evaluation des performances nationales	mars	X			

* Les numéros d'étapes correspondent à ceux indiqués au « Tableau VII : Calendrier de mise en œuvre des étapes du PTA ».

La Figure 11 illustre les étapes impliquées dans la phase d'évaluation respectivement aux niveaux central et régional.

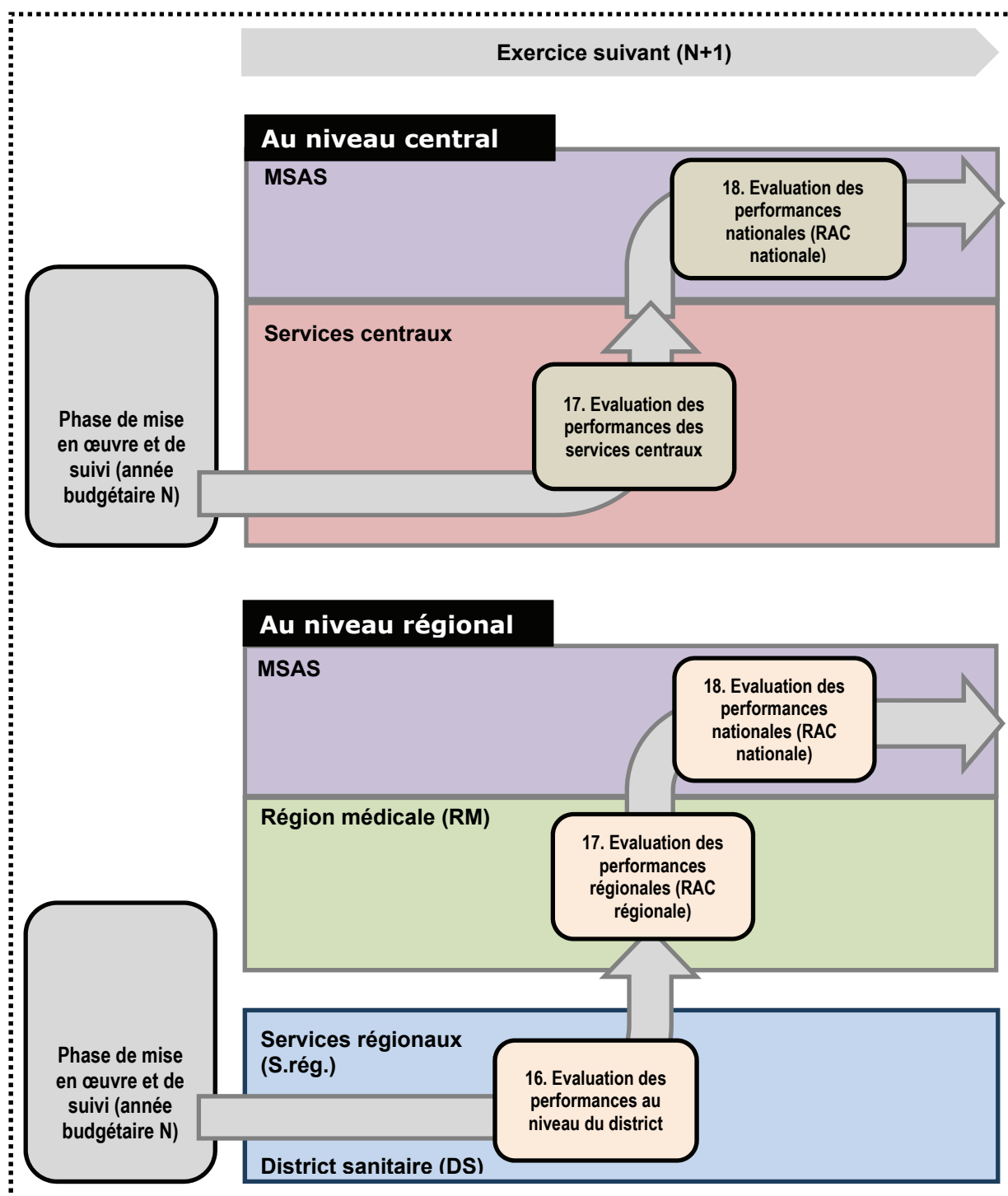


Figure 11 : Etapes d'évaluation

7.1. Evaluation des performances au niveau du district et des services régionaux

L'évaluation des performances annuelles au niveau du district et des services régionaux est menée en trois étapes.

7.1.1. Etape 1 : Rapport annuel de performance

A la fin de l'exercice budgétaire N, les districts sanitaires et services régionaux élaborent leur rapport annuel de performance et le soumettent à la région médicale. Le contenu du rapport annuel de performance est présenté dans l'Encadré 7.

Encadré 7 : Contenu du rapport annuel de performance au niveau du district et des services régionaux

1. Brève présentation de la structure (1 page)
2. Activités menées et niveau d'atteinte des indicateurs de performance de l'exercice budgétaire N du PTA.
3. Formulaire E (d'évaluation) du PTA

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs opérationnels	Indicateurs de performances				
			Libellé d'Indicateurs liés aux objectifs	Cible atteinte en N-1	Cible attendue en N	Cible atteinte en N	Cible nationale en N

4. Examen des indicateurs et recherche des déterminants des performances et contre-performances.
5. Recommandations

7.1.2. Etape 2 : Réunion de partage du rapport de performance au niveau des districts et des services régionaux

L'analyse des profils de performance est faite lors de la dernière réunion mensuelle de coordination tenue en janvier (de l'exercice budgétaire N+1).

La réunion peut être organisée selon les dispositions proposées dans le Tableau XXIII.

Tableau XXIII : Dispositions pour la réunion annuelle d'évaluation des performances au niveau district

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ● Analyser les profils de performance des services de santé dans l'exécution des PTA
Durée et calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Atelier de trois jours organisé en février de l'exercice budgétaire N+1
Participants	<ul style="list-style-type: none"> ● ECD ● Représentant de l'ECR ● Représentants des OCB ● Représentants des ONG ● Préfet/sous-préfets ● Elus locaux ● Partenaires au développement ● Autres acteurs
Programme	<ul style="list-style-type: none"> ● Présentation par le MCD : <ul style="list-style-type: none"> ➤ bilan des activités et niveau d'atteinte des indicateurs de l'exercice budgétaire N du PTA ➤ examen des indicateurs et recherche des déterminants des performances et contre-performances ● Recommandations

7.1.3. Etape 3 : Finalisation du rapport de performance et transmission à la région médicale

Le rapport de performance de la formation sanitaire est élaboré et transmis à la région médicale après la réunion d'évaluation.

7.2. Evaluation des performances aux niveaux des services centraux et de la région médicale

La région médicale procède lors de la Revue Annuelle Conjointe régionale (RAC régionale) à l'évaluation annuelle des performances des districts sanitaires et services régionaux. Le rapport de performance régional sera ensuite élaboré et transmis au MSAS.

Chaque service central également peut tenir une réunion pour évaluer la performance annuelle et élaborer le rapport de performance.

L'évaluation des performances se fera en deux étapes.

7.2.1. Etape 1 : Réunion annuelle d'évaluation des performances aux niveaux des services centraux et de la région médicale

La réunion annuelle d'évaluation des performances sera organisée selon les dispositions proposées dans le Tableau XXIV.

