

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

\*\*\*\*\*



**DIRECTION DE LA PLANIFICATION,  
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES**

---

**GUIDE DE**

**PLANIFICATION OPERATIONNELLE ANNUELLE**

---

**DRAFT DU 15 DECEMBRE 2015**

# **TABLE DES MATIERES**

Liste des acronymes

Préface

Liste des tableaux et des figures

Introduction

## **I. CONTEXTE**

**I.1 Contexte sous-regional**

**I.2 Contexte national**

**I.3 Contexte sectoriel**

## **II. CADRE ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL DE PLANIFICATION**

**II.1. Organisation du système de santé et de l'action sociale**

**II.2. Planification stratégique et opérationnelle**

**II.2.1. Planification stratégique**

**II.2.2. Planification opérationnelle**

**II.2.2.1. Logique de planification**

**II.2.2.2 Planification selon les niveaux de la pyramide sanitaire**

**II.2.2.3 Processus d'élaboration du plan de travail annuel**

**II.3 Suivi évaluation/mesure de la performance**

## **III. JUSTIFICATION DE LA REVISION DU GUIDE DE GESTION DU PTA**

## **III. CADRE REGLEMENTAIRE DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE AU MSAS**

**III.1 Calendrier de préparation du Budget de l'Etat**

**III.2 Calendrier de préparation du budget du MSAS**

**III.3 Calendrier d'élaboration du PTA au MSAS**

### **III.4 Cycle de planification**

### **III.5 Calendrier budgétaire et le calendrier d'élaboration du PTA**

### **III.6 Place de la « performance » dans la mise en œuvre du PTA du MSAS**

## **IV. CADRE OPERATIONNEL D'ELABORATION DES PTA**

### **IV.1 Définitions (opérationnelles) des concepts**

### **IV.2 Notions d'Extrants et Indicateurs d'Extrants du PTA**

### **IV.3. Détermination des Cibles d'Extrants**

### **IV.4 Remplissage des outils**

### **IV.5 Synthèse des PTA**

### **IV.6 Programmation budgétaire dans le cadre du PTA**

## **ANNEXES**

- 1. Lexique du guide de gestion du PTA**
- 2. Bibliothèque d'Extrants du MSAS**

## **ACRONYMES**

**AE : Autorisation d'engagement**

**ACD : Atteindre Chaque District**

**BRH : Brigade Régional de l'Hygiène**

**CDSMT : Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme**

**CHR : Centre Hospitalier Régional**

**CIS : Comité Interne de Suivi**

**CM : Conseil des Ministres**

**CMU : Couverture Maladie Universelle**

**CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels**

**CP : Crédit de paiement**

**CRFS : Centre de Régional de Formation en Santé**

**DAGE : Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement**

**DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale**

**DGS : Direction Générale de la Santé**

**DPBEP : Document de Programmation Budgétaire Economique Pluriannuelle**

**DPES : Document de Politique Economique et Sociale**

**DPPD : Document de Programmation Pluriannuelle de Dépenses**

**DPRS : Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques**

**DS : District sanitaire**

**DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté**

**ECD : Equipe Cadre de District**

**ECR : Equipe Cadre de Région**

**EPS : Etablissement Public de Santé**

**FDAL : Fin de Défécation à l'Air Libre**

**GAR : Gestion Axée sur les Résultats**

**LOLF : Loi Organique aux Lois de Finances**

**LPSD : Lettre de Politique Sectorielle et de Développement**

**MCD : Médecin Chef de District**

**MCR : Médecin Chef de Région**

**MEFP : Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan**

**MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

**OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement**

**ONG : Organisation non gouvernementale**

**PAP/ DPPD : Plan Annuel de Performances**

**PAP/PSE : Plan d'Actions Prioritaires**

**PAL : Personnes atteintes de lèpre**

**PAS : Plan d'Actions Spécifiques**

**PEV : Programme élargi de vaccination**

**PIA : Plan d'Investissement Annuel**

**PLD : Plan Local de Développement**

**PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement**

**PNDS : Plan National de Développement Sanitaire**

**PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme**

**PNT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose**

**PO : Plan d'opération**

**POCL : Plan Opérationnel de Collectivité Locale**

**PPM : Plan de Passation des Marchés**

**PSE : Plan Sénégal Emergent**

**PRA : Pharmacie Régional d'Approvisionnement**

**PTA : Plan de Travail Annuel**

**PTF : Partenaire Technique et Financier**

**PTIP : Plan triennal d'investissement pluriannuel**

**PVVIH : Personne Vivant avec VIH**

**SAMU : Service d'Assistance Médicale d'Urgence**

**SNDES : Stratégie Nationale de Développement Economique et Social**

**TOFE : Tableau des Opérations financières de l'État**

**UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine**

**VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine**

## **PREFACE**

Le Sénégal s'est engagé depuis les années 90 dans un processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques, stratégies et programmes intégrés avec comme objectif fondamental une lutte plus efficace contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique.

A l'instar d'autres pays, le Sénégal fait face aujourd'hui à une recrudescence de demandes de redevabilité sur l'utilisation des ressources, la réalisation des résultats et l'efficacité des actions publiques. La gestion axée sur les résultats de développement devient ainsi un impératif à tous les niveaux de notre système de santé national. Elle s'accompagne d'un ensemble de principes, d'approches et d'outils devant aider à atteindre les objectifs du développement.

Nonobstant les résultats remarquables enregistrés par notre système de santé, force est de reconnaître que certains de ses centres de responsabilité souffrent encore d'une faible « culture de résultats ». D'où cette seconde édition du « guide de planification opérationnelle annuelle » qui a pour objectif de soutenir l'effort accru du ministère de la Santé et de l'Action sociale à s'orienter vers les résultats

La planification, le suivi et l'évaluation des performances du secteur doivent se concentrer davantage sur l'appropriation des priorités et des résultats à atteindre par les différents centres de responsabilité. A cet effet, le présent guide, qui est une mise à jour de celui de 2012, donne des directives pratiques sur la méthode à suivre et les outils à utiliser. De par son contenu, il constitue une avancée importante en matière d'application efficace de la gestion axée sur les résultats et du budget programme, passant de la logique des moyens à celle de la performance des programmes

Ce guide a été élaboré selon une approche participative avec une implication des centres de responsabilité du niveau central, des régions médicales et des Etablissements publics de santé. Des ateliers de formation permettront d'élargir son appropriation et de faciliter son utilisation par les acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et sociale.

J'ose espérer que cette seconde édition du guide de planification opérationnelle annuelle constituera le document de référence pour l'ensemble des acteurs de santé et sociaux en matière de planification, de suivi et d'évaluation des performances de notre secteur.

Le Ministre de la santé et de l'Action sociale

Pr Awa Marie Coll SECK

# **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

## **TABLEAUX**

**Tableau I** : Processus d'élaboration du Plan de Travail Annuel

**Tableau II** : Calendrier de préparation du Budget de l'Etat

**Tableau III** : Calendrier de préparation du budget du MSAS

**Tableau IV** : Calendrier d'élaboration du PTA du MSAS

## **FIGURES**

**Figure 1** : Organisation du système de Santé au Sénégal

**Figure 2** : Schéma du cycle de planification au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**Figure 3** : Place de la « performance » dans les outils de planification, de suivi et d'évaluation du MSAS

**Figure 4** : Schématisation de la chaîne de résultats au MSAS

**Figure 5** : Présentation de la page d'accueil de la maquette de planification opérationnelle du MSAS

**Figure 6** : Présentation des feuilles « programme » de la maquette de planification opérationnelle du MSAS

**Figure 7** : Présentation du menu déroulant de l'échéancier avec le « début » et la « fin » de l'activité dans la feuille « programme »

**Figure 8** : Présentation de l'onglet « retour à la page d'accueil » des feuilles « programme » de la maquette de planification opérationnelle du MSAS

**Figure 9** : Feuille de compilation des programmes

**Figure 10** : Feuille de définition des sources de financements et des la nature des dépenses

**Figure 11** : Feuille de définition du détail du financement des Partenaires Techniques et Financiers

**Figure 12** : Feuille de présentation du PTA global du centre de responsabilité

**Figure 13** : Feuille de suivi trimestriel du PTA

**Figure 14** : Feuille d'évaluation du PTA

**Figure 15** : Maquette de synthèse des PTA

**Figure 16** : Feuille de présentation du PTA global à copier dans la maquette de synthèse des PTA

**Figure 17** : Feuille de présentation de la synthèse globale des PTA

## Introduction

Le Sénégal depuis le début des années 2000, a vu son contexte économique, politique et social subir des mutations profondes entraînant une nécessaire révision de ses documents de référence. Les cadres de la politique nationale qui étaient matérialisés par les Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP I et II) ont muté vers le Document de Politique Economique et Sociale (DPES) qui a servi de référentiel jusqu'en 2012. Les différentes orientations se sont consolidées dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013 – 2017) qui a été par la suite reversée dans le document intitulé «Plan Sénégal émergent (PSE)».

Le Plan Sénégal émergent décline, aujourd'hui, la vision de développement à moyen et long termes du Gouvernement du Sénégal et définit les ambitions pour faire du Sénégal un pays émergent à l'horizon 2035. Pour opérationnaliser le Plan Sénégal Emergent, un Plan d'Actions Prioritaires (PAP) a été défini pour la période 2014-2018 en vue de rendre opérationnelle la stratégie à travers l'exécution des projets et réformes structurants.

Le Sénégal, qui est aussi membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), a souscrit à la réforme enclenchée au niveau de l'Union pour une meilleure gestion des finances publiques. C'est le 26 juin 2009, que le conseil des Ministres des Finances des 8 états membres de l'Union a adopté les Directives relatives au cadre harmonisé de gestion des finances publiques qui consacrent le principe de Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et l'utilisation d'instruments de programmation pluriannuelle pour la gestion efficace des ressources publiques. Aussi, le budget-programme a été proposé pour être institué dans le système d'allocation des ressources en vue de faire du budget de l'Etat un véritable outil de mise en œuvre de la politique de développement.

Pour relever le défi de la mise en oeuvre des réformes entreprises dans la gestion des finances publiques, il importe d'assurer une meilleure cohérence d'ensemble des politiques sectorielles. A cet effet, il s'est avéré nécessaire pour le secteur de la santé d'opérer d'importants changements dans son processus budgétaire et de planification.

## **I. CONTEXTE**

### **I.1. Contexte sous-régional**

Depuis la Déclaration de Paris de mars 2005 sur l'efficacité de l'Aide publique au Développement, d'importantes réformes ont été engagées au sein de l'UEMOA, dans le but d'améliorer la gestion des finances publiques et d'assurer l'efficacité de la dépense publique.

En effet, soucieux de la nécessité d'instaurer dans l'Union des règles permettant une gestion transparente et rigoureuse des finances publiques en vue de conforter la croissance économique, les Etats membres de l'Organisation ont adopté en juin 2009 lors du Conseil des Ministres de l'UEMOA, six Directives constitutives d'un Cadre harmonisé des finances publiques au sein de l'Union :

- Directive n°01/2009/CM/UEMOA portant Code de transparence dans la gestion des finances au sein de l'UEMOA;
- Directive n°06/2009/CM/UEMOA portant Loi de Finances au sein de l'UEMOA;
- Directive n°07/2009/CM/UEMOA portant Règlement général de la Comptabilité publique au sein de l'UEMOA ;
- Directive n°08/2009/CM/UEMOA portant Nomenclature budgétaire de l'État au sein de l'UEMOA ;
- Directive n°09/2009/CM/UEMOA portant Plan comptable de l'État au sein de l'UEMOA ;
- Directive n°10/2009/CM/UEMOA portant Tableau des Opérations financières de l'État (TOFE) au sein de l'UEMOA.

Ces directives s'inscrivent dans le cadre de la gestion axée sur les résultats (GAR) avec ses impératifs d'efficacité, d'efficience, de responsabilité, d'imputabilité et de reddition des comptes. Elles consacrent entre autres innovations : l'avènement des budgets-programmes, la déconcentration de l'ordonnancement, la comptabilité patrimoniale, la règle des droits constatés, la pluri annualité.

### **I.2. Contexte national**

Le Sénégal a été le premier pays membre de l'Union à transposer l'ensemble des directives de l'UEMOA de juin 2009 portant cadre harmonisé des finances publiques. Ont été successivement adoptés :

- la loi organique n° 2011-15 du 8 juillet 2011 relative aux lois de finances (LOLF);
- la loi n° 2012-22 du 27 décembre 2012 portant Code de Transparence dans la Gestion des Finances publiques ;
- le décret n° 2011-1180 du 24 novembre 2011 portant Règlement Général sur la Comptabilité Publique ;

- le décret n° 2012-92 du 11 janvier 2012 portant Plan Comptable de l'Etat ;
- le décret n° 2012-341 du 12 mars 2012 portant Tableau des Opérations Financières de l'Etat ;
- le décret n° 2012-673 du 4 juillet 2012 portant Nomenclature Budgétaire de l'Etat.

Avant ces réformes, le Sénégal était déjà dans la dynamique de la planification stratégique notamment avec l'élaboration des Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP I et II) qui ont évolué vers le Document de Politique Economique et Sociale (DPES), lequel a servi de référentiel jusqu'en 2012.

Les différentes orientations se sont consolidées dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013 – 2017) qui a été par la suite reversée dans le document intitulé «Plan Sénégal émergent (PSE)». Ce dernier décline, aujourd'hui, la vision de développement à moyen et long termes du Gouvernement pour faire du Sénégal un pays émergent à l'horizon 2035.

Pour relever le défi de la mise en œuvre du PSE, un premier Plan d'Actions Prioritaires (PAP/PSE) a été mis en place pour l'horizon 2017. A cet effet, il a été décidé de réactualiser la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD) pour assurer la cohérence d'ensemble avec les politiques sectorielles.

### **I.3. Contexte sectoriel**

Le Sénégal dispose depuis mars 1997 d'une Lettre de Politique Sectorielle à partir de laquelle ont été élaborés le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1998-2007) et le Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale (PDIS 1998-2002). La traduction opérationnelle de ces documents a été rendue effective à travers les plans d'opération (PO) qui ont par la suite évolué vers les Plans de Travail Annuel (PTA).

En janvier 2009, le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui couvre la période 2009-2018 a été élaboré avec son plan de suivi et évaluation. Fortement inspiré des documents nationaux de politiques stratégiques, le PNDS définit les orientations stratégiques en matière de mise en œuvre de la politique sanitaire et des objectifs sectoriels clairs qui concourent à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Pour accroître les efforts et les ressources du secteur en vue d'accélérer l'atteinte de ces OMD, un pacte national a été conclu en avril 2013 entre le gouvernement du Sénégal et ses partenaires techniques et financiers (COMPACT) avec comme soubassement un Plan d'Investissement Sectoriel quinquennal (2011-2015).

Le PNDS (2009-2018) a été opérationnalisé à travers le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT), puis par le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) à compter de l'année 2013. Le DPPD constitue une innovation majeure dans les dispositions de la LOLF 2011-15 du 8 juillet 2011.

