**HMINISTERE DE LA SANTE BURKINA FASO**

---------- **Unité- Progrès- Justice**

**Planification axée sur les résultats**

**Module de formation**

**Juillet 2021**

**Table des matières**

[**INTRODUCTION 5**](#_Toc435185687)

[OBJECTIFS D’APPRENTISSAGE 6](#_Toc435185688)

[CHAPITRE I : GENERALITES SUR LA PLANIFICATION SANITAIRE 7](#_Toc435185689)

[**1.1 Définitions de la planification sanitaire 7**](#_Toc435185690)

[**1.2. Principes de planification des services de santé 8**](#_Toc435185691)

[**1.3. Planification sanitaire et notion de système 9**](#_Toc435185692)

[**1.4 Eléments caractéristiques de la planification 10**](#_Toc435185693)

[**1.5. Responsabilités en matière de planification 11**](#_Toc435185694)

[**1.6. Niveaux de base de la planification sanitaire 13**](#_Toc435185695)

[1.6.1. Planification politique ou normative 13](#_Toc435185696)

[1.6.2. Planification stratégique 13](#_Toc435185697)

[1.6.3 Planification opérationnelle 13](#_Toc435185698)

[1.6.4 Liens entre les différents types de plans 14](#_Toc435185699)

[**1.7 Méthodes de planification 14**](#_Toc435185700)

[1. 7.1 Méthode classique 14](#_Toc435185701)

[1.7.2 La méthode de planification par objectif (PPO) 15](#_Toc435185702)

[1.7.3. La méthode de planification axée sur les résultats 17](#_Toc435185703)

[**1.8 Cadre logique 17**](#_Toc435185704)

[**1.9 Plan, programme et projet 18**](#_Toc435185705)

[**1.10 Définitions et notions sur les objectifs, stratégies, activités et ressources 19**](#_Toc435185706)

[1.10.1 Objectifs 19](#_Toc435185707)

[1.10.2 Stratégies 21](#_Toc435185708)

[1.10.3 Activités 23](#_Toc435185709)

[CHAPITRE II : GESTION AXEE SUR LES RESULTATS 26](#_Toc435185710)

[**2.1. Concepts clés et principes de la gestion axée sur les résultats 26**](#_Toc435185711)

[2.1.1 Définitions 26](#_Toc435185712)

[2.1. 2 Énoncé des résultats 31](#_Toc435185713)

[2.1. 3 Chaines des résultats 31](#_Toc435185714)

[2.1. 4 Importance de la gestion axée sur les résultats 32](#_Toc435185715)

[**2. 2 Principes de la gestion axée sur les résultats 33**](#_Toc435185716)

[**2. 3 Différences de la gestion axée sur les résultats par rapport aux autres approches 34**](#_Toc435185717)

[**2.4 Eléments du cycle de gestion axée sur les résultats 35**](#_Toc435185718)

[2.4.1Conduite d’une analyse des parties prenantes 35](#_Toc435185719)

[2.4.2 Type de données à collecter 43](#_Toc435185720)

[2.4.3 Identification des problèmes 48](#_Toc435185721)

[2.4.4 Définition des problèmes prioritaires 50](#_Toc435185722)

[CHAPITRE III : DEVELOPPEMENT DU PROCESSUS DE](#_Toc435185723)

[PLANIFIACTION AXEE SUR LES RESULTATS 57](#_Toc435185724)

[**3.1 Phase d’identification et de planification 57**](#_Toc435185725)

[3.1.1 Identificationdes problèmes et des besoins 58](#_Toc435185726)

[3.1.2Analyse des facteurs et identification des bénéficiaires 59](#_Toc435185727)

[3.1.3Planification des résultats 59](#_Toc435185728)

[3.1.4Élaboration du cadre de mesure du rendement, définition des indicateurs 66](#_Toc435185729)

[3.1.5 Détermination des hypothèses et analyse des risques 72](#_Toc435185730)

[3.1. 6 Programmation des activités, intrants et responsabilités 74](#_Toc435185731)

[**3.2 Phase d’élaboration/formulation de la logique d’intervention 77**](#_Toc435185732)

[3.2.1 Dynamique interne de la matrice de la logique d’intervention 77](#_Toc435185733)

[3.2.2 Elaboration de la matrice du cadre logique (MCL) 78](#_Toc435185734)

[CHAPITRE IV : MISE EN ŒUVRE DE LA GAR (APPLICATION) 82](#_Toc435185735)

[**4.1 Les étapes d’application de la gestion axée sur les résultats 82**](#_Toc435185736)

[CHAPITRE V : SUIVI ET EVALUATION AXES SUR LES RESULTATS 86](#_Toc435185737)

[**5.1 Cadre de suivi et d’évaluation 86**](#_Toc435185738)

[5.2Indicateurs et mesure de rendement 88](#_Toc435185739)

[**5.3 Sources de données 88**](#_Toc435185740)

[5.3.1 Sources de données globales et intégrées 88](#_Toc435185741)

[5.3.2 Dispositions pour recenser les principales données 89](#_Toc435185742)

[5.3.3 Responsabilités en matière de collecte et de gestion des données 90](#_Toc435185743)

[**5.4 Analyse synthèse et qualité des données 90**](#_Toc435185744)

[5.4.1 Activités d’analyse et de synthèse des données 90](#_Toc435185745)

[5.4.2 Évaluation de la qualité des données 93](#_Toc435185746)

[**5.5 Diffusion des données 94**](#_Toc435185747)

[5.5.1 Rapports nationaux et mondiaux 95](#_Toc435185748)

[**5.6 Utilisation des données pour la prise de décision 96**](#_Toc435185749)

[**5.7 Disponibilité publique des données, des méthodes et des analyses 98**](#_Toc435185750)

[**5.8 Composante évaluation 99**](#_Toc435185751)

[**5.9 Mécanisme de revue et d’action 100**](#_Toc435185752)

[5.9.1 Système de revue périodique conjoint des progrès 100](#_Toc435185753)

[5.9.2 Système de revues régulières et transparentes 101](#_Toc435185754)

[**5.10 Plan de suivi et d’évaluation 102**](#_Toc435185755)

[ANNEXES 104](#_Toc435185756)

**INTRODUCTION**

Le Burkina Faso a entrepris depuis les années 80, une réforme de son système de santé afin de mieux répondre aux nombreux défis en matière de santé des populations.

Depuis plus d’une décennie, le Ministère de la santé est engagé dans un processus de gestion décentralisée basée sur la performance, avec l’appui des partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé.

A cet effet, des documents d'orientation, que sont la Politique nationale de santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adoptés en août 2011, définissant les orientations stratégiques indispensables à la conduite du processus de planification à tous les niveaux du système de santé ; ont été révisés en vue de prendre en compte les changements intervenus au cours des dix (10) dernières années..

Cette politique s’est matérialisée par l’élaboration des plans d’action opérationnel à tous les niveaux du système de santé. Ce processus de planification qui était faite selon la méthode classique de planification et la planification par objectif, au fil des années, a présenté des insuffisances, notamment la perte progressive de la qualité des plans d’action. Ce qui a du reste contraint à instituer une revue technique de ces plans. Les raisons de la dégradation de la qualité des plans d’action sont, entre autres:

* l’insuffisance de compétences en planification des acteurs chargés de la planification à tous les niveaux ;
* la faible appropriation du processus de planification par les acteurs de terrain ;
* la faible implication des premiers responsables (DRS, MCD, directeurs…) à la planification de leur structure ;
* l’insuffisance des outils de planification et de leur prise en compte dans les plans d’action ;
* la non prise en compte des besoins actuels tels que la gestion basée sur les résultats, la planification orientée résultats ;
* l’insuffisance de temps nécessaire accordée au processus de planification.

De l’avis de tous les experts de la planification du Ministère de la santé, la dégradation de la qualité des plans d’action ainsi que les méthodes actuelles de planification, ne permettent pas aux structures de santé de prendre correctement en charge les problèmes de santé des populations. D’où la nécessité de s’orienter vers une planification axée sur les résultats, qui est une large stratégie de gestion, visant d’une part la réalisation d’une meilleure performance et des résultats démontrables et d’autre part le passage d’une logique « Projet » à une logique « Résultats ».

Pour ce faire, les professionnels de santé à tous les niveaux du système de santé , doivent être outillés en planification axée sur les résultats, dont l’objectif est de produire un cadre de résultats et un cadre de suivi et d’évaluation des progrès de la performance du système national de santé à travers le PNDS et les Plans opérationnels des districts, des régions et des hôpitaux.

Le contenu de ce module est subdivisé en deux grandes parties:

* Rappel sur la planification sanitaire ;
* la conduite de la planification axée sur les résultats.

# OBJECTIFS D’APPRENTISSAGE

Le module vise à transmettre aux participants des connaissances pratiques et des outils de base de la gestion axée sur les résultats (GAR) pour la planification, la mise en œuvre des programmes et le développement du partenariat.

**OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Expliquer les termes et concepts généraux en planification sanitaire ;
2. Expliquer les termes et concepts de base de la gestion axée sur les résultats(GAR) ;
3. Décrire la démarche de la planification axée sur les résultats ;
4. Rapporter et communiquer sur les résultats ;
5. Elaborer un plan d’action axé sur les résultats.

**RÉSULTATS ATTENDUS**

• Les responsables chargés de la conception et la mise en œuvre des plans/programmes possèdent toutes les compétences nécessaires pour appliquer la planification axée sur les résultats dans leurs interventions.

• La programmation est mise en œuvre selon les principes de la GAR.

**CHAPITRE I :****GENERALITES SUR****LA PLANIFICATION SANITAIRE**

## 1.1 Définitions de la planification sanitaire

La planification est une fonction séquentielle du cycle de management. Les définitions de la planification sont nombreuses ; quelques exemples sont donnés ci-dessous :

1. Planifier, c’est déterminer d’avance ce qui doit être fait et comment cela doit être fait. Ce qui doit être fait conduit aux objectifs. Comment cela doit être fait conduit aux méthodes pour atteindre les objectifs.
2. Planifier, c’est tracer le déroulement de l’action dans le futur.
3. Planifier, c’est prédéterminer le cours des événements (ce qui est une façon de chercher à maîtriser l’avenir).
4. La planification est un effort organisé, conscient et continu, dont le but est de choisir les moyens les meilleurs pour atteindre les objectifs soigneusement précisés (Albert Waterson).
5. La planification peut être définie comme étant un processus d’élaboration d’un schéma (ou plan) indiquant les actions à mener pour obtenir un changement donné dans un délai déterminé. Le plan doit préciser les objectifs visés, ainsi que les approches (ou alternatives) et les types d’activités et les ressources qui permettront d’y parvenir.
6. La planification est un processus continu de prévisions de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives ; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou prévisibles dans le futur (Pineault R et Coll.). La notion centrale de la planification est la prévision.

C’est dire que la fonction « planification » consiste à cerner les problèmes de santé et à décider des changements à opérer.

Le concept de planification a évolué. Dans la pratique, elle est passée d’une projection intuitive, spontanée et subjective d’activités basée sur l’expérience passée à un processus plus délibéré, plus systématique et plus objectif pour mobiliser les informations et organiser les ressources.

## 1.2. Méthodes de planification

Plusieurs méthodes sont souvent utilisées lors des ateliers de planification dans notre pays.

**1.2.1 Méthode classique**

* **Définition**

Elle consiste à suivre scrupuleusement les différentes étapes de planification ci-dessous décrites. Elle fait appel souvent à un groupe restreint de planificateurs qui utilisent davantage les arguments techniques en planification surtout à l’étape d’identification des problèmes prioritaires. Les critères de choix des priorités telles que l’importance du problème, sa vulnérabilité, sa perception par les populations et l’acceptabilité des solutions proposées par les populations sont utilisés pour identifier les problèmes prioritaires.

Cette méthode demande un niveau élevé de connaissance des participants en planification.

**ii) Stades et étapes du processus de la planification**

La planification est un processus cyclique dont les éléments constituants ou étapes peuvent être regroupées en en stades. Ainsi on distingue 8 étapes reparties en 4 stades.

**Tableau 1** : **Stades et étapes de la planification classique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stades de planification** | **Etapes de planification** |
| 1. Stade préparatoire | 1. Identification des problèmes de santé   - Identification de méthodes de collecte de données  - Identification de ressources disponibles |
| 1. Stade d’élaboration du plan d’action | 1. Détermination des problèmes prioritaires |
| 1. des objectifs |
| 1. Définition des stratégies |
| 1. .Détermination des activités |
| 1. Détermination des ressources |
| 1. Stade de mise en œuvre | 1. Mise en œuvre :   Préparation et mise en œuvre proprement dite |
| 1. Stade de l’évaluation | 1. évaluer ce processus pour s’assurer de la qualité du document du plan : préciser la périodicité des évaluations, ses modalités et les indicateurs d’évaluation |

### 1.2.2. La méthode de planification par objectif (PPO)

C’est une méthode participative qui utilise des supports visuels tels que le "métaplan". Ce dernier est une technique de visualisation des idées à l’aide de cartes de différentes couleurs affichées sur des tableaux mous.

Cette méthode suscite la participation effective de tous les participants quel que soit leur niveau de connaissance en planification. Pour ce faire, aucune idée émise n’est mauvaise en soi. Elle est retenue d’office et analysée par la suite par l’ensemble des participants afin de mieux cerner sa signification profonde et sa contribution à la planification.

La PPO consiste pratiquement à :

* visualiser sur un tableau (ou plusieurs) l’ensemble des problèmes issus de l’analyse de la situation ;
* compléter cette analyse par des problèmes complémentaires identifiés par les participants qui doivent être un échantillon représentatif des acteurs et bénéficiaires des résultats du plan ;
* regrouper les différents problèmes en problèmes centraux ;
* analyser les problèmes centraux en causes-conséquences en utilisant les problèmes déjà identifiés et d’autres problèmes identifiés au cours de l’exercice d’analyse. Ainsi des problèmes identifiés au départ peuvent devenir des causes ou conséquences d’un problème central ;
* approfondir l’analyse des causes des problèmes centraux en les hiérarchisant (causes principales, secondaires et tertiaires). C’est la notion d’arbre de problèmes où les racines sont les causes, le tronc le problème et les branches les conséquences.

Pour fixer les objectifs et les stratégies, il s'agit de:

-transformer les causes principales en objectifs (intermédiaires ou spécifiques) ;

-transformer les causes secondaires en stratégies ;

- transformer les causes tertiaires en activités.

**N.B.** : A chaque étape, on fait une analyse complémentaire pour cerner le maximum de problèmes en se basant surtout sur la réalité du terrain.

Les objectifs sont formulés sous forme de résultats désirés. Cette méthode fait l’économie de l’étape d’identification des problèmes prioritaires à l’aide de critères de choix. Elle fait recours aux liens de causalité et à la logique d’intervention dégagée à partir d’un consensus entre participants.

**Tableau n°2 : Éléments comparatifs des deux méthodes de planification**

| **Éléments de comparaison** | **Méthode classique** | **Méthode PPO** | **Méthode GAR** |
| --- | --- | --- | --- |
| Niveau de connaissances des participants en planification | Niveau élevé non nécessaire  (Élevé) | Niveau élevé non nécessaire | Niveau élevé non nécessaire |
| Participation de l’expert en planification | Plus importante | Peu importante (joue le rôle de facilitateur, coordonnateur) | Plus importante |
| Implication des participants aux prises de décision | Moins effective | Plus effective | Plus effective |
| Utilisation des critères de choix des priorités | Oui | Non | Oui |
| Formulation des objectifs | Forme classique : verbe d’action à l’infinitif | Sous forme de résultat attendus : verbe au présent ou au participe passé | Résultats mesurables.. formulation simple |
| Utilisation des supports visuels | Non obligatoire | Obligatoire | Obligatoire |
| Coût du matériel didactique utilisé | Peu élevé | Très élevé | Peu élevé |
| Impact sur l’environnement (pollutions c’est à utilisation de plus de morceaux de papiers, punaise, scotch, feutres, marqueurs…) | Peu polluant | Plus polluant | Peu polluant |
| Durée de l’atelier | Moins longue | Plus longue | Longue |

Le choix de la méthode est fonction de l’expérience des participants, de l’objectif visé sur le plan implication des participants et le matériel didactique disponible. Il n’est pas exclu de combiner les deux méthodes.

**1.2.3. La méthode de planification axée sur les résultats**

**(Au chapitre III)**

**1.3. Cadre logique**

Par définition, la planification est un processus logique utilisé (cf. étapes ci-dessus) pour résoudre un ou des problème(s). Le Cadre Logique (CL) est un outil développé par l’USAID (1970) pour pallier, entre autres, à une planification imprécise.

Le CL est un ensemble de concepts entrecroisés que l’on peut utiliser pour formuler un projet explicite, objectivement décrit et évaluable. Il vise à identifier et clarifier les liens logiques entre un objectif de projet, les actions entreprises en fonction de cet objectif, les actions préalables et les résultats. Il permet de préciser les facteurs susceptibles d’influencer l’exécution et les probabilités de réussite du projet au cours de son exécution (Cf. aussi analyse FFOM).

Le CL est une description sommaire qui résume l’analyse des éléments de planification et d’évaluation que sont le but, les objectifs, les résultats attendus, les stratégies, les activités et les indicateurs. Il est surtout utilisé dans le cadre de la gestion des projets et programmes

**1.3. Définitions et notions sur les objectifs, stratégies, activités et ressources**

**1.3.1 Objectifs**

L’objectif est défini comme étant **le résultat attendu d'une intervention**. L’objectif décrit les résultats attendus et non les procédures ou les moyens pour atteindre les résultats. La fixation d'objectifs permet d'évaluer à tout moment les résultats. Les objectifs correspondent aux états ou comportements attendus de la population cible en santé publique.

On distingue des objectifs généraux, des objectifs intermédiaires et des objectifs spécifiques. On peut insérer des objectifs intermédiaires entre les objectifs généraux et les objectifs spécifiques. Cela implique dans ce cas que certains objectifs doivent être atteints avant que d'autres le soient pour que le résultat attendu se produise. Les objectifs sont alors interdépendants et séquentiels. Mais on peut passer directement de l'objectif général aux objectifs spécifiques.

L'objectif général vise un résultat en termes de santé, de développement d'un système de santé, de comportement ou de développement social des populations ou d'une catégorie de celles-ci.

L'objectif intermédiaire vise fréquemment une amélioration qualitative, non quantifiable. Les objectifs intermédiaires ne sont pas obligatoires.

L'objectif spécifique relève de la planification opérationnelle; il est l'expression quantifiée du résultat requis.

Un objectif général découle d’un but qui est un énoncé plus large que l’objectif, il donne la direction du plan d’intervention.

Selon le niveau d’intervention dans le processus de résolution des problèmes de santé, on peut classer les objectifs en plusieurs **types**:

* **Objectifs d’intrants** : ce sont des objectifs qui visent à mobiliser les différentes ressources nécessaires à la production des services sanitaires (construire des infrastructures, former du personnel de santé, acquérir des équipements…)
* **Objectifs de processus** : ils visent l’amélioration du fonctionnement du système de santé (assurer la maintenance, la supervision, la formation continue…).
* **Objectifs de résultats** : c’est essentiellement les objectifs sur l’amélioration de l’état de santé (augmenter la couverture sanitaire, le taux de fréquentation des services de santé, améliorer la qualité des soins...).
* **Objectifs d’impact** : ils visent l’impact des actions sanitaires sur la population. C’est, entre autres, les objectifs sur la mortalité générale, l’espérance de vie.

L'objectif doit répondre à un certain nombre de **critères** ; il doit être (SMART) :

* **pertinent** : il doit aider à résoudre ou à atténuer le problème qu'il est supposé atténuer ou résoudre ou s’il répond à la politique générale.
* **réalisable :** il est réalisable s'il peut être atteint, c'est-à-dire si les ressources sont disponibles et si les obstacles peuvent être surmontés (un objectif n'est pas un désir).
* **limité dans le temps :** nécessité d’un délai de réalisation.
* **mesurable** (chaque fois que c'est possible) : dans le domaine de la santé, il n'est pas toujours aisé de mesurer certains aspects du travail.
* **observable :** lorsque sa réalisation est clairement visible ou mesurable (bâtiment construit)

L'objectif est un point de départ pour l'action. A ce titre, il doit être facilement compréhensible pour ceux qui y donnent suite. Dans un objectif, on doit **préciser** :

* **la nature de la situation désirée :** c'est le résultat à atteindre ou le comportement ou l'état que doit présenter la population cible ou le système de santé.
* **les critères** de succès ou d'échec (pourcentage, taux, nature de l'effet de l'intervention sur les connaissances, les attitudes, les comportements, le fonctionnement du système de santé).
* **l'échéancier** pour l'atteinte des objectifs (soit la date où aura lieu l'évaluation ou le contrôle). un objectif sans délai n’est pas un objectif.
* **la population visée** par l'objectif (âge, sexe, condition de vie).
* **la zone d'application** de l'action (zone géographique ou milieu de vie).