Tableau XXIV : Dispositions proposées pour la réunion annuelle d'évaluation des performances aux niveaux des services centraux et de la région médicale

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Analyser les performances des services centraux et structures de santé de la région en se fondant sur les principaux indicateurs de santé ● Proposer des mesures correctrices pour la résolution des éventuels problèmes identifiés
Durée et calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> ● Atelier d'un à trois jours organisé en février de l'exercice budgétaire N+1
Participants	<p><i>Atelier pour le niveau des services centraux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Directeurs, chefs de divisions, chefs de programmes ● Equipes des services ● Partenaires au développement ● Autres personnes ressources <p><i>Atelier pour le niveau régional :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gouverneur et élus locaux régionaux ● Préfet/sous-préfets ● Représentants du niveau central ● ECR ● ECD ● Représentants des EPS et des autres services régionaux de la santé ● Représentants des OCB ● Représentants des ONG ● Représentant des autres partenaires locaux ● Partenaires au développement ● Autres acteurs
Programme	<ul style="list-style-type: none"> ● Présentation sur les performances <ul style="list-style-type: none"> ➤ bilan annuel et analyse du niveau d'atteinte des indicateurs de l'exercice budgétaire N du PTA ➤ analyse des contre-performances et recherche de leurs déterminants ● Discussions sur les mesures correctrices à prendre pour une amélioration des performances ● Recommandations

7.2.2. Etape 2 : Elaboration et présentation du rapport annuel des performances des services centraux et de la région médicale

Sur la base des rapports présentés par les districts sanitaires et des résultats de la réunion annuelle d'évaluation des performances, les services centraux et la région médicale élaborent le rapport annuel des performances. Ce rapport sera transmis à la CAS/PNDS avant la revue annuelle conjointe (RAC) nationale. Le contenu du rapport annuel des performances des services centraux et de la région médicale est présenté dans l'Encadré 8.

Encadré 8 : Contenu du rapport annuel des performances des services centraux et de la région médicale

1. Brève présentation du service central ou de la région médicale (1 page)
2. Formulaire E (d'évaluation) PTA

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs opérationnels	Indicateurs de performances				
			Libellé d'Indicateurs liés aux objectifs	Cible atteinte en N-1	Cible attendue en N	Cible atteinte en N	Cible nationale en N

3. Analyse des performances et contre-performances
4. Recommandations

7.3. Evaluation des performances nationales

Le MSAS organise, une fois par an, la Revue Annuelle Conjointe (RAC) nationale. Les directeurs et chefs de service du MSAS, les MCR et représentants des partenaires au développement assistent à la réunion et évaluent les performances de chaque centre de responsabilité et, plus globalement, l'état de mise en œuvre du PNDS.

**Troisième partie :
aspects pratiques pour
l'élaboration du calendrier
annuel et l'estimation des
coûts de gestion du PTA**

8. Phase d'élaboration du calendrier annuel de gestion du PTA

Durant l'exercice budgétaire de l'année N, la région médicale et les formations sanitaires coordonnent les activités liées à la gestion du PTA. Elles concernent les différentes phases du cycle de gestion du PTA : (i) évaluation des performances de l'année N-1, (ii) mise en œuvre et suivi des activités de l'année N, et (iii) planification des activités de l'année N+1 (Figure 12).

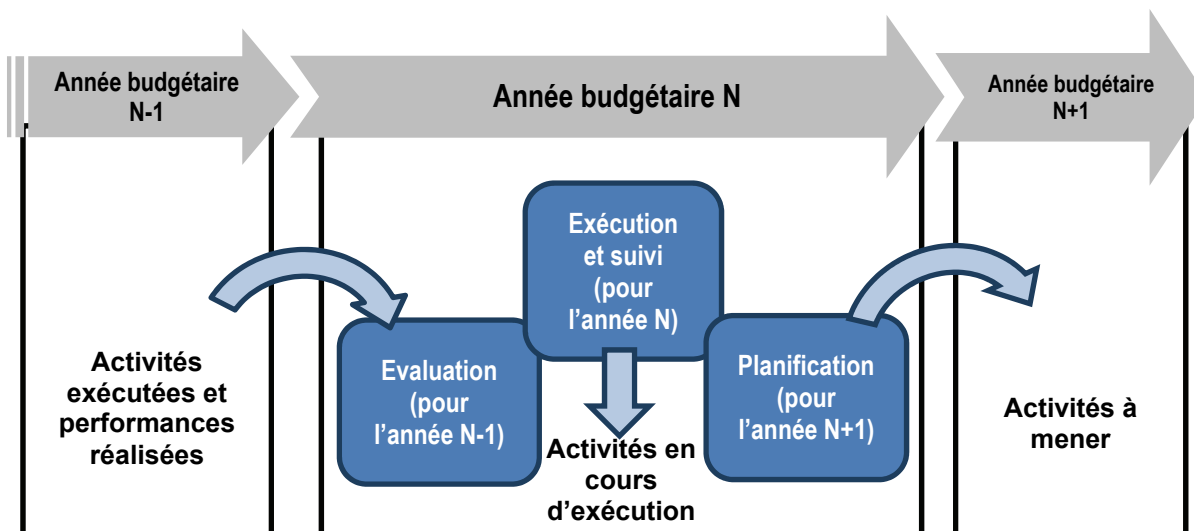


Figure 12 : Cycle de planification, suivi et évaluation de la gestion du PTA

Afin de s'assurer que la planification, le suivi et l'évaluation sont correctement effectués et au moment opportun, il est indispensable d'élaborer un chronogramme annuel des activités de gestion du PTA des formations sanitaires.

Ce chronogramme peut être élaboré lors de la session d'orientation et de formation sur le PTA ou à la 4^{ème} réunion régionale trimestrielle de coordination. Toutefois, ce chronogramme doit s'insérer dans le cycle annuel national de planification

8.1. Elaboration du calendrier annuel de la région médicale

Le calendrier annuel de gestion du PTA de la région médicale peut être élaboré en utilisant le canevas fourni dans le Tableau XXV. La colonne, « dates proposées par la région médicale » dans le tableau, sera remplie en précisant les dates de chaque activité du cycle de gestion du PTA.

Remarque :

Ce calendrier doit être élaboré avant celui des districts sanitaires.

Tableau XXV : Formulaire pour l'élaboration du calendrier de l'année budgétaire N de la région médicale

No.	Budget RM obligatoire*	Activités du cycle de gestion du PTA	Dates proposées par la RM (A préciser)	Dates ou périodes d'exécution recommandées	Etape correspondante dans le cycle annuel de gestion du PTA (Tableau VII)
Evaluation de l'exercice budgétaire N-1					
1.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports annuels des performances des districts sanitaires et services régionaux		janvier	Evaluation des performances au niveau du district (Etape 16)
2.	A	Organisation de la Réunion Régionale Annuelle d'évaluation des performances (RAC régionale)		février	Evaluation des performances régionales (Étape 17)
3.		Présentation du Rapport de Performance Régional Annuel au MSAS (RAC Nationale)			
Mise en œuvre et suivi pour l'exercice budgétaire N					
4.		Envoi d'une lettre circulaire aux districts sanitaires et services régionaux pour l'élaboration et transmission du rapport du quatrième trimestre de l'année passée		janvier - mars	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
5.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du quatrième trimestre de l'année passée des formations sanitaires			
6.	B	Organisation de la première réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du quatrième trimestre de l'année passée)			Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
7.	C	Organisation de la première mission de supervision de l'année (pour le compte du quatrième trimestre de l'année passée)			Supervision (Etape 14)
8.		Envoi d'une lettre circulaire aux districts sanitaires et services régionaux pour l'élaboration et transmission du rapport du premier trimestre de l'année en cours		avril - juin	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
9.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du premier trimestre de l'année en cours des formations sanitaires			
10.	B	Organisation de la deuxième réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du premier trimestre de l'année en cours)			Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
11.	C	Organisation de la deuxième mission de supervision trimestrielle vers les formations sanitaires (pour le compte du premier trimestre de l'année en cours)			Supervision (Etape 14)