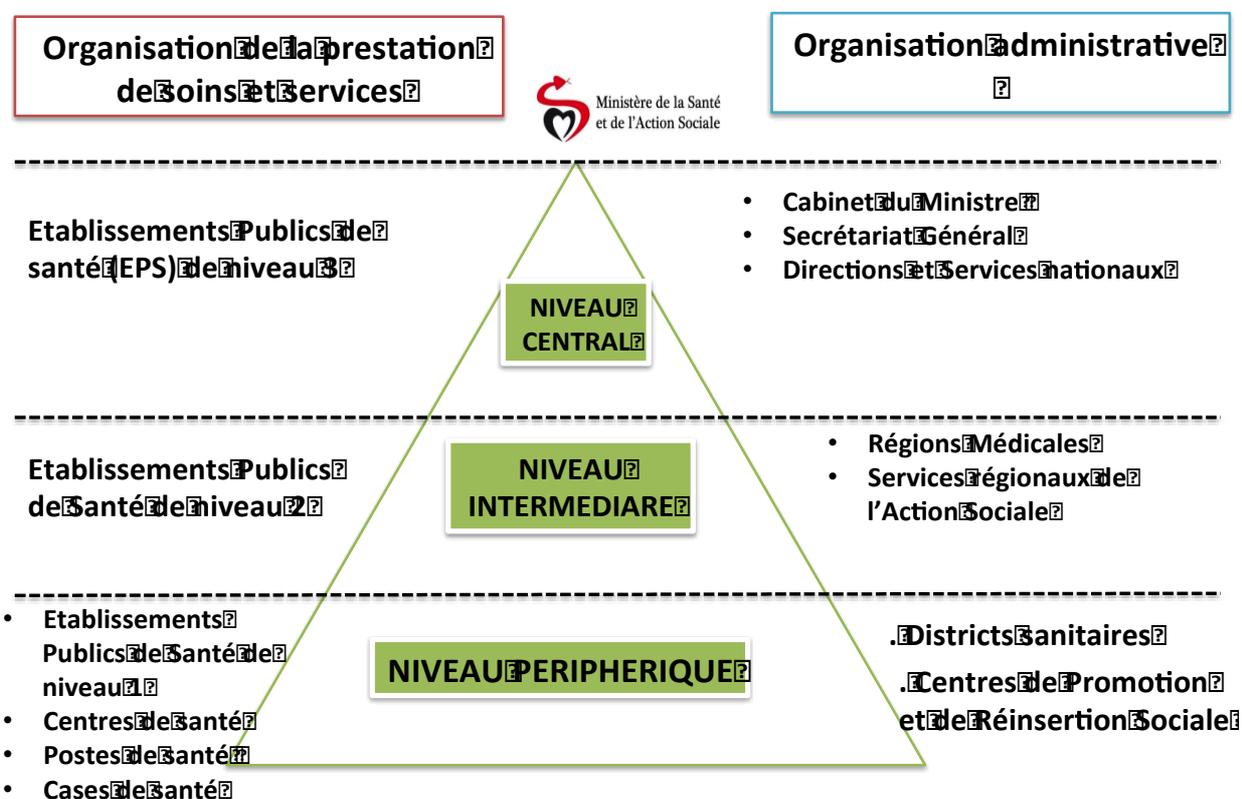
Cette Loi instaure de nouvelles règles pour l'élaboration, l'exécution, le contrôle et le suivi du budget de l'État. Son objectif est d'améliorer l'efficacité de la dépense et par conséquent l'exécution des politiques

publiques. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le budget sera présenté sous forme de budget par programme et non par titre de dépenses.

## II. CADRE ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL DE PLANIFICATION

### II.1. Organisation du système de santé et de l'action sociale

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central (Directions, Services centraux et EPS 3), intermédiaire (régions médicales et services régionaux de l'Action Sociale) et périphérique (district sanitaire).



**Figure 2 : Organisation du système de Santé au Sénégal**

Le Sénégal compte 14 régions médicales, 76 districts sanitaires et les services de l'action sociale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé, la médecine traditionnelle et au niveau communautaire, par des cases de santé et des sites communautaires.

Les missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire sont les suivantes :

### **1. niveau central**

Il définit les objectifs sectoriels et les orientations stratégiques en santé et action sociale. Il veille à :

- la mobilisation et l'utilisation des ressources ;
- l'acquisition des technologies modernes ;
- l'amélioration de la gestion.

### **2. niveau intermédiaire**

Ce niveau sélectionne et adapte les techniques pour la mise en œuvre de la politique de santé et de l'action sociale et canalise l'expertise technique vers les districts sanitaires.

La Région Médicale est chargée d'une mission permanente d'information, de coordination technique des structures, de synthèse et de gestion administrative du personnel.

### **3. niveau périphérique**

C'est l'échelon opérationnel du système national de santé. À ce niveau, s'opère l'utilisation des ressources pour rendre effective l'action sanitaire aux communautés, aux ménages et aux individus à travers diverses activités, y compris celles des centres de promotion et de réinsertion sociale.

Il convient de rappeler que certaines de ces missions au niveau intermédiaire et périphérique font l'objet d'une gestion concomitante avec les collectivités locales dans les limites des compétences en matière de santé qui leur ont été transférées à travers la Loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret d'application n° 96-1135 du 22 mars 1996 et réactualisées par l'acte III de la décentralisation.

## **II.2. Planification stratégique et opérationnelle**

### **II.2.1. Planification stratégique**

Le Sénégal a opté, dès son accession à l'indépendance, pour la planification comme mode de gestion de sa politique de développement. Ainsi, disposer d'instruments consensuels pouvant apporter un éclairage nécessaire à un choix judicieux des actions de développement est devenu un impératif.

L'environnement international, en mutation permanente, a rendu difficile l'exercice de planification tel qu'il a été conçu jusqu'à l'époque, avec entre autres, l'adoption en 1979 du Programme de stabilisation de court terme et la prédominance des ajustements financiers sur la planification du développement.

C'est le 29 Juin 1987 que le Système nationale de Planification (SNP) a été adopté par le Conseil supérieur du Plan. Il est articulé :

1. au plan temporel entre le long, le moyen et le court termes;

## 2. au plan spatial entre les niveaux national, régional et local.

Pour l'opérationnalisation de ce système au niveau sectoriel, la Lettre de Politique sectorielle et de Développement (LPSD) a été instituée.

La LPSD se présente comme la déclinaison des objectifs globaux de développement, des différents cadres de référence, en objectifs sectoriels de moyen et long terme. Autrement dit, elle détermine la contribution que doit apporter le secteur concerné à la réalisation d'objectifs de développement contenus dans ces référentiels. Elle permet ainsi de déterminer les actions précises et les moyens nécessaires à mettre en oeuvre dans le but d'atteindre ces objectifs.

C'est dans ce cadre que le secteur de la santé et de l'action sociale dispose d'une Lettre de politique sectorielle et de développement depuis mars 1997. C'est à partir de cette lettre qu'avaient été élaborés le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1998-2007) et le Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale (PDIS 1998-2002).

En janvier 2009, le Sénégal a produit son second Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui couvre la période 2009-2018. Ce plan, fortement inspiré des documents de politiques stratégiques nationaux, définit les orientations stratégiques en matière de mise en oeuvre de la politique sanitaire et des objectifs sectoriels clairs qui concourent à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Près de dix-huit (18) ans après son élaboration, le MSAS s'est fixé pour objectif d'actualiser sa LPSD en vue de l'adapter aux évolutions tant de la sous-région et que du pays (sur le plan politique, économique, social et sectoriel). Au nombre de ces évolutions il y a : i) les directives de l'UEMOA relatives au cadre harmonisé de gestion des finances publiques, ii) la mutation au fil du temps des différents cadres de référence de développement national jusqu'au Plan Sénégal Emergeant (PSE), iii) l'Acte III de la Décentralisation avec en perspective la réforme du district sanitaire, iv) l'instauration du programme de couverture maladie universelle (CMU), v) l'élargissement des missions du département ministériel de la Santé avec l'intégration de l'action sociale et l'actualisation de son organisation, vi) l'évolution du profil épidémiologique et de l'offre publique et privée des services et soins etc.

## **II.2.2. Planification opérationnelle**

### **II.2.2.1. Logique de planification**

Le Document de Programmation Budgétaire Economique Pluriannuelle (DPBEP) est élaboré par le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan en tenant compte des orientations du PSE. Il sert de document d'introduction au débat d'orientation budgétaire qui se tient au plus tard le 30 juin de chaque année. Ce document définit les orientations en termes de recettes et de dépenses et présente aussi les priorités par secteur.

Le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) est élaboré par les départements ministériels dont celui de la Santé et de l'Action Sociale.

Il traduit en termes d'actions les orientations du secteur définies à travers le DPBEP. Le DPPD est la somme de l'ensemble des Projets Annuels de Performances (PAP/programme DPPD) des programmes du ministère.

Le PAP/programme DPPD constitue l'ensemble des actions du Programme\* du DPPD au titre de l'année budgétaire et fournit la base contractuelle qui lie le Chef de programme à l'Etat. De ce fait, le chef de Programme est tenu de produire chaque année un rapport annuel de performance dont l'efficacité, l'efficacités et l'économie sont appréciées par la Cour des comptes.

Le PTA est un document de planification opérationnelle élaboré par chaque centre de responsabilité (unité de planification) à tous les échelons de la pyramide. Il est articulé autour des programmes du DPPD ; eux-mêmes liés aux objectifs sectoriels définis dans le PNDS. C'est ainsi que la somme des opérations prévues dans tous les PTA pour un programme donné fournit les éléments nécessaires pour l'élaboration du PAP/programme DPPD.

### **II.2.2.2 Planification selon les niveaux de la pyramide sanitaire**

#### **1. POCL-Santé et Plan Local de Développement (PLD)/Plan d'Investissement Annuel**

Toutes les collectivités locales sont tenues d'élaborer un Plan d'investissements annuel (PIA) tiré de leur PLD qui inclue les activités de santé. Le PIA comprend à la fois des dépenses d'investissement et des dépenses de fonctionnement. Il est attendu du district sanitaire de veiller à ce que les POCL-Santé correspondent à la partie Santé des PIA.

#### **2. PTA et POCL-Santé**

*Les POCL-Santé doivent être élaborés selon des procédures qui ont été décrites dans le guide produit à cet effet par le MSAS en collaboration avec les élus locaux.* Ce guide insiste sur le caractère participatif et inclusif de l'élaboration du POCL-Santé dont la responsabilité relève de la collectivité locale. Une directive ministérielle rend obligatoire l'intégration du POCL-Santé dans le PTA du district Sanitaire d'appartenance.

#### **3. PTA et Plan d'Actions/Budgets des EPS**

Pour le cas particulier des établissements publics de santé hospitaliers et non hospitaliers dont la tutelle technique relève du MSAS, il est attendu la production du plan d'action et budget validé par le conseil d'administration. Ce plan d'actions et budget opérationnalise le projet d'établissement obligatoire pour chaque EPS. La partie du budget du MSAS allouée aux EPS constitue une subvention (transferts courants et en capital) à titre de contribution pour le financement de ce plan. En contrepartie, l'EPS s'engage à réaliser des extrants en relation avec les programmes du DPPD. Des contrats de performance

---

\* Le programme dans le sens du DPPD est défini par la LOLF. « Il regroupe des crédits destinés à mettre en œuvre une action ou une ensemble cohérent d'actions représentatifs d'une politique clairement définie dans une perspective de moyen terme. » (Article 12 Alinéa 3)

signés entre le MSAS, le MEFP et les EPS matérialisent les cibles à atteindre relativement à chaque indicateur d'extrants.

#### **4. PTA et Plan d'Actions Spécifiques (PAS) pour les programmes nationaux de lutte contre certaines maladies**

La spécificité de certains programmes qui disposent de plans stratégiques et de budget propre fait qu'ils sont tenus d'avoir des plans d'actions spécifiques pour mieux rendre lisibles les résultats attendus. Ces programmes logés dans des directions ou services nationaux ne sont pas systématiquement pris en compte dans les PTA desdits directions ou services nationaux. En plus, ces PAS comptent plusieurs activités opérationnelles qui devraient être prises en compte dans les PTA des régions et districts.

Cette situation s'explique en partie par des cycles de planification non concordants et les exigences de certains PTF.

Pour remédier à cette situation, il faut veiller à l'élaboration de ces PAS avant les PTA, à la participation active des coordonnateurs de ces programmes à l'élaboration des PTA de leur direction ou service pour l'intégration de leur PAS dans ces PTA et à l'élimination du risque de redondance dans le financement.

#### **5. PTA et Plan d'Actions Annuel des Partenaires Techniques et Financiers**

Les PTF sont attendus pour participer à l'élaboration des PTA de leurs bénéficiaires du MSAS. A cette occasion, ils doivent apporter des informations sur les financements disponibles, les domaines d'appui et les mécanismes de mobilisation des ressources. Pour matérialiser cet appui, les PTF disposent des plans d'actions qui résument leurs interventions. *En aucun cas, la confusion entre les PTA du MSAS et le plan d'actions des PTF ne devrait exister.*

#### **6. PTA et Organisations Non Gouvernementales (ONG) et secteur privé**

Au moment de l'élaboration des PTA, les ONG, les associations, les entreprises et les personnes de bonne volonté identifiées dans la zone de responsabilité doivent être invitées afin qu'elles se prononcent sur leurs contributions au financement du PTA.

### **II.2.2.3 Processus d'élaboration du plan de travail annuel**

Pour asseoir un système de planification opérationnelle répondant aux exigences de GAR, le MSAS a introduit en 2008 le Plan de Travail Annuel (PTA) en remplacement du Plan d'Opération (PO). Le PTA est un outil de programmation détaillée et de budgétisation des activités stratégiques en vue d'atteindre des performances annuelles bien définies.

Il opérationnalise de ce fait la première année du DPPD et intègre les Plans Opérationnels Santé des Collectivités locales (POCL-santé). Au cours de ces dernières années, le MSAS a institutionnalisé l'élaboration de PTA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les étapes du processus d'élaboration des PTA sont déclinées dans le tableau I ci-après.

