

**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DES ENTREPRISES**

**ET AUTRES ORGANISATIONS – ISMEO -**

## **MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

Pour l'obtention du

**MASTER 2 PROFESSIONNEL EN SCIENCES DE GESTION,  
OPTION GESTION DES PROJETS – MPSGII – GP**

**Promotion 2, Année académique 2008-2009**



### **THEME :**

**Contribution à l'amélioration du Système de suivi du  
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans un  
contexte de mise en œuvre du Cadre de Dépenses  
Sectoriel à Moyen Terme**

**Elaboré par :**

**Louise Seck HABIB**

**Directeur de mémoire**

**Monsieur Cheikh SECK  
Enseignant associé au CESAG**

**Octobre 2012**

## **DEDICACE**

**A mes très chers PARENTS ;**

**A mon époux, mes enfants pour tant d'amour et de soutien ;**

**A mes frères et sœurs ;**

**A tous mes amis et collègues du Ministère de la SANTE ;**

**A tous ceux qui luttent contre l'ignorance pour un monde d'AMOUR, de JUSTICE et de PAIX.**

**CE TRAVAIL VOUS EST DEDIE !**

## **REMERCIEMENTS**

**A tous ceux qui m'ont aidée et soutenue :**

**A Monsieur Youssouph NDIAYE, ancien Directeur de l'Administration Générale et de l'Équipement et Monsieur Assane Sakhanokho, Chef de la Division du Suivi Budgétaire au Ministère de la Santé pour leur générosité ;**

**A tous les collègues de la Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire ;**

**A Monsieur Cheikh Seck Enseignant Encadreur pour avoir bien voulu accepter de m'accompagner avec tant de sollicitude jusqu'à ce que les idées prennent forme ;**

**A Monsieur Mboulé Fall, Enseignant Encadreur pour sa disponibilité ;**

**A Monsieur Papa Félou Diallo, Enseignant Encadreur pour son amour du travail bien fait ;**

**Au personnel du Service National de l'Information Sanitaire ;**

**Aux Docteurs Moussa Diakhaté et Siaka Coulibaly du SNIS ;**

**A tous les enseignants du CESAG pour nous avoir transmis leur savoir avec tant de générosité ;**

**A toute la DEUXIEME PROMOTION DE MASTER I et II en Gestion de PROJETS du CESAG 2007-2009.**

## RESUME

La création du Système national de l'Information sanitaire (SNIS) du Ministère de la Santé et de l'Action sociale a été une bonne opportunité pour le secteur pour apporter une certaine visibilité aux actions menées par les structures de santé et les différents partenaires aussi bien dans le domaine curatif que préventif.

Dans le contexte actuel de la gestion axée sur les résultats, l'amélioration du système de suivi du Ministère reste une priorité et est en parfaite adéquation avec les principes qui accompagnent la mise en œuvre du Cadre de Dépenses à moyen Terme(CDMT).

A cet effet, le SNIS reste un service incontournable pour assurer la fourniture et la disponibilité des informations sanitaires aussi bien pour les autorités administratives que pour les partenaires du secteur.

Cependant, malgré son utilité, le SNIS connaît des difficultés fonctionnelles qui limitent son envergure à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cette étude examine les opportunités sinon de repositionnement, du moins de recouvrement de sa pleine capacité à occuper la fonction qui lui est dévolue dans l'architecture du Ministère. Ce qui, le cas échéant lui permettra de jouer pleinement son rôle de courroie de transmission entre la tutelle et ses différents partenaires.

Les résultats de la présente recherche permettent de comprendre les mécanismes de production et de traitement de l'information par le SNIS.

L'étude qualitative des données révèle que le système d'information du SNIS qui devrait permettre la production de rapports périodiques des différents niveaux et contribuer à aider les autorités dans leurs prises de décisions pour accroître la performance du système rencontre quelques difficultés.

Celles-ci ont rapport à la production et à la qualité des informations, à l'existence de sous-systèmes non intégrés au système de suivi formel du Ministère, ce qui pose un réel problème de fiabilité qui entame la crédibilité du SNIS vis-à-vis des partenaires techniques et financiers.

C'est pourquoi une des recommandations fortes qui émane de cette étude est la mise en place d'une structure institutionnelle forte dotée de missions de planification, de coordination et de suivi évaluation articulées autour d'un système solide aux objectifs en parfaite cohérence avec la politique sanitaire nationale.

Cette structure qui va assurer la fonction de Planification, mettre en place un système d'information efficace mais surtout assurer le suivi évaluation des politiques de santé permettra entre autre, de créer un lien fonctionnel entre le Ministère et ses partenaires parmi lesquels les autres secteurs du Gouvernement, le secteur privé et les partenaires au développement.

## SIGLE ET ABREVIATIONS

<b>ANSD :</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>ASC :</b>	Agent de santé communautaire
<b>CAS/PNDS :</b>	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
<b>CDMT :</b>	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
<b>CDS-MT :</b>	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
<b>CESAG :</b>	Centre Africain d'Etudes en Gestion
<b>CFAA:</b>	Country Financial Accountability Assessment
<b>CPAR:</b>	Country procurement Assessment Report
<b>CSTI:</b>	Chargé du Suivi et du Traitement des Informations
<b>DAGE :</b>	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
<b>DPSB :</b>	Division de la Planification et du Suivi Budgétaire
<b>DRH :</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>DS :</b>	District Sanitaire
<b>DSRP :</b>	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>EPS :</b>	Etablissement Public de Santé
<b>GAR :</b>	Gestion Axée sur les Résultats
<b>GARD :</b>	Gestion Axée sur les Résultats de Développement
<b>GAVI :</b>	Alliance Mondiale pour la Vaccination
<b>MSP :</b>	Ministère de la Santé et de la Prévention
<b>OCDE :</b>	Organisation de Coopération et de Développement Economique
<b>OMD :</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONU :</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PAS :</b>	Plan d'Ajustement Structurel

<b>PDDS :</b>	Plans Départementaux de Développement de la Santé
<b>PDIS :</b>	Plan de Développement Intégré de la Santé
<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement de la Santé
<b>PNUD :</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>POCL :</b>	Plan d'Opération des Collectivités Locales
<b>PRDS :</b>	Plan Régional de Développement Sanitaire
<b>PPTE :</b>	Pays Pauvres Très Endettés
<b>PTA :</b>	Plan de Travail Annuel
<b>RM :</b>	Région Médicale
<b>SIG :</b>	Système Informatisé à des Fins de Gestion
<b>SMART :</b>	Spécifiques, Mesurables, accessibles, Réalistes et à Temps
<b>SNIS :</b>	Service National de l'Information Sanitaire
<b>SPAD :</b>	Logiciel d'analyse prédictive de données
<b>SPSS :</b>	Logiciel d'analyse statistique et prévisionnelle
<b>SSP :</b>	Soins de Santé Primaires
<b>UEMOA :</b>	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau N°1</b>	Structures sanitaires du Sénégal en 2007	P 42
<b>Tableau N°2</b>	Tableau d'évaluation de la performance du Système de suivi	P 57
<b>Figure N°1</b>	Organigramme du Ministère de la Santé	P 36
<b>Figure N°2</b>	Pyramide sanitaire du système de Santé	P 38
<b>Figure N°3</b>	Logique de l'Analyse SWOT	P 50
<b>Figure N°4</b>	Modèle de Dispositif de suivi et de gestion de l'information sanitaire	P 74

## SOMMAIRE

<b>DEDICACE</b>	p 2
<b>REMERCIEMENTS</b>	p 3
<b>RESUME</b>	P 4
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	p 5
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b>	p 7
<b>SOMMAIRE</b>	P 8
<b>PRESENTATION DE L'ETUDE</b>	1
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE / CONTEXTE DE L'ETUDE</b>	11
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE</b>	12
Section 1 : Revue documentaire	12
Section 2 : Définition des concepts	18
<b>CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE</b>	22
Section 1 : Politique de Santé et Cadre Institutionnel	22
Section 2 : Présentation du Service National de l'Information Sanitaire	34
<b>DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET INTERPRETATION</b>	36
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS</b>	37
Section 1 : Présentation des outils de suivi et fonctionnement	37
Section 2 : Fonctionnement du système de suivi	38

<b>CHAPITRE II : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</b>	40
Section 1 : Analyse et interprétation des résultats	40
Section 2 : Recommandations et proposition d'un dispositif de suivi au niveau périphérique et central	57
<b>CONCLUSION</b>	66
<b>BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE</b>	68
<b>ANNEXES</b>	70
<b>TABLE DES MATIERES</b>	72

## **PRESENTATION DE L'ETUDE**

CEPAG - BIBLIOTHEQUE

## 1. Introduction

Le Gouvernement du Sénégal s'est toujours attelé à définir des politiques susceptibles de prendre en charge les problèmes de santé publique des populations. C'est pourquoi il a placé le secteur de la santé parmi ses priorités en lui dotant de moyens conséquents pour assurer la mise en œuvre desdites politiques.

Aussi, pour mettre en œuvre ses programmes de santé, le ministère de la santé s'est-il engagé à l'élaboration de son premier Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) en 1998. Ce Plan avait pour objectif d'opérationnaliser plusieurs réformes dont celles concernant les hôpitaux, le système d'information sanitaire, le système de financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé et la coordination des interventions de santé.

Durant l'exécution de sa seconde phase dénommée Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) 2004-2008 qui visait à réduire la mortalité maternelle, la mortalité infantile et juvénile et à maîtriser la fécondité, des mesures importantes ont été prises, parmi lesquelles la création d'un Service national de l'Information sanitaire (SNIS).

Cette structure a pour mission d'assurer la gestion de l'information sanitaire, le suivi des interventions dans le secteur de la santé, de même que le renforcement de la supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En 2005, le gouvernement s'est engagé dans l'application de réformes relatives à l'amélioration de la gouvernance au niveau de tous les secteurs avec l'avènement des Cadres de Dépense à moyen terme (CDMT) et de leur déclinaison au niveau sectoriel : Cadre de Dépense sectoriel à Moyen Terme (CDSMT). C'est dans ce sens que des efforts furent déployés particulièrement au niveau du Ministère chargé de la santé pour une amélioration significative du système de suivi des informations sanitaires.

Dès lors, la mise en place d'un système de suivi performant, capable d'assurer une traçabilité parfaite de toutes les ressources dans le cadre de la gestion axée sur les résultats s'avérait une priorité.

C'est dans ce cadre que cette étude se propose de revisiter le système de suivi du Ministère en vue d'une analyse objective de son fonctionnement et éventuellement contribuer à son amélioration.

## 2. Contexte et justification

En 2002, a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRPI) à la faveur de son éligibilité à la Stratégie des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE),

Grâce à un contexte favorable de la période 2000 à 2006, le pays a connu une croissance annuelle moyenne du PIB de 4.4 % et l'inflation était maîtrisée en dessous des seuils de 2 à 3% par an

Cependant, au plan économique, les capacités nationales d'évaluation des politiques publiques restaient encore faibles et l'existence des agences d'exécution budgétivores dans l'Administration publique n'était pas de nature à améliorer la situation.

C'est dans ce contexte marqué par l'inefficacité de l'Aide Publique au développement, le manque de coordination, la dispersion des ressources et leur faible absorption, qu'a été mis en place le deuxième Document de Soutien à la Réduction de la Pauvreté (DSRP II : 2006-2010).

Son objectif était de promouvoir une croissance soutenue en s'appuyant sur un cadre macroéconomique sain, plus favorable aux groupes défavorisés. Il accorde une priorité aux secteurs sociaux (santé, éducation...) en parfaite cohérence avec les Objectifs pour le Développement du Millénaire (OMD).

A l'instar des pays de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), le Sénégal a adhéré à l'ensemble des réformes économiques et financières en vigueur dans la sous-région et ratifié la plupart des résolutions dont la Déclaration de Paris qui consacre l'Appui budgétaire à travers l'application à partir de 2005 du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Aussi, pour accompagner cette nouvelle politique, le Gouvernement a entrepris un important chantier de réformes budgétaires et financières. Celles –ci ont été mises en place à l'issue l'Evaluation du Système de Gestion des Finances Publiques: Country Financial Accountability Assessment (CFAA) et de celle des Procédures de Marchés Publics : Country procurement Assessment Report (CPAR).

Pour mieux s'adapter au contexte de la Déclaration de Paris à travers ses principes dont celui de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), une nouvelle nomenclature budgétaire a été élaborée pour unifier le budget général de l'État en un seul document budgétaire (fonctionnement et investissement) en vue d'une meilleure visibilité.

En effet, beaucoup de lacunes ont été notées avec les budgets de reconduction, le manque de liens entre les budgets, les politiques et parfois les dépenses réelles, en plus de la surestimation des ressources et les mécanismes d'arbitrage peu efficaces.

Cependant, de nombreuses difficultés subsistent pour une bonne mise en œuvre du CDMT parmi lesquelles : les résistances au changement de certains gestionnaires, l'absence d'une culture de la performance et des résultats.

Il demeure que le manque de compétences techniques, les capacités insuffisantes en matière de suivi évaluation et l'obligation de respecter la directive n° 05/97 de l'UEMOA relative aux lois de finances<sup>1</sup> constituent des contraintes, d'où la nécessité de définir des préalables en déterminant des objectifs stratégiques.

Aussi, après un diagnostic sans complaisance, crédible, et participatif du secteur, une bonne mise en œuvre des réformes particulièrement appréciées des acteurs s'imposait :

**Pour l'Etat**, l'adoption du CDMT devait permettre une meilleure maîtrise de la gestion budgétaire en termes de réduction des écarts entre les prévisions et les dépenses réelles du gouvernement d'une part, et d'autre part entre les résultats attendus et les résultats obtenus.

En termes de planification au niveau sectoriel, le CD-MT décliné en Cadre sectoriel de Dépenses à Moyen terme (CDS-MT), a permis une meilleure planification stratégique et opérationnelle et une allocation plus efficiente des ressources.

**Pour les Partenaires** au développement du Sénégal, l'introduction du CDMT et des CDS-MT en tant qu'instrument de mise en œuvre de la GAR, constitue un réel motif de soutien à la mise en œuvre de la stratégie du Gouvernement par le biais de l'Appui Budgétaire. Cet outil privilégié de la coopération financière entre l'Etat et les partenaires dans la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP)<sup>2</sup> consiste en un appui financier des partenaires au budget de l'Etat exécuté selon les procédures budgétaires nationales. Il est non ciblé et les ressources apportées à l'Etat sont directement versées au trésor public.