#### Les composantes d'un objectif spécifique bien formulé sont les suivantes :

* l'action (verbe d'action): intervention souhaitée pour atteindre l'un des objectifs
* le contenu (population visée, zone d'application) ;
* la mesure (critère de succès ou d'échec) ;
* la durée ou le temps (date à laquelle aura lieu l'évaluation).

**1.3.2. Stratégies**

Selon l'OMS, une stratégie sanitaire est un groupe de techniques connexes organisées, en médecine, en santé publique et dans des domaines para sanitaires, pour atteindre des objectifs déterminés.

La stratégie se définit aussi comme une alternative d'intervention, un ensemble d'actions à entreprendre pour solutionner un problème, ce qui signifie que l’existence d’une solution à un problème n’exclut pas la recherche de stratégies.

Une stratégie s'exprime par un substantif.

Les définitions de la stratégie rendent compte de la nature complexe des problèmes de santé et insistent sur la nécessité d'entreprendre des actions à la fois diversifiées et bien articulées pour résoudre ces problèmes.

Il faut comparer différentes stratégies ou combinaisons de stratégies d'interventions, étudier les approches les plus prometteuses pour résoudre un problème donné (si possible à partir d’une revue documentaire).

En effet, la tendance dans la pratique est de s'en tenir à une stratégie existante. Il faut étudier les différentes stratégies disponibles du point de vue de leur capacité, non seulement à résoudre les problèmes identifiés (efficacité des stratégies ou vulnérabilité des problèmes aux stratégies), mais encore de s'opérationnaliser dans le contexte considéré (analyse de la faisabilité de la stratégie).

Cette analyse fournira au décideur des informations pertinentes lui permettant d'opérer un choix et d'accorder une attention toute particulière aux stratégies ayant le plus de chance de réussir.

L’élaboration des stratégies implique l’examen de toutes les stratégies possibles (par un brainstorming du groupe de planification y compris les parties prenantes) pour atteindre chaque objectif et la sélection d’une ou de deux pour chaque objectif.

Ainsi, il faut:

* identifier toutes les stratégies existantes;
* évaluer chaque stratégie sur la base d’un certain nombre de critères du point de vue de son efficacité et de sa faisabilité (cf. quelques critères sur la figure ci-contre).

Capacités institutionnelles

Ressources disponibles

Faisabilité technique

Complémentarité avec d’autres programmes

Politique sectorielle (PNDS)

Figure : 1

La formulation d'une stratégie doit tenir compte d’un certain nombre d’éléments. Elle doit prendre en compte (analyse FFOM) :

* les menaces et les opportunités dans l'environnement externe dont dépend l'organisation (évaluation externe) ;
* les forces et les faiblesses dans le milieu (évaluation interne).

**1.3.3 Activités**

L'activité sanitaire se définit comme le processus par lequel les ressources se combinent pour produire un effet ou, comme un effort ou une action organisée en vue d'éliminer ou de modifier la (ou les) cause(s) qui affecte (nt) le niveau de santé d'une communauté.

Les activités identifiées sont celles qui doivent être menées pour que le résultat soit atteint. Elles sont déterminées à partir des stratégies élaborées pour réaliser les objectifs.

On utilise un verbe d’action à l’infinitif pour formuler une activité.

Lorsqu'il s'agit d'activités sanitaires, il est mieux de les classer selon les niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), de promotion de la santé, de restauration de la santé et de réadaptation.

Il faut spécifier (selon Schaefer) :

* ***Ce qui doit être fait*** (nature du travail, quantité et qualité).

**Ex.** : Suivre toutes les femmes enceintes durant leur grossesse.

* ***Par qui le travail doit être fait***, notamment les activités menées en collaboration et leur séquence. Il faut indiquer les institutions ou les personnes responsables de l'activité en précisant le rôle et la responsabilité de chacune.

**Ex.** : Par les médecins de district, par les sages-femmes.

* ***Quand le travail doit être fait***, notamment la chronologie des étapes, les intervalles et les délais d'achèvement.

**Ex.** : tous les jours ouvrables de la semaine et jusqu'à la fin de l'année X.

* ***Où le travail doit être fait***, en particulier s'il doit être exécuté en plus d'un endroit. **Ex.** : dans tous les centres de santé et de promotion sociale.
* ***Comment il doit être fait***: énoncer les normes de performance quantitatives et qualitatives.

**Ex.** : - utiliser pour vacciner chaque enfant une seringue à usage unique.

- respecter un délai de 28 jours au moins entre deux injections de vaccin nécessitant plusieurs injections.

Le "comment" est l'élément central du plan. Il s'agit des éléments techniques du plan (éléments d'opération), par exemple les protocoles à suivre pour l'intervention, les horaires, les calendriers, le budget, etc. On évite ainsi les improvisations.

Ces détails (spécifications) aident à identifier le type et le nombre de ressources requises.

Plusieurs outils sont utilisés pour mieux organiser les activités. Il s’agit des outils d’ordonnancement. Les deux grandes familles de techniques d'ordonnancement sont :

* les méthodes de type diagramme à barres ou diagramme de Gantt. Il est le plus utilisé pour des projets qui ne sont pas trop complexes.
* les méthodes à chemin critique, comme le PERT (Programme Evaluation and Review Technique), le CPM (Critical Path Method).

Aussi, le chronogramme des activités permet de donner une synthèse des éléments en rapport avec l’activité (selon Schaffer).

.**1.3.4 Ressources**

Ce sont les moyens nécessaires pour exécuter les activités afin de produire les services permettant d'atteindre les objectifs. C’est surtout l'*écart* entre les ressources actuelles et les ressources requises qui intéresse le planificateur.

On distingue les ressources humaines, matérielles et financières. Lorsque l'on parle des ressources engagées dans l'exécution d'un plan, on ajoute les processus, la technologie et le temps. Il faut distinguer les ressources indispensables aux prestations de santé et les ressources contribuant à l'état de santé.

* **Ressources humaines**

Il faut étudier les effectifs requis (en qualité et en quantité), l'organisation de l'équipe de santé, compte tenu des possibilités de formation du personnel.

En ce qui concerne les ressources humaines, on utilise des normes pour faciliter le processus de planification (Ex: un médecin pour 10 000 habitants) ; mais cette méthode ne tient pas compte des variations, parfois importantes, dans les caractéristiques et la distribution des populations.

* **Ressources matérielles**

Il s'agit des locaux, du matériel technique et de la logistique indispensables pour exécuter les activités. Il faut ajouter diverses fournitures y compris les médicaments et les consommables médicaux**.**

Dans le domaine de la santé, on parle de :

* Gros matériel lorsque sa durée de vie est supérieure à 5 ans.
* Petit matériel si sa durée de vie est inférieure à 2 ans.
* Consommable si l'objet de la dépense se renouvelle en moins d'un an.
* **Ressources financières**

L'estimation du coût des ressources à affecter à chaque activité doit être minutieuse. Le coût total des ressources constitue le budget estimatif.

On distingue deux grands types de coûts :

* les coûts de fonctionnement ;
* les coûts d'investissement

On parle de coût de fonctionnement lorsque l'objet de la dépense se renouvelle sur une durée inférieure ou égale à un an (on doit acheter ces objets plusieurs fois dans l'année ou tout au moins une fois). On parle de dépenses de fonctionnement en comptabilité publique et de dépenses d'exploitation en comptabilité privée.

On parle de coût d'investissement (d’immobilisation) lorsque l'objet de la dépense se renouvelle sur une périodicité supérieure à un an.

* **Le temps**

# CHAPITRE II : GESTION AXEE SUR LES RESULTATS

Au cours des quarante dernières années, la gestion du secteur public a considérablement évolué, l’accent étant mis principalement non plus sur les budgets (ce qui est dépensé) mais sur les activités (ce qui est fait), puis sur les résultats (ce qui est obtenu).

C’est dans ce contexte que s’est imposée la gestion axée sur les résultats (GAR). Dès la fin des années 1990, plusieurs organisations internationales avaient opté pour la GAR, y voyant un outil d’amélioration de la performance.

La GAR est désormais une pratique globale au sein des Organisations internationales et des principaux donateurs. La GAR figure dans l’Agenda pour l’harmonisation et l’alignement de l’aide au développement (Déclaration de Paris, 2005). (cf. annexes).

**2.1. Concepts clés et principes de la gestion axée sur les résultats**

**2.1.1. Définitions**

La gestion axée sur les résultats (GAR) est définie comme une large stratégie de gestion, visant à réaliser une meilleure performance et des résultats démontrables (PNUD, 2009). Elle a été adoptée par de nombreuses organisations multilatérales de développement, d’agences de développement bilatérales et d’administrations publiques à travers le monde et permet de passer d’une logique « Projet » à une logique « Résultats »qui est la tendance globale au sein des organisations internationales et des principaux donateurs.

L’association de la planification, du suivi et de l’évaluation donne lieu à la gestion axée sur les résultats (GAR).

**Parties prenantes**

**Mise en œuvre**

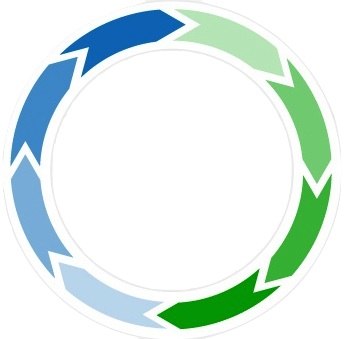
**Monitoring & évaluation**

**Définition des priorités**

**Analyse de situation**

Analyse de situation

Planification



**Planification**

**Figure n°2** **: Lien cycle de planification et GAR/Dialogue Politique**

L’appellation « Gestion de projets Axée sur les Résultats » contient trois éléments clés pour comprendre son sens: Gestion, Axée, Résultats.

* **Gestion**

Le terme « gérer » signifie en général :

* vouloir atteindre un objectif/des objectifs ;
* choisir une stratégie (meilleure façon de faire) pour atteindre l’objectif/les objectifs ;
* mettre en œuvre (utiliser) les moyens (ressources) humains, matériels et financiers, pour atteindre l’objectif (les objectifs) ;
* mesurer l’atteinte de l’objectif (des objectifs) et du résultat (des résultats) en mettant en place et effectuant un suivi-évaluation continu pour mesurer les rendements et gérer les risques ;
* communiquer pour prendre des décisions futures.
* **Axée**

Ce terme signifie que tout le travail du management est basé sur et orienté vers les résultats. Dans ce cas, ce qui compte réellement et essentiellement dans un projet, est le résultat escompté sur lesquels il est axé.

Le terme Gestion peut être entendu donc en tant que la « mise en œuvre des ressources d’un projet en vue d’atteindre les objectifs préalablement fixés (ce que l’on veut) à travers des résultats obtenus (ce que l’on peut concrètement) dans le cadre d’une stratégie déterminée, suivis et évalués continûment (système de mesure de rendement) pour mesurer les rendements, gérer les risques et communiquer pour la prise des décisions futures.

* **Résultats**

Un résultat est un changement d’état descriptible et mesurable qui découle d’une relation de cause à effet. Autrement dit, un résultat est un changement que l’on peut observer, décrire et mesurer et dont on peut identifier la cause.

Les résultats peuvent :

* apparaître dans le cours terme ou prendre plusieurs années à se concrétiser pleinement ;
* être planifiés ou imprévus ;
* être positifs ou négatifs ;
* se manifester à l’échelle des personnes, des groupes, des institutions ou de la société.

Plusieurs facteurs aident à déterminer les résultats que l’on veut obtenir au cours de, et suite à, la mise en œuvre d’un programme ou d’une initiative. Les plus essentiels sont :

* le contexte organisationnel, institutionnel, social, politique, économique et culturel
* les résultats en matière de développement doivent être ancrés dans le contexte organisationnel, social, politique, économique et culturel. Ils doivent traduire les priorités et les besoins des groupes et/ou individus cibles.
* les capacités locales : les capacités des personnes, des organismes et des institutions à organiser, orienter et gérer est un élément déterminant dans la définition des résultats et il influence le mode d’utilisation et de gestion des ressources.
* la participation des parties prenantes : l’analyse des capacités, des besoins et des intérêts des intervenants est un important volet de la planification afin de favoriser la participation effective de toutes les parties prenantes.
* l’analyse des rapports hommes-femmes : analyse des rapports hommes-femmes entreprise à l’étape de la planification contribue à cerner les facteurs susceptibles d’influencer la participation des femmes et de hommes et à préciser les résultats que l’on peut atteindre pour chacun des groupes cibles.
* les ressources : l’ampleur des ressources disponibles (financières et humaines détermine ce qui peut être réalisé de façon réaliste dans le délai imparti.
* le calendrier réalisation :la plupart des résultats doivent pouvoir être atteints pendant la durée d’un programme ou d’une initiative. Cependant, l’impact peut n’apparaître qu’à long terme suite à la mise en œuvre du programme.
* **Cycle continu et intégré de la GAR**



**Figure :3 Cycle continu de la GAR**

Les éléments explicatifs du cycle continu de la gestion axée sur les résultats sont résumés dans le tableau ci-après.

**T**

**Tableau 3: Explication du cycle continu de la gestion axée sur les résultats**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | **Phases** | **Eléments de chaque phase** |
| 1 | **S’engager envers les citoyens** | -connaitre son environnement ;  -détermination de la qualité et des niveaux de services à rendre aux citoyens ou aux clients  -produire la déclaration de services aux citoyens  -Déterminer les orientations et les objectifs  -Préparer le plan stratégique ;  -Conclure une entente de gestion si nécessaires  -Elaborer les plans d’action  -Signifier les attentes  -Disposer d’un système d’information de gestion |
| 2 | **Réaliser les programmes et plans à l’atteinte des résultats** | -Mettre en œuvre les programmes et plans  -Livrer les services  -Gérer les personnes  -Suivre et contrôler les services  -Mesurer l’atteinte des résultats et des objectifs à l’aide des indicateurs  -Adapter les activités si nécessaire |
| 3 | **Rendre compte** devant : les élus, les délégués du Gouvernement, les services techniques, les citoyens | -Mesurer et évaluer les résultats  -Apprécier les performances  -Rendre compte à l’ interne  -Rendre compte à l’externe |
| 4 | **S’adapter et changer**  Les connaissances acquises en cours de période sont utilisées pour examiner les choix de l’organisation, ses façons de faire. Revoir les engagements et s’améliorer pour mieux répondre aux attentes des citoyens | -Analyser et dresser le bilan des opérations, des problématiques et des nouvelles connaissances acquises  -Recueillir les commentaires  -Procéder au bilan des apprentissages  -Déterminer les recommandations pour améliorer le prochain cycle de gestion et les services aux citoyens |

### 2.1.2 Énoncé des résultats

L’énoncé de résultats doit illustrer le type de changement auquel on peut s’attendre suite à une intervention. Il doit être « **SMART** »:

**Spécifique** : Il précise la nature du changement escompté, les groupes et la région visés, etc.

**M Mesurable** : Il peut être mesuré d’une façon ou d’une autre.

**A Approprié** : Il doit répondre au besoin identifié.

**R Réalisable** : Il doit être réaliste compte tenu du temps et des ressources disponibles.

**T Dans le temps** : Il doit être circonscrit dans le temps.

L’énoncé de résultat doit exprimer un changement réel vers le développement représenté par :

* l’amélioration d’une situation ;
* l’augmentation des bénéfices sociaux et/ou économiques ;
* le renforcement des capacités des groupes et/ou individus cibles ;
* la participation accrue des groupes et/ou individus cibles aux actions de développement ;
* la modification des comportements, des attitudes et des pratiques.
* Nous distinguons deux types de résultats :
* les résultats développementaux s’agissant de résultats de développement à court terme (appelés extrants), à moyen terme (appelés effets) ou à long terme (appelé impact). Ces résultats sont reliés les uns aux autres pour former la « chaîne des résultats ».
* les résultats opérationnels s’agissant de résultats de processus liés à la mise en œuvre d’activités.

### 2.1.3 Chaines des résultats

La chaîne des résultats illustre les liens logiques entre les résultats à court terme (les extrants), les résultats de fin de programme (les effets) et les résultats à long terme (les impacts). Les résultats à court terme se combinent pour produire les résultats à moyen terme et ceux-ci convergent vers les résultats à long terme. Ainsi, les résultats d’effets sont le produit de la combinaison des extrants et les résultats au niveau de l’impact proviennent de la combinaison des effets.

L’exemple ci-dessous fait apparaitre comment les extrants (les résultats à court terme) contribuent à la réalisation des effets, lesquels contribuent à l’atteinte de l’impact à long terme du programme.

Titre : Programme de développement communautaire en milieu rural

But du programme: Améliorer la santé des populations rurales du pays

Objectif du programme: Augmenter l’accès à l’eau et à l’équipement sanitaire des populations dans les villages ruraux les plus pauvres du pays.

**Tableau 4: Exemple de types de résultats**

| **Produits** | **Effets** | **Impacts** |
| --- | --- | --- |
| •Des systèmes d’adduction à l’eau sont installés et fonctionnels.  •Un nombre accru de ménages est doté d’équipements sanitaires nouvellement construits.  •Les populations dans 60 villages sont sensibilisées à l’hygiène et l’environnement.  •60% des citoyens (dont la moitié sont des (femmes) participent au comité de gestion de l’eau.  •Des mécanismes de perception des frais d’utilisation de l’eau, de fonctionnement et d’entretien sont mis en place dans tous les villages ciblés. | •Les populations des 60 villages ont accès à l’eau potable et aux équipements sanitaires.  •Les populations des 60 villages adoptent des pratiques améliorées en matière de salubrité et d’hygiène de l’environnement. | •L’état de santé de la population des villages  ruraux les plus pauvres s’est amélioré |
|  |  |  |

### 2.1.4 Importance de la gestion axée sur les résultats

La gestion axée sur les résultats permet de :

* avoir une vision claire de sa raison d’être et de ses objectifs, et de savoir dans quelle mesure elle réussit à les atteindre ;
* permet à la structure de planifier son travail en s’appuyant sur un ensemble d’objectifs, d’activités, d’extrants, de résultats et de mesures clairement définis ;
* permet à la structures de prévoir et gérer les hypothèses/risques ;
* et surtout de communiquer les données utilisées sur le rendement et, par conséquent à prendre des décisions futures.

Comme méthode, la gestion axée sur les résultats (GAR) permet de :

* contribuer au choix d’un plan ou programme et projet qui soit pertinent, correspondant aux problèmes effectifs des bénéficiaires ;
* assurer l’efficacité d’un projet basé sur de bons choix stratégiques, avec une programmation rigoureuse et dont les résultats sont vérifiables ;
* garantir que le projet soit réaliste et durable dont les activités et tâches correspondent aux capacités et disponibilités réelles de ses acteurs, qui tiennent réellement compte des contraintes extérieures et des risques et impondérables/imprévisibles et dont la durabilité des impacts et/ou la poursuite soient garanties.

La gestion axée sur les résultats est une approche, c’est-à-dire une pratique qu’il faudrait adopter dans tout le travail de développement. C’est pour cela que la gestion axée sur les résultats ne peut être pertinemment pratiquée et utilisée qu’en respectant certains principes et en considérant quelques préalables.

## 2.2 Principes de la gestion axée sur les résultats

Les principes de base de la GAR sont :

* le partenariat implique la définition et l’acceptation conjointe des résultats. Il traduit l’engagement des parties prenantes dès les premières étapes du projet ou programme et tout au long du projet ou programme (suivi, évaluation continue, rapports annuels). La participation peut améliorer la qualité, l’efficacité et la durabilité des initiatives de développement.
* la transparence. Il est impératif d’accroître la transparence des rapports sur les résultats. Elle se traduit dans la définition claire des résultats et des indicateurs correspondants, de façon à ce que les résultats soient « facilement mesurables ». la transparence commande également la mise en place d’un cadre de mesure du rendement pour générer des données qui serviront à la préparation de rapports mieux documentés, ce qui améliorera la prise de décision.
* la mesurabilité ;
* la flexibilité ;
* l’efficacité ;
* la cohérence.