12.		Envoi d'une lettre circulaire aux districts sanitaires et services régionaux pour l'élaboration et transmission du rapport du deuxième trimestre		juillet - septembre	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
13.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du deuxième trimestre des formations sanitaires			
14.	B	Organisation de la troisième réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du deuxième trimestre)			Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
15.	C	Organisation de la troisième mission de supervision trimestrielle vers les formations sanitaires (pour le compte du deuxième trimestre)			Supervision (Etape 14)
16.		Envoi d'une lettre circulaire aux districts sanitaires et services régionaux pour l'élaboration et transmission du rapport du troisième trimestre		octobre - décembre	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
17.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du troisième trimestre des formations sanitaires			
18.	B	Organisation de la quatrième réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du troisième trimestre)			Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
19.	C	Organisation de la quatrième mission de supervision trimestrielle vers les formations sanitaires (pour le compte du troisième trimestre)			Supervision (Etape 14)
Planification pour l'exercice budgétaire N+1					
20.	D	Organisation de la session d'orientation et de formation sur le PTA dans la région		août	Orientation ou formation (Etape 2)
21.		Envoi d'une lettre circulaire aux districts sanitaires et services régionaux pour soumettre la version initiale de leur PTA		octobre - décembre	Elaboration et présentation du PTA (incluant les POCL-Santé dans les districts) (Etape 5)
22.		Date limite de réception de la version initiale du PTA des formations sanitaires			
23.	E	Organisation de l'atelier régional pour examiner et valider les PTA (incluant les POCL-santé) élaborés par les formations sanitaires, et préparation des calendriers de gestion des PTA (région et district)			Synthèse, validation et transmission des PTA (Etape 6)
24.		Validation et synthèse des PTA puis transmission au MSAS			
25.		Envoi d'une lettre circulaire aux formations sanitaires pour la soumission du PTA finalisé prenant en compte le budget réel disponible et incorporant le feed-back reçu lors de la réunion d'évaluation du PTA		décembre	Finalisation du PTA (Etape 8)
26.		Date limite de réception du PTA finalisé des formations sanitaires			

*Les événements qui absorbent une part importante du budget de la région médicale sont marqués par des lettres de l'alphabet (de A à K). Ces lettres correspondent à des activités et leur répétition traduit la répétition d'une activité.

8.2. Elaboration du calendrier annuel par les formations sanitaires

Le Tableau XXVI peut être utilisé pour élaborer les calendriers annuels de gestion du PTA au niveau du district sanitaire et des services régionaux. Les dates du cycle de gestion sont déterminées par la région médicale et portées à la connaissance des services régionaux et districts sanitaires qui doivent obligatoirement s'y référer pour déterminer leurs propres dates.

Tableau XXVI : Formulaire pour l'élaboration du calendrier annuel des districts sanitaires et services régionaux pour l'année budgétaire N

No.	Budget du DS obligatoire	Activités du cycle de gestion du PTA	Dates fixées par la RM	Dates proposées par les formations sanitaires	Dates ou périodes d'exécution recommandées	Etapes correspondantes dans le cycle annuel de gestion du PTA (Tableau VII)
Évaluation de l'exercice budgétaire N-1						
1.	F	Organisation de la réunion annuelle d'évaluation des performances des districts sanitaires et services régionaux			fin janvier	Evaluation des performances au niveau du district (Etape 16)
2.		Date limite de soumission à la région médicale du rapport annuel des performances des districts sanitaires et services régionaux			début février	
3.		Participation à la réunion régionale annuelle d'évaluation des performances (RAC régionale)			février	Evaluations des performances régionales (Etape 17)
Mise en œuvre et suivi pour l'exercice budgétaire N						
4.		Envoi d'une lettre circulaire aux ICP pour l'élaboration et la transmission du rapport mensuel			janvier - décembre (le 25 du mois)	Réunion mensuelle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 9)
5.	G	Organisation des réunions mensuelles au niveau des districts sanitaires et des services régionaux			janvier - décembre (entre le 1er et le 7 du mois)	
6.	H	Organisation du monitoring des activités du deuxième semestre de l'année passée			janvier	Monitoring semestriel (Etape 15)
7.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du quatrième trimestre de l'année passée des formations sanitaires			janvier - mars	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
8.		Participation à la première réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du quatrième trimestre de l'année passée)				Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
9.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du premier trimestre de l'année en cours des formations sanitaires			avril - juin	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)

10.		Participation à la deuxième réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du premier trimestre de l'année en cours)				Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
11.	H	Organisation du monitoring des activités du premier monitoring de l'année N			juillet	Monitoring semestriel (Etape 15)
12.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du deuxième trimestre des formations sanitaires			juillet - septembre	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
13.		Participation à la troisième réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du deuxième trimestre)				Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
14.		Date limite de soumission à la région médicale des rapports du troisième trimestre des formations sanitaires			octobre - décembre	Rapport trimestriel de suivi du PTA (Etape 10)
15.		Participation à la quatrième réunion trimestrielle de coordination régionale (suivi des activités du troisième trimestre de l'année en cours)				Réunion trimestrielle de coordination (suivi de l'exécution) (Etape 11)
16.	I	Organisation de la première supervision de l'ECD vers les ICP			février	Supervision (Etape 14)
17.		Organisation de la deuxième supervision de l'ECD vers les ICP			avril	
18.		Organisation de la troisième supervision de l'ECD vers les ICP			juin	
19.		Organisation de la quatrième supervision de l'ECD vers les ICP			août	
20.		Organisation de la cinquième supervision de l'ECD vers les ICP			octobre	
21.		Organisation de la sixième supervision de l'ECD vers les ICP			décembre	
Planification pour l'exercice budgétaire N+1						
22.		Participation à la session d'orientation et de formation sur le PTA dans la région				Orientation ou formation (Etape 2)
23.	J	Organisation d'un atelier pour identifier les besoins des populations et déterminer les dispositions pratiques pour compiler le PTA			juillet - septembre	Elaboration et présentation du PTA (incluant les POCL-Santé dans les districts) (Etape 5)
24.	K	Organisation d'un atelier pour élaborer les PTA intégrant les POCL-Santé				
25.		Date limite de soumission de la version initiale du PTA à la région médicale			octobre - décembre	Synthèse, validation et transmission des PTA (Etape 6)
26.		Participation à l'atelier régional pour examiner et valider les PTA élaborés par les districts sanitaires				Finalisation du PTA (Etape 8)
27.		Date limite de soumission des PTA finalisés des districts sanitaires				

9. Phase d'estimation des coûts de gestion du PTA

La gestion du PTA nécessite des ressources financières qui doivent être identifiées durant la phase de planification. L'estimation des coûts de gestion du PTA se fera tout au début du processus.

9.1. Calcul des budgets nécessaires pour la région médicale, les services régionaux et les districts sanitaires

Les budgets annuels nécessaires des formations sanitaires seront calculés en utilisant les Tableau XXVII et Tableau XXVIII. Ces derniers permettent d'avoir une idée sur les besoins de financement et peuvent servir d'outils de négociation avec les partenaires au développement.

Une feuille de calcul prévue pour faciliter les détails est disponible dans le CD-ROM joint au présent guide.

Tableau XXVII : Formulaire pour l'estimation du budget annuel nécessaire pour la région médicale

Phases	Rubriques		Dates proposées par la RM	Estimation du budget		
				Coût estimé par session	Nombre de sessions	Montant total
Evaluation de l'exercice budgétaire N-1	A	Réunion Régionale Annuelle d'évaluation des performances (RAC régionale)			1	
Mise en œuvre et suivi de l'exercice budgétaire N	B	Réunions régionales trimestrielles de coordination			4	
	C	Supervisions trimestrielles au niveau des formations sanitaires			4	
Planification de l'exercice budgétaire N+1	D	Session d'orientation et de formation sur le PTA dans la région			1	
	E	Atelier régional pour examiner et valider les PTA élaborés par les formations sanitaires			1	
Total						

Tableau XXVIII : Formulaire pour l'estimation du budget annuel nécessaire pour le district sanitaire et les services régionaux

Phases	Rubriques		Dates proposées par les formations sanitaires	Estimation du budget		
				Coût estimé par session	Nombre de sessions	Montant total
Evaluation de l'exercice budgétaire N-1	F	Réunion annuelle d'évaluation des performances des districts sanitaires et services régionaux			1	
Mise en œuvre et suivi de l'exercice budgétaire N	G	Monitoring semestriel			2	
	H	Réunions mensuelles au niveau des districts sanitaires et des services régionaux			12	
	I	Supervisions de l'ECD vers les ICP			6	
Planification de l'exercice budgétaire N+1	J	Atelier pour identifier les besoins des populations et déterminer les dispositions pratiques pour compiler le PTA			1	
	K	Atelier pour élaborer les PTA intégrant les POCL-Santé			1	
Total						

9.2. Conditions pour une bonne gestion du PTA

La programmation des activités de gestion (élaboration du PTA, activités de coordination/suivi et évaluation) dans le PTA est indispensable car elle garantit l'atteinte des objectifs dans le cadre de la GAR. A cet effet, il est impératif que les financements destinés à ces activités soient acquis.