**Tableau I : Processus d'élaboration du Plan de Travail Annuel**

ETAPES	NIVEAU DISTRICT SANITAIRE	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU CENTRAL
1	Transmission de la lettre circulaire portant directives d'élaboration des PTA par les centres de responsabilité des niveaux central, intermédiaire et périphérique qui doivent axer leurs interventions autour des orientations prioritaires définies par le MSAS		
2	<p>Rencontre entre les équipes cadres de régions (ECR) et Médecins chefs de Districts (MCD) pour partager les directives de planification et pour se concerter sur l'organisation de l'exercice régional de planification</p> <p>Aussitôt arrêté, le planning régional de l'exercice de planification opérationnelle annuel est à partager avec le niveau central et avec les partenaires au développement</p>		<p>Elaboration des PTA des structures du niveau central : chaque centre de responsabilité élabore son PTA avec la participation de tous les acteurs concernés. Si plusieurs centres de responsabilités partagent la même direction ou le même service national, il est procédé à une synthèse au niveau de cette direction ou de ces services. C'est le cas par exemple des programmes nationaux tels que le PNLP, le PNT, dont les plans d'actions doivent être intégrés aux PTA de la Direction de la Lutte contre la Maladie</p>
3	Information des acteurs au niveau du district sanitaire lors d'une rencontre à organiser à cet effet	Production et large diffusion d'un planning régional consensuel d'élaboration du PTA	Programmation de l'accompagnement de l'exercice de planification au niveau régional et opérationnel sur la

ETAPES	NIVEAU DISTRICT SANITAIRE	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU CENTRAL
			base des plannings établis Consolidation du PTA du MSAS : l'ensemble des PTA du niveau central et du niveau régional sont consolidés par la DPRS pour la production d'un PTA unique du MSAS. Ce PTA est harmonisé et validé au cours d'une session du Comité Interne de Suivi (CIS) élargi aux PTF et autres parties prenantes
4	Bilan des Plans Opérationnels des Collectivités Locales pour le secteur de la santé (POCL-santé) et du PTA de l'année écoulée. Le PTA du district doit intégrer l'ensemble des POCL-santé des collectivités locales relevant de sa zone de responsabilité. Elaboration PTA de l'année suivante	Bilans des PTA des structures régionales (ECR, CHR, BRH, laboratoire régional, CRFS, service de l'Action social etc.) : Elaboration PTA de l'année suivante. Les PTA des EPS régionaux doivent être intégrés dans les PTA des régions médicales	Idem au niveau central
5	Synthèse participative du PTA du District Sanitaire. C'est une étape indispensable pour une intégration des activités au niveau de l'unité opérationnelle qu'est le District sanitaire. Un recensement des besoins de planification est effectué au niveau des différentes structures du district y compris celle de l'Action Sociale. C'est	Synthèse du PTA régional (consolidation des PTA des Districts Sanitaires et ceux des structures régionales) : L'harmonisation et la validation du plan consolidé de la région a lieu au cours d'une session regroupant les différentes parties prenantes (MCR,	Synthèse participative PTA au niveau du cabinet, directions et services centraux

ETAPES	NIVEAU DISTRICT SANITAIRE	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU CENTRAL
	sur cette base que le district élabore son PTA	Chefs de services régionaux, les MCD, Chargé de la planification, le Directeur d'EPS, les coordonnateurs des projets/programmes, les directions et services du niveau central, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et Organisations non gouvernementales (ONG) avec l'appui de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS). La participation active des collectivités locales à l'élaboration des PTA est nécessaire	
6	Les PTA doivent obligatoirement être saisis à l'aide de l'outil informatisé élaboré à cet effet. Au niveau de cet outil, il est important de noter que les « champs » concernant les Objectifs sectoriels, les Programmes fonctionnels, les actions, les Extraits et leurs indicateurs ne doivent en aucun cas être modifiés.		
7	Synthèse des PTA régionaux d'une part et des PTA du niveau central d'autre part		
8	Consolidation nationale des PTA et des budgets		

### II.3 Suivi évaluation/mesure de la performance

Tous ces documents programmatiques à moyen ou court terme incluent une partie cadre de performance propre. Ce cadre de performance indique les indicateurs définis pour la mesure des progrès réalisés par chaque programme à partir des cibles.

Le PTA concerne un centre de responsabilité donné, son cadre de performance prévoit le renseignement de l'évolution des cibles d'extrants selon une périodicité trimestrielle. Les résultats consignés dans le rapport de performance trimestrielle servent de base pour l'animation des réunions de suivi de PTA.

Chaque programme dispose d'un PAP/programme DPPD. Le PAP/programme DPPD regroupe de façon cohérente l'ensemble des actions de chacun des projets prévus par le programme, les coûts associés, les objectifs poursuivis, des résultats obtenus et attendus pour les années à venir mesurés par des indicateurs de performance. Ces indicateurs sont choisis dans la liste des indicateurs du PTA en rapport avec ledit programme dont il constitue les indicateurs traceurs. La charpente du cadre des résultats du PAP/programme DPPD est bâtie à partir de ces indicateurs traceurs. Ledit PAP/programme DPPD justifie l'évolution des crédits par rapport aux dépenses effectives de l'année antérieure, l'échéancier des crédits de paiements associé aux autorisations d'engagement. Il prévoit également, par catégorie d'emplois, les emplois rémunérés par l'Etat et la justification des variations par rapport à la situation existante.

Le DPPD étant le condensé des PAP/programme DPPD, son cadre de mesures est tiré des indicateurs traceurs des différents PAP/programme DPPD.

## **II.2. Justification de la révision du guide de gestion du PTA**

Les besoins de l'élaboration du PTA par les acteurs de la santé ont conduit le MSAS à produire en 2012 un Guide qui en précise les modalités ainsi que les outils de planification, de suivi et d'évaluation.

L'expérience tirée de la mise en œuvre dudit guide a permis de relever un certain nombre de difficultés/insuffisances d'ordre technique telles que : l'absence du programme relatif à l'action sociale et dénommé « Appui aux groupes vulnérables », la non prise en compte de certaines spécificités en matière de planification au niveau des EPS, le changement de cycle de planification. En plus, ce guide qui était arrimé sur le CDSMT ne répond plus totalement aux exigences du DPPD : les notions de composantes et sous composantes retenues dans l'ancien guide en rapport avec le CDSMT sont remplacées par le concept « Action » dans l'actuel guide. Ce sont essentiellement ces raisons qui ont conduit à sa révision.

## **III. CADRE REGLEMENTAIRE DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE AU MSAS**

### **III.1 Calendrier de préparation du Budget de l'Etat**

**Tableau II : Calendrier de préparation du Budget de l'Etat**

<b>PERIODES</b>	<b>TÂCHES</b>
<b>Janvier</b>	<b>Début des travaux de préparation budgétaire par les services concernés</b>

<b>Février</b>	<b>du ministère chargé des finances</b>
<b>Mars</b>	<b>Elaboration de la lettre de cadrage macroéconomique et budgétaire, élaboration de l'esquisse budgétaire, élaboration de la note d'orientation économique et financière par les services concernés du ministère chargé des finances</b>
<b>Avril</b>	<b>Envoi de la lettre de cadrage aux institutions et ministères dépen­siers ; Elaboration et transmission de la circulaire budgétaire aux institutions et ministères dépen­siers Envoi des enveloppes sectorielles indicatives aux ministères dépen­siers</b>
<b>Mai</b>	<b>Présentation des conditions d'exécution du budget en cours ; Elaboration et présentation de l'esquisse budgétaire; Transmission des versions préliminaires des rapports de performance par les institutions et ministères sous CDSMT</b>
<b>Juin</b>	<b>Débat d'orientation budgétaire par le Ministre chargé des Finances et le Parlement</b>
<b>Juin</b>	<b>Préparation et envoi des lettres plafond aux services dépen­siers par le ministère chargé des Finances ; Dépôt des projets de budget et des projets de dispositions à insérer dans le projet de Loi de Finances par les institutions et ministères dépen­siers concernés; Elaboration et envoi du calendrier des conférences par le Ministère chargé des Finances</b>
<b>Juillet-août</b>	<b>Conférences budgétaires entre le Ministère chargé des finances et les institutions et ministères dépen­siers ; Révision de la lettre de cadrage macroéconomique et budgétaire par le Ministère chargé des Finances;</b>
<b>Août</b>	<b>Pré-arbitrages budgétaires par le Ministre chargé des Finances : Arbitrages budgétaires par le Premier Ministre; Arrêt définitif des recettes et des dépenses par le Ministre chargé des Finances</b>

	<b>Révision des esquisses budgétaires</b>
<b>Septembre</b>	<b>Elaboration de la première mouture de la Loi des Finances par le Ministre chargé des Finances;</b> <b>Confection des fascicules budgétaires par le Ministre chargé des Finances ;</b> <b>Adoption du projet de la loi des finances par le Conseil des Ministres ;</b> <b>Finalisation des documents budgétaires par le Ministre chargé des Finances</b>
<b>Octobre</b> <b>Novembre</b> <b>Décembre</b>	<b>Dépôt du projet de la Loi de Finances sur le bureau de l'Assemblée nationale par le Secrétaire général du Gouvernement</b> <b>Vote du projet de la Loi de finances par le Parlement</b>
<b>Décembre</b>	<b>Promulgation de la Loi de finances par le Président de la République ;</b> <b>Publication de la Loi de Finances au Journal Officiel par le Secrétaire Général du Gouvernement</b>

**Source :** Décret 2009-85/MEFP du 30 janvier 2009 relatif à la préparation du budget de l'Etat

### **III.2 Calendrier de préparation du budget du MSAS**

**Tableau III :** Calendrier de préparation du Budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)

<b>DATES LIMITES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>PRODUITS LIVRABLES</b>
<b>Janvier</b>	<b>DPRS</b>	<b>Lancement du processus d'élaboration des PTA</b>
<b>Janvier-Mars</b>	<b>Centres de responsabilité</b>	<b>Production des PTA</b>
<b>Mars</b>	<b>DPRS</b>	<b>Synthèse des PTA des centres de responsabilité</b>
<b>30 Avril</b>	<b>DAGE</b>	<b>Réception de la notification des enveloppes budgétaires triennales du MEFP à partir de la</b>

		<b>proposition de budget du MSAS basée sur le PTA</b>
<b>Avril - Mai</b>	<b>DAGE et autres structures concernées</b>	<b>Proposition de répartition de l'enveloppe indicative du projet de budget sur la base de critères d'allocations budgétaires prédéfinis</b>
<b>Mai</b>	<b>DAGE</b>	<b>Transmission du projet de répartition du budget du MSAS au MEFP pour la préparation des pré-conférences budgétaires</b>
<b>15 mai</b>	<b>DAGE</b>	<b>Arbitrage du MSAS</b>
<b>20 mai</b>	<b>DAGE</b>	<b>Réajustements du projet de budget suivant les orientations du MSAS</b>
<b>30 Juin</b>	<b>DAGE</b>	<b>Transmission du projet de budget du MSAS au MEFP pour les conférences budgétaires</b>
<b>15 Décembre</b>	<b>DAGE</b>	<b>Notification du budget adopté pour le MSAS aux centres de responsabilité</b>

Une proposition de budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, sur la base des PTA validés, est finalisée après application des critères d'allocation des ressources définis au niveau du secteur.

Un arbitrage interne de cette proposition est effectué par le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale. Après cet arbitrage budgétaire, des réajustements sont opérés avant la finalisation et la transmission de la proposition de budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale au Ministère de l'Economie des Finances et du Plan dans les délais requis.

Des réunions d'orientation (Pré-conférence budgétaire) sont tenues au MEFP pour permettre de définir l'enveloppe budgétaire à allouer au secteur de la santé et de l'action sociale, en tenant compte des besoins exprimés sur la base des performances visées dans le PTA du MSAS.

La proposition de budget du MSAS est étudiée et arbitrée au niveau du MEFP, pour la définition du budget à allouer.

### **III.3 Calendrier d'élaboration du PTA au MSAS**

#### **Tableau IV : Calendrier de l'élaboration du Plan de Travail Annuel du MSAS**

<b>ETAPES DE LA PLANIFICATION</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>DEBUT PROCESSUS</b>	<b>FIN PROCESSUS</b>
<b>1. Diffusion de la Circulaire ministérielle de lancement du processus d'élaboration des Plans de Travail Annuels (PTA)</b>	<b>Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS)</b>	<b>02 Janvier</b>	<b>05 Janvier</b>
<b>2. Elaboration des PTA des centres de responsabilité du MSAS</b>	<b>Centres de responsabilité du MSAS</b>	<b>05 Janvier</b>	<b>28 Février</b>
<b>3. Validation, synthèse des PTA au niveau des RM et des Directions Générales et transmission à la DPRS</b>	<b>Centres de responsabilité du MSAS</b>	<b>28 Février</b>	<b>10 Mars</b>
<b>4. Synthèse globale et transmission des PTA au Ministre de la Santé et de l'Action Sociale</b>	<b>DPRS / DAGE</b>		
<b>5. Proposition du projet de budget sur la base des PTA à soumettre à l'arbitrage du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale</b>		<b>10 mars</b>	<b>31 mars</b>

Le processus d'élaboration du PTA au niveau du secteur démarre en janvier avec la Circulaire du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale portant directives d'élaboration.

Tous les Centres de responsabilité du secteur doivent, à partir de cette circulaire, décliner un cadre opérationnel permettant d'atteindre des performances bien définies à travers une programmation budgétisée des activités.

Les Régions Médicales et Directions Générales du MSAS doivent procéder à la synthèse de l'ensemble des PTA des centres de responsabilité sous leur tutelle et les transmettre à la DPRS au plus tard le 10 mars de chaque année.

La DPRS et la DAGE se chargent de la Synthèse globale de l'ensemble des PTA reçus afin de proposer sur cette base le projet de budget du secteur à transmettre pour arbitrage au Ministre de la Santé et de l'Action Sociale au plus tard le 31 mars de chaque année.