La GAR est une approche qui oriente les efforts des organisations sur l’atteinte de résultats. Plutôt que de concentrer les efforts sur les intrants, les activités et les processus, la GAR privilégie :

* la définition de résultats réalistes fondés sur les analyses pertinentes ;
* l’identification claire des groupes et/ou individus cibles des programmes et la conception de ces programmes en fonction de leurs besoins et de leurs priorités ;
* le suivi des résultats escomptés et des ressources allouées à l’aide d’indicateurs pertinents ;
* l’exploitation des données sur les résultats en vue d’accroître l’efficacité de l’organisation ;
* l’amélioration des connaissances et des pratiques en fonction des leçons apprises ;
* la définition et la gestion des risques ;
* la production de rapports sur les résultats et l’utilisation efficace des ressources.

L’application de la GAR commence dès l’étape de la planification de tout programme ou toute initiative par une identification claire des résultats escomptés en regard du but et de l’objectif visés. Le suivi et les rapports périodiques de gestion doivent démontrer en quoi la structure contribue à l’atteinte des résultats escomptés.

L’approche de la GAR fournit aux gestionnaires l’information requise leur permettant d’améliorerl’efficacité de leur structure, organisation, programme ou initiative. Les gestionnaires peuvent mesurer le degré d’atteinte des résultats escomptés par rapport aux ressources investies, et apporter des correctifs en cas d’écart en vue d’assurer l’atteinte optimale des résultats.

La prise de décision s’en trouve facilitée et les chances de viabilité des résultats en matière de développement sont d’autant plus grandes. L’approche de la GAR facilite en outre l’identification des leçons susceptibles d’améliorer les pratiques de développement.

## 2.3 Différences de la gestion axée sur les résultats par rapport aux autres approches

La GAR peut faire une différence par rapport aux approches traditionnelles si trois éléments essentiels sont présents :

* les résultats attendus sont définis en accord avec les principaux partenaires et parties prenantes ;
* une approche participative qui assure l’appropriation, l’implication et une compréhension commune de ce que l’on veut atteindre ;
* Une certaine flexibilité, permettant l’ajustement des stratégies en fonction des informations provenant du système de suivi ;

Deux éléments clés assurent l’efficacité de la GAR :

* Une approche participative qui assure l’adhésion et l’engagement des intervenants ainsi qu’une compréhension mutuelle de ce que l’organisation, le programme ou l’initiative tente de réaliser c’est pourquoi, les résultats escomptés doivent être mutuellement définis et acceptés ;
* une démarche itérative et souple qui permet, en rajustant le tir au besoin, d’améliorer l’atteinte des résultats en matière de développement.

**2.4 Eléments du cycle de gestion axée sur les résultats**

**2.4.1. Conduite d’une analyse des parties prenantes**

**2.4.1.1.1Méthodologie**

L’analyse des parties prenantes et de leur influence sur la politique sanitaire nationale et le processus de planification a été faite sur la base des critères traduisant les valeurs, fondements et principes de toute politique de santé. Il s’agit essentiellement de :

* + - * Équité ;
      * Accès universel ;
      * Solidarité ;
      * Justice sociale ;
      * Participation communautaire ;
      * Action intersectorielle ;
      * Approche droits de l’homme de la programmation.

**2.4.1.2 Cartographie des parties prenantes**

Une liste des parties prenantes est dressée. Il s’agit des entités ci-après :

* les citoyens;
* les corps professionnels;
* les départements ministériels actifs dans le domaine de la santé (eau, éducation, assainissement, transport, communication, agriculture, plan et finances, jeunesse, femme etc.);
* la société civile;
* les entreprises privées;
* les institutions nationales comme le parlement;
* les institutions de formation et de recherche;
* les ONG;
* les collectivités décentralisées et les administrations locales
* la coopération bi latérale;
* les institutions internationales; etc.
* identification des tendances de chaque partie prenante ;

Chacune des parties prenantes fait l’objet d’un examen pour être classée dans l’un des groupes :

1. Les champions (Partisans actifs) : fort soutien au processus et niveau d’influence élevé ;
2. Les Adhérents silencieux (Partisans passifs) : appui élevé et faible niveau d’influence ;
3. Ceux qui créent le blocage (Adversaires actifs) : niveau d’influence élevé et faible soutien au processus ;
4. Ceux qui évitent (Adversaires passifs) : faible influence et faible soutien au processus.

**2.4.1.3 Analyse des acteurs et Identification des bénéficiaires**

* **Analyse des acteurs**

L’analyse des acteurs ou parties prenantes exige d’abord l’implication de tous les acteurs concernés (dans la région, par les problèmes…). L’analyse consiste à les citer selon leurs catégories, les diagnostiquer selon leurs domaines d’intervention, leurs compétences et leurs apports. Le terme acteurs inclut les groupes cibles, les bénéficiaires et les intervenants.

Le problème central préoccupe d’habitude la plupart des acteurs concernés. Il y a donc des acteurs/responsables institutionnels (instances locales, services techniques, délégations des ministères…) et des acteurs groupes-cibles bénéficiaires du changement qui se produirait. C’est indispensable que tous ces acteurs soient d’accord que le problème central est réel et, en plus les préoccupe. Il faudrait alors passer à l’analyse de chacun d’eux en étant (si possible) tous présents. C’est un processus efficace qui permettra d’identifier les futurs acteurs/partenaires/intervenant et connaître leurs dispositions à contribuer à la résolution du problème central. Ci-après est proposée une grille d’analyse des acteurs qui accompagnera tout le processus d’analyse des problèmes et de propositions de solutions.

**Tableau 5: Exemple de Grille d’analyse des acteurs**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acteurs** | **Problème central** | **Attentes par rapport au projet et/ou objectif central** | **Craintes par rapport au projet** | **Points forts** | **Points faibles** | **Disponibilité de l’acteur**  **\*\*\* : grande, \*\* : moyen ; \* : faible ; 0 :néant** | |
|  | | | | | | Temps | Financement |
| **ONG X** | Non scolarisation de la fille rurale | Renforcement institutionnel et plaidoyer des associations féminines | ONG X craint de ne pas agir sur les vraies causes | Le savoir-faire  Expérience dans le renforcement institutionnel | La difficulté de rechercher des financements en dehors de la programmation | \*\*\* | \* |
| **Associations Z** | La fille rurale est illettrée | Alphabétiser la fille dans le monde rural | Les acteurs ont peur que l’association Z ne soit crédible aux yeux des paysans | Bonne capacité de gestion  Membres de l’association Z issus du monde rural  Implantation de l’ass. Z dans une zone rurale | L’association Z n’a pas une expérience solide dans le domaine de l’éducation et de l’alphabétisation | \*\* | \* |
| **Filles/Femmes rurales** | La majorité de nous sont analphabètes | Nous voudrions être capables au moins de lire, écrire et calculer | Les familles des filles/femmes refuseront le projet | Les filles/femmes sont motivées et intéressées | Les filles/femmes ne sont pas libres à prendre des décisions les concernant | \*\*\* | 0 |

* **Identification des bénéficiaires/groupe-cibles**

L’identification des groupes-cibles bénéficiaires est un processus important. Etant donné qu’ils font partie intégrante de la planification du district, leur identification doit être plus précise et explicite. En général, on distingue quatre types de bénéficiaires :

* Groupes-ciblesqui désigne le type et la catégorie de l’ensemble de la population ciblée par l’action. Par exemple, le groupe-cible peut être l’ensemble des enfants ciblés par le PEV.
* Bénéficiaires directs : ce sont les bénéficiaires à qui le processus de planification profite directement. Ils sont les ciblés du projet ou du plan d’action. En général, les bénéficiaires directs font partie des groupes-cibles. Dans notre exemple, les filles /femmes rurales sont des bénéficiaires des changements éventuels à apporter par le projet à proposer.
* Bénéficiaires indirects: ce sont des bénéficiaires à qui le projet profite mais d’une façon indirecte, de par leur lien avec les bénéficiaires directs. Ils font partie des groupes-cibles. Les bénéficiaires indirects peuvent être :
* Positifs : ils acceptent le projet et/ou en tire profit positif comme les familles des filles /femmes dans notre exemples.
* Négatifs : ils refusent le projet et/ou en subissent des retombées. Les paysans dans notre exemple peuvent être bénéficiaires indirects négatifs.

On donne une grande importance aux bénéficiaires directs, puisque c’est ce type de bénéficiaires qui est à l’origine, est le plus touché directement par le problème central et ses causes, et il est donc le type de bénéficiaires directs des changements (résultats et objectifs) à apporter par la planification.

Pour identifier les bénéficiaires, les règles suivantes sont à respecter :

* définir la catégorie des bénéficiaires : femmes ? filles ? hommes ? enfants ? etc.
* définir leur nombre : combien sont-ils ?
* définir leur situation socio-économique : Où (zone de résidence : ville, région…) ? pauvres ? vulnérables ? paysans? citadins ? analphabètes ? etc.
* **Engagement des parties prenantes**

Il est crucial, pendant toutes les phases de planification, suivi, évaluation, bilan et plan d’amélioration, d’impliquer les différentes parties prenantes, de gagner leur adhésion et d’obtenir leur engagement, et enfin, d’encourager la prise d’actions.

Un bon processus de gestion axée sur les résultats **doit inciter les différents acteurs à réfléchir de la manière la plus ouverte et créative possible sur les objectifs qu’ils voudraient atteindre et les encourager à s’organiser en conséquence, notamment par la mise en place d’un processus de suivi et d’évaluation des**progrès accomplis et l’exploitation des informations ainsi recueillies pour améliorer la performance. Il faut les amener à  se concentrer sur les résultats.

Les processus de planification axée sur les résultats, de suivi et d’évaluation doivent viser :

* la réalisation des résultats (et non la réalisation de la totalité des activités) ;
* l’obtention de tous les résultats selon le calendrier établi.

Tout programme, projet ou plan pour le développement est susceptible d’intégrer de nombreuses parties prenantes importantes. Une planification efficace passe par la participation de ces acteurs.

Les parties prenantes sont les personnes qui bénéficieront des activités de développement ou celles dont les intérêts risquent d’être affectées par les interventions.

C’est pourquoi une analyse simple des parties prenantes est généralement recommandée pour l’ensemble des processus de planification. Cette étude peut contribuer à identifier les éléments suivants :

* Les risques, les obstacles et les conflits potentiels qui pourraient nuire aux programmes, aux projets ou aux activités faisant l’objet de la planification ;
* Les opportunités et les partenariats qui peuvent s’ouvrir et être développés ;
* Les groupes vulnérables ou marginalisés qui sont souvent écartés des processus de planification.

Divers instruments d’analyse peuvent être utilisés afin d’identifier les parties prenantes et de déterminer la nature de leur participation au cours des différentes étapes du processus (planification, mise en œuvre, suivi, communication d’information, évaluation, etc.).

Conseil : Il existe une tendance chez les équipes de base à ne pas intégrer certaines parties prenantes dans la planification. C’est généralement le cas des programmes complexes ou les projets et travaux en lien avec la politique de développement. Les groupes marginalisés, les populations rurales pauvres, les minorités et d’autres groupes sont souvent mis de côté car les responsables de la planification estiment qu’ils ne sont pas bien informés ni suffisamment qualifiés pour contribuer au processus de planification. Cette hypothèse se révèle souvent très dommageable. Il faut toujours se demander : « qui ne parvient pas généralement pas à se faire entendre sur cette question ?» les responsables de la planification sont souvent agréablement surpris des perspectives offertes par des participants qui n’avaient pas voix au chapitre auparavant.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMPORTANCE** | **Groupe 1** : Importance forte / influence faible | **Groupe 2** : Importance forte / influence forte |
| **Groupe 3** : Importance faible / influence faible | **Groupe 4** : Importance faible / influence forte |
|  | **INFLUENCE** | |

**Schéma 4 : Matrice de l’importance et de l’influence des parties prenantes**

S’il est vrai que les produits des agences individuelles, ainsi que leurs activités sont très importants, ils doivent toujours être considérés comme un complément aux efforts de développement au niveau national.

Etant donné que les réalisations nationales (qui demandent les efforts de deux parties prenantes ou plus) sont les plus importantes, les processus de planification, de suivi et d’évaluation doivent davantage se concentrer sur les partenariats, les programmes, le suivi et l’évaluation conjoints ainsi que sur les efforts de collaboration nécessaires à la réalisation de ces résultats de plus haut niveau.

**2.4.2 Analyse de la situation**

L'analyse de la situation est le stade préparatoire à l'élaboration du plan. Il donne les éléments indispensables à une prise de décision. Cette analyse doit permettre au décideur de déterminer les problèmes prioritaires étant donné que l'on ne peut pas résoudre tous les problèmes de santé à la fois.

L'analyse minutieuse de la situation sanitaire est essentielle pour l’élaboration d'un plan réaliste et pertinent par rapport aux problèmes à résoudre. Cette analyse a pour objet d'identifier les problèmes de santé tout en faisant ressortir leurs causes et leurs conséquences. C'est pourquoi l'association de tous les acteurs intervenants dans le domaine de la santé (partenaires, associations, communautés etc.) s'avère primordiale à cette étape de la planification.

**2.4.2.1 Analyse des parties prenantes**

**Analyse FFOM**

**Brainstorming**

**Indicateurs/données**

**Revue documentaire**

**2.4.2.2 Dimension temporelle de l’analyse de situation**

L'analyse de la situation ne doit pas se borner au présent, elle doit concerner aussi la situation passée. En effet, les tendances passées peuvent permettre de tirer des leçons.

Mais on oublie souvent de faire l'analyse du futur alors que la planification a pour objet, non la gestion du présent, mais l'organisation de l'avenir. Aussi, à partir de la situation présente, il faut faire une projection sur l'avenir en partant :

* soit d'une hypothèse de travail ;
* soit des tendances dégagées des données du passé.

Les principaux éléments à prendre en compte sont les suivants :

* la projection de la situation démographique par groupe d'âge et par sexe (y aura- t-il accélération ou ralentissement de la situation démographique ?) ;
* la projection de la mortalité ;
* la projection de la morbidité (n'y aura-t-il pas une modification de la pathologie actuelle vers une pathologie existant actuellement dans les pays industriels développés comme les maladies cardio-vasculaires ?:Transition épidémiologique) ;
* la projection des activités pour maintenir au niveau de santé actuel la population projetée ;
* l'évolution des techniques: éviter par exemple des investissements lourds dans des techniques médicales potentiellement périmées ;
* l'évolution économique du pays.

L’évolution du personnel: ne prépare-t-on pas par exemple une pléthore de médecins dans un pays qui en manque actuellement?

Cette considération montre que la planification doit étudier le passé et le présent et prédire le futur.

### 2.4.3 Type de données à collecter

La réussite d'une bonne analyse de la situation sanitaire est conditionnée par une bonne collecte et analyse des données. Les données à recueillir peuvent être essentiellement de deux ordres :

* Les données objectives, c'est à dire observables (ex : la morbidité, la mortalité, la fréquentation de la consultation curative, les incapacités/infirmités, la couverture en CPN, etc.)
* Les données subjectives comme la perception des bénéficiaires et prestataires de soins (la satisfaction des utilisateurs du service de garde, de la maternité…).

Les données à collecter comprennent des données d’ordre général et des données sanitaires qui proviennent essentiellement du SIS ou/et d’enquêtes spéciales.Ces données doivent être complétées par les données des autres secteurs de développement.

**A. Données générales et implications en santé**

* **Données géographiques**

Ce sont des données qui se rapportent au relief, au climat, superficie, hydrographie, à la végétation, au réseau hydrographique, aux voies de communication, etc.

* **Données démographiques**

Les données démographiques servent de dénominateurs dans les différents indicateurs sanitaires (mortalité, morbidité...). Elles permettent des projections démographiques et la prévision des besoins futurs (aspect dynamique de la démographie). Les responsables doivent bien connaître leur population, notamment les groupes à risque (mères, enfants, indigents). Les aspects suivants sont à considérer :

* la dimension et la densité de la population ;
* la structure par âge et par sexe (pyramide des âges) ;
* la répartition de la population par groupes ethniques, religieux, socio-professionnels et par zones de résidence (zones rurales et urbaines) ;
* les taux de natalité, de fécondité, d’accroissement ;
* les populations cibles (mères, enfants, indigents..) ;
* la dimension et densité de la population (dispersion éventuelle) ;
* les groupes ethniques, religieux, socioprofessionnels ;
* le taux de natalité, de fécondité, d'accroissement de la population ;
* l’espérance de vie ;
* la dimension de la famille ;
* les mouvements de la population : migrations internes et externes (immigrations, émigrations).
* **Données administratives**
* organisation administrative (nombre de départements, nombre de secteurs, quartiers, etc.)
* régime politique.
* **Données socio- culturelles**
* niveau d'éducation formelle, alphabétisation;
* religions, coutumes, rites, interdits, propension ou non pour la médecine traditionnelle, mode de communication entre dirigeants et population...
* **Données socio-économiques**
* Ces données permettent d'assigner des limites à l'accroissement potentiel du facteurs du milieu de vie (habitat, urbanisme, approvisionnement en eau, hygiène, assainissement, présence ou non de vecteurs de maladies transmissibles…).
* Facteurs socio-culturels : niveaux d’éducation formelle et d’alphabétisation, organisation administrative, croyances religieuses, coutumes et pesanteurs socio-culturelles, utilisation de la médecine et pharmacopée traditionnelles, etc.
* Facteurs économiques : niveau de revenus, moyens de transport et de production, commerce, etc.
* Indice de pauvreté
* Moyens de transport (routes, distance, obstacles...).
* Production alimentaire.
* Commerce (si pas de marché, c'est qu'il s'agit d'une économie de subsistance).

Revenus : pourcentage de personnes gagnant moins que le salaire minimum, distribution budget national et ceci peut influencer la fixation des objectifs et des stratégies.

**B. Données sanitaires**

Ces données sont fournies par les statistiques sanitaires (rapports d’activités des formations sanitaires, données du monitorage, enquêtes spéciales).L’utilisation de ces données souligne l’importance de la qualité de la collecte et du traitement de routine du SIS. Ces données sont fournies par les statistiques sanitaires des structures (rapports d’activités des formations sanitaires, données du monitorage, enquêtes spéciales).

* **Profil épidémiologique**

- Morbidité et mortalité : elles permettent de fixer les priorités et les objectifs

**\* Morbidité** :

* générale
* par cause
* par groupe d'âge, par sexe, pour tout le pays ou par division administrative ou sanitaire.

Il faut différencier la morbidité réductible (??) et la morbidité irréductible (??).

**\* Mortalité :**

* générale
* par cause de décès
* par groupe d'âge, par sexe, pour tout le pays et par division

administrative ou sanitaire.

Il faut distinguer la mortalité évitable (ex : par accident) et la mortalité inévitable (par sénescence).

Ces données doivent indiquer les dix premières causes de morbidité et de mortalité et leur proportion par rapport au nombre de consultations dans le district.

* **Données sur les ressources sanitaires disponibles**

Analyser les ressources par niveau du système de santé.

**i) Infrastructures**

Il faut préciser le nombre par type d’infrastructures, leur état, leur accessibilité géographique, leur répartition, etc.

**ii) Ressources matérielles et équipements**

* matériel roulant et son état ;
* chaîne de froid ;
* moyens de communication, équipements informatiques ;
* sources d’énergie, approvisionnement en eau…

**iii) Ressources humaines :** par âge, par emploi et statut, répartition géographique, degré d’atteinte des normes en personnel…

**iv)Ressources financières**

Sur le plan national, certains indicateurs sont calculés tels le pourcentage du budget national accordé au secteur de la santé, les dépenses de santé par tête d’habitant, le rapport budget d’investissement sur budget de fonctionnement. Au niveau du district, indiquer l’évolution des financements par source (budget national, budget des collectivités, sources extérieures…). Il faut rechercher les données sur les coûts unitaires (ex: coût d'une vaccination ou mieux d'un enfant complètement vacciné, d'une hospitalisation...) Ces données permettent l'analyse de faisabilité des stratégies et des interventions sanitaires, d'où l'importance des études économiques.

Les données institutionnelles (organisation des services de santé(OCS), gestion, supervision…).

* **Indicateurs de performance**
* **Notion d’indicateurs de performances**

Il s’agit de donner des indicateurs clés montrant la performance ou la défaillance du système de santé (utilisation des services de santé, résultats des services (couverture vaccinale, taux d’accouchements assistés…), l’impact des services de santé…

* **Sources des données**

Les sources possibles de l'ensemble des données ci-dessus mentionnées sont :

* la communauté ;
* les dirigeants des communautés ;
* les autres agents de développement (autres secteurs que la santé tels que l'agriculture, l'élevage...) ;
* les cartes de la région (caractéristiques géographiques) ;
* les registres des centres de santé, rapports d’activités (supervisions, monitoring, contrôles, suivis, évaluations)...
* les livres d'inventaires pour les ressources déjà engagées pour résoudre des problèmes ;
* les données de recensement ;
* les enquêtes communautaires.