---

<sup>1</sup>Réunion annuelle de la communauté africaine des praticiens de la gestion axée sur les résultats pour le développement (MF DR) du 11 au 14 décembre 2007, en Ouganda

LE CDMT AU SENEGAL : un exemple de GAR présenté par Abdou Karim LO, Expert à la DREAT/PNBG

<sup>2</sup> Les cadres de dépenses à moyen terme : un instrument utile pour les pays à faible revenu – Marc Raffinot et Boris Samuel

Dans ce cadre, le ministère de la Santé en tant que structure consommant d'importants moyens financiers, avait un important rôle à jouer dans la vulgarisation du CDMT. C'est ainsi que l'application de cet instrument de prévision et de programmation des dépenses en son sein, exigeait la mise en place d'un système de suivi efficace afin d'améliorer la gestion de l'information sanitaire et la traçabilité des ressources.

### **3. Objet de l'étude**

L'objet de la présente étude porte sur la contribution à l'amélioration du système de suivi du ministère de la santé et de l'action sociale.

### **4. Problématique et hypothèses**

La mise en œuvre des politiques au sein des différents Ministères du Gouvernement du Sénégal a souvent manqué d'efficacité du fait d'une faiblesse des mécanismes de suivi au sein de l'Administration. Cela a fortement entravé l'atteinte des objectifs et a entraîné un gaspillage énorme de ressources. Ces manquements sont dus à une défaillance des systèmes d'information et à l'absence de cadres de suivi opérationnels qui constituent un baromètre essentiel pour une bonne planification, gage d'une gestion budgétaire et financière transparente.

En 1998, le Ministère de la Santé, s'est doté d'un premier Plan National de Développement sanitaire (PNDS I), cependant, les carences notées dans les mécanismes de suivi de la deuxième phase du Plan dénommée Projet de Développement Intégré de la Santé (PDIS) ont fortement influencé l'atteinte de ses objectifs.

En effet, le rapport d'Evaluation finale du PDIS (1998-2002), réalisé par des experts du Centre de Formation et de Recherche en Sante de la Reproduction (CEFOREP) en 2003, a confirmé que le manque de culture de suivi et l'absence d'un système rigoureux d'information fiable a engendré les résultats mitigés constatés après l'exécution du PDIS et contribué à réduire l'efficacité du PNDS I.

Ceci a porté un préjudice énorme à toute la politique du secteur. En réalité, les contreperformances enregistrées au cours de l'exécution du PDIS ont entre autres, entraîné le retrait prématuré des principaux partenaires techniques et financiers dont la Banque Mondiale qui ne pouvait souffrir de constater les défaillances aigues du système de suivi au regard notamment des ressources financières mobilisées.

C'est suite à cette situation, caractérisée par la non maîtrise des données et les difficultés rencontrées dans le traitement des informations que fut créé le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) par Décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004.

La création de cette structure a coïncidé avec l'avènement du Plan Directeur de l'Agence Nationale de la Statistique qui a beaucoup aidé à son fonctionnement. Le décret de création en son article 12, fixe la mission du Service national de l'Information sanitaire en ces termes : la réalisation des études et enquêtes statistiques, la collecte des données et l'analyse des informations sanitaires de même que la mise en place d'un système de suivi et de gestion des données.

Toutefois, ce système d'information présente des faiblesses dans sa capacité à assurer efficacement le suivi et l'évaluation des ressources aussi bien humaines, matérielles que financières. Il devrait fournir des informations sur les ressources humaines, matérielles et financières disponibles et utilisées dans le secteur, mais aussi sur les résultats et effets induits par l'utilisation de ces ressources. Pour cela, une parfaite connexion avec les services du Ministère de l'Economie et des Finances chargés du système de gestion des finances publiques (SIGFIP) pourrait assurer une bonne traçabilité et garantir des résultats tangibles.

Aussi, dans un contexte de mise en œuvre CDS-MT, le système de suivi du SNIS se révèle inopérant et inadéquat pour permettre son opérationnalisation et d'apprécier les performances du secteur. Il s'y ajoute le manque de coordination des interventions menées sur le terrain par les différents acteurs et partenaires du secteur. Les données collectées ne sont pas toutes transmises au SNIS, ce qui pose des problèmes de complétude et d'exhaustivité des informations.

C'est pourquoi, cette étude se révèle importante pour le repositionnement du Suivi en tant que fonction essentielle complétant le système de planification permettant d'aider à une bonne mise en œuvre du CDS-MT dans le secteur de la santé.

Cette étude va contribuer à améliorer le système de suivi dans le but de disposer d'un cadre efficace de gestion de l'Information Sanitaire au niveau de toute la pyramide sanitaire.

En effet, les autorités dans le cadre de cette réforme ont besoin de visibilité dans l'utilisation des ressources pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés à travers les programmes fonctionnels mis en place dans ce nouveau

contexte. Ceci dans le but d'aider à la prise de décisions orientées vers l'amélioration de l'accès aux services de santé pour la satisfaction des populations.

Au regard de cette situation et vu l'état du système d'information, la question principale de recherche qui se dégage est la suivante :

« Est ce que le dispositif mis en place au niveau du SNIS par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention garantit un bon suivi pour la mise en œuvre du CDS-MT? ».

A cet effet, les questions secondaires ci-dessous devraient aider à mieux comprendre le mode de fonctionnement du système de suivi mis en place au niveau du ministère :

1. Le cadre institutionnel est-il adéquat ?
2. Le système de recueil de données est –il efficace pour permettre un bon suivi des activités?
3. Le système d'information est – il assez performant pour renseigner les indicateurs et garantir une traçabilité au niveau des programmes fonctionnels pour une mise en œuvre correcte du CDS-MT ?

## **5. Objectifs de l'étude**

L'objectif de notre étude est de contribuer à l'amélioration du Système de suivi du Ministère de la Santé et de la Prévention.

De façon spécifique, la présente étude se propose de :

1. Décrire le système de suivi à travers la pyramide sanitaire;
2. Faire le diagnostic du système ;
3. analyser le système dans le contexte de mise en œuvre du CDS-MT ;
4. formuler des recommandations.

## **6. Intérêt de l'étude**

Pour les autorités du ministère confrontées à une rareté des ressources (financières), cette étude permettra d'améliorer l'efficacité du système de suivi par la production de données de qualité qui permettront une traçabilité des ressources utilisées.

Sur le plan professionnel, les planificateurs du Ministère de la santé trouvent ainsi une opportunité pour produire des données de qualité capables de mesurer les performances réalisées et repositionner ainsi la planification dans tout son cycle (planification, suivi et évaluation), ce qui permettra de poser les jalons d'une gestion cohérente et efficace du secteur.

Pour les partenaires techniques et financiers, elle va aider à accroître la visibilité de leurs interventions et favoriser éventuellement un plus grand engagement dans le sens d'une augmentation des ressources allouées.

Pour le CESAG, qui va valider cette recherche, cette étude sera une fois de plus, un prétexte pour démontrer toute l'expertise qui, si besoin en était, confirme le professionnalisme de ses équipes enseignantes.

Enfin, le fruit de cette recherche sera la preuve de l'assimilation des connaissances théoriques acquises tout en constituant un cas pratique utile pour des recherches ultérieures.

## **7. Délimitation de l'étude**

La présente étude a pour cadre le Ministère de la Santé et de la Prévention, (actuellement dénommé Ministère de la Santé et de l'Action Sociale) plus spécifiquement le Service national de l'Information sanitaire (SNIS) qui fournit toutes les données relatives au système de santé.

Aussi, les résultats de cette recherche spécifique au secteur de la santé peuvent présenter des limites, quant à une éventuelle replicabilité. Ils ne peuvent non plus prétendre régler les problèmes de gestion des informations sanitaires inhérents à la multiplicité des intervenants dans le système de santé.

## **8. Démarche de l'étude et méthodologie**

Elle a d'abord consisté en la recherche d'informations à travers l'analyse documentaire, ensuite en l'élaboration d'un guide d'entretien testé auprès de quelques acteurs ciblés et enfin en l'analyse, l'interprétation et la présentation des résultats.

### **8.1 Problème central, modèle d'intervention et population de l'étude**

La présente étude se propose de faire le diagnostic du système de suivi afin de contribuer à son amélioration pour une bonne mise en œuvre du CDS-MT.

Pour cela, l'analyse des méthodes utilisées et des outils de gestion mis en place s'avère nécessaire : Ainsi, l'organisation du système de suivi et les outils de gestion utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront examinés. De même, l'aptitude des informations à permettre une traçabilité entre les

ressources planifiées, les actions menées et les résultats obtenus permettront d'apprécier l'efficacité du système de suivi du Ministère.

Pour cette étude, la méthode SWOT a été utilisée comme modèle d'intervention et d'analyse pour faire le diagnostic du système.

Compte tenu du nombre élevé des structures de tout niveau confondu, il s'est avéré difficile de faire une étude exhaustive. Néanmoins, un effectif significatif de la population a été ciblée : C'est ainsi qu'on a examiné les outils des services du niveau central, des Etablissements Publics de Santé de niveau I et II, ainsi que la région médicale, le district sanitaire à travers le centre de santé et le poste de santé.

Le procédé a consisté à considérer un échantillon des entités de la pyramide sanitaire (niveau central, région médicale, district sanitaire, centre de santé et poste de santé) comme population - parent concernée par l'étude, étant entendu que les activités menées dans ces entités sont les mêmes à travers tout le pays.

## **8.2 Instruments de collecte et mode d'administration**

Après avoir entretenu le responsable du SNIS de notre projet d'étude, il a mis à notre disposition les outils gestion usuels des différentes structures sanitaires de la pyramide sanitaire pour exploitation.

La consultation de ces derniers a permis d'en extraire l'essentiel des informations recherchées. On notera que tous les outils utilisés aux différents niveaux du système ont été conçus avec l'appui du SNIS et sont identiques dans toutes les structures du pays. Ils renseignent les mêmes indicateurs à quelques exceptions près.

En plus de l'exploitation de ces documents pour le recueil d'informations secondaires, des guides d'entretien à l'intention des membres du niveau central et des personnels des structures sanitaires ont été élaborés pour la circonstance et administrés à un échantillon aléatoire de personnels du niveau central et des structures sanitaires et hospitalières pris au hasard (Etablissement public de niveau I, II, III, Centre de santé de référence et poste de santé). Ces outils ont permis d'apprécier le degré de connaissance du CDS-MT par les acteurs et l'importance qu'ils accordent au suivi dans ce contexte d'imputabilité et de gestion axée sur les résultats.

Les résultats de l'analyse des informations recueillies ont permis d'étayer notre argumentaire par rapport aux insuffisances constatées dans le fonctionnement du système.

### **9. Annonce du Plan**

Le plan du mémoire est présenté comme suit :

- Introduction générale
- Première partie :
  - Cadre théorique/Contexte de l'étude
- Deuxième partie :
  - Présentation des résultats, analyse et interprétation.
  - Recommandations et proposition d'un modèle de système de suivi
- Conclusion.

GESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE**

**CADRE THEORIQUE/ CONTEXTE DE  
L'ETUDE**

## CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

### Section 1 : Revue documentaire

La recherche documentaire a permis de mieux maîtriser les contours de l'étude. Des structures telles que la bibliothèque du CESAG, Internet, les sites d'organismes internationaux tels que la Banque Mondiale, le PNUD qui traitent des mécanismes opérationnels de mise en œuvre du CDMT, notamment le suivi de l'exécution des actions menées à travers les programmes déroulés. L'importance des mesures d'accompagnement à mettre en place pour son application, mérite un diagnostic minutieux des dispositifs existants au sein des organisations où la réforme est en vigueur.

**Marc Raffinot et Boris Samuel** dans leur ouvrage intitulé : « **Les cadres de dépenses à moyen terme : un instrument utile pour les pays à faible revenu** » de la série STATECO N° 100, 2006 nous livrent les avantages de l'instauration de CDMT et retracent le contexte de mise en œuvre des CDMT avec la mise en place des documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) qui ont remis l'accent sur les activités de planification et accru le financement des secteurs sociaux dans le cadre de l'initiative pour les Pays Pauvres très endettés (PPTE).

Leur ouvrage nous fait découvrir le CDMT dans toute sa complexité à travers ses objectifs, son cycle de préparation, sa mise en œuvre et les contraintes liées à son application.

Le CDMT selon eux doit ainsi être conçu comme venant s'inscrire dans le cadre de réformes budgétaires dans des pays qui veulent à la fois améliorer les pratiques fondamentales et lutter contre les éléments défavorables à la bonne gestion du secteur public.

De l'avis des auteurs, le CDMT apparaît ainsi comme « un processus de décision itératif permettant de fixer la contrainte macroéconomique et de planifier les politiques sectorielles ».

Dans leur démarche, ils ont expliqué que l'approche par les Objectifs du Millénaire pour le Développement n'était pas contradictoire avec l'élaboration des CDMT car ceux-ci sont précisément des instruments pour réduire la tension entre les objectifs et la contrainte budgétaire. Selon ces derniers, la mise en place d'un CDMT peut être dangereuse si elle résulte d'une conditionnalité imposée de l'extérieur et si elle fait appel d'emblée à des instruments sophistiqués. Aussi, faut-il veiller à ce que les « fondamentaux » comme le **suiti** correct des dépenses publiques et la vision globale des ressources publiques soient en place du moins à ce que le CDMT soit conçu comme un vecteur de changement.

Le plus important dans cette recherche est que les auteurs ont fait un diagnostic sans complaisance de l'expérience des pays sous CDMT. Ils posent des modalités d'introduction du CDMT dans certains pays surtout ceux en voie de développement. A la manière des Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) des années 80, peu de pays sous-développés sont assez préparés à appliquer correctement ces politiques et réformes « importées », il s'y ajoute que les institutions en place, pour définir un cadre pluriannuel de ressources stable, cohérent et réaliste ne sont pas souvent fortes au point de résister aux impératifs de court terme, dominant ainsi les décisions budgétaires, d'où une mauvaise application du CDMT.

Enfin, pour M.Raffinot et B.Samuel, les CDMT sectoriels c'est-à-dire les CDS-MT peuvent être conçus comme des instruments de plaidoyer au niveau des arbitrages car permettant par des mécanismes de suivi solides, de justifier sur le plan technique les demandes d'accroissement des dotations. En ce sens, il est impératif qu'ils soient appliqués avec des **outils formalisés de suivi** pour une parfaite traçabilité des ressources et accompagnés d'un renforcement des capacités nationales aussi bien des ressources que des instruments.

Les auteurs du document **Wb 203845** intitulé « **Problèmes actuels des CDMT dans les pays africains**<sup>3</sup> version finale PDF », font le récit de la pratique du CDMT dans beaucoup de pays en voie de développement comme le Malawi, le Burkina Faso et dans des pays développés comme le Portugal et le Danemark entre autres. Cet ouvrage, extrait d'un document PDF trouvé dans **Internet** met en exergue les difficultés rencontrées par les pays africains dans l'application des CDMT après avoir relaté leur genèse et leur évolution. Il est d'une grande objectivité et pose le problème des CDMT dans les pays africains. Il nous fait une description de l'introduction du CDMT à partir des années 1990 dans un certain nombre de pays, ce qui était une innovation majeure dans le cadre des réformes budgétaires.