### **III.4 Cycle de planification**

#### **1. ETAPE D'ELABORATION DU PTA**

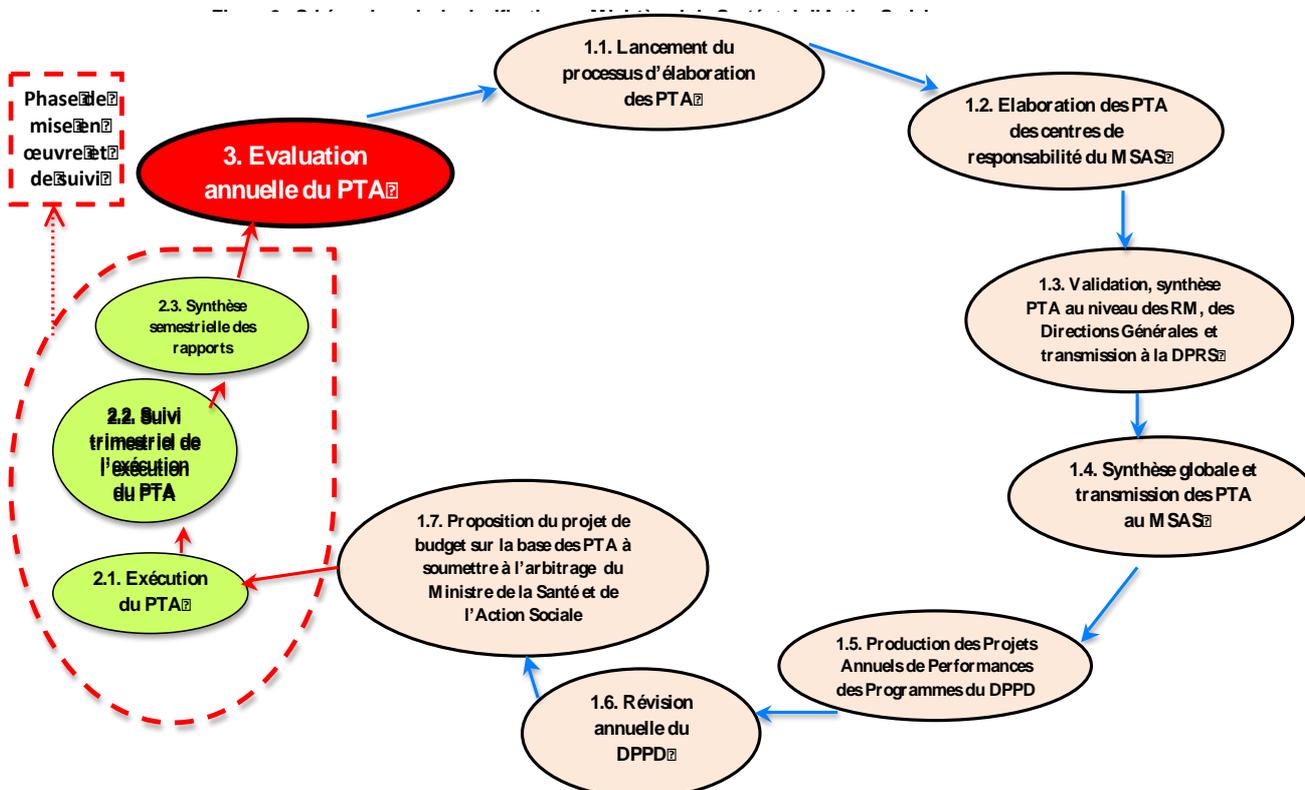
1. Lancement du processus d'élaboration des Plans de Travail Annuels (PTA) par Circulaire du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale
2. Elaboration des PTA des centres de responsabilité du MSAS :  
au niveau régional, une rencontre de partage et de concertation sur les directives de planification doit se tenir entre les équipes cadres de Régions (ECR) et les équipes cadres de Districts (ECD) pour une bonne organisation de l'exercice régional de planification.
3. Validation, synthèse des PTA au niveau des RM et des Directions Générales et transmission à la DPRS
4. Synthèse globale et transmission des PTA au MSAS
5. Révision annuelle du DPPD
6. Production des Projets Annuels de Performances des Programmes du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD)
7. Proposition du projet de budget sur la base des PTA à soumettre à l'arbitrage du MSAS

#### **2. ETAPE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI**

1. Exécution du PTA
2. Suivi trimestriel de l'exécution du PTA des centres de responsabilité
3. Synthèse semestrielle des rapports trimestriels de suivi du PTA par la DPRS

#### **3. ETAPE D'EVALUATION**

1. Evaluation annuelle du PTA (rapport annuel de performances)



**Figure 2 : Schéma du cycle de planification au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

### **III.5 Calendrier budgétaire et le calendrier d'élaboration du PTA**

Le calendrier d'élaboration du PTA au MSAS découle du calendrier budgétaire décrit par le Décret n° 2009-85/MEFP du 30 janvier 2009 relatif à la préparation du budget de l'Etat.

La détermination des enveloppes budgétaires triennales allouées au MSAS intègre les besoins des centres de responsabilité définis dans le PTA du secteur.

Le PTA global du MSAS est réajusté et finalisé une fois les enveloppes budgétaires triennales notifiées. La DAGE notifie les enveloppes budgétaires triennales aux centres de responsabilité pour leur permettre de finaliser leur PTA.

Le projet de budget du MSAS est finalisé en fonction de ces enveloppes et transmis au MEFP en vue de la tenue des conférences budgétaires.

### **III.6 Place de la « performance » dans la mise en œuvre du PTA du MSAS**

#### **III.6.1 Place de la « performance »**

Pour les besoins de l'élaboration de la Loi de Finances, l'article 46 de la Directive n°06/2009/CM/UEMOA portant Loi de Finances au sein de l'UEMOA, dispose que les annexes y relatifs sont accompagnées du projet annuel de performance de chaque programme qui précise : la présentation de chacune des actions et de chacun des projets prévus par le programme, des coûts associés, des objectifs poursuivis, des résultats obtenus et attendus pour les années à venir mesurés par des indicateurs de performance.

L'article 12 de la même Directive n°06/2009/CM/UEMOA portant Loi de Finances au sein de l'UEMOA indique que les programmes sont associés à des objectifs précis, qui sont arrêtés en fonction de finalités d'intérêt général et des résultats attendus. Ces résultats, mesurés notamment par des indicateurs de performance, font l'objet d'évaluations régulières et donnent lieu à un rapport de performance élaboré en fin de gestion par les ministères et institutions constitutionnelles concernés.

Pour mettre en pratique cette logique de planification, de suivi et d'évaluation, le MSAS met l'accent sur la mesure de la performance à travers les extraits.

L'intégration de la performance est matérialisée par la colonne « Performance » subdivisée en trois colonnes que sont : « extrait », « indicateur d'extrait » et « cible d'extrait ».

**PERFORMANCE DANS LA MAQUETTE DE PLANIFICATION**

RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL									
OBJECTIF SECTORIEL :		REDUIRE LE FARDEAU DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTO JUVENILE							
PROGRAMMES 1 :		SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT							
ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	PERFORMANCES			ACTIVITES	COÛT	ECHANCIER		RESPONSABLE DE L'ACTIVITE
		EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	CIBLE D'EXTRANTS			DEBUT	FIN	
			Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié						
		Les accouchements sont réalisés par du personnel qualifié	Ratio Sage-femme/Femmes en Âge de Reproduction						

**Figure 3 : Place de la « performance » dans les outils de planification, de suivi et d'évaluation du MSAS**

Chaque centre de responsabilité fixe les cibles annuelles rattachées à chaque indicateur d'extrant au moment de la planification.

Sur la base des performances visées, le MSAS élabore son Projet Annuel de Performances, annexe du projet de budget du secteur.

Au cours de la mise en œuvre, un suivi trimestriel du niveau d'exécution de chaque indicateur d'extrant est effectué en corrélation avec l'exécution budgétaire.

En fin d'année, une évaluation de la performance est effectuée à travers l'évaluation du niveau de mise en œuvre annuelle de chaque indicateur d'extrant en vue de l'élaboration du rapport annuel de performances.

### **III.6.2 Chaîne de résultats au MSAS**

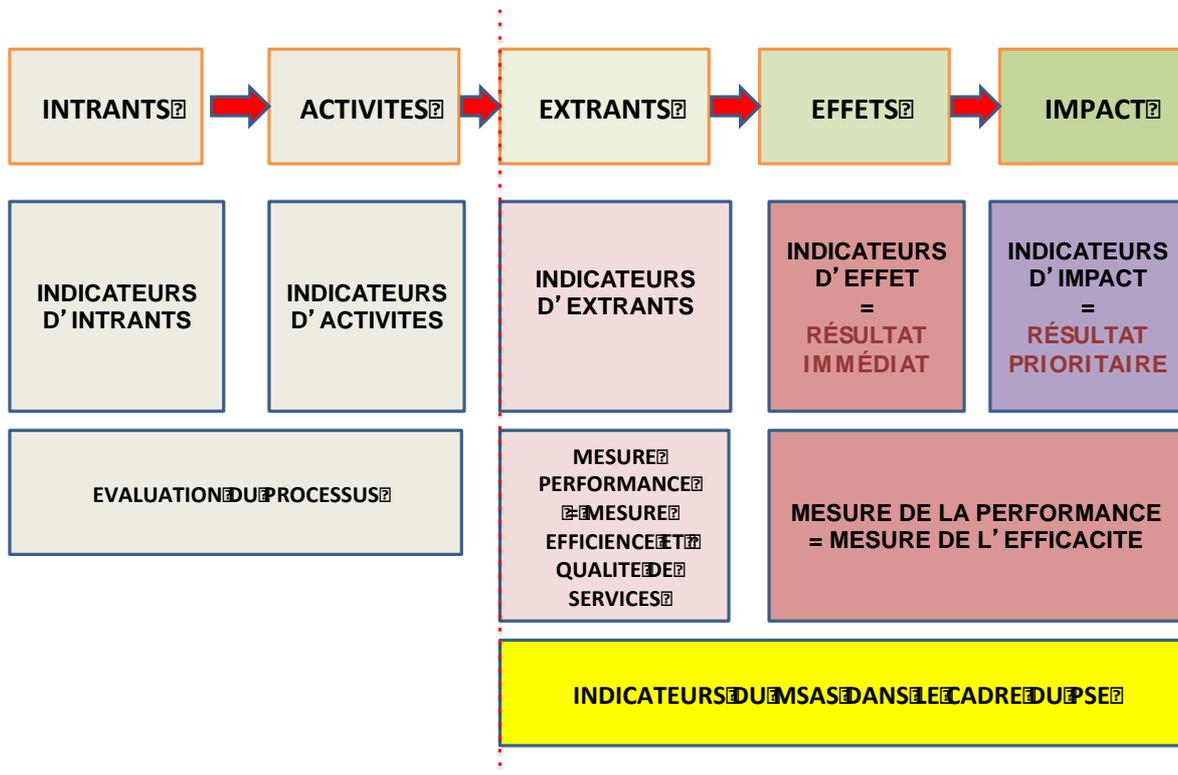
La bibliothèque d'extrants qui a été développée de façon consensuelle est en cohérence avec la chaîne de résultats du secteur définie à partir des indicateurs prioritaires des programmes du DPPD.

En effet pour un suivi de la performance du secteur dans la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent (PSE) un cadre de mesure de la performance du secteur a été défini.

La chronologie de ce cadre suit la même logique que la chaîne de résultats dans le processus de la Gestion Axée sur les Résultats :

- le résultat à long terme « impact », mesuré au moins tous les cinq ans, est dénommé dans le contexte de suivi de la performance du PSE « résultat prioritaire » ;
- le résultat à moyen terme « effet », mesuré au moins tous les deux à trois ans, est dénommé dans le contexte de suivi de la performance du PSE « résultat immédiat » ;
- le résultat à court terme « extrant », mesuré au moins toutes les années, est dénommé dans le contexte de suivi de la performance du PSE « extrant » ;

Au niveau du secteur de la santé et de l'action sociale, les résultats prioritaires permettent la mesure des performances des programmes du DPPD. C'est dans cette logique que tous les indicateurs d'extrants de la programmation opérationnelle permettent la mesure de la performance des programmes du DPPD en cohérence avec la logique de la chaîne de résultats.



**Figure 4 : schématisation de la chaîne de résultats au MSAS**

## IV. CADRE OPERATIONNEL D'ELABORATION DES PTA

### IV.1 Définitions (opérationnelles) des concepts

- **Action** : découpage indicatif du programme, elle apporte des précisions sur la destination prévue des crédits.
- **Activité** : ensemble de tâches menant à la production d'un extrait ou produit.
- **Autorisation d'engagement (AE)** : limite supérieure des dépenses pouvant être juridiquement engagées au cours de l'exercice pour la réalisation des investissements prévus par la loi de finances.  
Pour une opération d'investissement directement exécutée par l'Etat, l'autorisation d'engagement couvre une tranche constituant une unité individualisée formant un ensemble cohérent et de nature à être mis en œuvre sans adjonction.  
Pour les contrats de partenariats publics-privés par lesquels l'Etat confie à un tiers le financement, la réalisation, la maintenance ou l'exploitation d'opération d'investissement d'intérêt public, les autorisations d'engagement couvrent, dès l'année où les contrats sont conclus ; la totalité de l'engagement juridique.
- **Crédit de paiement (CP)** : limite supérieure des dépenses pouvant être ordonnancées ou payées au cours de l'exercice.
- **Budget de l'Etat** : Document unique qui prévoit et autorise, pour une année civile, l'ensemble des ressources et charges de l'Etat.
- **Budget programme** : Outil de gestion des finances publiques utilisé dans le cadre de la GAR. Il s'agit d'améliorer l'efficacité de la dépense publique en orientant la gestion vers des résultats. Il établit un lien étroit entre l'allocation des ressources budgétaires et les résultats prédéfinis dans le processus de programmation, de budgétisation, de suivi et d'évaluation de l'action publique.
- **Cycle de planification** : étapes de la planification qui selon une périodicité précisée par un calendrier annuel (dates de début et de fin fixées) décrit les phases du processus de planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.
- **Calendrier de planification** : définition des dates de début et fin des différentes phases du cycle de planification.

- **Calendrier budgétaire** : définition des dates de début et fin des étapes d'élaboration du budget et identifie les structures responsables.
- **Cible attendue** : niveau de résultat souhaité. La cible choisie doit être réaliste et réalisable. Elle tient compte des ressources disponibles de même que des contraintes liées à l'organisation et à l'environnement.
- **Cible atteinte** : niveau de résultats obtenu après mise en œuvre des activités du PTA.
- **Centre de responsabilité** : unité de planification opérationnelle au MSAS à travers l'élaboration du PTA. Le centre de responsabilité est un service doté d'un budget avec des activités relativement homogènes ou complémentaires, disposant de moyens sur lesquels le responsable a une latitude décisionnelle de mise en œuvre.
- **Coût** : montants inscrits pour la réalisation d'une activité.
- **Dépense d'investissement** : elles concernent des opérations en capital et comprennent les dépenses directes d'investissement (acquisitions mobilières et immobilières, travaux neufs, grosses réparations), les remboursements d'emprunts, les prêts et avances ainsi que les subventions d'équipements versées.
- **Dépense de fonctionnement** : dépenses liées au fonctionnement courant d'un centre de responsabilité (entretien, fourniture, frais du personnel).
- **Extrant** : résultat immédiat de la mise en œuvre d'une activité.
- **Effet** : résultats à moyen terme, attribuable directement ou indirectement à une action.
- **Impact** : résultats à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non.
- **Efficacité** : mesure du rapport entre les résultats obtenus et les objectifs préalablement fixés.
- **Efficience** : rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre (financiers, humains, temps, etc.).
- **Echéancier** : limites de délimitation de l'exécution des activités. Il comprend une date de début et une date de fin.

- **Evaluation** : appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficacité en matière de développement, l'efficacité, l'impact et la durabilité.
- **Gestion axée sur les résultats (GAR)** : approche qui vise à apporter d'importantes modifications au mode de fonctionnement des centres de responsabilité, l'accent étant mis sur l'amélioration de la performance exprimée par les résultats.  
Elle comporte un cadre et des outils de gestion qui facilitent la planification stratégique, la gestion des risques, le suivi de la performance et l'évaluation. Elle vise principalement à améliorer les capacités d'apprentissage de l'organisation et à permettre à cette dernière de s'acquitter de son obligation de rendre compte par la présentation de rapports sur la performance.
- **Indicateur de performance** : variable pertinente pour la prise de décision. Indicateur permettant de vérifier les changements intervenus en cours d'action ou les résultats obtenus par rapport à ce qui était planifié.
- **Intrant** : ressources (humaine, financière, matérielle) requises pour mettre en œuvre une activité.
- **Indicateur** : variable de nature quantitative ou qualitative qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement.
- **Loi de finances** : texte juridique produit et mis en œuvre par le Gouvernement, voté par le Parlement et qui retrace et autorise chaque année le prélèvement des ressources et la réalisation des charges d'un Etat pour l'année suivante.
- **Objectif** : résultat visé par un centre de responsabilité au cours d'une période définie pour une cible bien déterminée.
- **Objectif(s) sectoriel(s)** : Objectif globaux que le ministère en charge de la santé doit atteindre sur le long terme.
- **Programme** : regroupement de « crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions représentatif d'une politique publique clairement définie dans une perspective de moyen terme » et qui relève d'un même ministère. C'est un ensemble de moyens dédiés à la mise en œuvre d'une politique publique, pour atteindre des résultats en gérant ces moyens par la performance.