Outre les sources nationales d'information, on peut utiliser les documents préparés par des organisations bilatérales ou multilatérales.

* **Partenaires techniques et financiers de la santé**

Les partenaires seront classés par domaine d’intervention (VIH/SIDA, tuberculose…). Les programmes et projets du ministère, quelle que soit leur envergure, ne doivent pas être considérés comme des partenaires.

* **Organisation de la structure**

Il s'agit des données qui touchent à la structure et au fonctionnement des services de santé (organisation du système de santé, gestion par l’équipe cadre de district et les comités de gestion, cadres de concertation...).

* **Traitement des données**

Il faut examiner les différentes données recueillies pour ne retenir que les plus pertinentes utiles pour le travail à entreprendre. Il faut ensuite les traiter pour les transformer en informations. Il s'agit de construire des indicateurs sanitaires qui permettent de mesurer ou estimer l'ampleur des problèmes.

**2.4.3 Identification des problèmes**

#### 2.4.3.1Notion de problème

Il y aproblème, lorsqu’une situation vécue (constatation, fait) est comparée à une situation souhaitée (idéale) en y apportant un jugement, une opinion peu favorable à la situation réelle figure N°..).

On peut schématiser ce qui est dit ci-dessus comme suit

**Observation Comparaison Jugement**

Problème (si inadéquation)

Situation situation

vécue idéale Pas de problème

(si concordance)

#### Figure N° : approche schématique de la notion de problème

**2.4.3.2 Définition de problème de santé**

Le problème de santé est défini comme les conséquences d’un processus perturbant l’état de santé de base et provoquant un mal-être individuel et /ou collectif. Selon Pineault R. et coll., le problème de santé correspond à un état de santé jugé déficient par l'individu, par le médecin ou par la collectivité.

Il est aussi défini comme l’écart entre un état de santé actuel, constaté, observé, exprimé et un état considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références, des valeurs élaborées par des experts.

**2.4.3.3 Classification des problèmes de santé**

L’analyse de la situation sanitaire va permettre de faire le point des problèmes réellement vécus dans la région, district, CSPS. Ces problèmes peuvent être classés comme suit selon l’approche dite de l’inventaire des problèmes :

* Les problèmes liés à la maladie : la prédominance de certaines affections comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques sont évidentes.
* Les problèmes relatifs à la couverture sanitaire : inaccessibilité géographique et /ou financière des formations sanitaires, faibles taux de couverture vaccinale et prénatale, déficit d’approvisionnement en médicaments, etc.
* Les problèmes relatifs à l’organisation et à la gestion des services de santé : organisation du district, ECD peu performante, absence de PDSD, de Comité de gestion de district, COGES peu fonctionnels, collaboration intersectorielle faible, etc.
* Les problèmes liés à l’hygiène et à l’assainissement du milieu y compris dans les formations sanitaires.
* Les problèmes découlant des activités de développement socio-économique : barrages hydro-agricoles et schistosomiase, orpaillage et IST/SIDA.

En plus de ces problèmes, il faut identifier les contraintes internes liées à la structure comme la pénurie du personnel, les difficultés administratives et celles externesliées aux pesanteurs socio-culturelles qu’il faudra prendre en compte lors de l’analyse de faisabilité des stratégies.

**2.4.3.4Analyse des problèmes recensés**

* **La nature des problèmes**

Il faut considérer les problèmes un par un pour en analyser la complexité comme par exemple la nature particulière du problème :

- le problème est-il étendu à deux secteurs ou davantage ?

- le problème intéresse-t-il une partie ou la totalité de la collectivité ?

- le problème est-il à solution pluridisciplinaire et multisectorielle ?

Il faut rechercher les causes de chaque problème, ses déterminants, ses conséquences

figure n°4).

**Tableau :5 Analyse des problèmes en causes et conséquences**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problèmes** | **causes** | **Conséquences** |
|  |  |  |

On peut considérer le schéma suivant:

**Interne Etendue**

**Fait Cause Conséquences Gravité**

**Externe Urgence**

**Solution**

**Figure n**°5: **Arbre d’analyse d’un problème**

**Plusieurs méthodes sont utilisées pour analyser les problèmes**

* **Analyse FFOM**

L’analyse de situation pourra être complétée par une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du plan élaboré (**analyse FFOM**.): les forces et les faiblesses internes au plan, les opportunités et les menaces qui peuvent provenir de l’environnement externe au plan.

On analyse les forces et faiblesses internes ainsi que les opportunités et les menaces qui peuvent provenir de l’environnement extérieur.

* forces : acquis et atouts internes au plan.
* faiblesses : goulots d’étranglement internes au système de santé.
* opportunités : potentialités extérieures au plan.
* menaces : facteurs limitant provenant de l’environnement extérieur.

Les forces et les faiblesses sont ceux relevant de la responsabilité des services de santé. Ce sont entre autres, le fonctionnement, l’organisation générale, la gestion des ressources.

Les opportunités et les menaces, aspects relevant de l’environnement externe au plan sont, entre autres :

* les données géographiques ;
* les données socio-culturelles ;
* les aspects administratifs (aspects internes au ministère de la santé, relations avec les autres ministères) ;
* les données économiques.

Cette analyse FFOM permet de situer les problèmes dans leur contexte et de mieux dégager les chances de succès du plan.

### 2.4.4 Définition des problèmes prioritaires

On ne peut pas résoudre tous les problèmes de santé à la fois parce que les ressources sont limitées. Il faut alors déterminer les problèmes prioritaires et les classer par ordre de priorité en se servant d'indicateurs et de critères. La détermination des problèmes prioritaires est au cœur du processus de planification, c’est un processus de prise de décision.

L'erreur souvent commise dans la détermination des problèmes prioritaires est de donner un accent particulier à une seule dimension du problème au lieu de considérer toutes les dimensions. C'est ainsi que :

* L'épidémiologiste privilégie les taux de mortalité et de morbidité ;
* Les politiciens et le public veulent répondre aux désirs populaires et voient l'acceptabilité des programmes (ex.: problèmes à impact psychologique important et les politiciens exigent des solutions rapides et spectaculaires) ;
* Les administrateurs voient la vulnérabilité des problèmes (méthodes /technicité) ;
* Les économistes mettent l'accent sur le coût qui est la contrainte finale.

La détermination des problèmes prioritaires doit tenir compte de la notion de système. On ne peut pas développer tous les éléments d’un système de santé en même temps. Il faut chercher à développer en priorité les éléments du système qui entraîneront des effets induits positifs. La préoccupation permanente doit être de réaliser l'équilibre du système.

* + - 1. **Détermination des problèmes prioritaires**

Pour déterminer les problèmes prioritaires, des critères sont utilisés. Un critère est une norme ou un principe sur la base duquel (de laquelle) une chose peut être mesurée ou jugée (jugement de valeur). Le choix des problèmes prioritaires est fait de deux manières selon la méthode de planification adoptée :

* **Critères de choix de Hanlon**

Les critères de choix les plus souvent utilisés sont :

1. L’importance du problème de santé (gravité, fréquence) ;
2. Sa vulnérabilité (technique, opérationnelle) ;
3. La perception qu’en a la population ;
4. L’acceptabilité par les populations des actions que l’on se propose d’entreprendre.

**L'importance d'un problème** de santé se définit par sa **gravité** et sa **fréquence**. La gravité peut se traduire en nombre d'années de vie saine perdues (mortalité élevée et précoce, couts économiques élevés, incapacité fréquente...) et en impact économique et social (souffrance sociale). Donnons trois exemples : une maladie aiguë avec guérison complète, un accident avec incapacité permanente partielle, et une mort subite. La fréquence est étudiée par l'épidémiologie (endémie-épidémie) : elle peut être actuelle ou potentielle. Un problème peut être fréquent sans être grave (ex. les diarrhées banales de l'adulte) et être grave sans être fréquent (ex. le tétanos). Donc, pour établir une priorité on ne peut pas se baser uniquement sur la fréquence. Ces deux éléments - gravité et fréquence - aboutissent à une réduction du potentiel de vie saine. Ils ont donc un coût social et économique (coût indirect, c'est à dire ce que la société ne gagne pas à cause du problème de santé).

**La vulnérabilité** représente la possibilité de modifier le problème. Cette vulnérabilité est technique (existe-t-il un traitement spécifique, par exemple) et opérationnelle : il ne suffit pas d'avoir un moyen efficace, il faut qu'il soit appliqué dans les situations concrètes, en tenant compte de la couverture. Le moyen proposé doit donc, outre son efficacité technique, tenir compte des méthodes existantes, des disponibilités financières (coût direct : ce que la société doit dépenser lorsque le problème existe), des ressources en personnel, des possibilités opérationnelles, (par exemple, véhicules, essence...) et de l'acceptabilité par la population. Ce qui veut dire concrètement que le moyen proposé doit être facile à utiliser, reproductible, d'un faible coût, être sans danger pour la population (innocuité) et être acceptable par la population.

**La perception** du problème par la population : le public manifeste son intérêt à la solution du problème et la participation de la communauté à la solution du problème sera important.

**L’acceptabilité** par les populations des actions que l'on se propose d'entreprendre (tenir compte des croyances et coutumes néfastes à la santé).

C'est le service de santé qui doit donner un avis sur l'importance et la vulnérabilité des problèmes de santé. Mais cet avis doit être pondéré par l'image que la population se fait du problème (c'est à dire la perception) et par l'acceptabilité des moyens mis en œuvre pour y répondre.

On peut résumer les quatre critères à balancer pour établir des priorités comme suit :

****

**Schéma :6 Critères pour l'établissement des priorités en santé publique**

Les problèmes retenus comme prioritaires représentent le "premier choix" : c'est à eux que l'on va s'attaquer en premier lieu et tant qu'on n'y aura pas répondu de façon suffisante, on ne passera pas activement à d'autres problèmes. Les priorités ne sont pas pour autant définitives, il faut les reconsidérer et on peut en changer. Elles ne sont pas non plus exclusives : il faut surveiller aussi les autres problèmes. Mais elles permettent de réserver l'utilisation des ressources surtout à des activités pour lesquelles la probabilité est la meilleure d'arriver à un résultat.

Chaque problème est analysé à l’aide de ces critères par l’ensemble des participants afin de le retenir comme problème prioritaire ou pas. Pour ce faire la grille ci-dessous peut être proposée aux participants en vue de recueillir leur appréciation par problème.

**Tableau :7** Grille d’identification des problèmes prioritaires

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROBLEME :** | | | | | | | |
| **CRITERES** | **APPRECIATION** | | | | | **OBSERVATIONS** | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| Importance (gravité + fréquence) |  |  |  |  |  |  |
| Vulnérabilité |  |  |  |  |  |  |
| Perception |  |  |  |  |  |  |
| Acceptabilité |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  | **Note définitive :** |

L’utilisation de cette grille consistera à apprécier chaque problème en affectant une note allant de 1 à 5 en face de chaque critère. Ensuite, faire la somme des points en vue de dégager une note définitive sur ce problème par participant. Enfin la moyenne des notes est faite par problème en vue d’identifier les problèmes prioritaires (ceux qui auront les plus fortes notes).

Des préalables importants sont indispensables à la fiabilité de cette méthode :

1. Chaque participant doit savoir lire et écrire ;
2. Chaque participant doit avoir un minimum de notion en planification afin de faire une appréciation multidimensionnelle.

Si ces préalables ne sont pas remplis, il arrive que des problèmes peu importants soient retenus de façon erronée comme prioritaires.

* **Selon la méthode de planification par objectif (PPO)**

Cf. Chapitre I généralité sur la planification sanitaire.

* **Technique du Groupe Nominal (TGN)**

La Technique du Groupe Nominal (TGN) est une des techniques efficaces, rapides et faciles d’application pour l’identification des problèmes de santé. C’est une technique de consensus qui peut s’appliquer aussi bien aux techniciens de santé qu’aux acteurs communautaires.

On peut la schématiser en sept (7) étapes :

1. Formation d’un groupe ;
2. Nomination d’un modérateur ;
3. Émissions individuelles d’idées ;
4. Enregistrement des idées ;
5. Clarification des énoncés ;
6. Vote ;
7. Compilation du vote.

* **Techniques de cotation**

Sur la base des critères, il existe différentes techniques qui permettent d'organiser le choix des problèmes prioritaires et de les classer par ordre d’importance. La technique de cotation est utilisée par le groupe avec une batterie de critères pour un certain nombre de problèmes. Exemple, pour la fréquence d'un problème de santé, on peut noter ainsi qu'il suit : rare : + courant : ++ très courant : +++

On peut aussi considérer différents paramètres et additionner les coefficients de pondération accordés à ces paramètres. Cependant, le nombre de problèmes considérés ne devrait pas dépasser la quarantaine.

Les problèmes prioritaires sont de deux ordres : i) ceux pour lesquels des interventions doivent être mises en place, ii) ceux pour lesquels il faut poursuivre la recherche.

**2.4.4.2Principes généraux pour le choix des problèmes prioritaires**

* Déterminer si compte tenu de l'importance d'un problème et des ressources d'intervention existantes, un problème doit faire l'objet d'une intervention immédiate ou doit faire l'objet d'une recherche.

- Quelle que soit l'ampleur du problème, lorsqu'il n'y a pas de solution technique ou d'intervention possible, la priorité devrait être donnée à la recherche et non à l'intervention.

* L'intervention envisagée est-elle faisable et les ressources sont-elles disponibles? Il faut rechercher un équilibre ; en effet pour un problème majeur et pour lequel on peut intervenir efficacement et alors que les ressources ne sont pas disponibles, tous les efforts doivent tendre vers la mobilisation des ressources.
* Le choix des problèmes prioritaires peut être dicté par des considérations d'ordre politique, social, économique et sanitaire. Il n'est pas exclusivement fondé sur des données scientifiques valides.

De même, les problèmes prioritaires révélés par les enquêtes scientifiques sont souvent différents de ceux identifiés par la population en raison des connaissances spécifiques de cette dernière et de sa manière de percevoir les problèmes de santé.

Dans ce cas, il faut éduquer la population pour adopter les vrais problèmes prioritaires (la planification est un processus éducationnel).

Aussi, les problèmes prioritaires doivent-ils être déterminés en fonction des conditions locales, et autant que possible, avec le concours des communautés.

**2.4.4.5 Formulation des problèmes de santé**

A la fin de l’analyse de situation, il faut formuler les problèmes de santé. La formulation d'un problème de santé se fait de façon narrative et doit prendre en compte les éléments suivants :

* le fait ;
* la population cible affectée par le problème ou le risque ;
* la localisation du problème (où vivent les personnes exposées ou affectées);
* la mesure du problème ;
* la période où survient le problème ;
* les causes du problème ;
* les conséquences réelles ou projetées du problème ;
* les activités menées pour résoudre le ou les problèmes identifiés ;
* les ressources déjà utilisées pour résoudre le ou les problèmes.

# CHAPITRE III : DEVELOPPEMENT DU PROCESSUS DE

# PLANIFIACTION AXEE SUR LES RESULTATS

Comme dans tout type de planification, une fois que les problèmes prioritaires et besoins sont déterminés, l'étape suivante consiste généralement à décider dans quelle mesure ils peuvent être réduits ou résolus.

Dans le cadre de la planification axée sur les résultats, une moindre importance est accordée au processus de planification basé essentiellement sur l’approche objectifs, stratégies, activités. L’attention est beaucoup plus accordée aux résultats attendus de l’action à mettre en œuvre.

Le **résultat** constitue le noyau dur de la gestion axée sur les résultats (GAR). Tout le travail de gestion est alors orienté vers les résultats. Ce principe devra être entièrement respecté et observé dans tout le processus de planification axée sur les résultats.

Tel que défini dans les chapitres précédents, le **résultat** est un changement d’état descriptible et mesurable qui découle d’une relation de cause à effet à court, moyen et long termes. Le résultat peut être un impact, un effet ou/et un produit (cf. définition dans les chapitres précédents).

Le processus de planification axée sur les résultats comprend deux phases importantes :

* la phase d’identification et de planification ;
* la phase d’élaboration / formulation de la logique d’intervention.

## 3.1 Phase d’identification et de planification

La phase d’identification et planification consiste à :

* identifier et analyser les problèmes et proposer des solutions de changements;
* analyser et choisir des stratégies d’intervention qui feront l’objet de planification et de programmation.

Il est à noter que les termes planification et programmation ne sont pas synonymes:

la planification englobe la programmation qui en est son prolongement plus spécifique et plus opérationnel (action plus en profondeur).Dans ce contexte programmer revient à structurer avec précision toute la chaîne de production de façon à avoir le maximum de chances d’obtenir le résultat souhaité.

La phase d’identification et planification comprend 6 étapes:

* Etape 1 - Identification des problèmes et des besoins;
* Etape 2 - Analyse des acteurs et identification des bénéficiaires;
* Etape 3 - Planification des résultats: définition du cadre de rendement;
* Etape 4 - Définition des indicateurs et élaboration du cadre de mesure du rendement ;
* Etape 5 - Détermination des hypothèses et analyse des risques;

Etape 6 - Programmation des activités, intrants et responsabilités.

### 3.1.1 Identification des problèmes et des besoins

Il s’agit, en premier lieu, d’identifier une situation négative et de l’analyser avec les acteurs concernés. Pour ce faire, on peut utiliser un **arbre à problèmes** inspiré de la méthode de Planification d’Interventions par Objectif – PIPO (Cf. chapitre IV-Analyse de la situation). Dans le cadre de la GAR, l’analyse des problèmes se fait à plusieurs niveaux:

* On débute par l’identification du problème central suivie d’une analyse des causes et sous-causes de celui-ci. Viennent s’y ajouter les conséquences négatives du problème central. Ce dernier doit être relativement précis et constituer une priorité aux yeux du groupe cible bénéficiaire (Cf. chapitre analyse de la situation);
* Il s’agit subséquemment de proposer des solutions au problème. Diverses questions peuvent alors se poser concernant la capacité des parties prenantes et partenaires locaux de mettre en œuvre la solution:
  + dans quelle mesure cette mise en œuvre exige-t-elle un renforcement des capacités des parties prenantes?
  + des obstacles existent-ils quant à la mise en place des solutions?
  + etc.

Ces questions permettent de cerner au mieux le contexte et le bien- fondé du plan.

* il s’agit également d’échanger avec les populations pour recueillir un certain nombre de données. Leur offrir l’opportunité de contribuer à l’analyse des problèmes de leur localité, sur cette base, de proposer des solutions susceptibles d’améliorer leurs conditions de vie, dans une optique de développement durable. Cette démarche favorisera l’appropriation du projet par les populations.
  + 1. **Analyse des facteurs et identification des bénéficiaires**

Cette étape est largement abordée dans le chapitre III – Analyse des parties prenantes. Aussi nous faisons une synthèse rapide du contenu dans l'étape actuelle.

L’analyse des acteurs (groupes cibles, bénéficiaires et intervenants) concernés, impose de les citer selon les catégories auxquelles ils appartiennent, les établir en fonction de leurs domaines d’intervention, leurs compétences et leurs apports. Il faut spécifier les acteurs institutionnels que sont les instances locales, les délégations ministérielles et les groupes cibles, bénéficiaires futurs du changement.

Trois recommandations appuient l’identification des bénéficiaires :

* déterminer leur catégorie: femme, homme, enfant, etc.
* définir leur nombre et leur situation socio- économique;
* connaître leurs propensions à contribuer à résoudre le problème identifié (leurs disponibilités en temps et en financement).

**3.1.2Planification des résultats**

Phrase de transition

* **définition de cadre de rendement**

Un cadre de rendement ou **cadre de résultat** est un ensemble de changements concrets (résultats) obtenus dans le temps et dans un enchaînement solide exprimé dans une relation de causalité.

Le cadre de rendement permet d’élaborer le plan ou projet en exposant les intervenants à une suite de questions:

* quel est le but du plan ou projet?
* quels résultats à atteindre en fonction des ressources investies?
* quels seront les bénéficiaires du plan ou projet?
* quelle est la manière la plus adéquate pour la mise en œuvre du plan?

Sur cette base, le cadre de rendement exprime une «**chaîne de résultats»** qui sert à clarifier les liens existants entre les diverses activités (Cf. figure N°1 et 2 ci -dessous). La chaîne indique le parcours d’une situation actuelle vers une vision de changement à atteindre. Elle est également appelée Modèle Logique (ML).