Encadré 9 : Activités de gestion du PTA.

Formulaire B : Formulaire de planification

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Objectifs opérationnels	Extrants		...
					Indicateurs	Cibles	
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent						
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2. Prévention et prise en charge de la maladie						
Renforcer durablement le système de santé	3. Renforcement du système de santé						
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire	4-1 Gestion axée sur les résultats	4-1-1 Planification				
			4-1-2 Coordination/ Suivi/ Evaluation				
			4-1-3 Financement des services				
			Résultats				
			4-1-4 Normalisation				
			4-1-5 Audit/ contrôle				
			4-1-6 Système d'allocation des ressources				
		4-3 Participation	4-3-1 Participation des communautés				
			4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité				
			4-3-3 Partenariat				

ANNEXES

- I. REFERENCE POUR LE REMPLISSAGE DU FORMULAIRE A**
- II. REFERENCE POUR LE REMPLISSAGE DU FORMULAIRE B**
- III. OUTILS POUR EVALUER LA COMPLETUDÉ DU PTA**

ANNEXE I : Référence pour le remplissage du Formulaire A

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Objectifs spécifiques (CDSMT)	Indicateurs de performance	Cibles nationales		
				2012	2013	2014
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantile juvéniles	1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-a) Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux, pour la mère et le NNé par du personnel qualifié	(Taux d'achèvement en CPN)	40%	45%	≥45%
			Taux d'utilisation pour la consultation prénatale	>90%	>90%	≥ 90%
			Proportion d'accouchements effectués dans les formations sanitaires	65%	70%	≥70%
			Proportion d'accouchements effectués par du personnel qualifié	55%	60%	62%
			Taux de couverture SENN	55%	60%	62%
			Taux de consultations post natales	45%	50%	55%
			Taux de césariennes	3%	5%	5%
		1-b) Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale	Taux de couverture en SP chez les FE	80%	80%	80%
			Pourcentage de femmes enceintes qui viennent en CPN pour la première fois et qui bénéficient du paquet PTME	50%	60%	80%
			Taux de couverture VAT 2+	80%	85%	90%
			Proportion des districts mettant en œuvre la stratégie "Bajenu goxx"	>80%	>80%	>80%
			Proportion de "Bajenu goxx" formées	100%	100%	100%
		1-c) Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits	Taux de prévalence contraceptive	12%	13%	13%
			Taux de couverture consultations NRS sains	>80%	>80%	>80%
Accroître les performances du secteur en	2. Prévention et prise en charge de la maladie	1-d) Améliorer la survie de l'enfant	Taux d'utilisation RVO/ZINC	50%	65%	80%
			Taux de couverture suivi de la croissance	>80%	>80%	>80%
		1-e) Améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents	Pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois déparasités	>95%	>95%	>95%
			Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en Vitamine A	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
			Proportion de districts sanitaires ayant aménagé un espace pour ado/jeunes	14%	20%	≥ 50%
		1-f) Assurer la vaccination chez les enfants	Pourcentage d'adolescents jeunes ayant fait le test de dépistage volontaire du VIH au cours de l'année	25%	35%	35%
			Taux de couverture en Penta3	90%	95%	95%
			Proportion d'enfants 0-11 mois complètement vaccinés	80%	85%	90%
		2-a) Réduire la morbidité et la mortalité palustre	Proportion d'enfants 0-11 mois vaccinés contre la rougeole (VAR)	80%	85%	90%
			Taux de létalité hospitalière	<2,6%	<2,4%	<1,4%
			Taux de couverture en MII chez les enfants 0-5 ans	70%	75%	78%
			Taux de couverture en MII chez les femmes enceintes	70%	75%	78%

matière de prévention et de lutte contre la maladie		Taux de couverture en TPI 2	70%	80%	85%
2-b) Réduire la morbidité et la mortalité liées à la TB	Taux de morbidité proportionnelle du paludisme	2,6%	2,5%	1,5%	
	Nombre de MII distribuées au cours de l'année	2 010 784	2 130 097	2 770 582	
	Taux de détection	60%	63%	67%	
	Taux de succès	85%	85%	85%	
	Taux de malades perdus de vue	< ou =5%	< ou =5%	< ou =5%	
	Nombre de PVIH mises sous ARV	26 099	28 729	31 041	
	Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié du dépistage du VIH au cours de l'année	318 283	381 940	458 328	
	Pourcentage de personnes de la population générale qui ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois	14%	16%	18%	
	Pourcentage d'hôpitaux disposant d'une unité de dialyse rénale	12%	20%	30%	
	Pourcentage de district sanitaire où le dépistage des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus par la méthode IVA/IVL cryothérapie chez les femmes de 25 à 65 ans est réalisé	5%	7%	10%	
2-c) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles	Pourcentage d'hôpitaux disposant d'une unité de prise en charge de diabétiques fonctionnelle	10%	20%	30%	
	Nombre de centres de santé équipés en fauteuil dentaire fonctionnel	70	80	85	
	Nombre d'infirmiers formés en soins bucco-dentaires primaires au cours de l'année	≥ 200	≥ 250	≥ 250	
	Taux de chirurgie de la Cataracte (nombre de cataractes opérées sur 1000000 hbts)	1100	1200	1400	
	Taux d'implantation de cristallin	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	
	Pourcentage d'appels à caractère médical	20%	25%	30%	
	Pourcentage de cas régulés	25%	30%	35%	
	Pourcentage de cas régulés et traités	90%	95%	98%	
	Pourcentage de transports effectués par le SAMU	85%	85%	85%	
	Nombre de psychiatres recrutés	4	4	4	
2-e) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies tropicales négligées (MTN)	Nombre d'ateliers organisés pour la formation de paramédicaux	2	2	2	
	Nombre d'unités de psychiatrie installé dans les CHR	3	2	2	
	Mise en place d'unités mobiles psy pour des consultations itinérantes et la prise en charge des malades mentaux errants	1	2	2	
	Mise en place d'un centre méthadone pour les usagers de drogues injectables	1	1	1	
	Taux de couverture thérapeutique (Nombre de personnes ayant reçu un traitement effectif en campagne de masse sur la population totale exposée aux maladies suivantes : Onchocercose, filariose lymphatique, bilharzioses, géo helminthiases et trachome, au niveau des districts d'intervention.)	80%	80%	80%	
	Taux de couverture géographique (Nombre de localités (villages et communes) traitées sur le nombre de localités éligibles au traitement, au niveau des districts d'intervention)	100%	100%	100%	
	Nombre de personnes mordues et ayant bénéficié de la sérovaccination anti rabique	80%	80%	80%	
	sur le nombre total de personnes mordues				
	Nombre de rumeurs investiguées dans les 24h sur le nombre total de rumeurs notifiées	90%	92%	95%	
	Taux de détection de la lèpre	0,25 pour 10 000	0,25 pour 10 000	0,25 pour 10 000	