- **Performance** : capacité à produire des résultats conformes aux objectifs fixés et à un coût acceptable. La performance est tout ce qui contribue à atteindre les résultats prioritaires et/ou intermédiaires. Les indicateurs d'extrants sont des mesures quantitatives ou qualitatives de résultats visés par les programmes. La performance est mesurée à travers l'efficacité, l'efficacités et la qualité de services. La notion de performance induit la redevabilité envers le Parlement et le public. Elle permet d'améliorer la qualité des programmes et leur gestion, la rationalisation des allocations budgétaires et l'alignement des dépenses avec les objectifs stratégiques.
- **Planification** : 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 différentes alternatives ; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou prévisible dans le futur.
- **Partenaire technique et financier (PTF)** : acteur d'un pays ou Organisation extérieure travaillant avec les autorités nationales pour soutenir le développement du pays.
- **Projet annuel de performance (PAP/DPPD)** : Document qui présente la stratégie, les objectifs et les indicateurs de performance de chacun des Programmes du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses, ainsi que des précisions sur les méthodes de renseignement des différents indicateurs. Il précise également les coûts des actions et des projets ainsi que la répartition par grandes catégories des emplois rémunérés par l'Etat des Programmes auxquels ils se réfèrent. Il est annexé au projet de loi de finances.
- **Plan d'Actions Prioritaires (PAP/PSE)** : opérationnalise le Plan Sénégal Emergent à travers la mise en cohérence des axes stratégiques, objectifs sectoriels et lignes d'action, avec les projets et programmes de développement dans un cadre budgétaire sur une période quinquennale.
- **Rapport de performance** : il permet d'évaluer l'atteinte des objectifs initialement fixés dans le Projet annuel de Performance. Instrument clé pour apprécier la qualité de l'action publique, il est annexé au projet de Loi de règlement.
- **Suivi** : processus continu de collecte systématique d'informations, selon des indicateurs choisis, pour fournir aux gestionnaires et aux parties prenantes d'une action de développement en cours, des éléments sur les progrès réalisés, les objectifs atteints et l'utilisation des fonds alloués. Termes connexes : suivi des performances, indicateur.

## **IV.2 Notions d'Extrants et Indicateurs d'Extrants du PTA**

La réforme des finances publiques n'avait pas été amorcée au niveau du secteur de la santé au moment où le guide de gestion du PTA de même que les outils qui l'accompagnent étaient élaborés en 2012. C'est fort de ce constat, qu'il est devenu impératif de procéder à une révision intégrale du document et de ses outils. C'est dans ce cadre que le MSAS, accompagné de ses partenaires, a entrepris de mettre en œuvre le processus de révision de ce guide.

Le processus de définition des extraits et des indicateurs d'extraits du PTA s'est fait en quatre grandes phases :

1. **La première phase** a consisté en la révision et la validation d'une bibliothèque d'extraits consensuelle pour le niveau central.
2. **La seconde phase** a consisté en la révision et la validation d'une bibliothèque d'extraits consensuelle pour les EPS.
3. **La troisième phase** a consisté en la révision et la validation d'une bibliothèque d'extraits consensuelle pour les régions médicales.
4. **La quatrième phase** enfin, a consisté en la synthèse de tous les extraits identifiés pour disposer d'une seule et unique bibliothèque d'extraits.

### **IV.3. Détermination des Cibles d'Extraits**

La détermination des cibles doit tenir compte de deux facteurs au moins :

- le niveau de base concernant l'extrait. Ce niveau de base doit être évalué à partir du système d'information existant. L'idéal est d'avoir une valeur de base pour l'année précédente. Dans le cas contraire, la valeur la plus récente sera prise en compte. Devant l'absence d'une valeur de base, on peut être amené à procéder à une collecte d'informations pour établir une valeur de référence. Si toutes ces conditions ne sont pas réunies, une estimation consensuelle entre les différents acteurs est nécessaire.
- les ressources mobilisables pour la période. La première ressource est le temps. Il faut s'assurer que l'ensemble des activités à mener pour arriver à l'extrait peuvent tenir dans les délais fixés. Il faut également évaluer les capacités en ressources humaines et le niveau de ressources financières disponible. Un dernier point est constitué par l'existence d'une technologie appropriée.

L'exercice de fixation des cibles constitue le premier pas vers les engagements que prend le responsable de l'activité. C'est pourquoi il est important pour les Chefs de Programmes que leur Projet Annuel de performances soit articulé autour des extraits fixés pour l'ensemble des interventions de leurs programmes.

À partir du deuxième exercice, les valeurs de base sont directement tirées des résultats obtenus l'année précédente.

## IV.4 Remplissage des outils

### IV.4.1 Page d'accueil de la maquette de saisie du PTA

REPUBLICQUE DU SENEGAL  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE**  
 DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES (DPRS)

**MAQUETTE DE SAISIE DU PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA) DES CENTRES DE RESPONSABILITE**

NOM DU CENTRE DE RESPONSABILITE : [ ]

ANNEE DU PTA : [ ]

**MENU**  
 INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE

SAISIE	PLANIFICATION	PROGRAMME 1 : SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT PROGRAMME 2 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE PROGRAMME 3 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE PROGRAMME 4 : GOUVERNANCE SANITAIRE PROGRAMME 5 : APPUI AUX GROUPES VULNERABLES COMPILATION DES PROGRAMMES BUDGET PAR SOURCES DE FINANCEMENT ET PAR NATURE DES DEPENSES
	SUIVI	SUIVI
PRODUITS GENERES	PTA GLOBAL DU CENTRE DE RESPONSABILITE EVALUATION	

1. Zone de saisie du centre de responsabilité

2. Zone de saisie de l'année du PTA

Zone de sélection du programme

**Figure 5** : Présentation de la page d'accueil de la maquette de planification opérationnelle du MSAS

Après ouverture de la page d'accueil, l'utilisateur devra :

- Saisir le nom du centre de responsabilité à la zone de saisie indiquée (voir figure 4)
- Saisir l'année du PTA à la zone de saisie indiquée (voir figure 4)
- Faire le choix de son opération à travers la zone « MENU » : à travers les feuilles « Programme... » l'utilisateur a accès à la feuille de programmation opérationnelle ; à travers la

feuille « Budget » il procède à la programmation budgétaire détaillée et les feuilles « suivi » et « évaluation » permettent d'accéder aux feuilles y afférents.

#### IV.4.2. Planification opérationnelle à travers les feuilles « Programme » et « Budget »

##### IV.4.2.1 Les feuilles « Programme » comportent 10 colonnes que sont :

1. Action du DPPD
2. Objectifs spécifiques du DPPD
3. Performance subdivisée en trois colonnes : extrant, indicateur d'extrant et cible d'extrant
4. Activités
5. Coût
6. Echancier subdivisé en deux colonnes : « début » et « fin »
7. Responsable de l'activité

RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL									
OBJECTIF SECTORIEL :		REDUIRE LE FARDEAU DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTO JUVENILE							
PROGRAMMES 1 :		SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT							
ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	PERFORMANCES			ACTIVITES	COÛT	ECHEANCIER		RESPONSABLE DE L'ACTIVITE
		EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	CIBLE D'EXTRANTS			DEBUT	FIN	
			Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié						
		Les accouchements	Ratio Sage-						

**Figure 6 :** Présentation des feuilles « programme » de la maquette de planification opérationnelle du MSAS

Les colonnes « Action », « objectif spécifique », « extrant » et « indicateur d'extrant » sont prédéfinies et verrouillées.

Les colonnes à renseigner par l'utilisateur sont :



**NB : Pour passer d'une feuille à une autre, cliquer sur le bouton « retour à la page de garde » et faire un nouveau choix dans le menu**

RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL									
OBJECTIF SECTORIEL :		REDUIRE LE FARDEAU DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTO JUVENILE							
PROGRAMMES 1 :		SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT							
ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	PERFORMANCES			ACTIVITES	COÛT	ECHANCIER		RESPONSABLE DE L'ACTIVITE
		EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	CIBLE D'EXTRANTS			DEBUT	FIN	
			Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié						

Onglet « retour à la page d'accueil »

**Figure 8 : Présentation de l'onglet « retour à la page d'accueil » des feuilles « programme » de la maquette de planification opérationnelle du MSAS**

#### IV.4.2.2 La feuille « Compilation des Programmes »

Cette feuille présente un aperçu, à travers une vue d'ensemble, de l'ensemble des programmes renseignés par l'utilisateur.

Elle comporte les mêmes colonnes et les mêmes lignes que les feuilles « programmes », à savoir 10 colonnes que sont :

1. Action du DPPD
2. Objectifs spécifiques du DPPD
3. Performance subdivisée en trois colonnes : extrant, indicateur d'extrant et cible d'extrant
4. Activités
5. Coût



d'extrant

6. Coût

7. Sources de financement, qui sont de cinq types : « Etat », « Collectivités locales », « Recettes propres », « Partenaires techniques et financiers » et « Autres sources ».

8. Chaque source de financement est subdivisée en trois rubriques : « Dépenses de fonctionnement », « Dépenses d'investissement » et « Total de la source de financement ».

9. La colonne, « total général », de l'ensemble des sources de financement est automatiquement renseignée et présentée en « valeur absolue » et en « valeur relative ».

BUDGET											
OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES	ACTION du DPPP	EXTRANTS	COUT	ETAT			COLLECTIVITES LOCALES (CL)			
					DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	DEPENSES D'INVESTISSEMENTS	TOTAL ETAT	DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	DEPENSES D'INVESTISSEMENTS	DEPENSES DE PERSONNEL	TOTAL CL
								Les femmes enceintes ont fait leurs quatre (4) Consultations prénatales (CPN)	0		
			Les décès maternels sont audités	0			0				0
			Les décès néonataux sont audités	0			0				0
			Les grossesses compliquées sont prises en charge	0			0				0

**Figure 10 : Feuille de définition des sources de financements et de la nature des dépenses**

- Les colonnes « Objectifs sectoriels », « Programmes fonctionnels », « Action », « objectif spécifique », « extrant » et « indicateur d'extrant » sont prédéfinies et verrouillées
- Les colonnes « cible d'extrants » et « coût » qui étaient renseignées dans les feuilles « Programme » seront automatiquement générées dans la feuille « Budget ».
- Dans la colonne « Etat », comme dans les autres colonnes sources de financement, inscrire le montant selon la nature de la dépense : « dépenses de fonctionnement » et « dépenses d'investissement ». Il est important de faire une séparation de la nature de la dépense. Une dépense de fonctionnement, c'est une dépense liée au fonctionnement courant d'un centre de responsabilité (entretien, fourniture, frais du personnel), et la dépense d'investissement concerne les opérations en capital et comprennent les dépenses directes d'investissement (acquisitions mobilières et immobilières, travaux neufs, grosses réparations), les remboursements d'emprunts, les prêts et avances ainsi que les subventions d'équipements versées.

**b.** Le deuxième tableau présente le détail du financement provenant des partenaires techniques et financiers par nature de dépenses pour l'ensemble des actions du DPPD réparties par programme. Il comporte 24 colonnes que sont :

- La colonne « Nature de dépenses par partenaires techniques et financiers » comporte deux colonnes : une colonne « Partenaires techniques et financiers » et une colonne « Nature de dépenses ».
- Dans la colonne du Programme1 « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent », comme dans les quatre autres programmes, inscrire le montant de la nature de dépenses des PTF par Action du DPPD.
- La colonne, « total général », de l'ensemble des programmes du DPPD est automatiquement renseignée.

Partenaires Techniques et Financiers		1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent			2. Prévention et prise en charge de la maladie			
		1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-2 Survie de l'enfant	1-3 Santé de la reproduction des adolescents et jeunes	2-1 Maladies transmissibles	2-2 Maladies non transmissibles		2-3 Prévention
Organisation Mondiale de la Santé	DEPENSES DE FONCTIONNEMENT							
	DEPENSES D'INVESTISSEMENT							
	DEPENSES DE PERSONNEL							
	TOTAL							
UNICEF	DEPENSES DE FONCTIONNEMENT							
	DEPENSES D'INVESTISSEMENT							
	DEPENSES DE PERSONNEL							
	TOTAL							

**Figure 11** : Feuille de définition du détail du financement des Partenaires Techniques et Financiers

#### IV.4.3. PTA global du centre de responsabilité

RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL													
SYNTHESE DES 5 PROGRAMMES													
OBJECTIF SECTORIEL	PROGRAMME	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DE DPPD	EXTRANTS	COÛT								
					ETAT	Collectivités locales (CL)	Recettes Propres	PARTICIPATION POPULAIRE (COMITE DE GESTION)	Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	Autres FONDS PREVE (ENTREPRISES DONATEURS)	TOTAL		
DS 1 : REDUIRE LE NIVEAU DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTO-JUVENILE	PROGRAMME 1 : SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	1.1 Santé de la mère et du nouveau-né	1.1.2 Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale	Les prestations de services de santé de la reproduction sont assurées dans les points de prestations	0	0	0	0	0	0	0		
				Les femmes porteuses de fistule sont prises en charge	0	0	0	0	0	0	0		
				Les soins du nouveau nés sont assurés dans les structures	0	0	0	0	0	0	0		
			1.1.2 Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale	Les capacités des acteurs communautaires de santé sont renforcés dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né	0	0	0	0	0	0	0		
				Les individus, les familles, les communautés et les organisations de la société civile sont sensibilisées sur les facteurs de risques et les signes de danger de la santé maternelle et néonatale	0	0	0	0	0	0	0		
			1.1.3 Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale	Le plan de communication sur la planification familiale est mis en œuvre	0	0	0	0	0	0	0		
				Les prestations de planification familiale sont assurées dans tous les points de prestations de services PF	0	0	0	0	0	0	0		

**Figure 12 : Feuille de présentation du PTA global du centre de responsabilité**

#### IV.4.4. Suivi et Evaluation de la planification opérationnelle à travers les feuilles « Suivi » et « Evaluation »

IV.4.4.1 La feuille « Suivi » comporte 23 colonnes que sont :

1. Objectifs sectoriels
2. Programmes fonctionnels
3. Action du DPPD
4. Performance subdivisée en trois colonnes : extrant, indicateur d'extrant et cible d'extrant
5. Coût
6. Quatre colonnes pour le suivi trimestriel. Pour chaque trimestre sont déclinés les cibles atteintes, les cibles attendues et les montants exécutés
7. Les colonnes « Cible annuelle atteinte » et « montant annuel »
8. une colonne « Ecart /Cible » et une colonne «Ecart/ montant exécuté »

RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL															
SUIVI															
OBJECTIF SECTORIEL	PROGRAMME	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	PERFORMANCES			COÛT	TRIMESTRE 1			TRIMESTRE 2				
				EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	CIBLE D'EXTRANTS		CIBLE ATTENDUE TRIMESTRE 1	CIBLE ATTEINTE TRIMESTRE 1	COÛT EXECUTE TRIMESTRE 1	CIBLE ATTENDUE TRIMESTRE 2	CIBLE ATTEINTE TRIMESTRE 2	COÛT EXECUTE TRIMESTRE 2		
					Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	0	0								

**Figure 13 : Feuille de suivi trimestriel du PTA**

- Les colonnes « Objectifs sectoriels », « Programmes fonctionnels », « Action », « extrant », « indicateur d'extrant » et « coût » sont prédéfinies et verrouillées
- Dans les colonnes « suivi trimestriel », indiquer les cibles à atteindre, les cibles atteintes et le montant exécuté pour chaque trimestre
- Les colonnes « Ecart /Cible » «Ecart/ montant exécuté » seront générées automatiquement. Ces colonnes devront faire l'objet d'analyse dans le rapport de suivi.