**RESSOURCES**

Les moyens financiers, humains et matériels utilisés pour l’action de développement

EFFETS

Les effets à court et à moyen terme des produits de l’action de développement.. Les chargements dans les conditions du développement

IMPACT

Les changements effectifs ou escomptés dans le développement humain, mesurés par le bien être des individus. Les améliorations dans la vie des individus

**ACTIVITES**

Les actions entreprises dans le cadre desquelles les ressources sont mobilisées pour obtenir des produits spécifiques

**PRODUITS**

Les produits équipements ou services qui résultent de l’action de développement

**PLANIFICATION**

**MISE EN OEUVRE**

**Figure N°1** : Chaine de résultat de la GAR (ou Modèle logique)

Parfois appelé «chaîne de résultats», le modèle logique est une représentation des relations de cause à effet entre les activités, les extrants et les résultats d’une politique, d’un programme ou d’un investissement quelconque.

Un modèle logique comporte six niveaux (intrants, activités, extrants, résultats immédiats, résultats intermédiaires et résultat ultime), chacun représentant une étape distincte dans la logique de cause à effet d’une politique, d’un programme ou d’un investissement. Les trois premiers niveaux (intrants, activités et extrants) décrivent COMMENT un investissement sera réalisé tandis que les trois niveaux suivants(résultats) représentent les CHANGEMENTS réels qui se produisent, c’est-à-dire les

RÉSULTATS DE DÉVELOPPEMENT.

|  |  |
| --- | --- |
| **Résultats finaux « impacts »** : conséquences finales ou à long terme | **Donc** |
| **Résultats intermédiaires« effets »** : conséquence des résultats immédiats | **Si** |
| **Résultats immédiats « extrants »** : biens et services/produits des activités du projet | **Donc** |
| **Activités** : quoi et comment le travail du projet est réalisé | **Si** |
| **Ressources/moyens** : ce que le projet investi |  |

**Figure** n° : 8 Chaine de résultats

Tableau :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ressources/**  **Moyens** | **Activités** | **Résultats**  **Immédiats**  **« extrants »** | **Résultats intermédiaires**  **« effets »** | **Résultats finaux**  **« impacts »** |
| Ce que la structure investi en : moyens humains matériels et financiers | Quoi et comment le travail de la structure est réalisé | Biens et services produits des activités du projet | Conséquences des résultats immédiats | Conséquences finales ou à long terme |

Déterminer un cadre de rendement ou cadre de résultat revient à établir des liens de cause à effet et entre les activités, le public visé et les retombées sur le plan du développement à l’instar de la détermination de la logique d’intervention verticale dans la méthode du cadre logique.

La définition d’un cadre de rendement passe d’abord par l’identification des solutions alternatives possibles qui soient pertinentes par rapport à la situation défavorable initiale que l’on veut changer. Il faut procéder alors à une **Analyse stratégique et choix stratégiques des alternatives possibles des objectifs et des résultats.**

En proposant des solutions aux problèmes, il faudrait analyser chaque solution et discuter sa chance deréussite ou d’échec, en prenant en considération les critères suivants:

* **Faisabilité de la solution:** est-ce qu’il est possible de la faire?
* **Acteurs concernés par la solution :** Qui, parmi les acteurs/intervenants concernés puissent la faire ?
* **Moyens et ressources** humains, matériels, financiers, techniques et organisationnels disponibles.
* **Niveau de la Priorité de la stratégie.**
* **Degré de la difficulté de la stratégie.**

Un outil d’aide aux choix stratégiques est proposé ici pour compléter l’arbre à résultats et faciliter la prise de décisions. Il s’agit du diagramme ci -dessous.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Priorité** | **1** | **2** |
| **3** | **4** |
| **Difficiles** | |

Figure n°9 outils de choix de stratégies

En général, les stratégies qui se situent dans les cases 1,2 et 3 sont les susceptibles d’être choisies. Mais, il vaut mieux choisir les plus faciles à parcourir pour atteindre les objectifs et les plus prioritaires.

Pour l’analyse et le choix des stratégies, un outil qui vient qui vient en complément et en suite méthodique à l’outil d’arbre à problèmes est utilisé. Il s’agit de l’arbre à **résultats**.

Il est proposé ci-dessous un exemple d’arbre à solution dans le cadre d’un projet de solarisation de la fille rurale.



En situant les solutions à des niveaux, on peut préciser de quel type de solution l’on parle. Ce qui facilite la définition des solutions selon leurs niveaux. Ainsi, les différents niveaux de solution dans **l’arbre à résultats** sont les suivants de bas vers le haut:

* **Niveau I** : correspond aux **moyens et ressources** nécessaires pour effectuer le changement voulu. On les appelle aussi les **intrants**. Il s’agit donc ici des moyens et ressources humains, matériels, financiers, techniques et en temps.

**Exemple**:

* **Niveau II** : correspond aux activités que l’on doit faire pour effectuer le changement voulu. Une activité est définie comme l’ensemble d’opérations agencées visant un but déterminé**(processus)**. Dans une activité, il faut préciser: **Quoi? Qui la fait? Pour qui? Comment? Quand? Où? Pourquoi?**

**Exemple :**

* **Niveau III** : correspond aux résultats Immédiats appelés aussi **« extrants ».** Les extrants sont les produits et les services réalisés **immédiatement** après l’utilisation des moyens et ressources pour l’exécution des activités. Ils sont concrets et directs.

**Exemple**: taux de couverture PEV

* **Niveau IV**: correspond aux résultats intermédiaires appelés **« Effets ».** Un **résultat-effet** est la conséquence directe de l’atteinte d’un résultat-extrant ou l’ensemble de résultats-extrants. Un résultat-effet est obtenu quand les groupes-cibles-bénéficiaires ont utilisé et/ou ont réagi aux résultats-extrants. En général, il reflète la transformation dans les situations des groupes-cibles-bénéficiaires (augmentation, amélioration, renforcement…), pendant le projet ou à la fin du projet.

**Exemple**: l’incidence d’une maladie

* **Niveau V**: Correspond aux **conséquences positives**. Ce niveau correspond **aux « impacts** » qui découlent de l’objectif global/Finalité. Un impact est le résultat durable et soutenable à long terme qui se produit en général après la réalisation du projet. Il reflète le changement final et réel dans la vie de la population-cible-bénéficiaire après l’atteinte de plusieurs **résultats « effets ».**

**Exemple :**

* **Niveau des objectifs spécifiques**: correspond aux objectifs spécifiques. Un objectif spécifique est le changement que l’on veut/désire par rapport à une/des situation/s défavorable/s.
* **Niveau central**: correspond à l**’objectif global** appelé aussi **finalité**. C’est l’objectif de développement auquel l’association veut contribuer avec son/ses action/s à long terme.

**Exemple**: diminution de la mortalité spécifique.

* + 1. **Élaboration du cadre de mesure du rendement, définition des indicateurs**
* **Définition**

Un cadre de mesure du rendement (CMR) est un plan permettant de recueillir systématiquement des données pertinentes pendant toute la durée d’un investissement afin d’évaluer et de mettre en évidence les progrès vers les résultats escomptés. Il recense les principaux éléments du système de suivi et fait en sorte que l’information sur le rendement est recueillie régulièrement. Il contient aussi les données de base, les cibles et le poste de responsabilité pour ce qui est de la collecte des données. Comme c’est le cas pour le modèle logique, le CMR doit être élaboré ou évalué au moyen d’un processus participatif qui met à contribution les partenaires locaux, les bénéficiaires, les parties prenantes et le personnel concerné.

* **Utilité du cadre de mesure de rendement**

La mesure du rendement est un volet essentiel de la GAR; il importe d’établir un plan structuré pour la collecte et l’analyse de l’information sur le rendement. Le CMR est utilisé par plusieurs organisations et donateurs ou des outils similaires pour planifier la collecte et l’analyse de l’information sur le rendement pour leur programmation.

La mesure du rendement est effectuée de façon continue pendant la mise en œuvre des investissements de manière à fournir aux gestionnaires et aux parties prenantes des données en temps réel (utilisation des ressources, publics concernés, progrès vers les extrants et les effets). Ces informations aident à déterminer les points forts, les faiblesses et les problèmes au fur et à mesure qu’ils apparaissent et permettent aux gestionnaires de projet de prendre en temps voulu des mesures correctives pendant le cycle de vie de l’investissement. Cela accroît les chances d’obtenir les résultats escomptés.

* **Élaboration de cadre de mesure de rendement**

Un cadre de mesure de rendement est constitué des éléments suivants :

**Les indicateurs**

**Un indicateur est un signe quantitatif et/ou qualitatif que l’on peut facilement OBSERVER et MESURER**. Il sert à mesurer et comparer l’exécution d’une action de développement. Il décrit une caractéristique ou un changement observable et mesurable concernant l’obtention d’un résultat/objectif ; et évolue dans le temps.

Il faudrait définir des indicateurs pour chaque niveau dans la chaîne des résultats (Impact, Effet et extrant). Un indicateur n’est pas un but en soi. Il est seulement un outil de suivi. L’ensemble des indicateurs constitue un TABLEAU DE BORD PARLANT. Pour cela, il faudrait les identifier dès la phase d’identification et de planification, les utiliser en les confrontant et les comparant les uns aux autres pendant la phase d’exécution du plan ou du projet et son suivi.

1. **La source de vérification**

Une source de vérification est un support d’informations, où l’on puisse trouver l’indicateur. C’est donc un moyen d’information qui permet de vérifier les indicateurs. Une source de vérification peut être des supports d’informations audio, visuels des documents physiques et informatiques. L’observation directe constitue aussi une source de vérification dans le sens où il permet d’observer l’évolution des indicateurs sur le terrain.

1. **Les méthodes de collection des indicateurs**

il y a plusieurs méthodes et techniques de collecte d’informations qui pourraient être utilisés pour recueillir les indicateurs de mesure des résultats comme la RAAP (Recherche et Animation Accélérée Participative) utilisée notamment dans le monde rural avec des groupes cibles analphabètes, la ODCP (Observation Directe et Communication participative) utilisée autant dans le monde rural que dans le monde citadin.

1. **Le calendrier de collecte d’informations**

Le calendrier peut être mensuel, trimestriel, semestriel, annuel ; etc.

1. **La Définition des responsabilités**

C’est situer les responsabilités et répondre à la question : Qui s’occupe de collecte ou d’analyse d’informations ou des prises des décisions ?

L’ensemble de ces cinq éléments de mesure de rendement constitue un **cadre de mesure de rendement**.

1. **La construction du cadre de mesure de rendement**

Le cadre de mesure de rendement comporte huit colonnes que sont: résultats escomptés, indicateurs, données de base, cibles, sources des données, méthode de collecte des données, fréquence et responsabilité

**Tableau N°xx : Exemple de canevas de cadre de mesure de rendement**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titre  Pays/Région/ Institution |  | | No  Budget |  | Chef d’équipe  Durée |  | |
| **RÉSULTATS ESCOMPTÉS1** | **INDICATEURS2** | **DONNÉES DE BASE** | **CIBLES3** | **SOURCES DE DONNÉES** | **MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES** | **FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DE DONNÉES** | **RESPONSABILITÉ** |
| **RÉSULTAT ULTIME (Long terme)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES (Moyen terme)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **RÉSULTATS IMMÉDIATS (Court terme)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXTRANTS** |  |  |  |  |  |  |  |

*1 tiré du modèle logique*

*2 l’égalité entre hommes et femmes et l’environnement sont considérés lorsque possible*

*3 incluant l’échéance lorsque possible*

.

* Pour remplir un CMR, il faut remplir chacune des colonnes avec exactitude.

**Colonne1 : « Résultats escomptés »**

La colonne «Résultats escomptés» comporte quatre rangées, une pour chaque type d’extrant, résultat immédiat, résultat intermédiaire et résultat ultime. Pour remplir cette colonne, vous n’avez qu’à insérer dans l’espace prévu à cette fin les énoncés de résultat provenant de votre modèle logique.

**Colonne 2 : « Indicateurs de rendement »**

Ces indicateurs sont les outils qu’on utilise pour mesurer les résultats réellement obtenus. Un indicateur de rendement est une unité de mesure quantitative ou qualitative qui précise ce que vous devez mesurer en fonction d’une échelle ou d’une dimension, mais il est neutre; il ne précise ni direction, ni changement, ni cible. Il est important que les parties prenantes s’entendent à l’avance sur les indicateurs qui seront utilisés pour mesurer le rendement de l’investissement. **Les indicateurs de rendement quantitatifs** sont des mesures discrètes comme le nombre, la fréquence, le pourcentage et le ratio (p. ex. le nombre de violations des droits de la personne, le ratio hommes-femmes dans les postes de décision au sein du gouvernement).**Les indicateurs de rendement qualitatifs**sont une mesure du jugement ou de la perception d’une personne ou d’un groupe sur la concordance avec les normes établies, la présence ou l’absence de conditions précises, la qualité de quelque chose ou l’opinion à l’égard de quelque chose (p. ex. l’opinion des clients à l’égard de la rapidité du service). Les indicateurs qualitatifs peuvent être exprimés concrètement lorsqu’ils sont utilisés pour rendre compte de l’obtention des résultats. Ils doivent fournir des informations précises qui mettent en évidence les progrès vers les résultats et qui sont utiles pour la gestion et la planification des projets.

**Colonne 3 : « Données de base »**

Les données de base sont l’ensemble des conditions qui existent au début d’un programme ou d’un investissement; ce sont les données quantitatives et qualitatives recueillies pour établir un profil. Les données de base sont recueillies à un moment donné et sont utilisées comme points de référence en fonction duquel les résultats seront mesurés ou évalués. Il faut des données de base pour chaque indicateur qui sera utilisé pour mesurer les résultats pendant l’investissement.

**Colonne 4 : « Cibles »**

Une cible précise une valeur particulière pour un indicateur qu’il faut atteindre avant une date précise; elle est un objectif que l’investissement vise à atteindre pendant une certaine période par rapport à l’un de ses résultats escomptés. Les cibles fournissent une base concrète et utile pour la discussion avec les bénéficiaires, les parties prenantes et les partenaires et qui permet de préciser davantage les résultats dans le modèle logique.

Toutefois, les cibles sont indiquées uniquement dans le CMR et ne devraient pas figurer dans les résultats pour diverses raisons. Premièrement, lorsque les cibles sont incluses dans un énoncé de résultat, elles réduisent la capacité à rendre compte de l’obtention du résultat en question en limitant trop le succès à un objectif très restreint, c.-à-d. l’atteinte de la cible elle-même. Dans un tel contexte, rendre compte des résultats revient à justifier le non-respect de la cible ou le fait qu’elle ait été dépassée (ce qui dans les deux cas pourrait être considéré comme un signe de mauvaise gestion) plutôt qu’à comparer les résultats escomptés aux résultats réels et à analyser les écarts. En outre, les résultats doivent être mesurables et décrire, de manière simple et précise, un changement escompté. L’ajout de cibles ne le permet pas puisqu’un résultat qui inclut sa propre mesure ne peut être évalué ou mesuré.

**Colonne 5 : « Source de données »**

Les sources de données sont les personnes, les organisations ou les documents qui fournissent des données pour les indicateurs. Les données sur le rendement pour certains indicateurs peuvent se trouver dans des sources existantes, comme les enregistrements de l’état, les registres des rendez-vous, les fiches de suivi ou les rapports rédigés et les études effectuées annuellement par les membres de la communauté du développement international. On peut obtenir d’autres données au moyen des indicateurs qui font l’objet d’un suivi par les gouvernements et les organisations partenaires et sont compilées dans les rapports annuels destinés aux donateurs. Enfin, le personnel ou les partenaires peuvent avoir à déterminer leurs propres sources de données pour faire le suivi du rendement par rapport aux résultats escomptés.

La source des données sur le rendement est très importante pour assurer la crédibilité des résultats signalés.

**Colonne 6 : « Méthode de collecte des données »**

Les méthodes de collecte des données expliquent *COMMENT* les données sur les indicateurs sont recueillies. Le choix d’une méthode de collecte des données varie en fonction du type d’indicateur et des fins auxquelles l’information est recueillie. Elle varie aussi selon la fréquence à laquelle cette information sera recueillie.

**Colonne 7 : « Fréquence »**

La fréquence renvoie au moment choisi pour la collecte des données : à quel intervalle l’information sur chaque indicateur sera-t-elle recueillie? Est-ce que l’information sur un indicateur sera recueillie régulièrement (tous les trois mois ou une fois par an) dans le cadre de la gestion continue du rendement et de la production de rapports, ou périodiquement pour les évaluations finales, à mi-parcours ou de référence. Il importe également de mentionner qu’il faudra recueillir des données sur certains indicateurs au début de l’investissement pour établir les données de base.

**Colonne 8 : « Responsabilité »**

La responsabilité détermine qui est chargé de recueillir ou de valider les données.

* **Marche à suivre pour remplir un CMR**

L’élaboration d’un CMR s’amorce à l’étape de la planification et de la conception. Certains éléments peuvent être déterminés après ou pendant la mise en œuvre du projet (p. ex. la collecte des données de base et la définition de certaines cibles).

1. Veillez à ce que le CMR ait été élaboré dans le cadre d’une approche participative, qui aura mis à contribution, entre autres, les principales parties prenantes locales, les partenaires, les bénéficiaires et les spécialistes concernés.
2. Insérez le résultat ultime, les résultats intermédiaires, les résultats immédiats et les extrants de votre modèle logique dans les cases appropriées du gabarit du CMR.
3. Déterminez les indicateurs de rendement pour les résultats et extrants escomptés et inscrivez les indicateurs de rendement pour le résultat ultime, les résultats intermédiaires, les résultats immédiats et les extrants. Validez et vérifiez la qualité de vos indicateurs de rendement. Est-ce que les éléments suivants sont présents : *validité, fiabilité, sensibilité, utilité et abordabilité?*
4. Établissez la «source des données » et la « méthode de collecte des données » pour les indicateurs choisis. Cherchez à inclure des sources de données multiples dans la mesure du possible afin d’accroître la fiabilité de vos données sur le rendement.
5. Remplissez les colonnes « Fréquence » et « Responsabilité » pour chaque indicateur. Déterminez s’il faut recueillir l’information sur chaque indicateur de façon continue dans le cadre du suivi du rendement ou périodiquement au moyen des évaluations.
6. Inscrivez les données de base dans la mesure du possible. Si des données historiques fiables sur vos indicateurs de rendement existent (sous forme de données officielles, d’information provenant d’une étape antérieure de l’investissement ou d’information recueillie dans le cadre d’une analyse des besoins), il faut les utiliser; sinon, vous devrez recueillir une série de données de base dès que possible. Si vous comptez recueillir les données plus tard, précisez-le dans votre CMR avec un énoncé tel que « Données de base à recueillir au début de l’investissement »ou « Données fournies par l’organisme de mise en œuvre après que les collectivités auront été choisies ». Si possible, fixez la date à laquelle cette tâche sera achevée.
7. Établissez des cibles réalistes pour chaque indicateur par rapport aux données de base que vous avez retenues. Cela permet de définir les attentes en matière de rendement pour une période déterminée. Des cibles clés, fondées sur les lacunes et les priorités déterminées au cours de l’analyse initiale, doivent être fixées pour l’établissement des budgets et l’affectation des ressources et elles jouent un rôle important dans la planification et la conception du projet. D’autres cibles peuvent être établies ultérieurement une fois que l’étude de base a été réalisée.

### 3.1.5 Détermination des hypothèses et analyse des risques

**Les hypothèses** indiquent les conditions nécessaires qui doivent exister si l’on veut que les relations de cause à effet entre les niveaux de résultats fonctionnent. Elles représentent les conditions positives externes et internes importantes dans l’atteinte des résultats du plan d’action ou d’un projet.

**Les risques** sont les facteurs négatifs externes et internes qui affectent la bonne atteinte des résultats du plan d’action ou d’un projet. Cela revient à déterminer le risque que certaines hypothèses déterminées soient fausses.

La gestion **des hypothèses et des risques** est un processus important dans la planification axée sur les résultats. Ainsi, on pourrait élaborer des stratégies pour éviter et réduire les risques, comme réaffecter ou réorienter le plan d’action ou le projet pour atténuer les retombées des éventuels risques.

Les hypothèses et les risques sont des conditions critiques qui sont importantes pour la réussite d’un plan d’action, mais qui ne sont pas maîtrisables par le plan d’action.

Formuler les conditions critiques, c’est prévoir les **hypothèses** (conditions positives externe qui sont importantes dans l’atteinte des résultats du projet) et les **Risques**(facteurs négatifs externe qui affecte la bonne atteinte des résultats du projet), qui ne sont pas, pourtant contrôlables par la structure.

Les hypothèses et les risques peuvent être aussi **internes au plan ou projet**. Pour ce faire, ils sont en général contrôlables. C’est pour cela qu’ils ne constituent pas réellement des conditions critiques.