	Taux de guérison de la lèpre	95%	98%	98%
	Nombre de cas de leishmaniose traités sur le nombre de cas diagnostiqués	80%	85%	90%
	Pourcentage de CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) fonctionnels	100%	100%	100%
	Pourcentage de CHSCT (comité d'hygiène sécurité et condition de travail) fonctionnels	60%	100%	100%
	Pourcentage de structures ayant mis en œuvre les Processus prioritaires (nosovigilance, gestion des déchets, entretien des locaux)	60%	100%	100%
	Proportion de tradipraticiens recensés qui ont été orientés sur la référence précoce	70%	95%	95%
	Nombre de journées célébrées par an (journées africaines et mondiales)	25	25	25
	Pourcentage de points d'eau contrôlés avec les kits d'analyse chimique et bactériologique	80%	80%	80%
	Pourcentage de points d'eau contaminés et traités	100%	100%	100%
	Proportion des concessions visitées et disposant d'un système adéquat de conservation de l'eau de boisson	80%	80%	80%
	Taux de satisfaction des demandes de désinfection et désinsectisation	80%	85%	85%
	Taux de bonnes pratiques d'hygiène alimentaire observées dans les établissements recevant du public	70%	75%	75%
	Taux de couverture sanitaire des grands événements (cérémonies religieuses, catastrophes naturelles, épidémies)	100%	100%	100%
	Taux de visites domiciliaires effectuées	15%	20%	20%
	Nombre de BREIPS supervisés	14 BREIPS	14 BREIPS	14 BREIPS
	Nombre de supports de communication multimédia sur les bonnes pratiques en promotion de la santé Produits	-30000 Affiches -50000 Dépliants -100000 flyers -52 Emission Educative Tv	-40000 Affiches-50 000 Dépliants -100000 flyers-52 Emission Educative Tv	50000 affiches 500 Dépliants 100000 flyers 52 Emission Educative Tv
	Emission Educative Tv	150	175	200
	Pourcentage de districts ayant notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune	100%	100%	100%
	Nombre de PFA non polio pour 100000 enfants de moins 15 ans par région	>3	>3	>3
	Pourcentage de prélèvement de selles adéquates	>95%	>95%	>95%
	Taux de complétude dans la transmission des listes hebdomadaires de cas de méningite par les districts	100%	100%	100%
	Nombre de districts ayant introduit le vaccin anti pneumococcique dans les PEV de routine	100%	100%	100%
	Taux d'investigation des cas de TNN notifiés	100%	100%	100%

[illegible]

		Pourcentage de collectivités locales ayant élaboré leur POCL/santé	75%	100%	100%
		Pourcentage de districts ayant élaboré des PTA intégrant les POCL santé	90%	100%	100%
		Nbre de RM ayant fait la synthèse des PTA des Districts	14	14	14
		Pourcentage de PTA ayant fait l'objet d'une synthèse	100%	100%	100%
		Disponibilité du projet de budget à la DAGE	oui	oui	oui
		Nbre de districts dans les régions cibles appliquant les principes du FBR	3	15	75
		Disponibilité des critères d'allocation des ressources aux différents niveaux du système de santé	oui	oui	oui
		Les indicateurs standards des dépenses de santé sont disponibles	oui	oui	oui
		Nbre de CIS tenus par an	4	4	4
		Nbre de RAC tenues par an	15	15	15
		Nombre de missions de supervision	1	1	1
		Les indicateurs standards sur les dépenses publiques de santé sont disponibles	oui	oui	oui
		Nombre de réunions du CCS du CDSMT	4	4	4
		Disponibilité du document du COMPACT	oui	oui	oui
		Pourcentage des centres de responsabilité ayant mis en œuvre le Plan de suivi évaluation	50%	75%	75%
		Nbre de ECD et de ECR orientées sur le plan de suivi/évaluation	100%	0	0
		Disponibilité du rapport de performance 2011 du CDSMT 2011- 2013	oui	oui	oui
		Pourcentage de centres de responsabilité ayant produit un rapport annuel de performance	30%	30%	30%
	4-b) Améliorer les mécanismes de gestion des ressources	Disponibilité du fonds d'impulsion à la recherche	oui	oui	oui
		Nbre de fora sur la recherche organisés par an	2	2	2
		Nombre de districts appuyés dans le cadre de la recherche pour santé	10%	15%	20%
		Fonctionnalité du comité national d'éthique	oui	oui	oui
		Nombre de points focaux formés	20	25	30
		Nombre de protocoles évalués	60	70	80
		Fonctionnalité du système d'information sur la recherche (Site Web, points focaux)	oui	oui	oui
		Nombre de structures auditées (audit externe)	10	10	10
		Nombre de structures ayant fourni un rapport d'audit interne	23	25	25
		Nombre de centres de responsabilité contrôlés	10	15	15
		Disponibilité de la matrice des coûts de référence	oui	oui	oui
		Pourcentage de PPS ayant affiché les prix des médicaments et les tarifs de prestations	90%	95%	100%
		Pourcentage de PPS ayant respecté la marge bénéficiaire en vigueur	90%	100%	100%
		Pourcentage des centres de responsabilité appliquant les directives de l'arrêté fixant les critères d'allocation des ressources	10%	30%	50%
		Nbre de mutuelles ayant signé une convention avec les structures sanitaires	125	150	175
	4-c) Renforcer la couverture du risque maladie	Nbre de cas sociaux pris en charge dans les formations sanitaires	600 000	600 000	600 000
		Pourcentage des recettes issues de la population allouées aux cas sociaux chaque année	5%	5%	5%
		Nbre de personnes couvertes par un système formel de couverture maladie	1 800 000	1 800 000	1 800 000
		Nbre de personnes couvertes par une mutuelle de santé	1 500 000	1 500 000	1 500 000

		Nbre de Collectivités Locales disposant d'une mutuelle de santé	50	100	150
		Disponibilité du fonds national de solidarité santé	oui	oui	oui
		Nbre d'EPS ayant recouvert leurs créances	19	19	22
		Nbre de personnes âgées de 60 ans et plus prises en charge dans le plan sésame	720 000	720 000	720 000
		Nbre de femmes ayant bénéficié du système de gratuité lors de l'accouchement dans les zones ciblées	456 156	464 279	472 402
		Nbre de femmes ayant bénéficié de la gratuité des césariennes dans les zones ciblées	6 360	6 360	6 360
		Proportion de comités de santé renouvelés	35%	60%	60%
		Proportion de collectivités locales bénéficiant d'un appui conseil pour la mise en place des comités de gestion	50%	60%	80%
		Nbre de sessions de formation des formateurs sur la décentralisation et la bonne gouvernance sanitaire locale organisées	7	4	3
	4-d) Renforcer la participation des populations à l'effort de santé	Nbre de nouveaux plans multisectoriels des départements ministériels mis en œuvre	13	0	2
	4-e) Renforcer le partenariat	Nbre de cadre de concertation multisectoriel mis en place et fonctionnels	7	7	8
		Le document de la plateforme multisectorielle est disponible	oui	oui	oui
		Nbre de sessions de formation des acteurs sur la contractualisation et le partenariat organisées	7	10	10
		Nbre de cadre de concertation mis en place et fonctionnels	7	10	10
		Nbre de contrats de performance signés	10	10	20
		Enregistrement des contrats	oui	oui	oui
		Disponibilité du document de la stratégie nationale sur le PPP	oui	oui	oui
		Proportion de comités de santé renouvelés	35%	60%	60%