#### IV.4.4.2 La feuille « Evaluation » comporte 12 colonnes que sont :

1. Objectifs sectoriels
2. Programmes fonctionnels
3. Objectifs spécifiques du DPPD
4. Performance subdivisée en trois colonnes : extrant, indicateur d'extrant et cible d'extrant
5. Coût
6. Cible annuelle atteinte en N-1
7. Cible annuelle atteinte
8. Montant annuel exécuté
9. une colonne « Ecart/Cible » et une colonne « Ecart/montant exécuté »

EVALUATION

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES FONCTIONNELS	OBJECTIFS SPECIFIQUES du DPPD	PERFORMANCE			COUT	CIBLE ANNUELLE ATTEINTE EN N-1	CIBLE ANNUELLE ATTEINTE	MONTANT ANNUEL EXECUTE	OBSRVATION	
			EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	CIBLE D'EXTRANTS					CIBLE	MONTANT
OS1 : Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile	1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	1.1.1 Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né par du personnel qualifié.									
		1.1.2 Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale									
		1.1.3 Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale									
		1.2.1 Améliorer la survie de l'enfant									
		1.3.1 Améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents									
OS2 : Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2. Prévention et prise en charge de la maladie	2.1.1 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles									
		2.2.1 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles									
		2.3.1 Augmenter la couverture vaccinale									
OS3 : Renforcer durablement le	3. Renforcement du système	3.1.1 Améliorer la couverture en infrastructures sanitaires									
		3.1.2 Assurer la maintenance des équipements et des infrastructures									
		3.1.3 Assurer la disponibilité en personnel dans									

**Figure 14 : Feuille d'évaluation du PTA**

- Les colonnes « Objectifs sectoriels », « Programmes fonctionnels », « Objectifs spécifiques », « extrant », « indicateur d'extrant » et « coût » sont prédéfinies et verrouillées
- Dans la colonne «Cible annuelle atteinte en N-1 », indiquer les cibles atteintes en N - 1
- Dans la colonne «Cible annuelle atteinte », indiquer les cibles atteintes dans l'année d'exécution
- Dans la colonne « Montant annuel exécuté », indiquer les montants exécutés en cours d'année
- Les colonnes « Ecart/Cible » et « Ecart/montant exécuté » seront générées automatiquement et devront faire l'objet d'analyse dans le rapport de suivi-évaluation.

## IV.5 Synthèse des PTA

Après l'élaboration des PTA par chaque Centre de responsabilité, les synthèses se font aux différents niveaux ci-après :

### 1. REGIONS MEDICALES

Chaque région médicale fait la synthèse des PTA des districts sanitaires et des services régionaux de la Santé et de l'Action sociale.

### 2. DIRECTIONS GENERALES

Chaque Direction générale fait la synthèse des PTA de ses Directions et Services rattachés.

### 3. AUTRES DIRECTIONS ET SERVICES

Chaque direction et service élabore son PTA et le transmet à la DPRS pour la synthèse nationale.

### 4. DPRS

La DPRS fait la synthèse globale des PTA au niveau national.

#### IV.5.1 Page d'accueil de la maquette de synthèse des PTA

Après ouverture de la page d'accueil de la maquette de synthèse des PTA, l'utilisateur devra :

- Saisir le nom du centre de responsabilité, responsable de la synthèse des PTA, à la zone de saisie indiquée (voir figure 15)
- Saisir l'année du PTA à la zone de saisie indiquée (voir figure 15)
- Saisir le nom de chacun des centres de responsabilité dont le PTA est à synthétiser

REPUBLICQUE DU SENEGAL  
MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE  
DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES (DPRS)

MAQUETTE DE SYNTHESE DES PLANS DE TRAVAIL ANNUEL (PTA) PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

SERVICE RESPONSABLE DE LA SYNTHESE :

ANNEE DU PTA :

MENU

INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE

PTA DES CENTRES DE RESPONSABILITES A SYNTHETISER

CENTRE DE RESPONSABILITE 1	
CENTRE DE RESPONSABILITE 2	
CENTRE DE RESPONSABILITE 3	
CENTRE DE RESPONSABILITE 4	
CENTRE DE RESPONSABILITE 5	
CENTRE DE RESPONSABILITE 6	
CENTRE DE RESPONSABILITE 7	
CENTRE DE RESPONSABILITE 8	
CENTRE DE RESPONSABILITE 9	
CENTRE DE RESPONSABILITE 10	
CENTRE DE RESPONSABILITE 11	
CENTRE DE RESPONSABILITE 12	
CENTRE DE RESPONSABILITE 13	
CENTRE DE RESPONSABILITE 14	
CENTRE DE RESPONSABILITE 15	
CENTRE DE RESPONSABILITE 16	
CENTRE DE RESPONSABILITE 17	
CENTRE DE RESPONSABILITE 18	
CENTRE DE RESPONSABILITE 19	
CENTRE DE RESPONSABILITE 20	

CLIQUER SUR CES LIENS POUR AFFICHER LES PTA DES CENTRES DE RESPONSABILITE S RATTACHES AU SERVICE RESPONSABLE DE LA SYNTHESE

CLIQUER SUR CE LIEN POUR AFFICHER VOTRE SYNTHESE

PRODUIT GENERE SYNTHESE DES PTA

**Figure 15 : Maquette de synthèse des PTA**

Zone de saisie du nom  
des centres de  
responsabilité objet de  
synthèse

## IV.5.2 Page de collage du PTA global des centres de responsabilité au niveau de la maquette de synthèse des PTA

				RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL							
CENTRE DE RESPONSABILITE :											
OBJECTIF SECTORIEL	PROGRAMME	ACTIONS DU DFPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DFPD	EXTRANTS	CÔÛT						
					ETAT	COLLECTIVITES LOCALES (CL)	RECETTES PROPRES	PARTICIPATION POPULATION (COMITE DE GESTION)	PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTE)	AUTRES FONDS PRIVES (ENTREPRISES INDIVIDUELLES)	TOTAL
			1.1.1 Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né par du personnel qualifié.	Les accouchements sont réalisés par du personnel qualifié	*	*	*	*	*	*	*
				Les femmes enceintes ont fait leurs quatre (4) Consultations prénatales (CPN)	*	*	*	*	*	*	*
				Les décès maternels sont aadités	*	*	*	*	*	*	*
				Les décès néonataux sont aadités	*	*	*	*	*	*	*
				Les grossesses compliquées sont prises en charge	*	*	*	*	*	*	*
				Les Consultations Post Natales (CPON) sont effectuées	*	*	*	*	*	*	*
				Les médicaments et produits essentiels Santé de la Reproduction (SR) accessibles et disponibles à tous les niveaux	*	*	*	*	*	*	*
				Les prestations de services de santé de la reproduction sont assurées dans les points de prestations	*	*	*	*	*	*	*
				Les femmes porteuses de fistule sont prises en charge	*	*	*	*	*	*	*
				Les soins du nouveau-nés sont assurés dans les structures	*	*	*	*	*	*	*
			Les capacités des acteurs communautaires de santé								

**Figure 16 :** Feuille de présentation du PTA global à reproduire dans la maquette de synthèse des PTA

Pour la synthèse des PTA, le service responsable de la synthèse procède comme suit :

- **copier** le « PTA global » de la maquette de saisie du PTA de chacun des centres de responsabilité objet de la synthèse,
- **coller** la feuille « PTA global » qui a été copiée, à la feuille « centre de responsabilité » de la maquette de synthèse.

### IV.5.2 Feuille de synthèse globale des PTA des centres de responsabilité

Une fois l'ensemble des PTA globaux des centres de responsabilité objet de la synthèse « collés », le produit généré est le PTA de synthèse du niveau de la pyramide sanitaire concerné (voir figure 17).

RETOUR A LA PAGE D'ACCUEIL											
SYNTHESE											
OBJECTIF SECTORIEL	PROGRAMME	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	COÛT						
					ETAT	COLLECTIVITES LOCALES (CL)	RECETTES PROPRES	PARTICIPATION POPULATION (COMITE DE GESTION)	PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)	AUTRES FONDS PRIVES-ENTREPRISES BONAUREIS	TOTAL
04.2 : ACCROITRE LES PERFORMANCES DU SECTEUR EN MATIERE DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA MALADIE	PROGRAMME 2 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE	2-2 Maladies non transmissibles	2.2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles	Les dispositifs de l'hygiène et de la sécurité dans les structures sanitaires sont fonctionnels	*	*	*	*	*	*	*
				La communication de masse sur les maladies non transmissibles effectuée	*	*	*	*	*	*	
				La communication de proximité sur les maladies non transmissibles effectuée par du personnel qualifié	*	*	*	*	*	*	
				Les maladies non transmissibles sont pris en charge	*	*	*	*	*	*	
				Les structures de prise en charge des maladies non transmissibles renforcées	*	*	*	*	*	*	
				Les protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles sont actualisés	*	*	*	*	*	*	
				Le dispositif de prise en charge des urgences sanitaires fonctionnel	*	*	*	*	*	*	

**Figure 17 :** Feuille de présentation de la synthèse globale des PTA

#### **IV.6 Programmation budgétaire dans le cadre du PTA**

Le PTA constitue le document qui opérationnalise la première année du DPPD ; il permet la définition d'activités spécifiques qui concourent à l'atteinte des objectifs et la mise en application des principes de responsabilité et d'imputabilité.

Lors de la préparation du budget, le Ministère en charge des Finances organise une série de rencontres avec les ministères sectoriels sous forme de « pré conférences budgétaires » qui permet à chaque secteur de transmettre ses prévisions budgétaires pour négociations.

Dans la synthèse du PTA présentée au MEFP, le MSAS fait sa planification budgétaire à partir des programmes, des extraits et des indicateurs d'extraits qui permettent de mesurer sa performance.

À l'issue de ce processus, le MEFP transmet au MSAS :

- le Document de Programmation Budgétaire Economique Pluriannuelle (DPBEP) : document de cadrage macroéconomique ;
- les enveloppes triennales indicatives ;
- la circulaire de préparation du budget qui précise et fixe les modalités pratiques de déroulement du processus d'élaboration du budget ;
- le calendrier des conférences budgétaires.

Le MSAS procède à des réajustements des prévisions budgétaires du PTA en fonction de l'enveloppe notifiée par le MEFP. Puis se succèdent les étapes ci-après :

- la transmission de la version préliminaire du projet de budget du MSAS au MEFP.
- le réajustement du projet de budget du MSAS après arbitrage avec le Premier Ministre.
- le réajustement du projet de budget du MSAS après notification des débats budgétaires à l'Assemblée Nationale.
- Notification du projet de budget du MSAS aux centres de responsabilité.

# ANNEXES

## **Annexe 1 : Lexique du guide de gestion du PTA**

- **Action** : découpage indicatif du programme, elle apporte des précisions sur la destination prévue des crédits.
- **Activité** : ensemble de tâches menant à la production d'un extrait ou produit.
- **Autorisation d'engagement (AE)** : limite supérieure des dépenses pouvant être juridiquement engagées au cours de l'exercice pour la réalisation des investissements prévus par la loi de finances.  
Pour une opération d'investissement directement exécutée par l'Etat, l'autorisation d'engagement couvre une tranche constituant une unité individualisée formant un ensemble cohérent et de nature à être mis en œuvre sans adjonction.  
Pour les contrats de partenariats publics-privés par lesquels l'Etat confie à un tiers le financement, la réalisation, la maintenance ou l'exploitation d'opération d'investissement d'intérêt public, les autorisations d'engagement couvrent, dès l'année où les contrats sont conclus ; la totalité de l'engagement juridique.
- **Crédit de paiement (CP)** : limite supérieure des dépenses pouvant être ordonnancées ou payées au cours de l'exercice.
- **Budget de l'Etat** : Document unique qui prévoit et autorise, pour une année civile, l'ensemble des ressources et charges de l'Etat.
- **Budget programme** : Outil de gestion des finances publiques utilisé dans le cadre de la GAR. Il s'agit d'améliorer l'efficacité de la dépense publique en orientant la gestion vers des résultats.  
Il établit un lien étroit entre l'allocation des ressources budgétaires et les résultats prédéfinis dans le processus de programmation, de budgétisation, de suivi et d'évaluation de l'action publique.
- **Cycle de planification** : étapes de la planification qui selon une périodicité précisée par un calendrier annuel (dates de début et de fin fixées) décrit les phases du processus de planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.
- **Calendrier de planification** : définition des dates de début et fin des différentes phases du cycle de planification.

- **Calendrier budgétaire** : définition des dates de début et fin des étapes d'élaboration du budget et identifie les structures responsables.
- **Cible attendue** : niveau de résultat souhaité. La cible choisie doit être réaliste et réalisable. Elle tient compte des ressources disponibles de même que des contraintes liées à l'organisation et à l'environnement.
- **Cible atteinte** : niveau de résultats obtenu après mise en œuvre des activités du PTA.
- **Centre de responsabilité** : unité de planification opérationnelle au MSAS à travers l'élaboration du PTA. Le centre de responsabilité est un service doté d'un budget avec des activités relativement homogènes ou complémentaires, disposant de moyens sur lesquels le responsable a une latitude décisionnelle de mise en œuvre.
- **Coût** : montants inscrits pour la réalisation d'une activité.
- **Dépense d'investissement** : elles concernent des opérations en capital et comprennent les dépenses directes d'investissement (acquisitions mobilières et immobilières, travaux neufs, grosses réparations), les remboursements d'emprunts, les prêts et avances ainsi que les subventions d'équipements versées.
- **Dépense de fonctionnement** : dépenses liées au fonctionnement courant d'un centre de responsabilité (entretien, fourniture, frais du personnel).
- **Extrant** : résultat immédiat de la mise en œuvre d'une activité.
- **Effet** : résultats à moyen terme, attribuable directement ou indirectement à une action.
- **Impact** : résultats à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non.
- **Efficacité** : mesure du rapport entre les résultats obtenus et les objectifs préalablement fixés.
- **Efficience** : rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre (financiers, humains, temps, etc.).
- **Echéancier** : limites de délimitation de l'exécution des activités. Il comprend une date de début et une date de fin.