En général les risques sont des **indicateurs de l’absence des hypothèses**. Chaque fois que l’on détermine la présence d’une hypothèse pour la bonne réussite du plan ou projet, il faudrait analyser le risque qu’elle implique si elle est absente. C’est pour cela que l’on parle des **indicateurs de risque.**

**L’analyse et le suivi des risques.**

Le risque doit être analysé en prenant en considération les niveaux qui correspondent aux étapes des résultats. Le risque est faible pendant le passage de l’activité à l’extrant. Il est moyen pendant le passage de l’extrant à l’effet et élevé pendant le passage à l’impact. Aux niveaux de l’effet et de l’impact l’obtention des résultats est de plus en plus générale et moins sûre. Les risques par conséquent deviennent de plus en plus critiques.

Il faudrait donc définir pour chaque niveau de résultats, les hypothèses et les risques éventuels.

L’analyse des risques suppose d’identifier ceux qui menacent le plus le plan ou projet et pour lesquels il faudra élaborer une stratégie d’atténuation qui correspond aux efforts additionnels à déployer pour amoindrir la probabilité qu’un risque se concrétise et/ou en réduire les répercussions sur le projet si toutefois il se réalisait.

**Tableau …. : Analyse des risques et stratégies de mitigation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation du risque (a)** | **Evaluation du risque (b)** | **Mesures à prendre (c )** |
| Les changements climatiques | (4) | -Faire le plaidoyer pour la prise en compte de cette thématique par les autorités et les populations |

Après l’identification des risques, a) leur pertinence est analysée à l’aide afin de s’assurer qu’ils représentent effectivement des risques en dehors de la sphère de contrôle des dirigeants, et ensuite b) l’évaluation du risque est effectuée c) l’identification des mesures de mitigation.

Un cadre de suivi des risques peut aider à intégrer le suivi des risques au fonctionnement du plan ou projet età garantir que les ressources indispensables sont consacrées à la mise en œuvre de la stratégie d’analyse des risques. Un cadre de suivi des risques insère les facteurs de risque identifiés, les indicateurs de risque, les sources d’information, les méthodes de collecte de données, la fréquence de la collecte ainsi que les personnes chargées de recueillir l’information.

**Tableau** …: **cadre de suivi des risques**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cadre de suivi des risques** | | | | | |
| **Facteurs de risque** | **Indicateurs de risques** | **Sources d’information** | **Méthodes de collecte des données** | **Fréquence de collecte des données** | **Responsabilité de la collecte des données** |
|  |  |  |  |  |  |

### 3.1. 6 Programmation des activités, intrants et responsabilités

**A. Définition**

Il s’agit de programmer les activités, les intrants et les responsabilités. Avec la programmation, on est plus dans le concret et le détail. On descend plus au terrain et observe la réalité de notre environnement pour voir clair. On l’appelle aussi la **planification opérationnelle.**

**La programmation** est le développement de toutes les activités/actions à réaliser pour atteindre l’objectif. Elle consiste à les organiser en détail **: les moyens, les méthodes/procédures et l’enchaînement des opérations dans le temps.**

**L’objectif de la programmation** consiste à préparer dans ses détails, l’exécution du plan ou projet: moyens, méthodes, temps et responsable.

* + - * 1. **Etapes de la programmation**

Quatre (4) étapes de la programmation opérationnelle sont définies:

* **Etablir une liste :**
* les phases du projet
* les activités de chaque phase
* le temps prévu pour les activités
* le matériel nécessaire,
* les dépenses et recettes,
* les personnes responsables des activités
* **définir les procédures (règles et mesures pour la bonne marche des activités) :**
* préciser toutes les opérations,
* donner l’ordre dans lequel elles doivent être faites
* choisir une façon facile de contrôle de leur réalisation.
* **Etablir des tableaux de programmation :**
* calendrier/programme/plan d’action. (voir exemple A)
* budget prévisionnel (annuel). (voir exemple B)
* plan de trésorier (mensuel). (voir exemple C)
* **Définir les responsabilités**
* postes (fonctions, tâches, statuts…)
* organigramme (organisation hiérarchique des postes)

Des exemples de tableaux/outils qui aident à élaborer la programmation d’un projet, mais aussi qui permettent de mener à bien la réalisation de ses activités et d’assurer une bonne gestion sont illustrés.

**Exemple 1 : Plan annuel d’opérations/Plan d’action**



**Exemple 2 : Budget (budget classique des PA \_santé+module : financement de la santé)**

**Exemple 3 : Plan de trésorerie (possibilité d’adapter,,, voir module : financement de la santé)**





## 3.2 Phase d’élaboration/formulation de la logique d’intervention

La chaîne des résultats exprime les rendements du projet. C’est une logique d’intervention planifiée entenant compte du cheminement logique, cohérent et dynamique présenté dans le cadre suivant

### 3.2.1 Dynamique interne de la matrice de la logique d’intervention

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectif global** | **Résultat attendu (impact)** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs spécifiques** | **Résultat attendu**  **(out come – résultat intermédiaire)** | |
| **Activités** | **Ressources**  **(input- intrants)** | **Produits (out put - extrant-résultat immédiat)** |

***Schéma*** : **Logique d’intervention**

Cette dynamique pourrait être lue de la façon suivante: On veut atteindre **l’objectif global** à travers de **l’objectif spécifique**. Donc on réalise des **activités** grâce aux **ressources** disponibles. Les activités produiront **des résultats immédiats «extrants»** qui permettront d’effectuer effectivement le **changement «effet»** ; grâce à la **réaction et l’utilisation des bénéficiaires de ces « extrants** ». Si l’on atteint

Effectivement les« effets », c’est que l’objectif spécifique que l’on voulait, est atteint. L’objectif spécifique, à son tour contribue à l’atteinte de l’objectif global/Finalité qui enfin permettra le **changement positif**/**impact** dans la situation et les conditions de la population cible.

**Avec l’objectif spécifique on veut le changement. Avec le résultat -notamment « effet »-, on peut effectivement le changement.**

Les résultats « extrants », « effets » et « impacts » reflètent le vrai changement. Ils sont **les résultats de développement.**

Les activités et les moyens pour les réaliser, sont des **facteurs opérationnels.**

Tandis que les objectifs reflètent ce que l’on veut et désire atteindre comme changements.

La relation **«qui est une relation de cause à effet»** entre ces différents éléments constituent une **logique d’intervention que** nous pourrions appeler **«Cadre logique**

**d’intervention»** exprimant l’intervention du projet de façon cohérente, systématique et logique.

### 3.2.2 Elaboration de la matrice du cadre logique (MCL)

Pour **pouvoir observer et utiliser** la dynamique créée entre ces éléments du cadre logique et leur synergie on utilise une **matrice de planification** dans laquelle entre ensynergie les objectifs désirés, les résultats de développement, les activités et leurs moyens/ressources, les indicateurs et leurs sources de vérification et les

Hypothèses/ risques.

Il est à signaler ici que les objectifs et les résultats doivent être bien formulés pour qu’ils soient plus clairs et précis. En général, l’objectif global s’exprime en **«contribution à»,** alors que l’objectif spécifique et les résultats doivent être **SMART**:

**Spécifique:** quel domaine/nature spécifique de changement? Quels bénéficiaires? où?

**Mesurable :** chiffré/combien ?

**Atteignable :** on peut le réaliser

**Réaliste :** solution cohérente et pertinente par rapport à la réalité défavorable à changer

**Temporel :** s’inscrit dans le temps : Quand ou jusqu’à quand ? Peut-il être atteint dans la durée du projet ?

**Tableau n° : Cadre logique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entête** | **Maître d’œuvre** | **Année de planification** | **Groupes d’acteurs** |
| **Objectif global** /but/finalité | Indicateurs objectivement vérifiables (IOV) | Sources de vérification (SV) | **Hypothèses et conditions importantes de réussites** |
| **Objectif de l’intervention ou objectif général** | Indicateurs objectivement vérifiables (IOV) | Sources de vérification (SV) |
| **Objectifs spécifiques** | Indicateurs objectivement vérifiables (IOV) | Sources de vérification (SV) |
| **Résultats attendus** | Indicateurs objectivement vérifiables (IOV) | Sources de vérification (SV) |
| **Activités** | Ressources | |  |

**Tableau : Exemple de Matrice d’un cadre logique « MCL** »

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finalité ou objectif global de développement** | **Résultats attendus (impacts** | | **Indicateurs de rendement** | **Sources de vérification** | **Hypothèse/Risques** |
| Contribuer à la scolarisation de la fille rurale | Autonomie socioculturelle des filles/femmes | | * + Nombre de femmes ayant des positions claires et solides vis-à-vis de leur environnement socio-culturel   + Degré de renforcement « empowerment » des femmes | Rapport d’évaluations Observation directe | + le projet est renforcé par d’autres projets d’autres acteurs intervenant dans la région  Les filles/femmes et leurs parents acceptent les changements effectués par le projet et les soutiennent |
| **Objectifs spécifiques** | **Résultat attendu (out comes- résultat intermédiaire « effet »)** | |  |  |  |
| 1.A la fin du projet, les attitudes de X paysans seront plus équitables envers les sexes quant à la scolarisation | 1. les pratiques de coutumes par X paysans auraient été égalitaires entre les filles et les garçons | | -taux de scolarisation des filles par rapport aux garçons  - degré de changement des pratiques socio-culturelles des paysans en faveur des femmes | Rapport d’évaluation et de suivi  Observation directe  Statistiques | + collaboration effective des délégués et des instances gouvernementales  + les filles rurales sont motivées  +les parents des filles aceptent le projet et l’appuient |
|  |  |  | **Indicateurs de rendement** | **Sources de vérification** | **Hypothèse/Risques** |
| **Activités** | **Ressources (inputs-intrants** | **Produits (Out puts-extrants- résultats intermédiaires)** |  |  |  |
| Organisation de X séances et de X campagnes de sensibilisation destinées aux paysans, sur les inconvénients de la pratiques d’héritages socio-culturels erronés | **-**moyen humains, financiers, matériels, techniques et opérationnels | Interprétation juste du fait religieux et traditionnel par X parents : discours religieux corrects transmis les paysans, bonne compréhension des faits religieux par les paysans | - nombre de parents ayant assistés aux séances de sensibilisation et touchés par les campagnes  - degrés de compréhension des contenus des séances et des campagnes par les parents | - Listes des participants aux séances de sensibilisation  -Rapports des campagnes et des séances de sensibilisation  -Observations directe | +Les partenaires disposent de tous les moyens nécessaires  +Engagement continu e tous les partenaires concernés  +La population paysanne accepte le projet |
|  |  |  |  |  | **Conditions préalables**  Acceptation du projet par le gouvernement, notamment les instances compétentes (collaboration effective) |

# CHAPITRE IV : MISE EN ŒUVRE DE LA GAR (APPLICATION)

La mise en œuvre d’un plan est le « passage du plan à l'action, de la « connaissance à la pratique ».

Le concept de la planification axée sur les résultats comme une activité dynamique et continue implique que la mise en œuvre soit partie intégrante du processus de planification. La mise en œuvre a longtemps été considérée comme la responsabilité des services chargés d'activités particulières.

**4.1 Etapes d’application de la gestion axée sur les résultats**

**Étape 1 : Planification stratégique**

La gestion axée sur les résultats (GAR) commence par une phase de planification stratégique impliquant la définition d’une vision future de la structure, de ses clientèles cibles, sa mission et les Domaines de Résultats Clés (DRC ou Key Results). Un accent est mis sur un nombre réduit d’orientations stratégiques avec des cibles claires dans les DRC retenus, fournissant une vision claire à tous les membres de l’organisation sur sa direction future. Une vision coordonnée de l’avenir souhaitée est ainsi définie par des cibles cohérentes qui tiennent compte des effets d’interaction potentiels entre les variables cibles choisies.

Au sein du Ministère de la santé et en fonction de la pyramide sanitaire des plans stratégiques et opérationnels sont élaborés. Ainsi, au niveau central sont élaborés :

- le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011- 2020. Il contribue à la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire (PNS) adoptée en 2011 ;

- le plan triennal opérationnalise le PPNDS. Il est glissant et permet au niveau central d’orienter les objectifs et de mobiliser les ressources et repartir les efforts dans la mise en œuvre. Ses référentiels de budgétisation sont constitués du cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et des comptes nationaux de la santé (CNS).

Au niveau intermédiaire nous distinguons le plan de développement sanitaire de la région (PDSR) et le projet d’établissement pour les centres hospitaliers.

Au niveau périphérique, sont élaborés le plan de développement sanitaire de district (PDSD).

OUTIL: Cadre logique axé sur les résultats

**Étape 2 : Élaboration des indicateurs de suivi des résultats**

La deuxième étape consiste à identifier des indicateurs quantitatifs et qualitatifs réalistes de résultats qui vont permettre de suivre de façon précise et objective le degré d’avancement des résultats sur une base périodique. Pour chacun des indicateurs identifiés, il est important de préciser la source d’information, la méthode de collecte et d’analyse des données, le calendrier prévu pour la collecte et l’analyse des données ainsi que les personnes ou instances responsables de faire la collecte et l’analyse des données servant à la prise de décision.

OUTILS:-Cadre de mesure du rendement.

**Étape 3 : Élaboration d’un plan d’action**

La troisième phase de la GAR consiste à traduire le document stratégique résultant de la première phase en un plan d’action concret et réaliste. Cette phase de planification opérationnelle implique l’identification et la spécification d’un ensemble de programmes et d’un plan de travail qui permettront à la structure sanitaire d’atteindre ses cibles (si certaines conditions critiques sont satisfaites).

A ce titre, il est mis à la disposition de toutes les structures du Ministère de la santé des orientations de planification opérationnelle contenues dans des cadres et directives annuels. Ces dispositions permettent à chaque structure d’élaborer un plan d’action annuel qui comporte:

* des objectifs spécifiques et mesurables en termes de produits;
* des activités pour atteindre ces objectifs et leur calendrier de réalisation;
* les niveaux d’effort et les ressources matérielles et financières requises pour mener à bien ces activités.

**Étape 4 : mise en œuvre du plan d’action**

Quatrièmement, la GAR implique que les gestionnaires de programmes et le personnel mettent en œuvre le plan de travail comme un plan d’affaires, c’est-à-dire :

* mènent les activités selon le calendrier établi ;
* respectent les plafonds budgétaires (avec une certaine flexibilité) ;
* ajustent les activités et les intrants autant que nécessaire pour tenir compte de conditions imprévues ;
* se concentrent sur l’atteinte des résultats (les cibles).

**Étape 5 : Suivi du plan d’action (cadre de mesure du rendement)**

Cinquièmement, la GAR implique que les gestionnaires de programmes suivent un nombre réduit d’indicateurs clés sur une base régulière (par exemple chaque trimestre) afin d’identifier rapidement :

* les retards dans les allocations budgétaires, dans les décaissements et dans les activités ;
* les dépassements budgétaires ;
* les progrès réalisés en vue d’atteindre les résultats (produits). Lorsqu’un écart est observé, des mesures correctives doivent être prises rapidement.

Outils : cadre de mesure du rendement

**Étape 6 : Évaluation du degré d’atteinte des résultats**

Sixièmement, la GAR implique que différents types d’évaluation soient conduites par des spécialistes internes ou externes à l’organisation à des moments spécifiques.

Les principaux types d’évaluation incluent :

* une évaluation annuelle de l’état d’avancement des programmes ;
* les évaluations de mi-parcours et les évaluations finales ;
* les évaluations d’impact.

Outils : cadre de mesure d rendement,

**Étape 7 : Communication des résultats obtenus**

Septièmement, les résultats du suivi-évaluation sont publiés, communiqués et utilisés de manière à influencer le processus de décisions. La valeur ajoutée de l’approche GAR réside donc à la fois dans :

* l’imputabilité de la structure envers ses membres ;
* l’imputabilité de la structure envers ses partenaires techniques et financiers ;
* l’amélioration de politiques et des programmes de l’organisation, qui, par ce processus, devient une organisation en mode d’apprentissage.

**Étape 8 : Identification des leçons apprises**

Huitièmement, la séquence des activités doit être conçue comme un processus itératif pour augmenter la capacité de l’organisation à concevoir, suivre et évaluer les politiques et les programmes dans son secteur dans le but d’ajuster les programmes existants et de concevoir de futurs programmes plus performants. Cela implique le développement d’un cercle d’apprentissage et de changement d’attitudes et de comportements au niveau du personnel de l’organisation. La GAR est un excellent moyen de développer l’apprentissage au sein de l’organisation à cause de sa nature itérative dans la planification, la mise en œuvre, le suivi, l’évaluation et l’amélioration dans la conception des politiques et des programmes. C’est d’autant plus important dans un environnement incertain et rapidement changeant. La capacité d’adaptation et de réponse à de nouveaux besoins et défis est une nécessité pour la pérennité institutionnelle.

# CHAPITRE V : SUIVI ET EVALUATION AXES SUR LES RESULTATS

La composante suivi et évaluation (S&E) de la stratégie sanitaire nationale doit être fondée sur un cadre logique global qui porte sur une sélection d’indicateurs fondamentaux, définisse les sources de données pour chaque indicateur et précise les plans établis pour combler les données manquantes, procéder aux analyses, évaluer la qualité des données et communiquer et diffuser les résultats.

Le S&E de la stratégie sanitaire nationale ne doit pas être effectué en parallèle au système d’information sanitaire mais doit en découler. Un système d’information sanitaire solide doit absolument reposer sur une approche globale pour déterminer les données à collecter et à utiliser, à quels niveaux du système et qui en sont les destinataires. Les indicateurs récapitulatifs nécessaires pour la composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doivent correspondre à plusieurs sources de données et niveaux du système de santé pour répondre aux besoins des différents utilisateurs.

**5.1 Cadre de suivi et d’évaluation**

Le cadre commun de S&E[[1]](#footnote-1) propose une représentation logique, sous la forme d’une chaîne de résultats, des principales composantes du S&E d’une stratégie sanitaire nationale (voir Figure 1). Il comprend quatre grands domaines : les intrants et les processus, les résultats intermédiaires, les issues et l’impact.

Ce cadre montre que chaque domaine d’indicateurs est lié préférentiellement à une source de données et que les intrants (p. ex. financement, infrastructure) et les processus (p. ex. chaîne logistique) du système se reflètent dans les résultats intermédiaires (p. ex. disponibilité des services et des interventions), les résultats finals (p. ex. couverture des interventions) et l’impact (p. ex. amélioration des résultats sanitaires). Ce cadre peut servir à démontrer l’efficacité des interventions axées sur les résultats.

Le cadre non seulement facilite l’identification des indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultats mais il permet également de relier ces indicateurs à des méthodes de collecte des données, il souligne la nécessité d’analyser et de synthétiser les données provenant de plusieurs sources, et d’en évaluer la qualité, et montre que les données doivent être communiquées et servir à la prise de décisions à différents niveaux.

**Intrants & processus**

**Extrants**

**Effets**

**Impact**

**Collecte des données**

**Domaines d’Indicateur**

**Analyse &**

**Synthèse**

**Communication & utilisation**

**Amélioration de l’état de santé et Distribution équitable**

Protection financière et risque social

Réactivité des services

Efficience

**Finances**

**Infrastructure; Information & communication technologies**

**Ressources humaines**

**Système**

**Approvisionne-ment**

**Information**

**Accès aux Interventions**

**& disponibilité des services**

**Qualité et Sécurité des Interventions**

**Couverture des interventions**

Prévalence des facteurs et comportements à risque

**Gouvernance**

**Sources administratives** Système de mobilisation de fonds; CNS, bases de données et enregistrement: RHS, infrastructure, médicaments etc.

Données politiques

**Evaluation des établissements de soins**

# 5.2. Indicateurs et mesure de rendement

**5.3Sources de données**

Les sources de données sanitaires peuvent être divisées en deux grandes catégories : i) celles qui permettent d’obtenir des données sur l’ensemble de la population ; ii) celles qui permettent d’obtenir des données relatives aux activités administratives et opérationnelles et concernant la santé. Le système de S&E peut aussi utiliser d’autres sources d’information, par exemple des **recherches sur les systèmes de santé et des études longitudinales communautaires**. Le but est que tous les pays aient accès aux sources nécessaires pour obtenir des données cruciales.