ANNEXE II : Référence pour le remplissage du Formulaire B

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1- Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque	<ul style="list-style-type: none"> ● 187200 FE ont achevé la CPN ● 750 SFE et ICP formés sur la CPN recentrée ● 14 ECR et 75 ECD orientées sur la CPN recentrée ● 437772 FE ont effectué au moins une CPN ● 4800 stratégies avancées effectuées ● 341660 accouchements effectués dans les formations sanitaires ● 300 ICP et SFE sont capités sur la GATPA ● 257400 CPON sont effectuées ● 32760 césariennes effectuées ● 36 membres d'équipes SONU sont formés ● 374400 FE ont reçu le TPI2 ● 389131FE sont dépistées au VIH ● 437772 FE vaccinées au VAT2
			1-1-2 PEC communautaire de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> ● 65 districts mettent en œuvre la Stratégie BG ● 6000 "Bajenu goxx" formées
			1-1-3 Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> ● 344231 FAR utilisent une méthode contraceptive moderne ● La gamme des méthodes contraceptives longue durée est élargie à 75 postes de santé ● L'offre initiale de pilule (OIP) est étendue à 17 districts sanitaires
			1-1-4 Santé Néonatale	<ul style="list-style-type: none"> ● 316169 Nnés ont bénéficié de Soins Essentiels ● 200 nouveaux coins du Nouveau Né sont installés ● 500 ICP et SFE formés en Santé Péri-Néonatale (SPNN)
	1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME		<ul style="list-style-type: none"> ● 772335 nourrissons (0-24 mois) sont vus en Consultation Nourrissons Sains ● 1417678 cas de diarrhées chez les enfants (0-5ans) sont traités par la méthode RVO ● Les ECD et ECR de 3 Régions Médicales sont formés et celles de 5 Régions sont recyclées sur la PCIME
			1-2-2 Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ● 772335 enfants (0-24 mois) ont bénéficié de suivi pondéral de la croissance ● 1836523 enfants (12-59 mois) déparasités ● 2068754 enfants (6-59 mois) supplémentés en Vit.A
			1-3-1 Santé de la reproduction des adolescents jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ● 10 districts ont aménagé un espace ado ● Le personnel des espaces ado sont orientés sur la santé des adolescents dans ces différentes composantes ● 761023 ados ont effectué le test de dépistage volontaire du VIH

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2. Prévention et prise en charge de la maladie	1-4 Vaccination	1-4-1 PEV	<ul style="list-style-type: none"> ● 437772 d'enfants (0-11mois) vaccinés au Penta3 ● 398131 d'enfants (0-11mois) ont reçus tous les antigènes ● 437772 d'enfants (0-11mois) vaccinés au VAR ● 437772 d'enfants (0-11mois) vaccinés au méningo
			1-4-2 Autres vaccinations	
			2-1-1 surveillance et riposte face aux épidémies	<ul style="list-style-type: none"> ● Tous les districts (75) ont fait la surveillance des maladies ● 10 laboratoires régionaux renforcés en équipements et consommables pour la surveillance ● 4 laboratoires de référence nationale (Albert Royer, DANTEC, FANN, IHS) sont renforcés en équipements et consommables pour la surveillance ● 16 réunions tenues avec les points focaux des districts et régions sur la surveillance
			2-1-2 Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 010 784 moustiquaires distribuées ● 275 800 traitements ACT administrés ● 1 000 000 de TDR (test de diagnostic rapide du paludisme) utilisés ● 75 districts sanitaires supervisés ● 75 cadres supérieurs et 25 cadres intermédiaires nationaux formés en paludologie
		2-1 Maladies transmissibles	2-1-3 Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> ● 8780 cas de tuberculose à microscopie positive dépistés ● 14 000 traitements anti tuberculeux administrés ● 7141 malades traités avec succès
			2-1-4 Sida	<ul style="list-style-type: none"> ● 265 236 personnes dépistées ● 11752 PVV/H mises sous ARV ● 2 256 421 Jeunes âgées de 15 à 24 ans de femmes âgées de plus de 24 ans atteints par les interventions d'IEC/CCC
			2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)	<ul style="list-style-type: none"> ● 152.000 personnes traitées contre l'Onchocercose avec l'ivermectine dans 606 villages des régions de Kédougou, Tambacounda et Kolda ● 508.000 personnes traitées contre la Filariose lymphatique et les Géo helminthiases avec l'ivermectine et l'Albendazole dans 7 districts sanitaires de la région de Tambacounda ● 698 156 enfants de 5-14 ans traités contre les schistosomiases avec le Praziquantel dans 20 districts sanitaires des régions de Louga, Saint-Louis, Matam, Tambacounda et Kédougou ● 800 000 personnes traitées contre le trachome avec l'Azithromycine
		2-2 Maladies non transmissibles	2-2-1 Maladies chroniques à soins coûteux	<ul style="list-style-type: none"> ● 3 hôpitaux disposent d'une unité de dialyse rénale fonctionnelle ● 4 districts offrent les services de dépistage et de traitement des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus par la méthode IVA/IVL-cryothérapie ● 3 hôpitaux disposent d'une unité fonctionnelle de prise en charge du diabète

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
			2-2-2 Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ● 01 guide de PEC des dix pathologies psychiatriques courantes est finalisé ● 28 prestataires sont formés à la PEC des pathologies psychiatriques courantes ● 01 enquête d'évaluation réalisée
			2-2-3 Santé buccodentaire	<ul style="list-style-type: none"> ● 10 nouveaux centres de santé avec fauteuils dentaires fonctionnels ● 200 infirmiers formés sur les soins bucco dentaires de base ● Un 2ème plan stratégique de lutte contre les affections bucco-dentaires est élaboré et validé
			2-2-4 Gestion des urgences	<ul style="list-style-type: none"> ● Recueillir 7826 appels à caractère médical ● Réguler 1565 cas médicaux ● 1252 appels régulés et traités ● 400 transports effectués par le SAMU
			2 3-1 Hygiène assainissement	<ul style="list-style-type: none"> ● 240296 visites domiciliaires effectuées ● 8567 points d'eau contrôlés ● 168144 Concessions disposant d'un système adéquat de conservation de l'eau de boisson
		2-3 Prévention	2-3-2 IEC/CCC	
			2-3-3 Lutte antitabac	
			2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> ● Existence d'un système de surveillance des IAS, des BMR et des AES fonctionnel dans 18 hôpitaux ● Existence d'un système de surveillance des AES fonctionnel dans 39 CS de santé ● Existence de sections locales de l'ANASEP (alliance nationale pour la sécurité des patients) dans 30 CS et 7 hôpitaux

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
Renforcer durablement le système de santé	3. Renforcement du système de santé	3-1 Couverture sanitaire	3-1-1 infrastructures /Equipements	<ul style="list-style-type: none"> ● 10 techniciens de maintenance formés ● hôpitaux (Diamniadio et Matam) et une maternité (HALD) construits et équipés ● Hôpital de Fatick et Ziguinchor achevés ● Extension du Centre de santé de Tivaouane ● 11 générateurs d'oxygène installés ● 2 PRA construites et équipées (Diourbel et Tambacounda) ● 3 hôpitaux sont dotés de scanners (Kaolack, Touba, Tambacounda) ● 1 CS (Cas cas) construit et équipé ● CS Makacoulbantan, Dianké Makha, Saraya, Bloc pédagogique CRFS Tamba construits et équipés ● Les services de l'IHS réhabilités et équipés ● 05 mammographes acquis ● 11 Echographes acquis ● Le Centre Talibou Dabo réhabilité et équipé ● Clinique gynécologique (Hoggy) construit ● 7 groupes électrogènes acquis ● 7 ambulances médicalisées acquises ● Chaines de froid, Véhicules et motos acquis au profit du PEV ● 3 SAU (Saint-Louis, Ouroussogui et Ndoum), CS Pété, 7 postes de santé, 12 maternités dans la région Nord équipés ● Plan de renouvellement des équipements est diffusé et mis en œuvre
			3-1-2 Développement des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ● Le plan de développement des ressources humaines validé ● 500 Exemplaires du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé sont distribués ● 850 agents recrutés ● 3 responsables en RH sont nommés (Tamba, St Louis, Kaolack) ● Logiciel iHRIS fonctionnel ● L'Observatoire national des RHS est mis en place et fonctionnel
			3-1-3 accès aux médicaments et produits spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● 500 exemplaires du Plan national d'approvisionnement en Médicaments et produits essentiels sont diffusés ● Le nombre des médicaments et produits traceurs ayant subi une rupture n'excède pas 19 sur 150 ● Durée Moyenne de rupture des médicaments et produits traceurs ne dépasse pas 10 jours ● 11 PRA interconnectées avec la PNA et utilisent le progiciel « SQL »