Cette étude a permis aux auteurs de mener des recherches dont l'objectif est de connaître le comportement des économies des pays sous CDMT suite à l'introduction de ces réformes et ceci grâce à une documentation fouillée au niveau de plusieurs sources bien informées telles que la Banque Mondiale, l'OCDE, l'ONU etc.

Pour ces derniers, on constate que les motivations pour l'application du CDMT diffèrent selon les pays. C'est ainsi que :

- **Pour l'Afrique du Sud**, l'adoption d'un CDMT devrait permettre de : « faciliter les choix politiques, mettre en place un système de gouvernance basé sur la coopération, accroître l'efficacité du secteur public, créer un environnement de prévisibilité permettant aux organisations du secteur public d'améliorer la qualité des services rendus aux citoyens ».
- **Au Burkina Faso**, le CDMT visait essentiellement à encadrer l'élaboration des budgets programmes en déterminant des plafonds de dépenses compatibles avec les équilibres macroéconomiques et financiers et à fixer un cadre de discipline budgétaire rigoureuse et crédible.

---

<sup>3</sup>Nous nous appuyons particulièrement sur deux documents : Banque Mondiale « Intégrer les politiques, les plans et les budgets dans un cadre à moyen terme », Chapitre 3 du Manuel sur la gestion des dépenses publiques, 1998 ; P. Le Houerou, R.Talierco " Medium Term Expenditure Frameworks : preliminary lessons from Africa ", Africa Region Working Paper Series, World Bank, feb 2002

- **Pour le Malawi**, l'objectif majeur du CDMT était d'« intégrer les stratégies, les actions à moyen terme et les budgets afin de restructurer les dépenses de fonctionnement et de développement en fonction des contraintes de ressources sur la base de priorités clairement définies ».

- **Au Portugal**, le CDMT a été appliqué suite à des défaillances identifiées au début des années 2000 au niveau du système budgétaire avec un cadre macroéconomique servant de base au budget toujours optimiste et ne faisant pas l'objet d'un débat et d'un examen par des experts indépendants et par le Parlement :

- **Au Danemark**, les réformes mises en place dans les années 1980 avaient conduit à une politique de restrictions budgétaires qui se révélait efficace au niveau global, mais qui ne permettait pas d'améliorer la qualité des dépenses et de faire coïncider les allocations budgétaires et les priorités du pays: des défis à relever concernant l'approche contractuelle et la gestion centrée sur les résultats.

Aussi, l'administration danoise adoptait-elle dès 1992 la gestion des performances en complément de son système budgétaire axé sur les intrants.

Selon l'ouvrage qui n'explicite pas les mesures qui accompagnent le CDMT, les aspects politiques et institutionnels sont aussi importants que les aspects techniques. C'est ainsi que la question de la redéfinition des rôles des ministères techniques et du ministère des finances pour aboutir à une division de travail convenable est agitée dans beaucoup de pays. L'alternative étant de favoriser une approche gagnant - gagnant pour mettre en valeur les avantages du pilotage par CDMT et minimiser les réticences et les frictions potentielles. Cependant, il est important de souligner que de manière générale, la réussite du CDMT dépend plutôt de la volonté politique et du degré d'appropriation nationale des réformes.

**Mr Daniel Tommasi**, dans un cours livré à Tunis en juin 2006, nous fait un tour d'horizon des CDMT dans quelques pays. C'est ainsi que, selon lui, le CDMT est défini généralement dans la plupart des pays qui l'appliquent comme un Programme de dépenses pluriannuel glissant sur une période: 3 ou 4 ans

avec des révisions indicatives et une première année qui doit être conforme au Budget.

Selon D.Tommasi, pour que le CDMT remplisse son rôle, il doit expliciter les choix de politiques budgétaires et s'appuyer sur les stratégies : présenter la politique budgétaire et assurer des préalables. C'est ainsi que pour une meilleure appropriation de la réforme, les décideurs doivent être impliqués.

Cependant, une des conditions de réussite de l'instauration du CDMT que l'auteur n'a pas souligné est la **mise en place de dispositif de suivi adéquat** pour la traçabilité des ressources utilisées qui à notre avis garantit le succès dans bien des cas.

**Boubou Dramane Camara**, Senior Policy Adviser, RBA MDG Support Team, New York, dans un atelier tenu à Lusaka en Zambie du 29 octobre au 02 novembre 2007, définit les principes de base, le processus et les instruments du CDMT :

Selon le consultant, la problématique du CDMT repose sur des allocations sectorielles des investissements publics d'autant que dans le cadre des DSRP, l'enjeu consistait à identifier et hiérarchiser les priorités intersectorielles de même que les gaps de financement des budgets annuels des départements ministériels en tenant compte des plafonds à ne pas dépasser.

Tous ces écrits ont une approche plutôt descriptive du CDMT avec un rappel de leur contexte d'élaboration.

Cependant, implicitement on peut percevoir à travers ces ouvrages que l'un des avantages d'un CDMT est de contribuer à une gestion budgétaire saine en suscitant la production d'informations de qualité qui facilitent le processus de décision, en améliorant la qualité des choix, en accroissant la transparence et renforçant le sens des responsabilités.

En définitive, le constat des auteurs est que quelque soit les arguments invoqués, la valeur ajoutée attendue du CDMT est d'aider les pays à combattre des déficiences majeures qui conduisent à de mauvais résultats budgétaires.

Ceci parce que le CDMT est accompagné d'outils performants capables d'assurer le suivi rigoureux de tout le processus de sa mise en œuvre, depuis la planification et la définition des objectifs jusqu'aux résultats en passant par l'exécution des activités.

Néanmoins, aussi intéressante que puissent paraître les travaux de nos auteurs, le CDMT présenté comme la solution miracle pour sortir les pays en développement de l'ornière présente des limites : au sortir de la littérature consultée, le constat est que dans l'application des DSRP et des CDMT, la désillusion a quelque peu freiné les élans car les indicateurs jadis identifiés n'étaient pas toujours raisonnables et équilibrés d'où l'impérieuse nécessité de l'évaluation des processus vers les résultats. Ceci empêche une déconnexion des intrants et des produits : les contrats de performance ne doivent pas non plus être exclusivement basés sur les résultats ; le processus étant aussi important pour la création d'un cadre de résultats.

Il est certes évident que cette politique novatrice recèle de beaucoup de potentialités mais de notre avis, le principal frein à son application reste la volonté politique des Gouvernants qui « torpillent » allègrement le processus en interférant dans l'exécution des budgets déjà alloués aux secteurs. Cette situation crée un déphasage entre la planification et les ressources effectivement mises à disposition, par conséquent des difficultés dans l'atteinte des objectifs définis.

Pour nous, c'est le lieu de déplorer ici la force des « Politiques » assez souvent peu éclairés qui dirigent nos pays à faibles revenus sous CDMT et qui se complaisent dans le flou créé par l'absence de transparence.

En conclusion, les auteurs constatent que pour le moment, dans la plupart des secteurs gouvernementaux, l'introduction du CDMT n'a jusque-là engendré que de faibles changements ; les acteurs n'étant pas assez préparés à la rigueur budgétaire, aux contrats de performance et à la culture de la redevabilité.

Au Sénégal, ce fait a été constaté au Ministère de la Santé et de l'Action sociale, cadre de notre étude où le suivi rigoureux et intégré qui constitue une des mesures d'accompagnement de la mise en œuvre du CDS-MT est quasi absent du système. Cette situation étant surtout due au manque d'intérêt accordé aux programmes de sensibilisation et de formation sur la réforme, mais surtout à l'absence de mesures d'accompagnement : les compétences des différents acteurs ne sont pas renforcées pour permettre une mise en œuvre correcte des réformes qui accompagnent le CDSMT. Ce qui a pour conséquence une mauvaise application de cette réforme au niveau du secteur.

Au total, tous ces ouvrages visités traitent parfaitement de l'élaboration du CDMT mais comportent quelques insuffisances quant aux mesures d'accompagnement à mettre en place : ils se limitent souvent à une description des modalités d'application de la réforme CDMT. Ce qui traduit la difficulté d'établir avec précision l'impact des réformes CDMT dans ces pays précurseurs. Une proposition de stratégie visant à comparer ces pays avec d'autres pays de référence n'ayant pas encore appliqué le CDMT pour évaluer les apports contribuerait à voir l'impact réel de ces réformes.

## **Section 2 : Définition des concepts**

- **le suivi** est une activité continue de collecte et de traitement d'informations. Il s'agit d'un processus interne à l'exécution d'une action. Le suivi est une démarche de gestion et de connaissance approfondie, évolutive et critique de l'action en cours de réalisation (**Verrière, 2002**),
- **L'efficacité** mesure à quel point un programme de développement ou une organisation a atteint les objectifs spécifiques qu'il s'était fixé<sup>4</sup>.
- **Indicateur** : Facteur ou variable, de nature quantitative ou qualitative, qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer les progrès et de suivre l'évolution d'un certain phénomène ou les résultats des processus sociaux.

---

<sup>4</sup>Le suivi et l'évaluation par Janet Shapiro (mel: [nellshap@hixnet.co.za](mailto:nellshap@hixnet.co.za))

Il permet d'exprimer les changements liés à une intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement.

- **Indicateur de performance:** Indicateur permettant de vérifier les changements intervenus en cours d'action ou les résultats obtenus par rapport à ce qui était planifié.
- **La performance** se définit comme étant ce que l'intéressé peut être capable de réaliser. Il sera efficace lorsqu'il atteindra ou dépassera le résultat attendu ; il sera efficient lorsqu'il ajoutera au résultat attendu un atout supplémentaire inattendu.

Cette définition, nous la retiendrons comme définition « **modèle** » pour inciter les acteurs à mieux identifier les performances lors de l'élaboration du rapport annuel de performance.

- **Le processus** c'est la manière dont les activités ou les ressources du système (humaines et financières) sont utilisées pour atteindre les résultats attendus (ex: le nombre de structures sanitaires effectuant des rapports mensuels).
- **Extrants** : Ce sont les résultats immédiats obtenus à travers l'exécution des activités (ex: nombre de rapports effectués par mois). Dans le processus d'élaboration des CDS-MT, les extrants sont d'une importance capitale pour la traçabilité des intrants. Ce qui donne toute sa valeur à cette définition.
- **Intrants** : Ce sont les ressources injectées dans la conduite d'un système et ou les moyens financiers, humains et matériels utilisés pour mener une action de développement. Ceux-ci peuvent inclure le personnel, les finances, les matériels, et le temps. .
- **Activité** : Action entreprise en vue de produire des réalisations précises. L'activité mobilise des ressources (intrants).
- **Résultat** : Encore appelé extrant (ou produit), effet (ou réalisation) d'une action de développement.
- **Le Système d'information** : On désigne par système d'information "un ensemble organisé de ressources (personnel, données, procédures, matériel, logiciel, ...) permettant d'acquérir, de stocker, de structurer et de communiquer des informations sous forme de textes, images, sons, ou de données codées dans des organisations.

Il repose sur la mise en place d'indicateurs permettant de suivre en permanence les principaux résultats des divers secteurs d'activité d'un secteur commercial, production, finance, ressources humaines, etc.). Par rapport aux prévisions, objectifs et budgets. Selon leur finalité principale, on distingue des systèmes d'information supports d'opérations (traitement de transaction, contrôle de processus industriels, supports d'opérations de bureau et de communication) et des systèmes d'information supports de gestion (aide à la production de rapports, aide à la décision...)."

Selon Hugues Angot, un Système d'Information est un réseau complexe de relations structurées où interviennent des ressources (hommes) et des procédures et qui a pour but d'engendrer des flux ordonnés d'informations pertinentes provenant de différentes sources et destinées à servir de base aux décisions.

Cette définition rencontre notre adhésion dans le cas présent où le système de suivi du Ministère renvoie à un réseau avec des connexions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Le système de collecte d'informations** est un système qui fournit des informations qui vont guider le processus de prise de décision à chaque niveau de l'Organisation (Hurtbise 1984).
- **Le Système de suivi:** C'est un ensemble de mécanismes mis en place pour assurer un processus de collecte d'informations quantitatives et qualitatives sur des indicateurs préétablis pour mesurer les progrès réalisés en direction des objectifs fixés. Il contribue aussi à la prise de décisions permettant de gérer efficacement un système ou un dispositif.

Selon le **PNUD**, la **GAR** est « une stratégie » ou méthode de gestion appliquée par une organisation pour veiller à ce que ses procédures, produits et services contribuent à la réalisation de résultats clairement définis.

Selon la Déclaration de Paris, « axer la gestion sur les résultats » signifie gérer et mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats souhaités et en utilisant les données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision. La GAR est donc une approche qui se concentre de façon systématique sur les résultats, plutôt que vers la réalisation d'activités déterminées, en optimisant l'utilisation des ressources humaines et financières.

**Gestion Axée sur les Résultats (GAR) :** Elle est un des cinq principes de la Déclaration de Paris qui accompagnent la mise en œuvre des CDMT.

C'est une approche qui vise à apporter d'importantes modifications au mode de fonctionnement des organisations.

Elle met l'accent sur l'amélioration de la performance exprimée par les résultats et 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.

Cette définition mérite d'être retenue car à notre avis, elle est très englobante et intègre tous les aspects du concept.

**Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme** est un processus qui comprend plusieurs étapes et qui fait partie intégrante du cycle budgétaire annuel: il modifie complètement la phase de préparation et influe significativement sur la phase d'exécution et de suivi évaluation. Il apparaît comme un instrument de pilotage qui ne supprime pas le cycle budgétaire annuel, mais le renforce et lui donne plus de crédibilité et d'efficacité.

**Le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme** est un instrument de planification et de programmation budgétaire pluriannuelle des ressources. Il peut être aussi défini comme un ensemble cohérent d'objectifs, de programmes

et d'allocations budgétaires par objectif qui détermine le cadre des dépenses à moyen terme (3 à 5 ans). Ainsi, le Gouvernement et le ministère en charge de la santé peuvent prendre des décisions rationnelles pour la répartition et l'emploi des ressources financières mises à disposition.

## **CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE**

### **Section 1 : Politique de santé et cadre institutionnel**

#### **1.1 La politique de santé**

La santé est considérée par le gouvernement du Sénégal comme un secteur prioritaire.

Depuis la Déclaration de Politique Nationale de Santé en 1989, la politique de santé du Sénégal reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les conventions internationales auxquelles le Sénégal adhère et les engagements internationaux vis-à-vis des Organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé parmi lesquels les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La politique de santé du Sénégal trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé à toutes les populations (article 8) et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... »<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Article 17 de la Constitution Sénégalaise cité dans le deuxième Plan National de Développement Sanitaire

Cette politique de santé s'articule autour des points tels que l'accès aux soins de santé de qualité, garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique, l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale, la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie, la protection des groupes vulnérables. De même, elle met l'accent sur le renforcement du partenariat public privé, la promotion de la multisectorialité, l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales (Déclaration de Paris) et la culture de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). C'est dans ce sillage qu'est mis en œuvre le Cadre de dépenses Sectoriel à Moyen Terme au niveau du secteur.