### 5.3.1 Sources de données globales et intégrées

Pour évaluer les progrès et les performances, il faut utiliser les données de toutes les sources. Il est donc essentiel de préciser comment seront obtenues les données sur toutes les composantes des systèmes de santé, y compris les intrants, les processus, les résultats intermédiaires, les résultats finals et l’impact. Les principales sources de données sont les suivantes :

* ***Le recensement de la population et des logements.*** C’est la principale source d’informations pour déterminer la taille, la répartition géographique et les caractéristiques sociales, démographiques et économiques d’une population. Les recensements doivent faire partie de la composante S&E et devraient idéalement être effectués tous les 10 ans. Ils permettent d’établir des statistiques essentielles.
* ***Les systèmes d’enregistrement et de statistiques de l’état civil.*** La composante S&E doit mentionner le recours aux statistiques d’état civil et les moyens prévus pour améliorer la disponibilité et la qualité des données sur les naissances, les décès et les causes de décès.
* ***Les enquêtes sanitaires en population*** principalement axées sur la couverture des services, l’équité et la santé de la population. Le plan de S&E doit comporter un plan d’enquête sanitaire14 intégré aux plans nationaux de statistique précisant le contenu, le financement et l’exécution.
* ***Les données produites par les établissements,*** y compris dans le cadre des systèmes d’information de routine et des évaluations et des enquêtes menées dans les établissements de santé. Le plan de S&E doit préciser de quelle manière l’établissement fournit régulièrement des informations de qualité pour les indicateurs fondamentaux, quelles données complémentaires seront collectées dans le cadre des évaluations et par quels autres moyens les données seront validées.
* ***Les sources administratives de données*** dont les ressources financières et les dépenses au niveau infranational. Le plan de S&E doit inclure des plans spécifiques pour l’établissement de rapports annuels sur les dépenses de chaque grand programme.

### 5.3.2 Dispositions pour recenser les principales données

Pour un examen complet des progrès en matière de santé et de la performance des systèmes de santé, il faut pallier le manque de données de qualité qu’il est impossible de combler seulement par des procédures analytiques et statistiques.

Il est essentiel de combler les lacunes de données pour toutes les composantes du fonctionnement des systèmes de santé, du début à la fin de la chaîne de causes (intrants, processus, résultats intermédiaires, résultats finaux et impact. Voir Figure au-dessus). Un plan global destiné à améliorer la disponibilité des informations sur les progrès en matière de santé et les performances du système de santé doit avoir les objectifs suivants :

* ***Renforcer le suivi des événements d’état civil*** et des causes de décès à l’aide des systèmes d’enregistrement de l’état civil, des sites de surveillance démographique ou des statistiques hospitalières.
* ***Harmoniser les enquêtes sanitaires*** moyennant un plan national d’enquêtes en population.
* ***Faire en sorte que les données produites par les établissements soient plus actuelles, plus complètes et de meilleure qualité*** grâce à un système d’information de routine qui fonctionne bien. Il faut également procéder, chaque année, à une évaluation systématique des établissements, c’est-à-dire évaluer le degré de préparation des services et étudier sur les registres certains indicateurs afin de combler les lacunes, de corriger les biais et de vérifier la qualité des données rapportées systématiquement et qui servent à établir les rapports sur les progrès et la performance.
* ***Améliorer les sources administratives de données*** y compris les systèmes de suivi des ressources et des dépenses au niveau infranational, les systèmes de ressources humaines et les systèmes de gestion logistique.

### 5.3.3 Responsabilités en matière de collecte et de gestion des données sont définies

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit préciser, à chaque niveau administratif (national, infranational, établissements de santé), le rôle et les responsabilités concernant la collecte, la gestion et l’analyse des données. Il faut absolument remédier à l’insuffisance des ressources humaines.

Le plan de S&E doit aussi détailler les procédures d’analyse des données administratives et des établissements et préciser les mécanismes d’information sur les performances à chaque niveau (établissements de santé, infranational ou national). Pour les enquêtes auprès des ménages et l’enregistrement de l’état civil, la collecte, l’analyse et la gestion des données doivent généralement être confiées à l’office national de la statistique et conformes aux normes internationales.

Les technologies de l’information peuvent jouer un rôle important dans l’innovation, par exemple pour produire efficacement des données (registres des patients et des établissements, collecte de données sur le terrain) et partager et échanger des données grâce à l’interopérabilité de bases parfois situées au niveau des établissements, des districts, des régions ou du pays.

**5.4Analyse synthèse et qualité des données**

La composante S&E doit inclure l’analyse et la synthèse de données de plusieurs sources, y compris l’utilisation de données qualitatives, ce qui permet de tenir compte de l’évolution du contexte. La participation d’institutions nationales universitaires, de santé publique et de recherche permettra de mieux faire connaître les possibilités d’analyse et ainsi d’améliorer les statistiques liées à la santé.

### 5.4.1 Activités d’analyse et de synthèse des données

Le S&E suppose d’analyser les données et d’en faire la synthèse, de résumer les résultats pour présenter une évaluation cohérente de la situation sanitaire et de son évolution et d’utiliser des indicateurs fondamentaux et des cibles pour évaluer les progrès et les performances. On peut effectuer, en outre, des analyses plus complexes afin d’obtenir des estimations fiables, par exemple de la charge de morbidité, des conduites à risque, de la couverture des services de santé et de la performance du système de santé. Il faut aussi utiliser les données tirées de la recherche sur les systèmes de santé et les données qualitatives rassemblées lors de l’analyse systématique des caractéristiques et de l’évolution du système de santé.

L’évaluation des progrès et des performances dans le domaine de la santé englobe les différents aspects des analyses quantitatives et qualitatives, notamment : i) les progrès dans l’atteinte des buts de la stratégie sanitaire nationale ; ii) l’équité ; iii) l’efficacité ; iv) les analyses qualitatives de l’évolution du contexte ; et v) la comparaison des performances.

***Progrès dans l’atteinte des buts de la stratégie sanitaire nationale.*** Le S&E doit permettre de déterminer dans quelle mesure les objectifs et les buts de la stratégie sanitaire nationale (les indicateurs fondamentaux et les cibles) ont été atteints. On peut aussi effectuer une analyse par étapes pour savoir quelles politiques et quels programmes ont été efficaces, sur la base d’un éventail de critères tels que les intrants (ressources financières et politiques) ; l’accès et de recours aux services et la qualité ; la couverture des interventions ; les résultats sanitaires ; la protection contre le risque financier et la capacité de réaction.

***Equité.*** Le S&E doit mesurer les progrès accomplis en termes de répartition des progrès en matière de santé. La mesure de l’équité suppose d’analyser les différences au sein des groupes et entre les groupes et entre les pays pairs sur la base d’une série de grandes catégories et de mesures récapitulatives. La plupart des pays effectuent des analyses infranationales, particulièrement intéressantes en termes d’équité. Les analyses infranationales sont utiles non seulement au niveau national mais aussi pour les décideurs du domaine de la santé aux niveaux des provinces et des districts.

***Efficacité.*** Le S&E doit permettre de déterminer dans quelle mesure les ressources du système de santé ont été utilisées au profit de la société. Il mesure le niveau d’atteinte des buts par rapport aux intrants utilisés. L’efficacité est la mesure dans laquelle les ressources utilisées par le système de santé permettent d’atteindre les buts auxquels la population accorde de l’importance. C’est une façon de garantir que les ressources dont dispose le système sont utilisées pour apporter le plus de bienfaits possible à la société. Les revues finales de la stratégie sanitaire nationale doivent comporter une analyse de l’efficacité.

***Évaluation qualitative et analyses de l’évolution du contexte.*** Le S&E doit tenir compte des évolutions hors du système de santé, par exemple du développement socio-économique, qui ont une influence sur la mise en œuvre mais aussi sur les résultats et l’impact observés. Les analyses quantitatives ne peuvent pas englober tous les éléments nécessaires à la revue des progrès et de la performance. Les informations qualitatives sur le leadership, les politiques et le contexte sont cruciales pour comprendre avec quelle efficacité et par qui les politiques des pouvoirs publics sont mises en pratique. Un effort systématique de participation est nécessaire pour rassembler, analyser et communiquer des informations qualitatives, qui doivent être accompagnées de données quantitatives pour entamer un dialogue politique qui constituera ensuite une base solide des cycles de planification, des examens réguliers et du suivi et de l’évaluation. Ces analyses doivent inclure une évaluation:

* des réformes et des politiques relatives aux soins de santé primaires indiquant l’importance de garantir les services pour toutes les communautés ;
* de la réponse apportée par le secteur de la santé ou les programmes de lutte contre les maladies et du respect des grandes orientations ;
* de l’impact des facteurs culturels et politiques sur les programmes sanitaires ou multisectoriels et des résultats obtenus ;
* du contexte organisationnel, du leadership et des mécanismes de redevabilité ;
* de la réglementation et de la mesure dans laquelle elle permet ou empêche l’amélioration des systèmes de santé et la mise en œuvre des programmes.

***Comparaison des performances.*** Il s’agit de comparaisons entre les pays et à l’intérieur de chaque pays. Il existe différents types de comparaisons selon qu’elles se font à l’échelon international ou national, et en fonction du niveau d’évaluation (prestataire de services, établissement, organisation de soins, district/province/pays), de l’objet de la mesure (processus, résultats, qualité) et de l’utilisation des données (rapport public, redevabilité, rapport interne seulement, auto-apprentissage et amélioration. Il existe plusieurs points de comparaison : i) les comparaisons systématiques entre, par exemple, la médiane ou la moyenne des « pairs », avec ou sans centiles ; ii) les « pairs » qui obtiennent les meilleurs résultats ; iii) une cible internationale ou nationale et iv) les performances passées, sur la base d’une série chronologique.

**Schémas à insérer ??**

### 5.4.2 Évaluation de la qualité des données

Toutes les sources de données ont des atouts et des faiblesses, dont il faut tenir compte au moment de l’analyse des données. Par exemple, les données tirées d’enquêtes auprès des ménages ne sont pas toujours exactes en raison d’erreurs d’échantillonnage ou autres, ou peuvent ne pas être à jour. En outre, elles permettent rarement de produire des données utilisables pour une analyse au niveau des districts en raison de la taille de l’échantillon et des limitations liées aux coûts. Concernant les systèmes d’information sanitaire de routine, les rapports venant des établissements de santé et des districts sont souvent incomplets, tardifs, de mauvaise qualité et biaisés.

Les progrès et les performances annuels sont souvent évalués sur la base des rapports de routine envoyés par les établissements de santé mais il est évident que les systèmes d’établissements de rapports ayant une base clinique ou programmatique posent plusieurs problèmes. Les incitations financières peuvent être un facteur aggravant en conduisant à une manipulation des données. Il faut s’attacher en priorité à développer les capacités et la motivation des responsables de secteurs et de programmes à collecter, analyser et utiliser des données pour améliorer les services et les interventions.

La composante S&E doit inclure des processus réguliers et systématiques d’assurance de la qualité des données transparents et conformes aux normes internationales :

***Évaluation et ajustement de la qualité des données (EAQD).*** Pour améliorer la crédibilité des résultats, il est essentiel de recenser et de prendre en considération les biais dus à des rapports incomplets, à des inexactitudes et à la non-représentativité. Pour cela, il faut procéder par étapes : i) évaluer la complétude des rapports rédigés par les établissements et les districts ; ii) évaluer l’exactitude des dénominateurs démographiques infranationaux (souvent obtenus à partir des projections du bureau de recensement) ; iii) évaluer l’exactitude des estimations de la couverture à partir des données rapportées; iv) analyser systématiquement les valeurs des indicateurs basés sur les établissements et les enquêtes auprès des ménages ; et v) ajuster les valeurs des indicateurs à l’aide de méthodes transparentes et bien documentées. L’EAQD doit être effectuée régulièrement et ses résultats doivent être rendus publics. La composante S&E doit aussi préciser quelles sont les institutions qui en sont chargées.

***Système d’évaluation annuelle des établissements de santé,*** comprenant une évaluation du degré de préparation des services et un examen des dossiers. Ce système permettra de combler les principales lacunes de données concernant la prestation des services et de vérifier la qualité des données de routine venant des établissements. Chaque année, avant la revue annuelle du secteur de la santé, une évaluation peut être effectuée dans un échantillon d’établissements afin d’examiner, de manière indépendante, la qualité des données sanitaires et la situation concernant la prestation des services. Cette évaluation peut être associée à un examen des dossiers pour vérifier la complétude et la qualité des rapports en comparant les résultats aux données agrégées aux niveaux des districts, des provinces et du pays. Cette évaluation fournit des informations essentielles sur la prestation des services.

***Formation régulière du personnel et envoi systématique d’informations en retour*** à tous les niveaux sur la complétude, la fiabilité et la validité des données.

***Comité national de S&E*** qui se réunisse régulièrement et soutienne la vérification de la qualité des données dans les établissements afin d’améliorer la crédibilité des systèmes de données et d’établissement des rapports.

***La création d’une banque de données et d’informations*** partagée au niveau national, infranational et des districts est importante pour améliorer les pratiques relatives à l’information et effectuer une analyse des données de qualité

**5.5 Diffusion des données**

Les données présentent peu d’intérêt en tant que telles, elles doivent être présentées sous une forme pertinente pour les décideurs. Il faut donc préparer, communiquer et diffuser des statistiques compréhensibles par les décideurs de haut niveau. Ces informations sont utilisées à différents niveaux du système de santé pour la prestation des services, la gestion, l’allocation des ressources, la planification, la sensibilisation et l’élaboration de politiques. Elles concernent un large éventail d’utilisateurs spécialistes de différents domaines techniques, chacun employant son propre vocabulaire et ses propres méthodes de communication. Les informations doivent répondre aux besoins des différents utilisateurs et être présentées et communiquées de la manière la plus efficace. Le calendrier de diffusion des informations doit être soigneusement défini et correspondre aux cycles de planification et aux besoins des utilisateurs. Des experts de la communication peuvent aider à préparer les informations pour différents publics. L’informatique offre de nouveaux moyens de communiquer efficacement des données à des publics spécifiques.

Il faut répondre à la dynamique entre la demande, l’offre et la qualité des informations en favorisant une culture de la demande et de l’utilisation. En pratique, cela dépend de la création de mécanismes et d’incitations institutionnels pour l’utilisation de l’information. Certains des mécanismes les plus efficaces consistent à relier les données et les informations à l’allocation réelle des ressources (budgets) et à établir un plan axé sur des indicateurs. Le plus important est de mettre au point ces mécanismes autour des processus existant dans le pays concernant les données et d’améliorer la disponibilité, la qualité et l’utilisation des données plutôt que de proposer de nouveaux processus.

### 5.5.1Rapports nationaux et mondiaux

Le plan de S&E doit définir précisément les résultats analytiques qui seront obtenus et serviront de base à la prise de décisions, à l’administration des programmes, à l’engagement de dépenses et à l’établissement de rapports mondiaux.

En général, deux résultats essentiels pour les systèmes d’information sanitaire servent de base à l’établissement de rapports nationaux et mondiaux.

* **Rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé**

Un rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé est essentiel pour les revues annuelles des stratégies sanitaires nationales et il est fondé sur les travaux d’analyse et de synthèse décrits dans la section précédente (Attribut 6). Il englobe une évaluation systématique des progrès accomplis par rapport à des objectifs et des buts spécifiques inscrits dans la stratégie sanitaire nationale et dans les plans par maladie. Le rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé réunit les données de différentes sources, y compris les rapports remis par les établissements de santé, les enquêtes auprès des ménages, l’administration et des travaux de recherche, pour répondre aux questions essentielles sur les progrès et les performances à partir des principaux indicateurs et objectifs sanitaires du pays.

* **Rapport annuel sur les statistiques sanitaires**

Ce rapport doit présenter une analyse globale de toutes les données sanitaires tirées de rapports de l’administration et des établissements de santé, y compris les plus pertinentes de chaque district. Des données détaillées doivent aussi être disponibles sur Internet. Le rapport annuel sur les statistiques sanitaires doit aborder largement les questions relatives à la qualité des données, à l’actualité, la complétude et l’exactitude des rapports, à l’ajustement des données et aux méthodes utilisées, le cas échéant.

## 5.6 Utilisation des données pour la prise de décision

Les décideurs doivent se prononcer sur de nombreux sujets, souvent dans des délais très courts, et ils ont donc besoin d’informations présentées de façon synthétique afin de prendre des décisions dans des domaines prioritaires. Mais les données ne leur sont pas toujours présentées ainsi. Bien souvent, les chercheurs et les spécialistes du S&E présentent les données par source ou par indicateur sanitaire plutôt que par domaine de décision ou cible programmatique. Lorsque les données sont présentées par domaine, le décideur peut immédiatement voir le lien entre ce qui lui est présenté et les décisions qu’il doit prendre. Il peut poser des questions et chercher des informations complémentaires avant d’agir.

En outre, les décideurs connaissent souvent mal la terminologie et les méthodes de la recherche et du S&E. Il leur manque parfois les outils nécessaires pour évaluer l’adéquation d’une donnée précise ou d’un résultat de travaux de recherche pour une action programmatique. Ils peuvent aussi se trouver submergés de données et ne pas savoir exactement quel résultat est le plus pertinent pour les décisions qu’ils doivent prendre. Ils ont parfois de la difficulté à comprendre la multitude de chiffres, de tableaux et de graphiques qui leur sont présentés. Il faut s’attacher davantage à relier les tableaux et les graphiques à des décisions programmatiques précises. Pour cela, il faut présenter seulement les données prioritaires nécessaires à la prise de décisions, ce qui permet aussi d’atténuer l’impression de trop-plein de données que certains décideurs peuvent avoir. Grâce à cette rationalisation, les décideurs comprennent mieux comment les données qui leur sont présentées peuvent les aider dans leur tâche.

L’utilisation d’outils et d’approches facilitant la prise de décisions, par exemple de « tableaux de bord », de bulletins d’information succincts sur des thèmes de santé, de fiches tirées d’un rapport sur la situation sanitaire et de techniques de présentation des données selon un code de couleurs, a permis d’améliorer la prise de décisions sur des bases factuelles, notamment lorsque ces moyens sont adaptés aux besoins de publics spécifiques. On trouvera ci-dessous une brève description des avantages de chaque outil ou approche.

* ***Les bulletins d’information succincts sur des thèmes de santé*** contiennent généralement des informations sur les principaux indicateurs sanitaires dans un domaine programmatique donné. Ces informations sont habituellement présentées sous forme de tableaux et de graphiques, accompagnés d’un texte explicatif. Les bulletins contiennent en général une grande quantité d’informations compilées à partir de différentes sources de données. Ces informations ne sont généralement pas interprétées dans le contexte de la prise de décisions et il n’y a habituellement pas de recommandations relatives à la modification des programmes. Cependant, ils constituent un moyen important de présenter une synthèse de données sur la situation sanitaire d’un pays donné. En règle générale, ils s’adressent en priorité aux administrateurs de programmes et aux autres décideurs ayant une connaissance approfondie d’un domaine programmatique particulier.
* ***Les fiches tirées d’un rapport sur la situation sanitaire*** présentant les principaux indicateurs sanitaires dans un pays ou un domaine programmatique donné. Une fiche diffère d’un résumé car elle contient des informations sur moins d’indicateurs sanitaires et compare les progrès actuels par rapport à une cible ou à une fiche précédente. Un système de notation est mis au point pour montrer dans quelle mesure le programme est parvenu à atteindre une cible donnée ou à progresser davantage pour chaque indicateur sanitaire au cours d’une certaine période, ce qui permet de comparer directement les rapports. On utilise, en général, un système de notation courant dans le pays. Elle indique immédiatement aux décideurs s’ils doivent prêter attention à un service ou un indicateur en particulier.16
* ***Les notes d’information*** présentent, en 2 à 6 pages, des recommandations destinées aux décideurs. En général, elles exposent un problème, proposent une solution et présentent une recommandation applicable. Il est recommandé de les rédiger en utilisant un vocabulaire courant et d’accompagner le texte, d’images, de citations, de photos et de listes de puces. Les données sur lesquelles s’appuie le document sont également mises en avant. Ce format est idéal pour présenter des recommandations factuelles spécifiques.17
* ***Les « tableaux de bord »*** présentent visuellement une synthèse des données essentielles nécessaires pour prendre des décisions rapidement. Ils donnent un aperçu immédiat de l’état d’avancement d’un projet, dans le cadre de données chiffrées prédéterminées. Ils sont liés à une base de données afin que les utilisateurs puissent modifier les principaux paramètres, constater le changement des valeurs sur le tableau de bord puis examiner plus en détail les données à la source pour interpréter les résultats présentés. Les tableaux de bord facilitent la gestion des grandes quantités de données collectées par les programmes sanitaires car ils permettent de suivre les principaux paramètres et de faire ressortir les tendances. Ainsi, les utilisateurs peuvent recenser les problèmes et cibler certaines activités de suivi pour améliorer les services.18
* ***Le code de couleurs*** sert à grouper les données et à proposer des mesures. Les couleurs les plus souvent utilisées sont celles des feux tricolores (rouge, orange, vert). Chaque couleur et chaque indicateur correspondent à des fourchettes de valeurs prédéterminées en fonction des progrès vers une cible programmatique. Cette technique permet aux décideurs de voir immédiatement si des mesures doivent être prises concernant un indicateur en particulier. Il y a des similitudes entre cette stratégie et le système de notation utilisé dans les fiches tirées du rapport sur la situation sanitaire.