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire	3-2 Fonctionnement des services d'administration sanitaire		<ul style="list-style-type: none"> ● L'annuaire statistique est disponible et diffusé ● Les données annuelles de base de la carte sanitaire sont actualisées ● Centre de documentation construit ● 5 BRISE renforcés en opérateurs de saisie ● 30 districts renforcés en opérateurs de saisie ● outils de collecte du SIG révisés ● Rapports d'évaluation de la qualité des données de 20 districts disponibles ● Les dépenses de personnel sont assurées
			3-2-1 Personnel d'administration	
			3-2-2 fonctionnement courant	<ul style="list-style-type: none"> ● Le budget de fonctionnement courant est mobilisé (hors personnel) ● Entretien et gardiennage au niveau des services centraux contractualisés ● Guide de procédure pour l'exécution du BF disponible ● Comité chargé du suivi de la subvention aux EPS mis en place et opérationnel ● Les dettes dues dans le cadre des accords en vigueur sont payées
			3-2-3 Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> ● 500 exemplaires du document de Politique de Maintenance distribués ● Le Plan de Maintenance est validé, et mis en œuvre
				<ul style="list-style-type: none"> ● 150 Personnes formées à l'élaboration du CDSMT ● Les deux canevas d'élaboration du CDSMT et du rapport de performance au niveau régional sont élaborés ● Le CDSMT 2011-2013 est revise ● Le CDSMT préliminaire 2012-2014 est élaboré ● Les versions du CDSMT préliminaire et final 2012-2014 sont validés et diffusés
		4-1 Gestion axée sur les résultats		<ul style="list-style-type: none"> ● 1 atelier national de revue du PTA est organisé ● 14 ateliers régionaux de partage des outils de planification sont organisés ● 130 Centres de responsabilité ont élaboré leur PTA avec l'appui de la CAS/ PNDS ● 217 collectivités locales ont élaboré leur POCL-Santé ● 75 Districts ont élaborés leur PTA en intégrant les POCL santé de leur zone de responsabilité ● 14 Régions Médicales ont fait la synthèse des PTA des Districts avec l'appui de la CAS/PNDS ● Un document de synthèse de l'ensemble des PTA est élaboré par la CAS/PNDS ● Un avant projet de budget est élaboré par la DAGE
			4-1-2 PTA	
			4-1-3 coordination/Suivi	<ul style="list-style-type: none"> ● Les CNS 2008 sont élaborés

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
			4-1-4 Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 Comités Internes de suivi sont tenus ● 14 RAC régionales sont tenues. ● 1 RAC nationale est tenue ● 1 mission conjointe de supervision est faite ● La revue des dépenses publiques est faite ● 4 Réunions du CCS du CDSMT sont tenues ● Le document du COMPACT est signé par l'Etat et les partenaires du secteur ● La coordination entre les partenaires au développement et le Ministère est effective ● 3 ateliers régionaux de diffusion du plan de suivi évaluation sont organisés ● 50 centres de responsabilité ont mis en œuvre le plan de suivi évaluation ● Le rapport de performance CDSMT 2010 est élaboré ● 130 centres de responsabilité ont produit un rapport de performance
			4-1-5 Etude et recherché	<ul style="list-style-type: none"> ● Le fonds d'impulsion de la recherche est mis en place ● 2 Foras par an sont organisés
			4-1-6 Audit/contrôle	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 structures ont fait l'objet d'un audit externe ● 23 rapports d'audit interne sont fournis par les EPS ● 10 centres de responsabilité sont contrôlés
		4-2 Financement de la demande	4-2-1 Couverture risque maladie	<ul style="list-style-type: none"> ● 180 Mutuelles ont signé une convention avec les structures de soins ● 600.000 CAS sociaux sont pris en charge au niveau des formations sanitaires grâce à partir des 5% des recettes ● 1.800.000 personnes bénéficient d'un système formel de couverture maladie ● 1 500 000 personnes sont couvertes par une mutuelle de santé ● Une mutuelle de santé est créée au niveau de chaque Collectivité Locale des trois départements bénéficiaires du projet DECAM ● Le fonds national de solidarité santé est mis en place
			4-2-2 Initiatives de gratuité	<ul style="list-style-type: none"> ● 19 EPS sont remboursés ● 720.000 personnes âgées de 60 ans et plus sont prises en charge ● 451 134 femmes sont prises en charge par le système de la gratuité lors de l'accouchement dans les zones ciblées ● 23 744 de femmes bénéficiant de la gratuité des césariennes dans les zones ciblées
		4-3 Participation	4-3-1 Participation des communautés	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 état des lieux des comités de santé est réalisé ● 35 % des Comités de santé sont renouvelés ● Un guide de formation des formateurs en gestion administrative et financière est disponible ● 287 collectivités locales ont bénéficié d'un appui conseil pour l'élaboration de leur POCL santé ● 17 ECD et 4ECR sont formés sur la gestion administrative et financière des comités de santé

Objectifs sectoriels	Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Cibles et extrants du CDSMT (Chaque niveau prend en compte les cibles et extrants qui sont de son ressort. Au besoin, il procédera aux adaptations nécessaires)
			4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité	<ul style="list-style-type: none"> ● Les élus locaux et les prestataires des régions de Thiès, Louga, Kaolack, Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Ziguinchor sont formés en décentralisation et bonne gouvernance sanitaire.
			4-3-3 Partenariat public-privé	<ul style="list-style-type: none"> ● 7 sessions des formateurs sur la contractualisation et le partenariat sont organisées ● 7 cadres de concertation sur le PPP sont mis en place et fonctionnels ● Le guide de partenariat entre le MSP et les ONG/OCB est réactualisé ● 10 contrats de performance sont signés ● Le système d'enregistrement des contrats est mis en place aux différents niveaux du système de santé ● Le plan stratégique du PPP est élaboré

ANNEXE III : Outils pour évaluer la complétude du PTA

Aperçu des outils pour évaluer la complétude du Plan de Travail Annuel (PTA)	
Objectifs des outils	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluer la complétude du PTA élaboré pendant sa phase de planification par chaque formation sanitaire au niveau régional et au niveau de district. ● Faire un feedback pour l'amélioration aussi bien du contenu du PTA que de sa gestion.
Utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> ● CAS/PNDS : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour évaluer le PTA synthèse au niveau régional et faire un feedback ● ECR : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour évaluer le PTA des centres de responsabilité et faire un feedback ➤ Pour évaluer les plans d'action des sous-composantes au niveau des centres de responsabilité ● Centres de responsabilité (y compris ECD et services régionaux) : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comme référence en développant le PTA ➤ Comme outil d'auto-évaluation de leur propre PTA ➤ Comme outil d'évaluation formative

Formulaire de récapitulation							
Formation sanitaire							
Score		Formulaire A	Formulaire B	Formulaire C-1	Formulaire C-2	Formulaire D	Total
		/24	/50	/12	/20	/8	/114
Evaluation*	T (80-100%)	T (20-24)	T (40-50)	T (10-12)	T (16-20)	T (7-8)	T (94-114)
	M (50-80%)	M (12-19)	M (25-40)	M (6-9)	M (10-15)	M (4-6)	M (57-93)
	I (0-50%)	I (0-11)	I (0-24)	I (0-5)	I (0-9)	I (0-3)	I (0-56)
Remarques d'ordre général/suggestions :							
<p>Nom de l'évaluateur : _____ Poste/Titre : _____</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>							