- **Evaluation** : appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficacité en matière de développement, l'efficacité, l'impact et la durabilité.
- **Gestion axée sur les résultats (GAR)** : approche qui vise à apporter d'importantes modifications au mode de fonctionnement des centres de responsabilité, l'accent étant mis sur l'amélioration de la performance exprimée par les résultats.  
Elle comporte un cadre et des outils de gestion qui facilitent la planification stratégique, la gestion des risques, le suivi de la performance et l'évaluation. Elle vise principalement à améliorer les capacités d'apprentissage de l'organisation et à permettre à cette dernière de s'acquitter de son obligation de rendre compte par la présentation de rapports sur la performance.
- **Indicateur de performance** : variable pertinente pour la prise de décision. Indicateur permettant de vérifier les changements intervenus en cours d'action ou les résultats obtenus par rapport à ce qui était planifié.
- **Intrant** : ressources (humaine, financière, matérielle) requises pour mettre en œuvre une activité.
- **Indicateur** : variable de nature quantitative ou qualitative qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement.
- **Loi de finances** : texte juridique produit et mis en œuvre par le Gouvernement, voté par le Parlement et qui retrace et autorise chaque année le prélèvement des ressources et la réalisation des charges d'un Etat pour l'année suivante.
- **Objectif** : résultat visé par un centre de responsabilité au cours d'une période définie pour une cible bien déterminée.
- **Objectif(s) sectoriel(s)** : Objectif globaux que le ministère en charge de la santé doit atteindre sur le long terme.
- **Programme** : regroupement de « crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions représentatif d'une politique publique clairement définie dans une perspective de moyen terme » et qui relève d'un même ministère. C'est un ensemble de moyens dédiés à la mise en œuvre d'une politique publique, pour atteindre des résultats en gérant ces moyens par la performance.

- **Performance** : capacité à produire des résultats conformes aux objectifs fixés et à un coût acceptable. La performance est tout ce qui contribue à atteindre les résultats prioritaires et/ou intermédiaires. Les indicateurs d'extrants sont des mesures quantitatives ou qualitatives de résultats visés par les programmes. La performance est mesurée à travers l'efficacité, l'efficacités et la qualité de services. La notion de performance induit la redevabilité envers le Parlement et le public. Elle permet d'améliorer la qualité des programmes et leur gestion, la rationalisation des allocations budgétaires et l'alignement des dépenses avec les objectifs stratégiques.
- **Planification** : 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 différentes alternatives ; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou prévisible dans le futur.
- **Partenaire technique et financier (PTF)** : acteur d'un pays ou Organisation extérieure travaillant avec les autorités nationales pour soutenir le développement du pays.
- **Projet annuel de performance (PAP/DPPD)** : Document qui présente la stratégie, les objectifs et les indicateurs de performance de chacun des Programmes du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses, ainsi que des précisions sur les méthodes de renseignement des différents indicateurs. Il précise également les coûts des actions et des projets ainsi que la répartition par grandes catégories des emplois rémunérés par l'Etat des Programmes auxquels ils se réfèrent. Il est annexé au projet de loi de finances.
- **Plan d'Actions Prioritaires (PAP/PSE)** : opérationnalise le Plan Sénégal Emergent à travers la mise en cohérence des axes stratégiques, objectifs sectoriels et lignes d'action, avec les projets et programmes de développement dans un cadre budgétaire sur une période quinquennale.
- **Rapport de performance** : il permet d'évaluer l'atteinte des objectifs initialement fixés dans le Projet annuel de Performance. Instrument clé pour apprécier la qualité de l'action publique, il est annexé au projet de Loi de règlement.
- **Suivi** : processus continu de collecte systématique d'informations, selon des indicateurs choisis, pour fournir aux gestionnaires et aux parties prenantes d'une action de développement en cours, des éléments sur les progrès réalisés, les objectifs atteints et l'utilisation des fonds alloués. Termes connexes : suivi des performances, indicateur.

## Annexe 2 : Bibliothèque d'Extrants du MSAS

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
OS1 Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1.1. Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né par du personnel qualifié,	Les accouchements sont réalisés par du personnel qualifié	Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié
					Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié
					Ratio Sage-femme/Femmes en Âge de Reproduction
					Nombre de césariennes réalisées
					Nombre d'accouchements réalisés dans les structures de santé
					Nombre d'accouchements par voie basse dans les structures de santé
				Les femmes enceintes ont fait leurs quatre (4) Consultations prénatales (CPN)	Taux d'utilisation en Consultations prénatales
					Taux d'achèvement en Consultations prénatales
					Taux de couverture adéquate en Consultations prénatales
				Les décès maternels sont audités	Niveau d'exécution des recommandations des audits des décès maternels
					Nombre de décès maternels
					Nombre de décès maternels audités
				Les décès néonataux sont audités	Nombre de décès néonataux
					Nombre de décès néonataux audités

<b>OBJECTIFS SECTORIELS</b>	<b>PROGRAMMES DU MSAS</b>	<b>ACTIONS DU DPPD</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD</b>	<b>EXTRANTS</b>	<b>INDICATEURS D'EXTRANTS</b>
					Niveau d'exécution des recommandations des audits des décès néonataux
				Les grossesses compliquées sont prises en charge	Nombre de grossesses compliquées dépistés
					Nombre de grossesses compliquées prises en charge
				Les Consultations Post Natales (CPON) sont effectuées	Taux de couverture adéquate en Consultations Post Natales
					Pourcentage de femmes ayant effectuées une consultation post natale
				Les médicaments et produits essentiels Santé de la Reproduction (SR) accessibles et disponibles à tous les niveaux	Nombre de jours de rupture des médicaments et produits essentiels santé de la reproduction
					Taux de rupture de médicaments essentiels SR (ocytocine)
				Les prestations de services de santé de la reproduction sont assurées dans les points de prestations	Proportion de postes de santé dotés de maternité
					Nombre d'unités pilotes sur l'accouchement humanisé mises en place
				Les femmes porteuses de fistule sont prises en charge	Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales traitées

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les soins du nouveau-né sont assurés dans les structures de santé	Existence d'une unité de néonatalogie fonctionnelle
					Existence d'un coin du nouveau-né fonctionnel
					Proportion de nouveaux-nés ayant bénéficiés du paquet de soins essentiels du nouveau-né
					Proportion de nouveaux-nés ayant bénéficiés de soins de néonatalogie
			1.2. Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale	Les capacités des acteurs communautaires de santé sont renforcées dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né	Proportion d'acteurs communautaires de santé (Bajenu Gox, ASC, Matrones, relais communautaires) capacités dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né
					Les individus, les familles, les communautés et les organisations de la société civile sont sensibilisées sur les facteurs de risques et les signes de danger de la santé maternelle et néonatale

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	
			1.3. Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale	Le plan de communication sur la planification familiale est mis en œuvre	Taux de réalisation technique du plan de communication de la planification familiale	
						Taux d'exécution financière du plan de communication sur la planification familiale
						Taux de recrutement en planification familiale
					Les prestations de planification familiale sont assurées dans tous les points de prestations de services	Taux de rupture des produits traceurs de la planification familiale
						Nombre de Points de Prestations de Services équipés en Kits insertion retrait Méthodes Longue Durée
						Nombre de femmes sous méthode de planification familiale (nombre d'actives)
						Nombres d'abandons des méthodes de planification familiale
					Nombre de nouvelles acceptantes des services de planification familiale	
		1-2 Survie de l'enfant	1.4. Améliorer la survie de l'enfant	Le dispositif de lutte contre la malnutrition est fonctionnel	Proportion d'enfants malnutris aigus guéris	
						Nombre de cas de malnutrition dépistés

<b>OBJECTIFS SECTORIELS</b>	<b>PROGRAMMES DU MSAS</b>	<b>ACTIONS DU DPPD</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD</b>	<b>EXTRANTS</b>	<b>INDICATEURS D'EXTRANTS</b>
					<b>Nombre de nouveaux sites sentinelles de prise en charge de la malnutrition fonctionnels</b>
					<b>Taux de rupture en médicaments traceurs d'importance vitale pour les enfants</b>
					<b>Proportion d'acteurs communautaires de santé ciblés formés dans le domaine de la survie de l'enfant</b>
					<b>Nombre de cas de malnutrition aigue sévère transférés au Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN)</b>
					<b>Nombre de Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) fonctionnels</b>
				<b>Le dispositif de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est fonctionnel</b>	<b>Proportion d'enfants de 0 à 5 ans présentant une diarrhée traités par SRO/ZINC</b>
			<b>Nombre d'enfants supplémentés en vitamine A</b>		
			<b>Nombre de Districts Sanitaires mettant en oeuvre la supplémentation en vitamine A intégrée en routine</b>		

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
					Nombre de structures de référence disposant de compétences pour une prise en charge correcte des urgences infantiles
		1-3 Santé de la reproduction des adolescents et jeunes	1.5. Améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents	Le dispositif de prise en charge des adolescents/jeunes est fonctionnel	Nombre d'espaces ados/jeunes aménagés dans les districts sanitaires et équipés selon les standards
	Nombre d'acteurs formés / orientés sur la Santé de la Reproduction des Adolescent( e )s /Jeunes				
	Nombre de centres de santé disposant d'un espace ados/Jeunes fonctionnel				
	Nombre d'adolescents/Jeunes qui ont bénéficié de services des espaces ados/jeunes				
OS2 : Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	2.Prévention et prise en charge de la maladie	2-1 Maladies transmissibles	2.1. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles	La prévention des maladies transmissibles est assurée	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées dans l'année
					Nombre de préservatifs distribués dans l'année
					Nombre de tousses de plus de 15 jours bénéficiant d'un crachat BAAR
					Nombre de personnes bénéficiant d'un dépistage VIH
					Pourcentage de lits d'hospitalisation dotés de moustiquaires imprégnés à longue durée d'action

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les plans de communication sur les maladies transmissibles sont disponibles et mis en œuvre	Proportion de programmes de lutte contre les maladies transmissibles dotés de Plan de communication
					Niveau de mise en œuvre du plan de communication de lutte contre les maladies transmissibles
				La prise en charge des maladies transmissibles est assurée avec des médicaments et produits spécifiques	Taux de rupture de médicaments et produits spécifiques aux VIH
					Nombre d'unités de traitement n'ayant pas connu de rupture d'antituberculeux de première ligne au cours de l'année
					Proportion de maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive pour lesquelles la couverture thérapeutique a atteint la cible
					Taux de rupture de médicaments et produits spécifiques au Paludisme
					Taux de rupture de médicaments et produits spécifiques à la Tuberculose
					Taux de rupture de médicaments et produits spécifiques au VIH
					Durée moyenne de rupture des médicaments et produits spécifiques aux VIH

<b>OBJECTIFS SECTORIELS</b>	<b>PROGRAMMES DU MSAS</b>	<b>ACTIONS DU DPPD</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD</b>	<b>EXTRANTS</b>	<b>INDICATEURS D'EXTRANTS</b>
					<b>Durée moyenne de rupture des médicaments et produits spécifiques à la Tuberculose</b>
					<b>Durée moyenne de rupture des médicaments et produits spécifiques au Paludisme</b>
				<b>Le dispositif de prise en charge des épidémies est renforcé</b>	<b>Taux de promptitude des rapports de surveillance épidémiologique</b>
					<b>Taux de complétude des rapports de surveillance épidémiologique</b>
					<b>Taux d'épidémies investiguées</b>
					<b>Niveau de fonctionnalité du Centre des Opérations d'urgence (COUS)</b>
					<b>Proportion de Laboratoires qui contribuent à la surveillance épidémiologiques</b>
				<b>Les structures de prise en charge des maladies transmissibles sont renforcées</b>	<b>Proportion de poste de santé disposant de microscopes fonctionnels</b>
				<b>Les protocoles de prise en charge des maladies transmissibles actualisés</b>	<b>Nombre de protocoles de prise en charge des maladies transmissibles actualisés au cours de l'année</b>

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les maladies transmissibles sont prises en charge avec des médicaments spécifiques	Taux d'exécution des subventions des médicaments spécifiques aux maladies transmissibles
				Les dispositifs de l'hygiène et de la sécurité dans les structures sanitaires sont fonctionnels	Pourcentage de Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) fonctionnels dans les structures de santé
					Niveau de fonctionnalité du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
					Niveau de mise en œuvre des recommandations issues des réunions du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
					Niveau de fonctionnalité du service d'hygiène et de la sécurité dans les établissements publics de santé
					Pourcentage de Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) fonctionnels
					Niveau de fonctionnalité du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
		2-2 Maladies non transmissibles	2.2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles	La communication de masse sur les maladies non transmissibles effectuée	Nombre de conventions/contrats signés et mis en oeuvre avec les médias locaux pour la communication de masse sur les maladies non transmissibles
	Nombre de conventions/contrats signés avec les médias locaux pour la diffusion de messages spécifiques aux maladies transmissibles				
	Nombre de productions médiatiques sur les maladies non transmissibles diffusées par trimestre				
	Taux de diffusion des productions médiatiques sur les maladies non transmissibles				
	La communication de proximité sur les maladies non transmissibles effectuée par du personnel qualifié			Nombre d'Organisations Communautaires de Base ayant contractualisé avec les programmes pour une communication de proximité sur les maladies non transmissibles	
				Nombre de personnes touchées par les activités de communication de proximité sur les maladies non transmissibles	
				Nombre de supports de communication sur les maladies non transmissibles distribués	
			Les maladies non transmissibles	Proportion de médicaments et produits spécifiques destinés aux maladies	

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				sont pris en charge	chroniques à soins coûteux disponibles à la PNA
					Proportion de médicaments et produits spécifiques destinés aux maladies chroniques à soins coûteux disponibles à la PRA
					Durée moyenne de rupture de médicaments et produits spécifiques destinés aux maladies chroniques à soins coûteux
					Nombre de cas de malades chroniques à soins coûteux pris en charge
					Nombre de cas diabète pris en charge
					Nombre de cas Cancer pris en charge
					Nombre de cas d'Insuffisance rénale pris en charge
					Nombre de malades pris en charge en médecine physique et réadaptation fonctionnelle
					Nombre de malades cardiovasculaires pris en charge
					Nombre de malades mentaux et déficients intellectuels pris en charge
					Taux de mobilisation des subventions de médicaments spécifiques pour les maladies non transmissibles

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les structures de prise en charge des maladies non transmissibles renforcées	Nombre d'unités de prise en charge de l'hémodialyse mise en place et fonctionnelles
				Les protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles sont actualisés	Nombre de protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles actualisés au cours de l'année
		2-3 Prévention	2.3. Augmenter la couverture vaccinale	Le dispositif de prise en charge des urgences sanitaires fonctionnel	Nombre d'appels traités dans le cadre des Services d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU)
					Pourcentage d'appels à caractère médicale (SAMU)
					Pourcentage de transports régulés par le SAMU
					Nombre de centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) interconnectés au réseau 1515
					Nombre d'acteurs ayant bénéficié d'exercices de simulation sur la gestion des catastrophes
					Nombre de comités de gestion des épidémies mis en place et fonctionnels
					Nombre d'appels traités dans le cadre de la régulation des urgences
					Existence d'un Service d'Accueil et d'Urgence
					Nombre de malades pris en charge dans les Services d'Accueil et d'Urgence