Il apporte ainsi une réponse face aux difficultés liées au non-alignement des allocations budgétaires aux priorités nationales en matière de santé et au faible niveau de prévisibilité des financements. Sous un autre registre, le CDS-MT permet de développer le sens des responsabilités et de bâtir une culture de la performance en plus d'instaurer l'obligation de rendre compte de l'utilisation des ressources publiques dans le secteur de la Santé. Cet outil indique clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement. Le CDS-MT Santé permet de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources, les objectifs et les cibles de la période.

Pour l'atteinte des OMD qui visent entre autre la réduction de la pauvreté de moitié à l'horizon 2015, le Sénégal a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour la période 2003- 2005 et son deuxième en 2006-2010 à la faveur de l'Initiative envers les Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).

Pour cela, des efforts particuliers ont été faits avec l'allocation de 50% du budget de fonctionnement aux secteurs sociaux (éducation, santé) afin d'améliorer les indicateurs sociaux. Ce qui a engendré dans le domaine de la santé, des tendances à la baisse de la mortalité des enfants et de celle des mères satisfaisantes ; la pandémie du Sida se maintenant à un taux de prévalence de 0,7%.

En ce sens, le secteur de la santé qui occupe une place de choix dans le DSRP du fait de son rôle prépondérant dans la réalisation des OMD, a enregistré des progrès notoires.

Cette situation fait du PNDS II 2009-2018, la réponse du secteur de la santé face aux défis pour la réalisation du DSRP 2006- 2010 et des OMD à l'horizon 2015.

Le cadre de planification sanitaire s'est traduit à travers le premier Plan Stratégique du Ministère (1998- 2007) élaboré dans la continuité des Plans Régionaux de Développement Sanitaires (PRDS) et des Plans Départementaux de Développement Sanitaires (PDDS).

Actuellement, le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS II), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) des centres de responsabilité qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Le Plan National de Développement Sanitaire repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité et accorde la priorité à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé.

Cette vision se décline à travers les objectifs suivants qui sont au nombre de quatre: (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ; (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.<sup>6</sup>

Il est orienté vers la réalisation des OMD et se rattache au DSRP. Il vise une plus grande démocratisation des soins sans occulter la priorité accordée à la

---

<sup>6</sup> Orientations stratégiques du PNDS II 2009-2018

prévention, option politique majeure qui trouve son fondement dans l'ancrage de la politique de santé du Sénégal aux Soins de Santé Primaires.

En même temps, un accent particulier est mis sur l'amélioration de la gestion du secteur dans un cadre multisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités.

Le PNDS II est opérationnalisé à travers le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme, cadre stratégique de programmation et d'exécution budgétaire mis en vigueur au niveau du Ministère de la Santé depuis 2005.

Le CDSMT qui est l'outil de mise en œuvre du PNDS II au niveau du Ministère de la Santé permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés par les autorités à travers la gestion axée sur les résultats.

Son élaboration repose sur un calendrier qui précise les délais pour son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation annuelle à travers le rapport de performances.

La notification des enveloppes budgétaires sectorielles indicatives par le ministère chargé des finances, première étape de ce processus, se fait sur la base des priorités de programmes de dépenses triennales toutes sources confondues.

Le Plan de Travail Annuel est la traduction opérationnelle de la première année du CDS-MT déclinée en plans d'actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide. En principe, le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA.

Pour le cas particulier des districts sanitaires, le processus démarre par une planification au niveau des collectivités locales avec l'élaboration des POCL-Santé. Ces derniers sont intégrés dans les PTA des districts de la région qui

feront à leur tour l'objet d'une synthèse au niveau régional sous la coordination de la région médicale.<sup>7</sup>

Avec l'instauration de ce principe qui exige que soit justifiée l'utilisation des ressources pour l'atteinte des résultats, une politique de rigueur et de moralisation dans la gestion de la chose publique est initiée par les autorités, appuyée par les partenaires au développement qui se sont engagés lors de la Déclaration de Paris à travers l'Appui budgétaire.

## **1.2 Le cadre institutionnel**

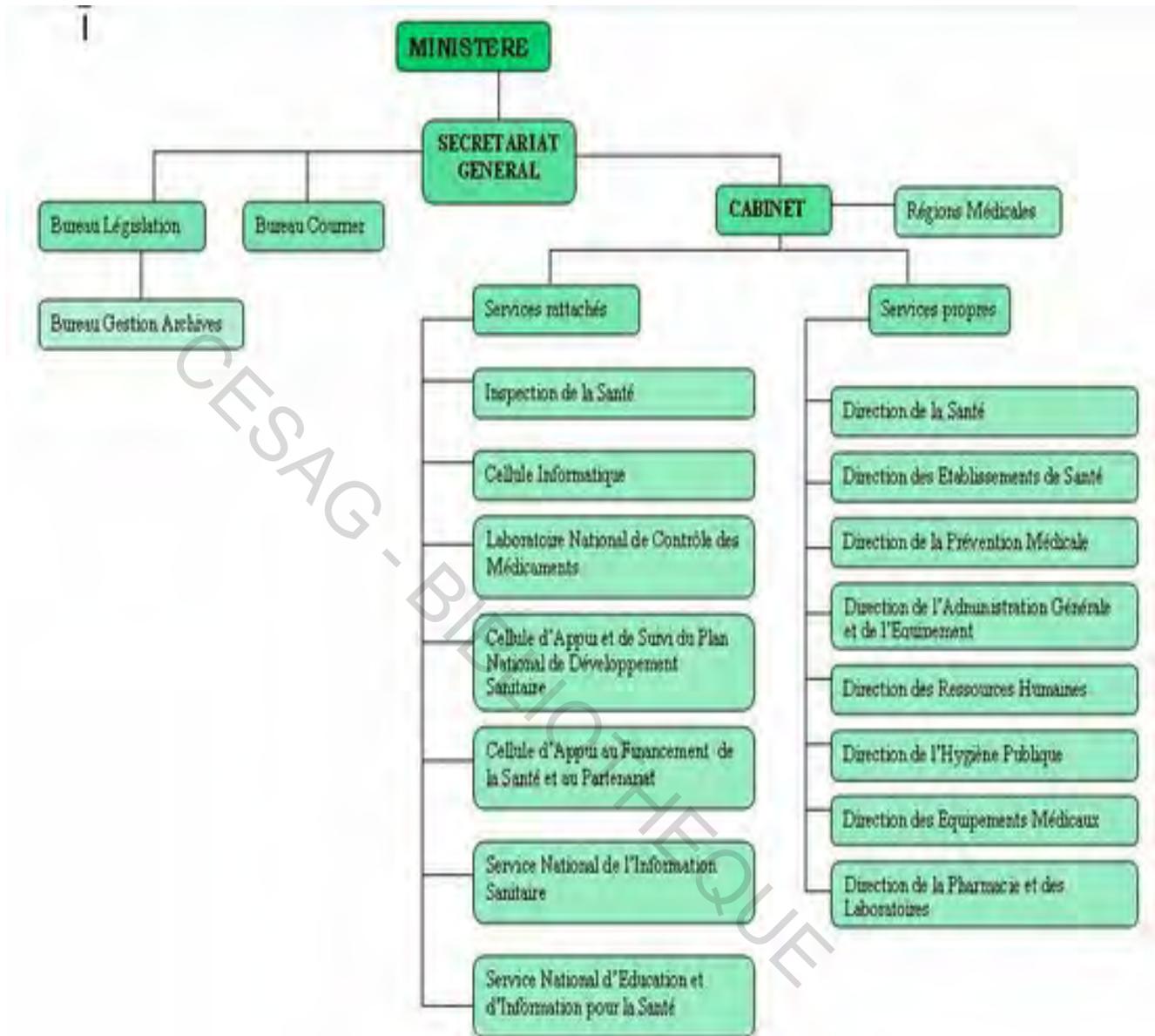
Le Ministère de la Santé comprend outre le Ministre :

- Le Cabinet, composé des collaborateurs directs du Ministre tels que : le Secrétaire Général le Directeur de Cabinet, le Chef de Cabinet, l'Attaché de Cabinet et les Conseillers Techniques.
- Les Directions
- Les Services Rattachés (Cf. Organigramme)

---

<sup>7</sup> Extraits du Deuxième Plan National de Développement Sanitaire

## Organigramme



**Figure n°1 : Organigramme du Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention, source : Site Web Dénomination du Ministère en 2010.**

### - **Missions du Ministère :**

Le Ministère de la Santé et de la Prévention a essentiellement pour mission de mettre en œuvre, sous l'autorité du Premier Ministre, la politique arrêtée par le Chef de l'Etat dans les domaines de la santé, de l'éducation à la santé, et de la prévention.

Il contribue ainsi au bien-être des populations en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. L'un des objectifs majeurs du département est la démocratisation du système de santé, notamment, en garantissant l'accès de tous les citoyens à des services de santé de qualité à moindre coût.

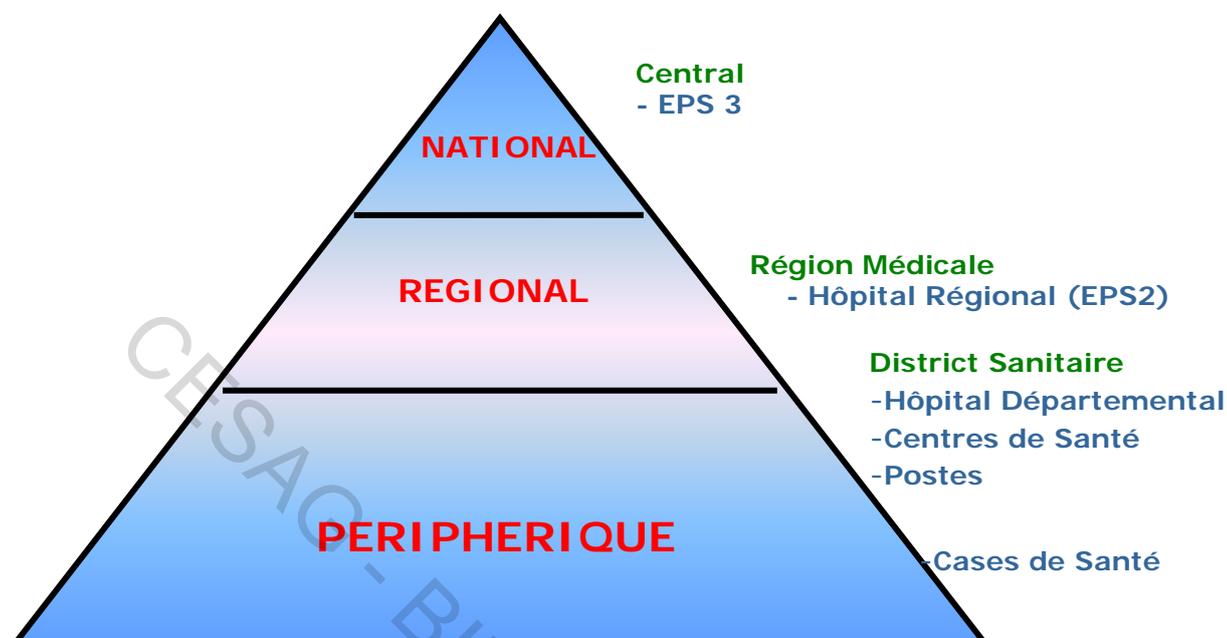
Il apporte une contribution efficace au développement du capital humain dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté en accélérant la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé.

### - **Organisation du Système de santé**

Il est organisé selon les recommandations du scénario de développement sanitaire à trois niveaux proposé depuis 1985 par le Bureau régional de la région Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec une structuration pyramidale comprenant trois niveaux (cf. schéma ci-dessous).

- à la base, un niveau périphérique appelé District sanitaire constitué d'hôpitaux départementaux, de centres de santé, de postes de santé supervisant les cases et les maternités rurales pour la mise en œuvre des activités;
- à l'échelon intermédiaire, un niveau stratégique appelé région médicale traduisant les politiques nationales en stratégies régionales;
- au sommet, un niveau central comprenant le cabinet du Ministre, les directions et les services nationaux formulant les orientations et politiques de santé.

**Figure N°2 : Organigramme du Ministère de la Santé**



**Figure 2 : Pyramide sanitaire : Source site du Ministère, 2010**

**- Le District Sanitaire**

L'arrêté numéro 01259 du 12 février 2010 consacre le découpage actuel du territoire en 75 districts sanitaires à travers tout le pays.

Le district sanitaire constitue la subdivision sanitaire la plus proche des populations, et est placé sous la responsabilité d'un Médecin. Il s'agit du niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect

quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Dans la pyramide sanitaire, le district sanitaire occupe une place importante car c'est à ce niveau où s'exécutent les programmes de santé de façon intégrée.

- Le Médecin Chef de district dirige une équipe cadre composée au minimum d'un superviseur chargé du suivi des Soins de Santé Primaires (SSP), d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale et d'un superviseur de l' Education Pour la Santé. Le district est une entité territoriale qui comprend plusieurs postes de santé urbains ou ruraux dirigés par un Infirmier d'Etat ou Sage femme d'Etat et quelques fois des centres de santé. Le poste de santé constitue la structure sanitaire de base et couvre une population comprise entre de 5 000 et 10 000 habitants. Le poste de santé rural polarise un ensemble de cases de santé et de maternités rurales gérées par des Agents de Santé Communautaires ( ASC) et des matrones.

#### - **La Région Médicale**

La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, a pour missions :

- d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ;
- d'organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé ;
- d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification ;
- d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire ;
- d'assurer l'appui aux activités des districts sanitaires ;
- d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région.

Chacune des quatorze régions médicales est dirigée par un Médecin faisant fonction de Médecin chef de région. Il est placé sous l'autorité administrative du Gouverneur de la région, qui est le représentant du Président de la République et représente aussi tous les Ministres dans la région.

Dans le cadre du traitement de l'information sanitaire, elle est chargée de la compilation semestrielle des données de l'ensemble des districts sanitaires de sa zone de responsabilité.

- **Le Niveau central**

Le niveau central comprend outre le Cabinet du Ministère, le Secrétariat général, les directions et les Services rattachés dont le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS). Il est à noter que les régions Médicales sont administrativement rattachées au cabinet du Ministre bien que l'appui technique leur est assuré aussi bien par les Directions que par le SNIS grâce au système d'information sanitaire.