* T – Acceptable ; M – Moyen (à améliorer) ; I – Insuffisant

1. Grille d'évaluation du Formulaire A (d'indicateurs de performance et détermination de la cible)			
Catégories	Critères	Evaluation (0, 1 or 2)*	Feedback contenant des suggestions en vue d'une amélioration
1.1. Objectifs opérationnels	1.1.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin		
	1.1.2. Les objectifs opérationnels sont formulés en commençant par un verbe d'action.		
	1.1.3. Ils reflètent la situation et les besoins au niveau de la formation sanitaire.		
	1.1.4. Les objectifs opérationnels sont en conformité avec les objectifs spécifiques du CDSMT.		
1.2. Indicateurs de performances – libellé d'indicateurs liés aux objectifs	1.2.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin		
	1.2.2. Seuls les indicateurs applicables et mesurables au niveau de la formation sanitaire sont sélectionnés et fournis.		
	1.2.3. Les libellés d'indicateurs de performances sont en conformité avec ceux du CDSMT.		
	1.2.4. Leur contenu n'est composé que d'un texte narratif.		
1.3. Indicateurs de performances – cible atteinte en N-1	1.3.1. Ils sont fournis pour tous les libellés d'indicateurs.		
	1.3.2. Ils sont en conformité avec les objectifs définis pour les indicateurs choisis.		
1.4. Indicateurs de performances - cible attendue en N	1.4.1. Ils sont fournis pour tous les libellés d'indicateurs.		
	1.4.2. Ils sont en conformité avec les objectifs définis pour les indicateurs choisis.		
Total		/24	
Remarques d'ordre général/suggestions, s'il y'en a :			

* 0 – Ne répond pas aux critères ; 1 – répond en partie aux critères ; 2 – répond aux critères.

2. Grille d'évaluation du Formulaire B (de planification)

Catégories	Critères	Evaluation (0, 1 or 2)*	Feedback contenant des suggestions en vue d'une amélioration
2.1. Objectifs opérationnels	2.1.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	2.1.2. Ils sont en conformité avec les objectifs opérationnels fournis dans le formulaire A.		
2.2. Extrants	2.2.1. Toutes les trois lignes (libellé d'extrants, indicateurs, et cibles) sont remplies au besoin.		
	2.2.2. Les définitions des extrants sont en conformité avec les cibles et extrants du CDSMT.		
	2.2.3. Les extrants sont en conformité avec les objectifs stratégiques des programmes du CDSMT.		
	2.2.4. Le libellé décrit clairement les situations attendues.		
	2.2.5. Les indicateurs sont mesurables soit par des chiffres soit par un texte descriptif.		
	2.2.6. L'atteinte des cibles est réalisable.		
2.3. Activités	2.3.1. Toutes les lignes des activités sont remplies au besoin.		
	2.3.2. Les activités sont formulées en commençant par un verbe d'action.		
	2.3.3. Les activités décrivent des actions avec des informations précises et concrètes telles que les cibles, les emplacements géographiques et les fréquences.		
	2.3.4. Le contenu des activités est approprié pour atteindre les extrants correspondants/ escomptés.		
	2.3.5. Des propositions d'activités pour l'année N+1 sont fournies.**		
2.4. Coûts de l'activité (Année N)	2.4.1. Toutes les lignes des coûts de l'activité (Année N) sont remplies au besoin.		
	2.4.2. Le coût de l'activité est bien défini en chiffres (ex. 12 000 000 FCFA).		
	2.4.3. Le niveau des coûts des activités est approprié pour mener les activités correspondantes.		
2.5. Coûts de l'activité (Année N+1)	2.5.1. Les lignes du coût de l'activité (Année N+1) sont remplies pour les activités qui continuent l'année suivante.		
	2.5.2. Le coût de l'activité est bien défini en chiffres (ex. 12 000 000 FCFA).		
2.6. Sources de financement	2.6.1. Toutes les lignes des sources de financement sont remplies au besoin.		
	2.6.2. Seules les activités qui ont été financées ou qui ont reçues une promesse de financement figurent dans le PTA (PAS de mention « à rechercher », ni de mention « PM »).		

	2.6.3.	Les coûts sont éclatés au besoin selon les sources de financement.		
2.7. Echancier de l'activité	2.7.1.	Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	2.7.2.	Les mois de démarrage et de clôture sont clairement indiqués (éviter d'écrire par ex. : toutes les activités débutent en janvier et se terminent en décembre).***		
2.8. Responsable activité	2.8.1.	Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	2.8.2.	Les activités ne sont pas centrées autour d'une personne comme le MCD ou MCR.		
Total			/50	
Remarques d'ordre général/suggestions, s'il y'en a :				

* 0 – Ne répond pas aux critères ; 1 – répond en partie aux critères ; 2 – répond aux critères.

** Ces propositions intègrent les activités de l'année N qui sont poursuivies ainsi que les nouvelles.

*** S'il s'agit d'une activité ponctuelle unique, préciser le mois ou le trimestre.

3. Grille d'évaluation du Formulaire C (partie 1) (détails du budget par sous-composantes)

Catégories	Critères	Evaluation (0, 1 or 2)*	Feedback contenant des suggestions en vue d'une amélioration
3.1. VA millions FCFA	3.1.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	3.1.2. Le total des budgets de toutes les sous-composantes du formulaire C-1 correspond à celui du formulaire B.		
	3.1.3. Les totaux des montants sont correctement calculés et indiqués en bas.		
3.2. VR (%)	3.2.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	3.2.2. Les montants sont représentés en pourcentage avec trois chiffres après la virgule.		
	3.2.3. Les totaux des montants sont correctement calculés et représentés à 100%.		
Total		/12	
Remarques d'ordre général/suggestions, s'il y'en a :			

* 0 – Ne répond pas aux critères ; 1 – répond en partie aux critères ; 2 – répond aux critères.

4. Grille d'évaluation du Formulaire C (partie 2) (détails du budget par sources de financement)

Catégories	Critères	Evaluation (0, 1 or 2)*	Feedback contenant des suggestions en vue d'une amélioration
4.1. Sources de financement	4.1.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	4.1.2. Toutes les sources de financement qui apparaissent sur le formulaire B sont listées.		
4.2. Dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement	4.2.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	4.2.2. Les montants sont en conformité avec ceux fournis sur le formulaire B.		
	4.2.3. Les sous-totaux et totaux sont correctement calculés et fournis.		
4.3. Total dépenses	4.3.1. Toutes les lignes sont remplies au besoin.		
	4.3.2. Les sous-totaux et totaux sont correctement calculés et fournis.		
	4.3.3. Le montant du total est en conformité avec celui du formulaire C-1.		
	4.3.4. Les montants des VR (%) sont représentés en pourcentage avec trois chiffres après la virgule.		
	4.3.5. Les totaux des montants des VR (%) sont correctement calculés et représentés à 100%.		
Total		/20	
Remarques d'ordre général/suggestions, s'il y'en a :			

* 0 – Ne répond pas aux critères ; 1 – répond en partie aux critères ; 2 – répond aux critères.

5. Grille d'évaluation du Formulaire D (de suivi)

Catégories	Critères	Evaluation (0, 1 or 2)*	Feedback contenant des suggestions en vue d'une amélioration
5.1. Extrants	5.1.1. Toutes les lignes sont remplies et identiques aux parties correspondantes du formulaire B.		
5.2. Niveau d'atteinte des cibles de l'année N	5.2.1. Les lignes des prévisions pour T1, T2, T3 et T4 sont remplies.		
	5.2.2. L'addition des valeurs des cibles en T1, T2, T3 et T4 équivaut à celle des cibles des Extrants.		
5.3. Responsable activité	5.3.1. Toutes les lignes sont remplies et identiques aux parties correspondantes du formulaire B.		
Total		/8	
Remarques d'ordre général/suggestions, s'il y'en a :			

* 0 – Ne répond pas aux critères ; 1 – répond en partie aux critères ; 2 – répond aux critères.

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE**