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les protocoles de prise en charge des cas d'intoxication sont appliqués	Nombre d'agents de santé capacités dans le domaine de prise en charge des cas d'envenimation par morsures de serpents
					Nombre de cas d'intoxications (alimentaires, médicamenteux, drogues, poisons, pesticides, alcool,... ) confirmés au laboratoire
					Nombre de cas d'envenimation par morsures de serpents pris en charge
					Nombre de cas d'intoxications (alimentaires, médicamenteux, drogues, poisons, pesticides, alcool,... ) pris en charge
				Les mesures d'hygiène sont appliquées dans les communautés	Nombre de villages ayant atteint le statut fin de défécation à l'air libre (FDAL)
					Proportion des points d'eau ciblés analysés et traités
				Le dispositif de vaccination des enfants contre les maladies cibles du Programme élargi de vaccination (PEV) est fonctionnel	Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois complétement vaccinés
					Nombre de régions ayant connu une rupture d'antigènes de plus de 30 jours
					Nombre de districts ayant connu une rupture d'antigènes de plus de 30 jours
					Pourcentage de districts qui mettent en œuvre l'approche atteindre chaque district (ACD)

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
					<p>Taux d'exécution des recommandations issues des revues externes du Programme élargi de vaccination</p> <p>Taux de disponibilité des vaccins et des consommables</p> <p>Proportion de postes de santé équipés en chaîne de froid fonctionnelle</p> <p>Nombre de postes de santé équipés en chaîne de froid fonctionnelle</p>
				Le dispositif de vaccination des populations contre les autres maladies évitables par la vaccination est fonctionnel	<p>Nombre de nouveaux vaccins évalués post introduction</p> <p>Nombre de nouveaux vaccins introduits</p> <p>Nombre de personnes vaccinées contre les autres maladies évitables par la vaccination</p>
<b>OS3 : Renforcer durablement le système de santé</b>	<b>3. Renforcement du système de santé</b>	<b>3-1 Couverture sanitaire</b>	<b>3.1. Améliorer la couverture en infrastructures sanitaires</b>	Les Postes de Santé sont construits et équipés	Nombre de postes de Santé construits et équipés
				Les Postes de Santé sont réhabilités et équipés	Nombre de postes de Santé réhabilités et équipés
				Les Postes de santé sont équipés	Nombre de postes de santé équipés
				Les Postes de santé sont réhabilités	Nombre de postes de santé réhabilités
				Les Cases de Santé sont construites et équipées	Nombre de cases de santé construites et équipées

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les Cas de Santé sont réhabilités et équipés	Nombre de cas de santé réhabilités et équipés
				Les Cas de santé sont équipés	Nombre de cas de santé équipés
				Les sites communautaires sont construits et équipés	Nombre de sites communautaires construits et équipés
				Les sites communautaires sont réhabilités et équipés	Nombre de sites communautaires réhabilités et équipés
				Les Services de soins sont construits	Nombre de services de soins construits
				Les Services de soins sont réhabilités	Nombre de services de soins réhabilités
				Les Services de soins sont équipés	Nombre de services de soins équipés
				Le dispositif de référence et contre référence est fonctionnel	Nombre d'ambulances médicalisées acquises
					Nombre de patients référés pris en charge
					Nombre de patients référés pris en charge dans les délais
					Nombre de patients référés
			3.2.Assurer la maintenance des équipements et des infrastructures	La maintenance des infrastructures et des équipements assurée	Niveau de mise en œuvre du plan de maintenance
					Nombre de contrats de maintenance signés et mis en œuvre

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS			
			3.3.Assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé	Les acteurs communautaires de santé sont disponibles au niveau communautaire	Pourcentage de cas de santé et sites communautaires respectant les normes nationales en personnel de santé communautaire			
				Le Personnel qualifié est disponible au niveau poste de santé	Pourcentage de postes de santé respectant les normes nationales en personnel de santé Ratio infirmiers / population			
				Le Personnel qualifié est disponible au niveau centre de santé	Le Personnel qualifié est disponible au niveau centre de santé	Pourcentage de centres de santé respectant les normes nationales en personnel de santé Ratio infirmiers / population Ratio Médecins / population		
						Le Personnel qualifié est disponible au niveau EPS	Le Personnel qualifié est disponible au niveau EPS	Pourcentage d'EPS respectant les normes nationales en personnel de santé Ratio infirmiers / population Ratio Médecins généralistes / population Ratio Médecins spécialistes / population
								Le Plan national de formation du personnel de santé est mise en œuvre
				3.4.Assurer la disponibilité en médicaments essentiels génériques	Les Médicaments Essentiels Génériques et les produits spécifiques de qualité			Taux de ruptures des médicaments essentiels génériques et produits traceurs Nombre de médicaments essentiels génériques et produits spécifiques de

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
			(MEG) et produits spécifiques de qualité	disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	qualité enregistrés
		3-2 Fonctionnement des services	3.5 Assurer le fonctionnement des services	Le Fonctionnement courant des services est assuré	Proportion de notifications d'effets indésirables médicamenteux évalués
Améliorer la gouvernance du secteur	4. Gouvernance sanitaire	4-1 Pilotage/gestion	4.1.Renforcer le pilotage et la gestion du secteur	Une planification adéquate des dépenses de santé et de l'action sociale est assurée	Nombre de Plan de Travail Annuel disponibles
					Disponibilité du Plan de Travail Annuel et du projet de budget annuel
					Niveau de mise en oeuvre du plan de passation des marchés du secteur de la santé et de l'action sociale
					Disponibilité du Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses du secteur de la santé et de l'action sociale
					Nombre de plans opérationnels santé des collectivités locales (POCL-santé) élaborés et validés
					Nombre de Projets d'établissement validés
					Nombre de plans stratégiques et documents cadres élaborés et mis en oeuvre
					Nombre de structures de santé ayant bénéficié d'une supervision intégrée et périodique
				La performance du secteur de la santé et de l'action sociale est suivie et évaluée	Nombre de centres de responsabilité ayant tenu leurs réunions de coordination périodiques

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
					<b>Nombre de rapports de suivi du PTA disponibles</b> <b>Niveau de mise en œuvre des recommandations des instances de suivi du PTA</b> <b>Disponibilité du rapport financier annuel</b> <b>Disponibilité du rapport de gestion financière</b> <b>Disponibilité du rapport annuel de performances</b> <b>Disponibilité des comptes de la santé</b>
				<b>Les instances de pilotage du secteur de la santé et de l'action sociale sont fonctionnelles</b>	<b>Niveau de mise en œuvre des recommandations des instances de pilotage et de gestion du secteur de la santé et de l'action sociale</b> <b>Niveau de mise en œuvre des recommandations des instances sous régionales</b>
				<b>La démarche qualité est appliquée par toutes les structures du secteur de la santé</b>	<b>Nombre de structures de santé ayant bénéficié d'un audit qualité</b> <b>Proportion de structures du secteur qui appliquent la démarche qualité</b> <b>Niveau de mise en œuvre de la démarche qualité</b>
			<b>4.2.Renforcer le système d'information sanitaire et la Recherche</b>	<b>Le système d'information sanitaire est performant</b>	<b>Taux de complétude des données</b> <b>Taux de promptitude des données</b> <b>Taux d'exactitude des données</b> <b>Niveau de fonctionnalité de l'architecture d'intégration des applications informatiques du secteur</b> <b>Niveau de mise en œuvre de la carte sanitaire</b>

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Le système national de recherche est fonctionnel	Nombre de protocoles de recherche financés et suivis
					Disponibilité du conseil national de recherche en santé
					Disponibilité d'un observatoire pour la recherche en santé
					Taux d'exécution du fonds d'impulsion pour la recherche en santé
					Disponibilité d'un Conseil interne de la recherche et de la formation au niveau des structures
				Le genre est institutionnalisé dans le secteur de la santé	Niveau de mise en œuvre du plan d'institutionnalisation du genre dans le secteur
		4-2 Parténariat	4.3.Renforcer le partenariat	Le partenariat et la décentralisation sont effectifs au niveau du secteur de la santé	Niveau de mise en œuvre de la plateforme multisectorielle
					Niveau de mise en œuvre des engagements du compact santé
					Nombre de comités de gestion fonctionnels
					Nombre de points de prestations de services ayant affiché le prix des médicaments et les tarifs des prestations
					Nombre de conventions sur le partenariat mise en œuvre
				Le partenariat et la décentralisation sont effectifs au niveau du	Niveau de mise en œuvre des conventions sur le partenariat

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				secteur de la santé	Niveau de mise en œuvre du programme de renforcement des capacités en décentralisation dans le domaine de la santé et de l'action sociale Existence d'un cadre de dialogue public-privé Niveau de mise en œuvre du cadre de dialogue public-privé Existence d'un cadre de dialogue multisectoriel Niveau de mise en œuvre du cadre de dialogue multisectoriel
Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables	5. Appui aux groupes vulnérables	5-1 Assistance sociale aux indigents et groupes vulnérables	5.1. Renforcer l'assistance sociale aux groupes vulnérables	Les enfants démunis sont assistés	Nombre de daaras appuyés
					Nombre de talibés enrôlés dans les mutuelles de santé
					Nombre de daaras bénéficiaires d'appui alimentaire
					Nombre d'enfants de personnes atteintes de lèpre (PAL) bénéficiaires d'appuis scolaires
					Nombre d'enfants handicapés bénéficiaires d'appui scolaire
				Les populations vulnérables sont assistées	Nombre de personnes handicapées bénéficiaires de secours
					Nombre d'indigents pris en charge par les comités de santé
					Nombre de secours aux personnes âgées octroyés
					Nombre de personnes atteintes de lèpre bénéficiaires de secours d'urgence

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
					<p>Nombre de personnes atteintes de lèpre bénéficiaires d'appui alimentaire</p>
					<p>Nombre de conventions signées et mises en œuvre pour l'assistance des populations vulnérables</p>
					<p>Nombre de malades prise en charge dans le cadre de l'appui aux groupes vulnérables</p>
				<p>Les personnes handicapées bénéficient de la Carte d'Egalité de Chances</p>	<p>Nombre de Cartes d'Egalité de Chance distribuées</p>
				<p>La prise en charge médicale gratuite des personnes handicapées détentrices de la Carte d'Egalité de Chances est effective</p>	<p>Nombre de personnes handicapées bénéficiant des soins grâce à une carte d'égalité des chances</p>
				<p>Les personnes handicapées sont appareillées</p>	<p>nombre de personnes handicapées bénéficiaires d'appareils et d'aide techniques</p>
				<p>La prise en charge médicale gratuite des internements "de par la loi" des handicapés mentaux est</p>	<p>Nombre de personnes handicapées mentales pris en charge</p>

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS	
				assurée		
		5-2 Accès des groupes vulnérables aux ressources et aux facteurs de production	5.2.Améliorer l'accès des groupes vulnérables aux ressources et facteurs de production	Les enfants et jeunes déshérités sont formés	Nombre de talibés placés en apprentissage	
	Nombre de jeunes déshérités bénéficiaires de formation professionnelle					
	Nombre d'enfants de personnes atteintes de lèpre bénéficiaires de formation professionnelle					
					Les personnes handicapées sont formés	Nombre de personnes handicapées bénéficiaires de formation professionnelle
					Les groupes vulnérables ont accès aux facteurs de production	nombre de veuves porteuses de projets économiques financés
						nombre de projets individuels financés
						Nombre de personnes âgées prises en charge à travers les subventions
						Nombre de personnes handicapées prises en charge à travers les subventions
			Nombre de Groupements d'Intérêt Economique financés			
				Nombre de microprojets financés		
		5-3 Couverture du risque maladie	5.3.Renforcer la couverture du risque maladie	Les textes juridiques et réglementaires sur la couverture maladie universelle (CMU) sont élaborés	Disponibilité d'une loi adoptée par le parlement sur la couverture maladie universelle	
					Nombre de décrets et arrêtés sur la couverture maladie universelle disponibles	

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				Les structures d'appui à la couverture maladie universelle (CMU) sont mises en place et fonctionnelles pour soutenir l'extension de la couverture du risque maladie	Nombre de structures d'appui à la couverture maladie universelle mises en place et fonctionnelles
				Les transferts de ressources au programme couverture maladie universelle sont disponibles et mobilisables	Taux d'exécution des ressources du programme de couverture maladie universelle
				Les mutuelles de santé sont mises en place et fonctionnelles	<p>Nombre d'unions départementales mises en place et fonctionnelles</p> <p>Nombre de bénéficiaires des Mutuelles de Santé subventionnés à hauteur de 50% dans le cadre de la couverture maladie universelle</p> <p>Nombre de conventions signées avec les mutuelles de santé et mises en œuvre</p>
				Un système de gestion intégré et informatisé de la CMU est mis en place et fonctionnel	un système de gestion intégré, informatisé de la couverture maladie universelle mis en place et fonctionnel

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				le plan national de communication et de marketing de la couverture maladie universelle est mis en œuvre	Niveau de mise en œuvre du plan de communication et de marketing de la CMU
				Les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale sont enrôlés dans les mutuelles de santé	Nombre de personnes membres des ménages bénéficiaires de la Bourse de Sécurité Familiale enrôlés dans les mutuelles de santé
				Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé dans les régions de Kaolack, Kolda, Ziguinchor et Sédhiou	Proportion de PVVIH ayant bénéficié d'une couverture médicale dans les régions de Kaolack, Kolda, Ziguinchor et Sédhiou à travers les mutuelles de santé
				La prise en charge de la gratuité de la césarienne est assurée	Nombre de cas de césariennes pris en charge
				La prise en charge de la gratuité de la dialyse est assurée	Nombre de patients ayant bénéficié de la gratuité de l'hémodialyse Nombre de patients ayant bénéficié de la gratuité de la dialyse péritonéale

OBJECTIFS SECTORIELS	PROGRAMMES DU MSAS	ACTIONS DU DPPD	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DPPD	EXTRANTS	INDICATEURS D'EXTRANTS
				La prise en charge de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans est assurée	Proportion d'enfants de 0-5 ans bénéficiant d'une prise en charge médicale gratuite dans le cadre de la couverture maladie universelle
				La prise en charge médicale gratuite des personnes âgées de 60 ans et plus est assurée	Proportion de personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiant d'une prise en charge médicale gratuite dans le cadre de la couverture maladie universelle
					Le nombre de structures bénéficiant d'un remboursement de la gratuité dans les délais
				La prise en charge médicale gratuite des personnes handicapées bénéficiant de la carte d'égalité des chances est assurée	Nombre de personnes bénéficiant d'une carte d'égalité des chances pris en charge dans le cadre de la CMU