- **Le Système de Référence**

Le système de référence connaît quelques problèmes malgré les efforts consentis par les autorités qui en ont fait une priorité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'élaboration en 2006 d'un guide sur la référence/contre référence en est une preuve. Cependant, des difficultés liées à son application subsistent et sont surtout liées à la prise de décision tardive des personnels de santé, au manque de logistique adéquate (ambulances médicalisées), à la disponibilité d'un plateau technique performant et à l'absence de feed back quant au sort des patients référés.

La logique de la référence suit l'orientation indiquée selon la pyramide sanitaire.

Elle comprend :

Les postes de santé qui se situent au premier niveau et assurent les soins de base ;

Les centres de santé qui se situent au second niveau et assurent la prise en charge des soins qui ne peuvent pas être menés au niveau des postes ;

Les hôpitaux départementaux et régionaux qui se situent au troisième niveau et dispensent des soins en gynécologie, obstétrique, médecine interne,

pédiatrie, chirurgie et éventuellement des spécialités médicales et chirurgicales ;

Les hôpitaux nationaux dont les centres hospitaliers nationaux qui constituent le dernier recours.

Il est à noter que le système de référence contre référence correctement appliqué permet d'assurer :

une maîtrise du mouvement des malades, à des fins de gestion des programmes ;

une bonne circulation des malades entre les niveaux de la pyramide sanitaire ;

une prise en charge globale et intégrée des cas référés ;

une harmonisation des indicateurs de santé.

L'organisation du système de santé et du système de référence obéit au principe réaffirmé par la circulaire 1753 du 15 mars 1991, relative à la fidélité aux axes de la stratégie des soins de santé primaire que sont :

Le renforcement du premier échelon des services de santé

Le développement des services de santé selon une approche participative

La réorientation des activités hospitalières vers plus de technicité en complément des services rendus par le premier échelon.

#### - **Les infrastructures sanitaires**

Le dispositif sanitaire comprend, en 2007, soixante-quinze centres de santé (75) dont quatre (4) centres relevant de l'Association Solidarité Partage Elisabeth DIOUF, vingt deux (22) hôpitaux dont deux non fonctionnels ainsi que neuf cent quatre ving (980) postes de santé fonctionnels.

**Tableau 1 : Répartition des infrastructures publiques selon la région en 2007**

INFRASTRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES	Synthèse Région											Total
	DAKAR	DIOURBEL	FATICK	KAOLACK	KOLDIARA	LOUGAN	MATAM	ST LOUIS	TAMBACOUNDA	THIES	ZIGUINCHOR	
Nombre de Centres de santé	18	6	6	5	4	5	3	5	9	9	5	<b>75</b>
Nombre de postes de santé	107	74	95	98	82	65	64	115	84	130	104	<b>1018</b>
Nombre de postes de santé fonctionnels	97	73	91	97	77	63	63	115	82	125	97	<b>980</b>
Nombre de cases de santé	26	137	302	286	258	337	41	172	109	320	110	<b>2098</b>
Nombre de cases de santé fonctionnelles	3	65	174	214	146	243	39	82	91	256	70	<b>1383</b>
Nombre de Léproseries	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>355</b>	<b>668</b>	<b>700</b>	<b>568</b>	<b>714</b>	<b>210</b>	<b>490</b>	<b>375</b>	<b>840</b>	<b>389</b>	<b>5560</b>

Sources : CARTE SANITAIRE MINISTERE DE LA SANTE DE 2007

## Section 2 : Présentation du Service National de l'Information Sanitaire

### 2.1 Missions et cadre d'intervention du SNIS

Le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) a été créé par le décret n°2004.1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention en son article 12. Il est chargé de :

- la réalisation des études et enquêtes statistiques ;
- la collecte des données et de l'analyse des informations sanitaires ;

- l'élaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires et démographiques;
- la centralisation et la mise à jour de la documentation sur l'ensemble du système et des services sanitaires.

Pour atteindre cet objectif du SNIS, « le Ministère de la santé s'est attelé pendant près de deux (2) décennies au renforcement et à l'amélioration du système existant avec comme stratégie novatrice, l'implication de tous les acteurs du système » dans la production de l'annuaire statistique.

L'élaboration périodique de l'annuaire statistique est un impératif majeur du Service National de l'Information Sanitaire. Il doit constituer pour les différents acteurs du système de santé un outil d'aide à la décision fondé sur des données actuelles et fiables.

Le SNIS travaille avec les Districts et les régions médicales sur toute l'étendue du territoire national conformément au cadre institutionnel qui organise le système de santé au Sénégal. En ce sens, le SNIS, responsable de la production des informations au sein du Ministère de la Santé et de l'Action sociale est explicitement chargé de la diffusion des produits du système d'information. En outre, il garantit l'accès et la diffusion des données par une large diffusion à travers les annuaires statistiques qu'il produit et qu'il met à la disposition des utilisateurs.

## **2.2 Ancrage institutionnel et Organisation du SNIS :**

Le SNIS fait partie des nombreux services rattaché au Cabinet du Ministre (cf. Organigramme). Au même titre que les régions médicales et les directions du ministère, il dépend directement du Cabinet et ne peut donc prétendre à une quelconque fonction hiérarchique entre lui et ces mêmes services. Une autre difficulté de taille est qu'il n'existe pas de lien fonctionnel entre le SNIS et les autres services du Ministère. Ceci explique toutes les difficultés rencontrées par le SNIS dans la collecte des données (promptitude, complétude et exhaustivité) : le SNIS ne peut exiger des structures la disponibilité des

données sanitaires à temps réel. Ces dernières sont pourtant assez prompts à les livrer aux partenaires techniques et autres programmes du ministère qui leur viennent en appui pour leurs activités de collecte et de traitement des données.

**Au niveau organisationnel**, du système de communication du SNIS est constituée de l'ensemble des ressources du service (les hommes, le matériel, la logistique et les logiciels) organisées pour : collecter, stocker, traiter et communiquer les informations.

Avec un effectif composé d'un Chef de service, médecin en santé publique, de trois (3) médecins, un technicien supérieur de santé, un géographe, deux informaticiennes, un technicien de la statistique, un agent d'hygiène, une documentaliste, un gestionnaire, deux secrétaires et un chauffeur, le SNIS montre le profil d'une institution peu dotée en ressources spécialisées.

Toutefois, si le niveau de ses infrastructures (parc informatique) reste satisfaisant,

l'absence d'organigramme pour une claire répartition des rôles et tâches au sein du SNIS pose un problème majeur pour un bon suivi et une bonne coordination des activités des différentes structures du ministère.

**DEUXIEME PARTIE :**

**RESULTATS, ANALYSE ET INTERPRETATION**

## **CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS**

### **Section 1 : Présentation des outils de suivi et fonctionnement**

Le système de suivi du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est structuré selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

A chaque échelon correspond un type de structure et des outils de gestion adaptés pour la collecte des données relatives aux activités menées à ces différents niveaux par les structures du ministère et les autres acteurs qui interviennent dans le secteur (Secteur privé, Société civile etc.).

#### **1.1 Au niveau opérationnel**

- **Poste de santé**, on trouve :

- Les fiches, les registres pour consultations générales curatives, consultations de pédiatrie et registres de maternité (consultations prénatales et accouchements.) ;
- Un guide du monitoring des activités du poste de santé est mis à la disposition des ICP afin d'évaluer semestriellement leurs performances.

- **Centre de santé**

Les mêmes outils de gestion sont disponibles de même que le guide de monitoring des activités du centre de santé et de la maquette District (activité et morbidité).

- **Région médicale :**

Les rapports d'activités émanant des districts et des hôpitaux sous sa zone de responsabilité sont compilés et une synthèse semestrielle est faite après deux trimestres. Elles sont traitées et transformées en informations sanitaires utiles à livrer au Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

- **Etablissements Publics de Santé :** les mêmes prototypes d'outils de collecte et de gestion des données existent et sont conçus par le SNIS. En plus de ces outils, il existe pour les services spécifiques des hôpitaux, des outils pour l'administration générale, la gestion du personnel, les finances, des manuels de procédures etc.

## 1.2 Au niveau central

- Au niveau du SNIS, on note l'existence de deux systèmes de collecte des données à ce niveau.
  - **Le Système d'information sanitaire de routine du SNIS** qui fournit régulièrement des informations mensuellement, trimestriellement ou semestriellement selon les niveaux. Il s'agit essentiellement des statistiques des services de santé, des données administratives, données financières, des données épidémiologiques et de surveillance épidémiologique.
  - **Les collectes d'informations ponctuelles** constituées des enquêtes des ménages, des enquêtes démographiques et de santé.

Pour compléter et valider ces données, le SNIS organise régulièrement des ateliers de recueils d'informations au niveau des régions appelés « revues » en relation avec les régions et les différents programmes verticaux<sup>8</sup> de santé du Ministère de la Santé et de la Prévention pour l'harmonisation et la validation des données en présence des parties prenantes.

## Section 2 : Fonctionnement du Système de suivi

Les activités quotidiennes des Infirmiers Chefs de Postes sont notées au fur et à mesure dans ces outils de gestion qui constituent des répertoires. Ainsi, on y trouve des activités curatives, préventives ou promotionnelles de santé. Outre ces informations, on trouve dans les rapports des données relatives aux moyens ou ressources humaines, matérielles et financières (personnels, logistiques, infrastructures, financières).

Mensuellement, un rapport global de la zone de responsabilité du poste de santé est produit et par les responsables des postes en l'occurrence les Infirmiers Chefs de Postes (ICP). Ce rapport inclut les données relatives à toutes les activités de santé y compris les informations provenant des cases de

---

<sup>8</sup> Sont appelés Programmes verticaux, les Programmes logés à la Direction de la Santé au niveau de la Division de Lutte contre la Maladie et pilotés par des coordonnateurs à la tête d'une équipe qui constitue la cellule exécutive du Projet. (Ex : Programme National de lutte contre le Paludisme).

santé et toutes les autres formations sanitaires intervenant dans la zone de responsabilité. Il est analysé et assorti de recommandations sur les résultats de la période et remis au Médecin Chef de District en réunion de coordination mensuelle avec l'équipe cadre de district<sup>9</sup>.

Cependant, l'analyse qui en est faite reste très sommaire et le plus souvent, aucune mesure correctrice n'est prise à l'issue de celle-ci. Les indicateurs de suivi que l'on trouve à ce niveau sont surtout des indicateurs d'activités qui renseignent sur le volume des activités : Par exemple, dans un rapport, il aurait été plus pertinent de répertorier, en plus du nombre de cas de paludisme traités, le nombre de malades guéris. Cela suppose que l'infirmier exige de revoir le patient après le traitement administré. Les indicateurs de résultats et de performances sont de fait absents.

Mensuellement, le médecin du centre de santé fournit un rapport sur les données sanitaires du centre. Une synthèse trimestrielle de l'ensemble des rapports mensuels des structures sous sa responsabilité constitue le rapport du district. Elle intègre les données du centre de santé, des postes de santé, des cabinets privés et organismes civils (ONG) officiant dans le secteur. Ce rapport qui est plutôt un rapport d'activités est fait par le Médecin Chef de district qui le transmet à la région médicale (niveau intermédiaire).

De manière générale, les rapports d'activités produits aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ne permettent pas de mesurer les performances du système. Ils sont plutôt une compilation d'activités fournies périodiquement qui déterminent surtout le volume des activités mais qui ne peuvent renseigner efficacement sur les performances accomplies par les acteurs du système.

---

<sup>9</sup> L'équipe cadre de district comprend, outre le médecin chef et son adjoint, le superviseur des soins de santé primaires, la maîtresse sage femme, les infirmiers majors de services.

## **CHAPITRE II : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS**

### **Section 1 : Analyse et interprétation des résultats**

#### **1.1 Diagnostic du dispositif de suivi**

La performance du système d'information du Ministère se mesure à travers la pertinence, l'efficacité du dispositif, la qualité des données et les outils de gestion utilisés pour la mise en œuvre du CDSMT.

Aussi avons-nous choisi pour le diagnostic, le modèle d'analyse SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ou **FFOM** « Forces Faiblesses Opportunités Menaces » qui est un modèle d'intervention et d'analyse stratégique et qui nous paraît le plus adapté pour analyser le système de recueil de données. Il sera combiné à des critères tels que la pertinence, l'efficacité la qualité, l'utilisation etc. pour évaluer les performances du système afin de dégager des stratégies pour sa réorganisation éventuelle.

Le modèle permet par ailleurs une analyse de l'état du système de suivi grâce en dévoilant ses forces ou atouts, ses carences ou faiblesses, de même que les risques qu'il encourt dans un environnement où les interventions sont aussi diverses que variées.

**Figure n° 3 : LOGIQUE DE L'ANALYSE SWOT**

	<b>POSITIF</b> (pour atteindre l'objectif)	<b>NEGATIF</b> (pour atteindre l'objectif)
<b>Origine interne</b> (organisationnelle)	<b>FORCES</b>  <b>Strengths</b>	<b>FAIBLESSES</b>  <b>weaknesses</b>
<b>Origine externe</b> (environnementale)	<b>OPPORTUNITES</b>  <b>Opportunities</b>	<b>MENACES</b>  <b>Threats</b>

Il s'agit de montrer comment le système de suivi du SNIS s'inscrit dans une logique de performance malgré les contraintes liées à son fonctionnement.

➤ **Forces du système liées à la pertinence :**

- La création du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) par Décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004 et portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, répond à un besoin de résolution d'une situation caractérisée par la non maîtrise des données sanitaires et des difficultés rencontrées dans le traitement des informations.
- Elle coïncide avec l'avènement du Plan Directeur de l'Agence Nationale de la Statistique qui appuie le SNIS dans ses missions de réalisation des études et enquêtes statistiques, de collecte des données et d'analyse des informations sanitaires. Le SNIS a entre autres missions celle de mettre en place un système d'information et de suivi des informations sanitaires du ministère et de ses services déconcentrés.
- Le fort ancrage institutionnel du SNIS, directement rattaché au Cabinet montre la portée et l'importance que la tutelle accorde à son système de

suivi. En effet, l'existence d'un Système d'information sanitaire fonctionnel organisé et constitué de toutes les ressources humaines et matérielles permettant de collecter, de compiler et d'organiser les informations au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention a été une priorité concrétisée par la création du SNIS. Ceci pour satisfaire la forte demande des autorités et des partenaires techniques, et compléter ainsi le maillon manquant de la chaîne.