**5.7 Disponibilité publique des données, des méthodes et des analyses**

L’accès public aux données et aux rapports est essentiel pour la redevabilité. Le public doit pouvoir consulter les données primaires, les métadonnées et les méthodes appliquées pour ajuster et établir les statistiques et les rapports finals, p. ex. les données sur la complétude des rapports.

Un meilleur accès aux données par le public présente d’importants avantages aux niveaux national et mondial car il favorise la collaboration et l’innovation dans le domaine des méthodes statistiques et analytiques, en ce qui concerne la collecte de données nouvelles et une meilleure utilisation des données existantes.

Le partage des données suppose une collaboration entre ceux qui produisent les données primaires et les utilisateurs primaires et secondaires, ainsi que l’application de mesures pour garantir la confidentialité et la sécurité. Au niveau national, il faut renforcer les capacités individuelles et institutionnelles de gestion des données, notamment d’archivage, avec l’aide de partenaires du développement et de donateurs dans le cadre de programmes et de projets.

Les données quantitatives et qualitatives doivent être rassemblées et mises à la disposition du public par l’intermédiaire d’observatoires nationaux de la santé ou de portails d’information et synthétisées pour suivre les progrès et les performances dans le domaine de la santé au niveau national et soutenir le dialogue politique.

**5.8 Composante évaluation**

L’évaluation est un aspect négligé du S&E. Il s’agit d’une analyse scientifique rigoureuse des informations relatives aux activités, aux caractéristiques, aux résultats et à l’impact d’un programme, à partir de laquelle on détermine l’intérêt d’un programme ou d’une intervention. Elle diffère du suivi, qui consiste à contrôler régulièrement les informations prioritaires, les résultats intermédiaires et les résultats finals concernant un programme, et à en rendre compte.

Les évaluations sont souvent effectuées a posteriori, lorsque de multiples données manquantes empêchent de déterminer utilement ce qui a marché et ce qui a eu le plus fort impact. Idéalement, les évaluations doivent être planifiées bien à l’avance et être prospectives et fondées sur un système de suivi solide et sur des données concernant les tendances de base des indicateurs principaux, obtenues grâce à la plateforme nationale de S&E. Pour des évaluations à grande échelle, y compris un suivi continu des différents niveaux d’indicateurs, il faut disposer d’informations au niveau des districts.

Ces données doivent être complétées par des études approfondies – à la fois quantitatives (de préférence longitudinales) et qualitatives – et des analyses englobant toutes les données et visant à attribuer les changements à certaines interventions et à évaluer soigneusement le rôle de l’évolution du contexte. En outre, s’il est possible d’établir l’efficacité des interventions, il est également essentiel d’analyser le rapport coût-efficacité afin de parvenir à des conclusions définitives. Il faut faire appel à des techniques d’analyse pour pallier les lacunes et les biais.

L’évaluation doit faire partie intégrante des revues des progrès et des performances. Les évaluations intérimaires et sommatives sont complémentaires des évaluations à moyen terme et finales de la stratégie sanitaire nationale, mais les évaluations visent à déterminer dans quelle mesure certaines interventions ont contribué à l’obtention des résultats et de l’impact observés. Idéalement, donc, les évaluations envisagent aussi ce qui se serait passé en l’absence d’intervention.

Si possible, les évaluations doivent s’appuyer sur des données tirées des revues du secteur de la santé, et les renforcer. Elles devraient s’appuyer sur les systèmes existant dans le pays et avoir explicitement pour objectif de renforcer les capacités et le système, le cas échéant.

**5.9Mécanisme de revue et d’action**

### 5.9.1 Système de revue périodique conjoint des progrès et de la performance

L’expérience tirée des approches sectorielles (SWAp) et des stratégies multisectorielles contre le sida, entre autres, a montré que des revues périodiques des progrès et des performance étaient essentiels pour informer toutes les parties intéressées de la progression du programme, débattre des problèmes et autres difficultés et parvenir à un consensus sur les mesures correctives à prendre. Les revues des progrès et de la performance font partie des mécanismes de gouvernance qui facilitent la transparence et permettent aux partenaires de débattre.

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit préciser selon quels processus les résultats du S&E peuvent être examinés et influer sur la prise de décisions, y compris financières. En général, la stratégie nationale et les plans opérationnels sont révisés périodiquement sur la base d’une analyse, d’une synthèse et d’un dialogue politique participatif. La Figure 3 illustre comment les progrès et la performance sont évalués dans le cadre des revues annuelles qui entraînent un ajustement des plans opérationnels à l’issue d’une revue à moyen terme et d’une évaluation finale. La mise au point de toute nouvelle stratégie sanitaire nationale doit s’appuyer sur la revue finale des résultats de l’évaluation à moyen terme et des résultats de l’évaluation prospective de la stratégie précédente. Pour achever ce cycle, les résultats de l’évaluation prospective doivent servir d’analyse de situation initiale et de base factuelle pour l’élaboration de la stratégie sanitaire annuelle suivante.

### 5.9.2 Système de revues régulières et transparentes pour les acteurs clé

Les personnes qui doivent participer au mécanisme de revue conjointe sont les principaux employés du ministère de la santé et de ses services, les représentants des équipes locales, des membres du personnel d’autres ministères (p. ex. finances, planification), des partenaires mondiaux, des partenaires chargés de la mise en œuvre n’appartenant pas à l’État, par exemple des OSC, et des représentant du secteur privé.

Il incombe à chaque gouvernement de déterminer, avec ses partenaires, comment faire participer les nombreuses parties concernées à la revue des performances du secteur, du programme ou du programme multisectoriel et la périodicité des revues. L’expérience tirée des approches sectorielles appliquées dans les pays montre que les revues annuelles sont particulièrement utiles lorsqu’ils peuvent servir à établir le prochain plan opérationnel annuel. La revue annuelle est alors l’occasion de faire le bilan des progrès accomplis, d’analyser ce qui a réussi et ce qui a échoué et de déterminer s’il faut modifier les priorités, changer d’orientation ou réallouer le financement.

La stratégie sanitaire nationale couvre en général une période de cinq ans. Les revues régulières doivent permettre d’évaluer la performance à partir des résultats obtenus par les services ou les programmes et des indicateurs de résultat. Les revues à moyen terme et finales doivent être plus étendues pour couvrir également les indicateurs d’impact.

Pour rendre compte des progrès et de la performance de la stratégie sanitaire nationale, il faut procéder à trois types de revue :

***Une revue annuelle.*** La revue annuelle est axée sur les indicateurs et les cibles qui figurent dans les plans opérationnels annuels. Il s’agit principalement d’indicateurs d’intrants, de processus et de résultats. On peut aussi, s’ils sont disponibles, examiner les indicateurs de couverture. Les revues annuelles doivent régulièrement orienter l’évaluation.

***Une revue à moyen terme.*** Cette revue est normalement effectuée à mi- période de la mise en œuvre de la stratégie sanitaire nationale. Il couvre toutes les cibles figurant dans la stratégie, y compris celles correspondant aux indicateurs de résultat et d’impact, et il tient également compte de l’évolution du contexte. La revue à moyen terme doit coïncider avec la revue annuelle (p. ex. être effectué la troisième année du plan quinquennal). Les résultats servent à ajuster les priorités et les objectifs nationaux.

***Une revue finale.*** Cette revue consiste en une analyse globale des progrès et des performances pendant toute la période couverte par la stratégie sanitaire nationale. Il s’appuie sur les revues annuelles et à moyen terme, auxquels s’ajoutent les résultats de certains travaux de recherche et de l’évaluation prospective qui doit être prévue dès le début.

Au cours des revues, différentes questions peuvent être traitées avec plus ou moins de profondeur et de rigueur selon les besoins du pays. Ainsi, certains pays peuvent souhaiter examiner une question spécifique, par exemple les ressources humaines pour la santé ou le financement de la santé, mais ils peuvent choisir d’examiner cette questions en détail certaines années plus que d’autres selon les informations dont ils ont besoin.

**5.10Plan de suivi et d’évaluation**

Le cadre commun de S&E[[2]](#footnote-2) propose une représentation logique, sous la forme d’une chaîne de résultats, des principales composantes du S&E d’une stratégie sanitaire nationale (voir Figure 1). Il comprend quatre grands domaines : les intrants et les processus, les résultats intermédiaires, les issues et l’impact.

Ce cadre montre que chaque domaine d’indicateurs est lié préférentiellement à une source de données et que les intrants (p. ex. financement, infrastructure) et les processus (p. ex. chaîne logistique) du système se reflètent dans les résultats intermédiaires (p. ex. disponibilité des services et des interventions), les résultats finals (p. ex. couverture des interventions) et l’impact (p. ex. amélioration des résultats sanitaires). Ce cadre peut servir à démontrer l’efficacité des interventions axées sur les résultats. Le cadre non seulement facilite l’identification des indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultats mais il permet également de relier ces indicateurs à des méthodes de collecte des données, il souligne la nécessité d’analyser et de synthétiser les données provenant de plusieurs sources, et d’en évaluer la qualité, et montre que les données doivent être communiquées et servir à la prise de décisions à différents niveaux.

**Collecte des données**

**Infrastructure; Information & communication technologies**

**Ressources Humaines**

**Système**

**Approvisionnement**

**Information**

**INTRANTS & PROCESSUS**

**Finances**

**EXTRANTS**

**EFFETS**

**IMPACT**

**Communication & utilisation**

**Domaine d’indicateurs**

**Amélioration de l’Etat de santé**

**et distribution équitable**

**Couverture des interventions**

**Accès aux Interventions**

**& disponibilité des services**

**QualitéetSécurité desInterventions**

**Analyse et synthèse**

**Sources administratives** Système de mobilisation de fonds; CNS, bases de données et enregistrement: RHS, infrastructure, médicaments etc.

Donnéespolitiques

**ANNEXE : GUIDE DE L’ANALYSE FFOM**

**(Force – Faiblesses – Opportunités – Menaces)**

Une des étapes importantes de l’analyse de situation est l’analyse FFOM. L’équipe de planification procédera à cette analyse afin d’identifier les forces et les faiblesses de l’institution qu’est le district sanitaire, ainsi que les opportunités et menaces émanant des données déjà recueillies sur l’environnement externe.

**Composantes d’une analyse FFOM**

**Analyse FFOM**

**Positives** **Négatives**

Faiblesses

Forces

**Internes**

Menaces

Opportunités

**Externes**

Dans la première phase de l’analyse FFOM à savoir l’examen des forces et faiblesses internes, votre équipe de planification devra examiner les capacités de gestion, de programmation et de financement de votre programme en vous posant des questions. Quelquefois, surtout dans les grandes institutions, il est avantageux de faire interviewer les différentes catégories de personnel par quelques membres de l’équipe de planification avant la réunion afin de recueillir les informations relatives aux forces et aux faiblesses internes.

**Déterminer les forces et les faiblesses institutionnelles**

A mesure que votre équipe de planification passe en revue toutes les questions énumérées ci-dessous, vous aurez à déterminer si ces réponses font apparaître des forces ou des faiblesses. Par exemple si la réponse à la question « De quel niveau de soutien le programme jouit-il de la part de la communauté ? » est « Très bas », ceci révèle une faiblesse que vous aurez à intégrer dans votre plan pour l’avenir.

**Traduire l’analyse de l’environnement en termes d’opportunités et de menaces**

Dans une seconde phase de l’analyse FFOM, vous devez examiner les points principaux de l’analyse de l’environnement (aspects socio-économiques, culturelles, partenaires du programme, etc.) et identifier ceux d’entre eux qui constituent des opportunités pour le programme et ceux qui représentent des menaces ou obstacles à la performance.

Par exemple lorsque l’analyse de l’environnement identifie un important donateur qui est nouveau dans le domaine de la planification familiale, cela peut être considéré comme une opportunité. Plus vous rassemblez des informations sur les directives et conditions de financement propres à ce donateur avant de le rencontrer, plus votre programme pourra tirer profit de cette opportunité.

De même lorsqu’un donateur retire son financement au programme exécuté dans votre région vous devez, au cours du processus de planification, examiner cette menace à la survie de votre programme.

Cette partie de l’analyse FFOM est habituellement faite lors d’une séance de lancement d’idées (brainstorming) par l’équipe de planification. Cette phase peut être réalisée de manière efficace si le personnel fait un résumé écrit de l’analyse de l’environnement une semaine environ avant la tenue de la réunion FFOM.

Vous pouvez trouver utile de distribuer les conclusions de l’analyse FOM à la responsables-clé tel que les chefs de service de l’institution pour avis et accord. Cette phase doit avoir lieu avant la discussion des résultats avec les donateurs et les autres bailleurs de fonds.

**Utilisation de l’analyse FFOM dans la planification**

L’analyse FFOM dans la planification à fixer des buts réalistes. Pour les buts liés au programme, l’analyse des capacités internes de programmation fournira des informations sur les anciennes performances et le potentiel d’expansion des activités. L’analyse des capacités financières permettra de savoir si vous avez les ressources nécessaires pour la réalisation de votre programme ou si vous pouvez étendre vos services ou si vous devez les limiter. L’analyse des opportunités et menaces qui affectent les chances de réalisation de vos buts.

**Équilibrer les buts et les ressources**

En fixant vos objectifs, vous devez vous assurer que vous ne dépassez pas les ressources disponibles. Menez à bien un nombre réduit d’activités, n’engagez pas votre programme au delà de ses capacités en essayant d’en faire trop. Probablement en raison de la nature controversée des services de santé dans certaines zones, plusieurs institutions impliquées commettent les erreurs de planification en se fixant plus d’objectifs non directement liés à la santé que le programme ne peut supporter ou alors en planifiant d’ouvrir trop de nouveaux points de distribution de services à la fois. Dans les deux cas, les erreurs commises entraînent une utilisation dispersée des ressources de l’institution et l’impossibilité de fournir des services de haute qualité.

**Exemple de résumé de l’analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)**

**Facteurs internes : Forces**

* UN bon moral et une bonne motivation du personnel, l’esprit d’équipe, un intérêt à l’amélioration des programmes ;
* Un personnel de qualité formé ;
* Les centres fournissant des services sont géographiquement bien situés et ont le potentiel pour s’étendre ;
* Le personnel reste ouvert aux changements ;
* L’institution a un prestige au niveau national et international

**Facteurs internes : Faiblesses**

* Un manque de contrôle de qualité ;
* Confusion des rôles des employés ;
* Le travail a tendance à être orienté dans le sens des intérêts des donateurs plutôt que vers ceux de l’institution ;
* Une dépendance financière par rapport aux donateurs ;
* Une incapacité d’expansion pour des raisons administratives ;
* Absence de politique régissant les prix ;
* Procédures administratives non informatisées

**Facteurs externes : Opportunités**

* La politique de population du gouvernement
* Le ministère de la santé a un programme
* Une plus grande prise de conscience de la communauté à propos du financement des services
* Les dons de l’étranger
* Les bonnes relations entretenues avec les institutions similaires pour les besoins de coordination
* La non intervention de l’église catholique
* Les voies de communication praticables
* Les données démographiques disponibles.

**Facteurs externes :**

* Les changements de politiques internationales d’assistance
* Les réductions de budget
* Moins de types de contraceptifs reçus sous forme de dons
* Une augmentation du taux d’inflation qui affecte les revenus tirés des services et les revenus communautaires
* La concurrence
* Une situation politique rendue incertaine par un changement au niveau du gouvernement
* La morbidité du personnel
* La population sous -estimée au recensement

**Figure n°4: Schéma de la logique verticale**

**But Si objectif**

**donc but**

**Objectif**

Si extrants Comment ? Pourquoi ?

donc objectif

Extrants

Si Intrants

donc extrants

Intrants

Le schéma ci-dessus s’interprète de la façon suivante :

Si les intrants sont réalisés, donc les extrants sont atteints.

Si les extrants sont atteints, donc les objectifs sont atteints.

Ou : comment atteindre les extrants ? En réalisant les intrants.

Pourquoi réaliser les intrants ? Pour atteindre les extrants.

**ANNEXE : Lexique des définitions**

**Intrants** : Ce sont les ressources humaines, organisationnelles et physiques fournies directement ou indirectement par les intervenants du projet.

**Activité** : Processus de transformation (la coordination, l’assistance technique et la formation planifiées et exécutées par le personnel du projet).

**Résultat** : Changement descriptible ou mesurable amené par une relation de cause à effet.

**Extrant** : Un résultat immédiat sur le plan du développement qui est la conséquence logique des activités du projet.

**Effet** : Un résultat à moyen terme sur le plan du développement qui est la conséquence logique de l’obtention d’un ensemble d’extrants;

**Impact** - Un résultat à long terme sur le plan du développement qui est la conséquence logique de l’obtention d’un ensemble d’extrants et d’effets.

Les hypothèses décrivent les conditions nécessaires pour que se réalise comme prévue la relation de cause à effet et entre les niveaux de résultats ainsi que les conditions nécessaires pour assurer que les activités se transforment en extrants. Les hypothèses incluent des conditions internes et externes au projet ou au programme.

**Risque :**

* + pour chacune des hypothèses identifiées, il est important de préciser le niveau de risque qui peut être élevé, modéré ou faible.
  + L’analyse du risquevise essentiellement à déterminer les probabilités que les conditions identifiées ne se concrétisent pas.

**Cible :** c’est l’énoncé de ce qu’une organisation prévoit atteindre dans une période donnée. La cible est précise et normalement quanti# able. Elle est élaborée sur la base d’un indicateur retenu dans la formulation de l’objectif auquel elle se réfère.

**Efficacité**: Mesure du rapport entre les résultats obtenus et les cibles déterminées;

**Efficience**: Mesure du rapport entre les biens produits ou les services livrés et les ressources utilisées.

**Pertinence**: Qui répond au besoin identifié.

**Spécificité**: Qui précise le changement, le groupe cible, la région…

**Fiabilité**: Qui demeure cohérent dans le temps.

**Validité** : Qui permet de mesurer les résultats avec exactitude (quantité, qualité, exactitude).

**Indicateu**r : Toute mesure ou tout paramètre servant à évaluer les résultats d’une organisation ou d’une de ses composantes.

**Objectif** : Énoncé de ce qu’une organisation entend réaliser au cours d’une période définie avec quantification et ordre de priorité. Y sont accolés un ou des indicateurs sur lesquels seront établies les cibles de résultats.

**Performance** : Degré d’atteinte des cibles d’une organisation.

**Organisation**: Système complexe évoluant dans un environnement interne et externe, Ensemble complexe composé d’éléments solidaires en interaction dynamique.

**Environnement** : Ensemble de variables contrôlables et incontrôlables déterminant la dynamique de changement continu dans laquelle évolue une organisation.

**Bénéficiaires** : Groupe de personnes ou d'organisations qui vit le changement au niveau du résultat ultime d'un modèle logique et qui pourrait aussi être visé par les résultats immédiats et intermédiaires. Également désigné sous l'appellation de « portée » ou de « population cible ».

**Intermédiaire** : Une personne, un groupe, une institution ou un gouvernement qui n'est pas le bénéficiaire ultime d'un investissement mais qui est ciblé par certaines activités, lesquelles entraîneront un changement de situation (résultat ultime) pour les bénéficiaires ultimes par la combinaison de résultats immédiats et intermédiaires connexes.

**Partie prenante** : Personne, groupe, institution ou gouvernement, qu'une mesure, une proposition ou une activité intéresse sur les plans économique, social ou environnemental. (Traduction de la fiche dans Termium Plus).

**Partenaire** : Personnes et/ou organisations qui collaborent pour atteindre des objectifs convenus en commun. (OCDE-CAD : Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et à la gestion axée sur les résultats).

**Organisme de mise en œuvre** : Toute organisation ou agence, gouvernementale, non gouvernementale, intergouvernementale, multilatérale ou du secteur privé, qui met en œuvre un investissement (projet ou programme) pour lequel le PTF fournit les fonds.

**Annexe**

**Schéma N°** : Arbre à résultats

1. Définit par IHP+ (Partenariat international pour la santé) Voir : http://www.internationalhealthpartnership.net/ [↑](#footnote-ref-1)
2. Définit par IHP+ (Partenariat international pour la santé) Voir : http://www.internationalhealthpartnership.net/ [↑](#footnote-ref-2)