➤ **Forces du système liées à l'efficacité :**

Le système d'information et de gestion du SNIS est assez bien structuré et son efficacité se mesure à travers sa capacité à générer en permanence une masse importante d'informations. L'existence d'un logiciel dénommé « Application Santé » pour renforcer le système d'information et de gestion (SIG) dans l'utilisation de données fiables devrait aussi permettre après saisie des données au niveau des structures de santé, de générer automatiquement des rapports et de faire la rétro-information d'une part, de définir des indicateurs de couverture et de suivi financier d'autre part. Malheureusement, l'application n'est jamais entrée en production.<sup>10</sup>

En outre, le système de suivi dispose de connexions pour assurer une coordination fonctionnelle à travers les revues périodiques qui constituent un cadre pour la validation et l'harmonisation des données. De même, l'existence de liens fonctionnels entre le système de suivi du SNIS et les différents niveaux de la pyramide sanitaire et l'identification d'objectifs clairs et réalistes sous-tendent sa mission. La production des données est formalisée à tous les échelons et la fourniture régulière des informations sanitaires (rapports mensuels, trimestriels selon les niveaux) est institutionnalisée de même que la production et la diffusion régulière de l'annuaire statistique, ce qui constitue un atout majeur de la structure.

---

<sup>10</sup> Rapport d'évaluation du Système d'information Sanitaire, Moustapha Sakho octobre 2007

L'existence d'outils de gestion et de suivi (documents de rapports périodiques : fiches, registres, maquettes etc.) capables de collecter une masse importante de données, confère au SNIS un système d'information efficace.

Enfin, l'existence de circuits formels de recueil de données au niveau opérationnel et intermédiaire permet au système d'information d'assurer un bon maillage de la pyramide sanitaire.

#### ➤ **Faiblesses du système liées à l'efficience**

Un certain nombre de défaillances notées au niveau du système de suivi et d'information du Ministère avaient poussé les autorités à mettre en place le SNIS. Cependant, bien que doté en ressources financières et matérielles conséquentes, des manquements sont notés dans le fonctionnement. Parmi ces insuffisances, on peut noter :

- L'absence de Plan directeur de développement de l'information sanitaire régissant le traitement des informations sanitaires à travers le pays et les défaillances notamment dans ses fonctions de collecte, de centralisation et d'analyse des données ;
- la faiblesse des mécanismes d'évaluation permettant une bonne distribution des ressources rares et une meilleure rationalisation des intrants disponibles. Ce qui constitue un problème d'envergure et empêche une remise en question du mode de gestion et de fonctionnement du système pour son amélioration ;
- l'insuffisance de ressources humaines de qualité : personnels cadres statisticiens, démographes, économistes etc.
- la faiblesse dans le management du système qui engendre une absence totale de motivation du personnel qui ne peut optimiser le rendement de ses ressources, notamment dans la direction et le contrôle de la structure, dans la répartition claire des rôles et des tâches ;
- les suivis périodiques des activités des postes et centres de santé (monitorings) basés sur des indicateurs relatifs à la qualité des soins et non sur des indicateurs de résultats avec une absence totale d'indicateurs de

résultats, ce qui ne facilite pas les décaissements dans le cadre de l'appui budgétaire ;

- dans le cadre de la mise en œuvre du CDS-MT, les centres de responsabilité ne disposent d'aucun cadre de suivi fonctionnel élaboré par le SNIS pour les activités planifiées pour l'exécution des PTA.

➤ **Faiblesses du système liées à la qualité et à l'utilisation des données par les partenaires:**

L'analyse du système d'information de gestion révèle qu'il est basé sur des indicateurs jugés trop généraux par la plupart des partenaires. Par ailleurs, dans le cadre activités spécifiques de santé, il n'existe pas d'indicateurs quantitatifs de résultats mais plutôt des indicateurs de satisfaction.

Le système de santé a subi le diktat des organisations professionnelles du secteur sur une très longue période (3 à 4 ans) avec la rétention des informations sanitaires qui a eu des répercussions néfastes en termes de délais de disponibilité et de fiabilité de l'information. Ainsi, l'annuaire statistique édité annuellement n'a cessé d'accuser du retard depuis bientôt cinq ans.

Par ailleurs, la faible satisfaction des partenaires vis-à-vis de la collaboration avec le SNIS et la capacité du partenariat à favoriser l'atteinte des objectifs ont poussé certains partenaires à établir leur propre liste d'indicateurs.

De même, la perception des partenaires de la qualité de la collaboration avec les autorités sanitaires restent assez souvent en deçà des attentes de part et d'autre.

L'absence de données utiles permettant de renseigner les indicateurs retenus au niveau des instances internationales (atteinte des OMD et déclaration d'Abuja) et la faible qualité des informations aptes à aider à une prise de décision démontrent à suffisance les points faibles du système.

Le manque de complétude et d'exhaustivité des données et la non disponibilité des rapports à temps pour la prise en compte des informations dans les prises de décision et leur faible valeur statistique des informations conduisent à la faible reconnaissance des partenaires et diminuent les flux des financements accordés pour asseoir un bon système d'information et de suivi.

L'absence de célérité dans la production des informations et le manque d'exhaustivité et de complétude des données montrent un système défaillant qui éprouve des difficultés à accomplir sa mission de façon satisfaisante.

De toute évidence, l'inadéquation entre les indicateurs habituellement renseignés et les indicateurs pertinents des programmes fonctionnels du CDS-MT (indicateurs de résultats et indicateurs d'impacts) compromet la visibilité des résultats et la traçabilité des ressources.

Par ailleurs, la méconnaissance du CDS-MT et de ses instruments de mise en œuvre par un personnel mal formé sur les réformes budgétaires et financières ne milite pas en faveur d'une bonne application de ces dernières.

Tout ceci traduit la faible capacité d'utilisation des données ne pouvant renseigner correctement les résultats de la mise en œuvre du CDS-MT.

➤ **Faiblesses liées à la durabilité et à la pérennité du système**

La diversité des sources d'informations sanitaires entraîne la création de sous-systèmes qui devraient s'articuler au SNIS pour en être les démembrés et non des systèmes parallèles qui ont fini d'affaiblir et de fragiliser le système de suivi officiel du SNIS; de même l'absence de cadre unique de suivi des activités des services du Ministère entame fortement la fiabilité des données.

L'absence de liens fonctionnels entre les sous-systèmes et le système national du SNIS qui se traduit par la non disponibilité au niveau du SNIS des données des sous-systèmes d'autres secteurs: Pour exemple, à la Direction de la Santé, les programmes classiques dits verticaux disposent chacun de leurs propres

outils de collecte et d'analyse des données sanitaires (souvent recommandés par les partenaires techniques et financiers).

On note une absence de connexion entre les centres de responsabilité et le SNIS du fait d'un faible leadership des responsables de la structure.

L'absence de mécanismes permettant d'établir un lien entre les ressources allouées aux centres de responsabilité, les activités exécutées et les résultats obtenus, empêche tout suivi et par conséquent une application correcte de la gestion axée sur les résultats ;

En outre, l'absence de plan de supervision intégré dans le système de suivi, les défaillances dans la communication, la faiblesse des capacités d'analyse du dispositif de suivi de l'information sanitaire et enfin l'absence d'une culture d'évaluation des programmes et projets affaiblissent le système.

#### ➤ **Opportunités du système**

Malgré les insuffisances notées au niveau du système, des opportunités de repositionnement existent : c'est ainsi qu'on peut noter :

- Le fort ancrage institutionnel du SNIS (service rattaché au cabinet) qui confère une légitimité et une reconnaissance certaine à son système de suivi ;
- les liens étroits que le SNIS entretient avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie à travers son Plan Directeur et l'appui constant dont il bénéficie de la part de ce dernier pour un système performant sont un grand atout ;
- les opportunités de renforcement de capacités et de financement des partenaires techniques et financiers dont peut bénéficier le SNIS eu égard au rôle important qu'il joue au niveau du système de santé, ces derniers ayant de réels besoins de nouer des partenariats solides et durables;

- le suivi systématique de l'exécution des PTA assuré par le SNIS dans le cadre du CDSMT pourrait lui conférer plus de visibilité et en faire le maillon fort de la chaîne au niveau du ministère.

### ➤ **Menaces au système**

Les dysfonctionnements actuels système de suivi du SNIS lui font courir des menaces sérieuses qui peuvent être :

- La perte de confiance des partenaires qui vont renforcer les sous-systèmes informels déjà existants au niveau de certains programmes pour accéder aux informations : Ce qui risque de lui porter un sérieux préjudice ;
- la rétention des informations sanitaires par les infirmiers chefs de postes depuis 2010 qui a fini d'affaiblir le système de collecte des données, et qui constitue une entrave à la disponibilité des données. Cette situation risque de compromettre la qualité du partenariat entre le Ministère et les partenaires au développement qui ont besoin d'une parfaite visibilité pour la poursuite de leurs engagements.

## **1.2 Interprétation des résultats**

L'interprétation s'est faite selon des facteurs internes organisationnels et des facteurs externes liés à l'environnement :

- **Par rapport à la performance du système d'information (cf. tableau ci-dessous)**

**Tableau 2 : Tableau d'évaluation de la performance du Système de suivi**

<b>Critères</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Fort</b>
Pertinence			
Adéquation indicateurs renseignés et indicateurs des programmes fonctionnels du CDS-MT			x
Qualité des données	x		
Production des informations		x	
Ponctualité		x	
Complétude des données et existence de sous systèmes	x		
Efficacité		x	
Capacité à l'analyse statistique		x	
Durabilité et Pérennité	x		
Capacité d'utilisation des données dans le cadre du CDS-MT		x	
Mécanisme de suivi	x		
Mécanisme d'évaluation	x		

Le tableau ci-dessus révèle une adéquation moyenne entre les différents indicateurs renseignés par le SNIS et ceux des programmes fonctionnels du CDS-MT. Un meilleur ciblage des indicateurs permettrait de mieux suivre l'exécution des programmes et les différents résultats obtenus.

On note quelques insuffisances par rapport à la production et à la qualité des rapports : En effet, l'absence de **point focal** chargé de la collecte des données et du suivi des activités et processus au niveau opérationnel (district), de même que l'absence de chargé de suivi des résultats comme Point Focal

exclusivement chargé de la gestion des Informations (PFGI) au niveau intermédiaire ou Région Médicale constituent une limite.

Par ailleurs, la complétude dans les données fournies reste partielle car au niveau central (SNIS) et opérationnel au niveau des superviseurs régionaux et des districts chargés de la collecte, l'intégration des données des partenaires (ONG, structures privées) du secteur n'est pas effective.

Le système de suivi mis en place par le SNIS doit pouvoir assurer sur toute la pyramide sanitaire la collecte, le stockage, la structuration et la communication des informations nécessaires de la manière la plus exhaustive possible car la tutelle et les partenaires ont besoin d'informations fiables et authentiques.

Cependant, tel qu'il est conçu actuellement et dans ce contexte de gestion axée sur les résultats, le dispositif mis en place ne peut assurer une analyse pertinente de l'information sanitaire.

Dans une perspective d'amélioration de la gestion des ressources pour un meilleur suivi des indicateurs et l'atteinte des objectifs fixés, dans le Plan de Suivi évaluation de PNDS II, il est impératif d'avoir un tableau de bord pour la réalisation des résultats (extrants).

La nécessité d'avoir un système performant animé par un personnel compétent et capable d'assurer le traitement correct des informations est une urgence pour la production et le suivi des indicateurs.

A tous les niveaux : opérationnel avec des indicateurs d'activité et de processus, pertinents et précis), intermédiaire et central avec des indicateurs d'effets et d'extrants pour les résultats intermédiaires, et des indicateurs de performance et d'impact.

La faible performance du système de suivi réside aussi dans son incapacité à utiliser les outils de planification produits par le SNIS dans le cadre de sa mission reste insuffisante.

L'illustration éloquent de ce constat est la non prise en compte de la carte sanitaire qui est un véritable instrument de planification et d'aide à la décision, du fait qu'elle répertorie et fixe les besoins et priorités du secteur en termes de normes en infrastructures, équipements et ressources humaines.

Cet outil n'est que très peu consulté et mal intégré dans le processus de planification sanitaire. Ce qui a comme conséquences un problème de rationalisation des ressources : manque ou excès d'infrastructures, de logistiques et de personnels dans certaines régions du pays.

L'absence de compétences avérées, la faiblesse de l'expertise (manque d'économistes, de planificateurs et de statisticiens) et les faibles capacités de traitement et d'analyse de l'information sanitaire par le SNIS sont autant de handicaps pour la mise à disposition d'informations sanitaires de qualité.

Cet état de fait constitue un frein à une incorporation de l'analyse statistique et des données statistiques aux informations sanitaires produites. Il en est de même de l'effectivité de l'automatisation du fichier qui occasionne des pertes de temps et de productivité.

Au niveau des centres de responsabilité du niveau central moins structurés, on note une rupture de la chaîne de suivi fragilisée au sommet de la pyramide sanitaire où le système se « désagrège ».

Cette discontinuité du système de recueil des données a pour conséquence un manque de visibilité des activités de coordination et de suivi des services au niveau central où chaque centre de responsabilité assure une gestion solitaire de ses résultats et au besoin, fournit lui-même ses données à l'Autorité. Une telle situation ne participe pas de la transparence de la gestion et de toute la

rigueur requises en si haut niveau dans un contexte d'imputabilité et de gestion axée sur les résultats.

La faiblesse du partenariat entre le SNIS et les autres secteurs qui développent des activités dans le domaine de la santé (ministères sectoriels, société civile, etc.) influe sur l'exhaustivité des données produites par le SNIS : une grande partie des activités de santé développées en dehors du ministère n'est pas comptabilisée.

- **Par rapport à la communication et aux mécanismes de coordination**

Les mécanismes de coordination instaurés par le SNIS tels que les revues périodiques ne sont-ils pas plus des boulets que des instances de facilitation pour une bonne coordination entre les différents échelons de la pyramide sanitaire et les parties prenantes ?

En effet, cette méthodologie des revues utilisée par le SNIS pour la collecte et la gestion des données sanitaires, connaît des limites dans la mesure où elle requiert des ressources financières importantes. Ce qui nécessite souvent un appui financier que le SNIS n'est pas toujours assuré d'obtenir auprès de ses partenaires : ainsi, se pose le problème de la pérennité et de la disponibilité des informations.

Au niveau central, le système de suivi se limite aux instances de coordination telles que les réunions de coordination entre les chefs de services et le Ministre.

D'autre part, l'absence de tableau de bord pour orienter les actions menées au niveau des centres de responsabilité qui ont un rôle de coordination, dénote d'une absence de planification des activités des centres de responsabilité et donne l'impression d'un « pilotage à vue ». Il existe certes des Plans de Travail Annuels mais l'esprit de la planification dans le cadre des CDS-MT n'est pas respecté (Planification basée sur les ressources disponibles).

Les centres de responsabilité élaborent leurs Plans de Travail Annuels (PTA) mais ne disposent d'aucun lien fonctionnel avec le SNIS les obligeant à transmettre leurs données.

Ainsi, chaque centre de responsabilité assure une gestion solitaire de ses résultats et au besoin, fournit lui-même des données dont la gestion échappe au SNIS, seul service habilité à gérer et à mettre en œuvre le système d'information du ministère. Ce qui se traduit par des dysfonctionnements énormes dans la disponibilité des informations.

Par ailleurs, des insuffisances relatives à la faible cohérence entre les priorités et les objectifs définis par le PNDS II et les indicateurs traceurs identifiés et renseignés par le SNIS sont notées. Il en est de même de la traçabilité des ressources utilisées et des résultats obtenus.

Aussi, les manquements au niveau du système de suivi du SNIS traduisent la faible capacité des indicateurs à évaluer les performances des services. La majeure partie des données fournies par le dispositif de suivi permettent d'obtenir les indicateurs d'activités et non de résultats, d'où la difficulté à évaluer la performance.

Compte tenu de toutes ces insuffisances, la tutelle a du mal à maîtriser et à identifier les actions pertinentes à mener pour atteindre ses objectifs alors que le SNIS devrait être le véhicule des informations à forte valeur ajoutée pour guider les autorités dans leur politique.

- **Par rapport à l'existence de sous-systèmes :**

Le SNIS est malheureusement concurrencé dans ses prérogatives par les interventions des différents partenaires qui ont créé de leurs propres dispositifs de suivi. Ce qui se traduit par l'existence de sous-systèmes parallèles qui entament fortement son efficacité et sa crédibilité.

Les sous - systèmes parallèles non intégrés au système de suivi formel du Ministère posent un réel problème de fiabilité. La multiplicité des systèmes d'information entame la fiabilité des informations et pose un problème de confiance et de crédibilité vis-à-vis des partenaires techniques et financiers.

Les partenaires au développement qui appuient le SNIS pour améliorer la gestion des informations sanitaires sont souvent désorientés devant la dissemblance et la multitude de données recueillies pour les mêmes indicateurs. Ces derniers ont besoin des bonnes informations pour identifier les actions à mener dans le cadre des accords de coopération et de partenariat noués avec le secteur.

Aussi, leur faible implication et celle du secteur privé au fonctionnement du système de suivi du Ministère contribue-t-elle à la non exhaustivité des données et introduit de fait des biais au niveau de tout le système de suivi du SNIS.

Cette situation crée ainsi un désordre dans le système formel avec une multiplicité d'indicateurs différents d'une source à l'autre : (selon que les données proviennent d'un programme de santé quelconque ou du SNIS).

Ainsi, les difficultés d'authentification des informations et la faible aptitude à prendre en compte les besoins en information des parties prenantes constituent autant de facteurs qui causent des désagréments aux partenaires techniques dans la planification de leurs interventions pour le secteur.

Par ailleurs, la non exhaustivité des données du système de suivi officiel du ministère explique leur faible utilisation par ces derniers.

**- Par rapport au contexte de mise en œuvre du CDS-MT :**

L'avènement du CDS-MT est une opportunité offerte au SNIS pour mettre en place un système fonctionnel solide et cohérent de collecte, de centralisation et d'analyse des données de tout le MSAS. Ainsi, il devient plus facile pour la

tutelle de prendre des décisions à partir des informations pertinentes fournies par le système. Ce qui place le SNIS au cœur du système et en fait le véhicule de tout le dispositif de communication du ministère de la Santé.

Dans le contexte actuel de mise en œuvre du CDS-MT, les capacités du système de suivi généré par le SNIS à renseigner les indicateurs des programmes fonctionnels qui composent le CDS-MT demeurent faibles et ceci pour deux raisons principales :

**La première raison** est qu'en plus de l'absence d'outils de gestion des activités techniques au niveau central, il n'est pas explicitement intégré dans les missions du SNIS, le suivi de l'utilisation des ressources (exécution des budgets, emploi des ressources matérielles et humaines) des services centraux dont la consommation à travers les activités doit concourir à la production de résultats permettant de mesurer les performances du secteur.

En effet, le SNIS ne dispose d'aucun outil de gestion pour la maîtrise des critères d'allocations des ressources affectées aux différents centres de responsabilité.

De même qu'il ne peut établir la traçabilité des dépenses et consommations des ressources des centres de responsabilité et des programmes dits « verticaux » du Ministère de la Santé. Seuls les rapports de performances élaborés annuellement depuis l'avènement du CDS-MT consacrent un chapitre à l'exécution budgétaire et à l'utilisation des ressources des centres de responsabilités, les informations des services, relatives à ce chapitre étant rarement disponibles et surtout non exhaustives.

**La deuxième raison** réside dans les manquements notés dans la mise en œuvre du CDS-MT au niveau du Ministère de la Santé et de Prévention, ceci à travers la non effectivité de l'application de la réforme au niveau du secteur, quoique le Ministère soit sous CDS-MT depuis 2006. Les raisons de ces faiblesses sont à chercher dans le manque de formation des personnels aux nouvelles réformes budgétaires et financières et aux principes du CDS-MT, mais aussi dans l'absence de dispositifs institutionnels susceptibles d'améliorer la gestion des ressources depuis leur utilisation (intrants)

jusqu'aux résultats (extrants) aussi bien au niveau central qu'au niveau opérationnel : les budgets ne sont pas alloués selon l'importance et les missions des centres de responsabilité encore moins selon l'envergure des programmes fonctionnels, mais toujours par reconduction du fait de l'absence et de l'inadéquation de critères objectifs d'allocation des ressources d'une part et d'autre part, du fait des contraintes budgétaires.

Dès lors se pose un problème de moyens pour l'atteinte des objectifs, d'où l'impérieuse nécessité d'une bonne planification pour bien définir les priorités et établir une cohérence entre les objectifs fixés des programmes fonctionnels du CDS-MT, les indicateurs, les activités et les résultats.

Pour exemple, le programme fonctionnel du CDS-MT « Renforcement du Système de Santé » qui est un programme transversal dont les activités se retrouvent à travers plusieurs centres de responsabilité (Division de lutte contre le SIDA et infections sexuellement transmises, Direction de la Prévention et autres services).

Ce programme qui consomme beaucoup de ressources manque totalement de visibilité au niveau des centres de responsabilité qui en ont la charge du fait que institutionnellement, l'imputabilité revient à la Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS), un centre de responsabilité qui n'a aucune visibilité sur la consommation des ressources.

C'est le cas également de certains programmes classiques du Ministère qui bénéficient de financements parallèles de partenaires comme le Fonds mondial, GAVI etc. dont la traçabilité dans l'exécution aussi bien technique que financière reste insuffisante ou même absente au niveau du système de suivi.

Ces faiblesses dans la capacité de traitement et d'utilisation des données posent aussi de réels problèmes au système dans ses activités de

planification au moment de l'élaboration des différents documents de politiques.

Ainsi, au terme de cette étude, les résultats de l'analyse situationnelle nous permettent de répondre parfaitement aux questions de recherche initialement posées.

Au regard du diagnostic, des réponses évidentes se dégagent quant à la capacité du système d'information du SNIS à permettre une traçabilité entre les ressources planifiées, les activités et les résultats obtenus pour une application correcte de la GAR et une bonne mise en œuvre du CDS-MT. ,

En effet, la conclusion de l'étude montre que le système de suivi du SNIS comporte beaucoup d'insuffisances, même si sa structure basique reste assez solide.

C'est pourquoi, à l'issue de cet exercice, des recommandations sont faites dans la dernière partie et un modèle de dispositif de suivi y est proposé. Dans la perspective d'un suivi global des réalisations, les différents liens fonctionnels sont clairement identifiés pour une meilleure cohérence entre les objectifs de couverture sanitaire et l'amélioration de la santé des populations à travers les programmes fonctionnels du Plan National de Développement 2009- 2018.

## **Section 2 : Recommandations et proposition d'un dispositif de suivi au niveau périphérique et central**

### **2.1 Recommandations :**

**Pour les autorités :** il conviendra de mettre en place une forte structure institutionnelle dotée d'une mission de planification avec des mécanismes, de coordination et de suivi fonctionnels et bien articulés. Cette structure pourra regrouper la Planification, le Système d'information sanitaire et le suivi évaluation pour permettre entre autre, d'assurer la coordination entre le MSAS,

les partenaires techniques et financiers et la société civile. Par conséquent, une forte collaboration avec les ministères sectoriels est souhaitable vu le caractère multisectoriel de la Santé.

En définitive, l'amélioration du système de suivi du Ministère de la Santé et de la Prévention reste une priorité et est en parfaite adéquation avec les principes qui accompagnent la mise en œuvre du CDMT en l'occurrence :

- la détermination claire des indicateurs de performances : Clairs, Pertinents, Mesurables (SMART) ;
- la mise en place d'un système de suivi des indicateurs prenant en compte les aspects de coordination et de suivi- évaluation ;
- la mise en place d'un comité de rédaction du rapport de performance composé du Chef du SNIS, des Chefs de Programmes Fonctionnels du CDS-MT, du Chef de Division Prévision et Suivi budgétaire (DPSB), du Chargé de Programme Suivi Evaluation de la CAS/PNDS ;
- la mise en place d'un comité de Pilotage chargé de suivre l'élaboration du CDS-MT triennal et du rapport de performance annuel composé du Secrétaire Général du Ministère, du Coordonnateur de la CAS/PNDS, du DAGE, du Directeur des Ressources Humaines (DRH), des Chefs de Programmes fonctionnels du Chef de Division Prévision et Suivi budgétaire (DPSB) et de toute autre personne dont les compétences seront requises ;
- La mise en place des compétences requises au niveau du SNIS pour parvenir à de meilleures performances.

**Pour le SNIS** : le diagnostic du dispositif actuel montre que compte tenu des insuffisances notées, le SNIS devra disposer d'un cadre bien formalisé de suivi des activités des programmes fonctionnels du CDS-MT.

Dans l'optique d'améliorer son système de suivi pour une bonne mise en œuvre du CDS-MT, il urge de revoir la nature des données collectées et en quoi elles renseignent sur la mise en œuvre du CDS-MT.

Il s'agira de mettre en exergue le suivi de la qualité des services qui reste important pour la satisfaction des usagers et bénéficiaires de prestations de services. Ceci se fera par la reconnaissance formelle du SNIS comme cadre institutionnel unique chargé de gérer le système de suivi des activités du Ministère par tous les acteurs et par les différents partenaires.

A ce niveau, le SNIS devra en toute logique s'approprier les documents de référence tels que le Plan de Suivi évaluation du PNDS II pour améliorer ses performances à travers l'identification des indicateurs utiles qui y sont clairement identifiés et bien définis. Ces indicateurs sont parfaitement adaptés aux objectifs du CDS-MT et en cohérence avec les priorités du PNDS.

En conséquence, le SNIS doit prendre les dispositions suivantes:

- Créer un système d'alerte et de veille au sein du Ministère de la Santé en assurant la continuité de l'information en relation avec les structures déconcentrées du Ministère.
- Pour chacun des principaux niveaux de collecte de données (échelons), désigner des points focaux pour assurer la collecte et obtenir des différents centres de responsabilité du niveau central, la nomination de chargés du suivi des résultats de l'exécution des PTA (points focaux) pour voir les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs en intégrant les leçons apprises en vue d'une meilleure élaboration des rapports de performance.
- Procéder à la collecte et à l'analyse des données qui doivent être inclusives et prendre en compte toutes les activités de santé réalisées dans tous les secteurs qui interviennent dans le domaine et ceci, de manière continue : l'intégration des données des ONG locales et autres associations intervenant à la base doit être effective pour l'exhaustivité des informations fournies. En d'autres termes, le SNIS doit rendre la multisectorialité effective au niveau du MSAS.
- Instaurer une collaboration étroite avec les ministères sectoriels tels que l'Education, le Ministère des Forces Armées, le ministère de la famille et de la solidarité internationale, la société civile (ONG) et le secteur privé de sorte à permettre l'accès aux données sanitaires produites par ces différentes

entités et qui renforcent le secteur dans sa mission de fourniture de soins aux populations. Au regard du volume important d'activités produit au niveau de ces structures on peut aisément apprécier la forte déperdition des informations sanitaires laissées en marge du système formel de recueil de données.

- Jouer un rôle plus dynamique en tant que structure qui anime la conception, la coordination et la mise en œuvre du système d'information sanitaire du Ministère en incitant davantage les acteurs à une plus grande participation à la fourniture des données du système à travers un renforcement de leurs capacités.
- Le système de suivi du SNIS dans une nouvelle architecture doit être aussi simple que possible en se concentrant sur les objectifs définis par le PNDS et les indicateurs clairement identifiés dans le Plan de Suivi évaluation : des indicateurs de résultat bien définis en lieu et place des indicateurs d'activités, ce qui dans le cadre de la gestion axée sur les résultats va permettre de suivre les progrès réalisés et d'intégrer les mesures correctrices au fur et à mesure afin d'améliorer l'efficacité et la responsabilité de la gestion.
- Le circuit de collecte des données doit être très simple et la retro information au niveau opérationnel sera de rigueur (contre référence) pour une continuité du système de gestion des informations.
- Une plus grande implication des partenaires du secteur est requise pour prendre en compte toutes les activités de santé et améliorer la qualité des données.
- Une meilleure prise en compte des besoins en informations sanitaires des différents acteurs intervenant dans le secteur à travers une approche participative.
- Dans un contexte de gestion axée sur les résultats, le dispositif pour l'analyse de l'information sanitaire encore très insuffisant doit être amélioré, plus dans une perspective de suivi des réalisations et résultats (extrants) pour l'atteinte des objectifs du Plan National de Développement 2009- 2018, que de suivi des activités et des processus d'où la nécessité de réorienter les objectifs du SNIS en relation avec les programmes fonctionnels.

Pour cela et dans la perspective d'accroître la performance du système d'information sanitaire, le SNIS doit se fixer des objectifs de production des informations de qualité en assurant :

- L'existence et la fonctionnalité de mécanismes de transmission des informations (circuits de données fonctionnels) et de bases de données ;
- La Complétude/promptitude des données ;
- La fréquence /régularité de la collecte et l'exactitude des données ;
- L'accessibilité des informations pour les parties prenantes ;
- Supervision des producteurs de données.

## **2.2 Proposition de dispositif de suivi au niveau périphérique et central**

**Le niveau périphérique** regroupe le district et la région médicale. Il sera mis en place un dispositif de suivi simple et fonctionnel.

La collecte et l'analyse se feront de manière continue à chaque niveau par le **Chargé du Suivi et du Traitement des Informations** (CSTI) qui peut être soit le superviseur des soins de santé primaires ou toute autre personne désignée comme point focal.

En rapport avec le chef de la structure, il devra aider à une meilleure compréhension et une appropriation des données mais aussi à la mise en œuvre effective des mesures correctrices prises au regard des écarts constatés dans la réalisation des objectifs planifiés. De même devra assurer le suivi périodique des résultats pour une meilleure disponibilité de l'information.

Pour une plus grande efficacité, le recours éventuel à des méthodes statistiques simples au niveau opérationnel pourra être préconisé.

**Au niveau central**, un Système intégré pour le Ministère et les partenaires :

La mise en place d'un système d'information intégré sera la condition principale de succès. Au niveau central, l'utilisation de logiciels de gestion et

d'analyse des informations (SPSS ou SPAD) sera plus adaptée pour le SNIS compte tenu du volume des informations à traiter.

Il s'agira d'un ensemble de mécanismes de suivi et de collecte de données à mettre en place en collaboration avec le SNIS pour l'élaboration du CDS- MT triennal et du Rapport de Performance qui est l'outil de suivi et d'évaluation par excellence du CDS- MT.

Un recensement clair des sources de données et une harmonisation des sous-systèmes de suivi de chaque programme fonctionnel et des Centres de Responsabilité avec le dispositif de suivi des performances du niveau périphérique qui alimente le SNIS devront garantir une fiabilité et une validité des informations.

En plus d'être efficient, le dispositif devra être pertinent avec une validité qui permette le recueil d'informations techniques et financières fiables, l'analyse des indicateurs retenus dans le cadre programmes fonctionnels et celle de leurs performances techniques et financières au niveau des régions et districts où s'exécutent ces programmes.

Les informations seront fournies par les **Responsables de Suivi Evaluation** ou **Points focaux Chargés du Suivi** et désignés au sein des Programmes Fonctionnels. Ils devront travailler avec le niveau opérationnel pour assurer la disponibilité d'un flux continu d'informations pour l'équipe conjointe mise en place.

Pour garantir leur efficacité, les informations relatives à l'exécution technique et financière des différents services (SNIS, DAGE, CAS /PNDS, autres centres de Responsabilité, Partenaires Financiers et Techniques) doivent être fournies dans un délai approprié et intégrées par le SNIS pour traitement.

A travers un réseau bien structuré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et un bon ancrage institutionnel, le système de suivi pourra fournir des informations détaillées à travers :

- Une bonne implication des acteurs et parties prenantes à la base ;
- Une collecte systématique et régulière des données utiles ;
- Une tenue régulière de revues pour des besoins d'information ponctuelles ;
- Une rétro information régulière et systématique (feed-back) des données aux fournisseurs d'informations à la base ;
- Une analyse systématique des données pour livrer des informations détaillées sur l'évolution des indicateurs.

Avec l'instauration du CDS-MT, la budgétisation devra se faire à la base (Districts et Régions Médicales) à partir des Plans de Travail Annuels élaborés par ces entités. Cependant, un traitement plus approfondi des données financières se fera au niveau de la structure chargée de la planification des activités prioritaires et des ressources en relation avec la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement qui a en charge l'exécution financière et l'élaboration du projet de budget du secteur.

La compilation de toutes ces données devra être faite par le SNIS semestriellement, ce qui va permettre :

- d'intégrer les informations de tous les centres de responsabilité;
- de mettre en place d'une base de données et un système d'information sur les statistiques sanitaires et les performances des programmes fonctionnels du CDS-MT ;
- d'identifier et de produire des indicateurs de performance SMART par lesquels le suivi et l'évaluation des différents Programmes fonctionnels et Centres de Responsabilité se feront ;
- de mettre à disposition toutes les informations et en collaboration avec une Equipe Conjointe de Suivi et d'analyser les données en vue de l'élaboration du rapport de performance annuel.

Cette équipe mise en place au niveau central sera composée de Points focaux Chargés du Suivi au niveau des Programmes fonctionnels, de la DAGE et la structure chargée de la planification.

**Pour assurer un bon suivi technique**, le principal support du dispositif du Suivi – Evaluation du CDS-MT sera extrait des cadres logiques des programmes fonctionnels. Sous forme de matrice, il va préciser les résultats attendus aux différents niveaux d'objectifs avec des indicateurs objectivement vérifiables. Ce sera un document de base permettant de suivre et d'évaluer le niveau d'exécution des programmes. Le dispositif de suivi technique reposera donc sur ce document<sup>11</sup> et se focalisera plus spécifiquement sur les indicateurs liés aux produits et résultats.

- La détermination claire des indicateurs de performances: Clairs, Pertinents, Mesurables (SMART);
- La mise en place d'un système de suivi des indicateurs:

Ce document va prendre en compte tous les aspects liés à la coordination des actions de suivi- évaluation pour un système d'information inclusif.

L'élaboration du rapport annuel de l'exécution technique des programmes du CDS-MT, différent du rapport de performance va montrer le niveau de mise en œuvre des composantes et sous composantes des programmes à travers les indicateurs de performance de l'année en cours, retenus à cet effet, aussi bien au niveau régional qu'au niveau national (analyse des écarts par rapport aux objectifs).

**Le suivi financier** est assuré grâce au Système Informatisé de Gestion Financière (SIGFIP) mis en place au niveau du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF). En effet il existe maintenant une unité de traitement et de suivi commune des données financières de tous les Ministères sous CDS-MT : ce qui garantit l'homogénéité nécessaire au traitement automatisé, et facilite le suivi de l'exécution financière du budget global de l'Etat et des budgets annuels des ministères.

Dans le cas spécifique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, l'exercice consistera en : l'élaboration du bilan annuel de l'exécution budgétaire des

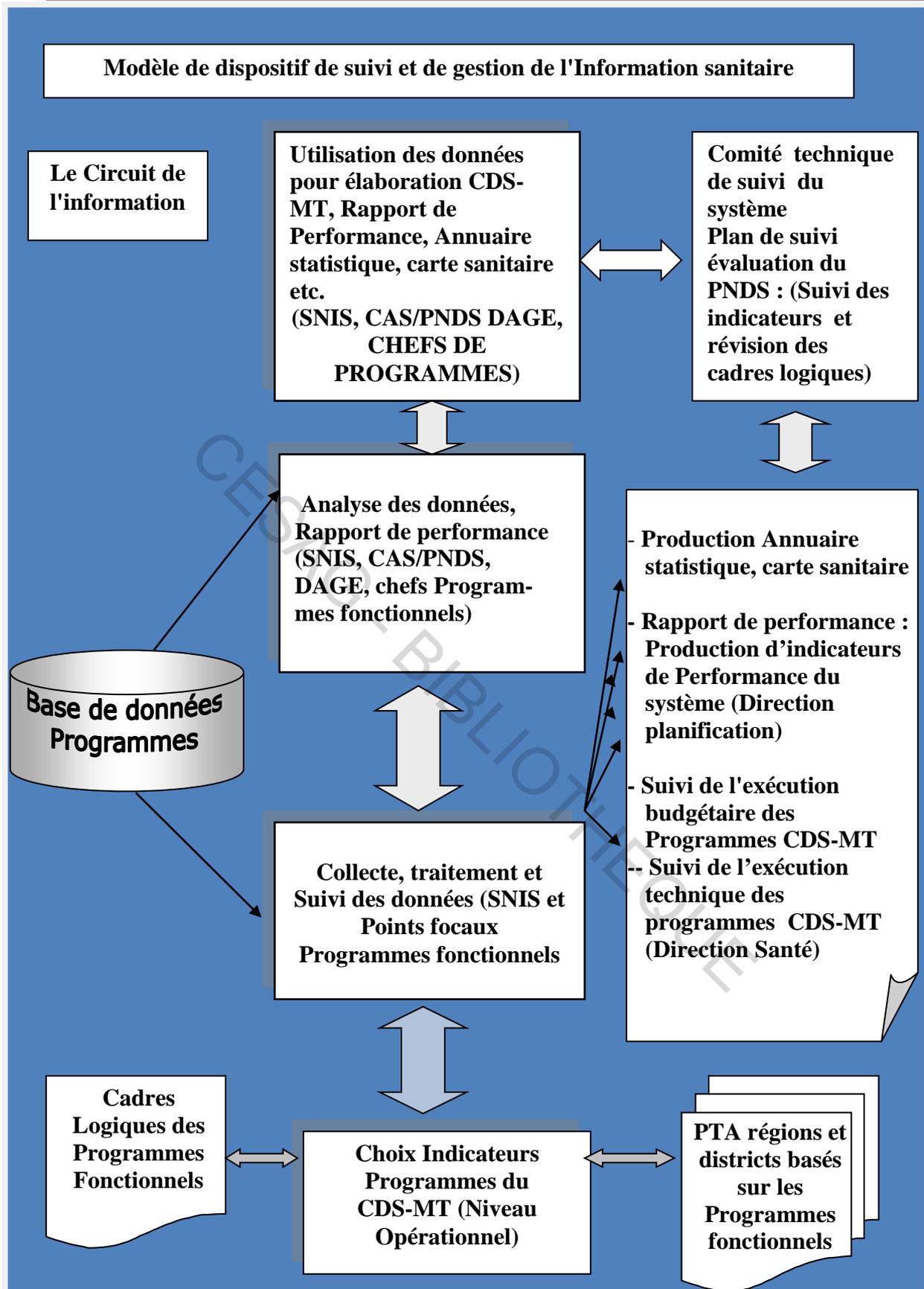
programmes fonctionnels du CDS-MT pour l'année N, l'évaluation de celle de l'année N-1 et la programmation budgétaire pour l'année N+1 (niveau de financement de l'Etat, cofinancement des partenaires financiers par composantes et sous composantes).

Ces informations financières et techniques doivent servir comme « inputs » à l'élaboration du Rapport de Performance qui fera ressortir de manière claire et objective tous les résultats attendus au regard des objectifs fixés pour chaque programme fonctionnel et le degré d'atteinte de ces objectifs. Cela passe par une formation soutenue des agents du MSAS qui assurent le suivi budgétaire, aux principes et fondamentaux de cette nouvelle réforme qui accompagne la mise en œuvre du CDS-MT.

Le tableau 3 ci-dessus donne un modèle de dispositif de suivi applicable au cas du ministère de la santé et de l'action sociale

---

<sup>11</sup> Tous les programmes fonctionnels qui composent le CDS-MT sont dotés de cadres logiques



**Dispositif de suivi dans le cadre de la mise en œuvre du CDS-MT :**

## CONCLUSION

La présente étude qui a pour objectif à terme, de contribuer à l'amélioration du système de suivi des données sanitaires du Ministère de la Santé et de l'action sociale Prévention du Sénégal nous a permis de mettre en exergue les difficultés auxquelles les acteurs et partenaires du secteur sont confrontés dans la gestion des informations sanitaires. Ces problèmes qui ont pour noms : existence de sous systèmes d'informations parallèles au système officiel du SNIS, multiplicité des sources de données, non complétude/promptitude des données, manque d'exactitude des données, inaccessibilité des informations pour les parties prenantes et manque de fiabilité sont autant de facteurs qui entament son efficacité et sa performance d'où le manque de visibilité des autorités qui ne peuvent, le cas échéant, élaborer de bonnes politiques à l'endroit des populations parce qu'elles ne peuvent prendre des décisions éclairées. Cette situation entrave ainsi l'engagement des partenaires à accompagner le secteur.

Par ailleurs, le déficit en personnel et le manque d'expertise du SNIS, service en charge du système de suivi expliquent en partie les contre-performances enregistrées à ce niveau. Les problèmes tels que l'inadéquation et le manque d'intégration des indicateurs du système d'une part, la non harmonisation des méthodes de collecte des données d'autre part doivent amener les autorités à s'assurer de la bonne conception du système de suivi du SNIS. Ce qui permettra au SNIS, de remplir correctement ses missions dont celle de fournir en permanence des données de qualité pour aider à la bonne planification et au suivi correct des activités du secteur.

En outre le déficit noté dans l'articulation entre la planification du secteur et les activités du SNIS, le manque d'instances de coordination avec les centres de responsabilité posent de réels problèmes dans le pilotage du système. Une bonne gestion du système de suivi doit passer par une implication effective des autorités dans l'identification et la planification des objectifs, le suivi continu des indicateurs retenus mais surtout l'évaluation objective et sans

complaisance de toutes les interventions en matière de santé. Ce qui permettra d'assurer une disponibilité permanente des informations sanitaires et de faciliter les prises de décision et la gestion de la tutelle.

Ce qui nous amène à poser la place et la problématique de l'évaluation des programmes et politiques de santé. En effet, l'évaluation faisant partie intégrante du cycle des projets et programmes reste le parent pauvre au niveau de l'Administration qui « fait de la résistance » en n'intégrant pas de fait ce concept dans sa gestion, au moment où l'on parle de culture d'imputabilité et de transparence avec le slogan tant usité de « bonne gouvernance ».

C'est pourquoi il est impératif et urgent d'appliquer sans délai ces principes qui permettront de baliser enfin les voies d'un développement durable basé sur un système de santé efficace.

## BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

- « Intégrer les politiques, les plans et les budgets dans un cadre à moyen terme » Manuel Banque Mondiale.
- Manuel sur la gestion des dépenses publiques 1998, Chapitre 3 P. Le Houerou, R. Talienco.
- "Medium Term Expenditure Frameworks: preliminary lessons from Africa"
  - Africa Region Working Paper Series, World Bank, feb 2002.
  - Réunion annuelle de la communauté africaine des praticiens de la gestion axée sur les résultats pour le développement (MF DR) du 11 au 14 décembre 2007, en Ouganda.
- **Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme au Sénégal** : un exemple de GAR présenté par Abdou Karim LO, Expert à la **DREAT/PNBG**.
- Le suivi et l'évaluation par Janet Shapiro (mel: [nellshap@hixnet.co.za](mailto:nellshap@hixnet.co.za)).
- *Document de référence - Les bonnes pratiques émergentes pour une gestion axée sur les résultats de développement*
- Burt Perrin « Mise en œuvre d'une approche : relever les défis posés par la gestion et la budgétisation centrées sur les résultats », OCDE, 2002
- Christos Kostopoulos « Progress in Public Expenditure Management in Africa : evidence from World Bank Surveys », Africa Region Working Paper Series N°1, World Bank, jan. 1999.
- Les cadres de dépenses à moyen terme : un instrument utile pour les pays à faible revenu – Marc Raffinot et Boris Samuel.
- Efficacité de l'aide publique : Déclaration de Paris.
- « Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces » Définition extraite de Wikipédia
- Problèmes actuels des Cadres de dépenses à moyen terme dans les pays africains : [info.worldbank.org/etools/docs/library/108243/cdmt\\_problemes.pdf](http://info.worldbank.org/etools/docs/library/108243/cdmt_problemes.pdf)  
Format de fichier: PDF/Adobe Acrobat.
- **[Pratiques et procédures budgétaires en Afrique 2008 - CABRI](http://www.cabri-sbo.org/cabri%20afdb%20french%20front%20web.pdf)**  
[www.cabri-sbo.org/cabri%20afdb%20french%20front%20web.pdf](http://www.cabri-sbo.org/cabri%20afdb%20french%20front%20web.pdf)
- Les cadres de dépense à moyen terme (**CDMT**) D. Tommasi Tunis 26 juin 2006.

## DOCUMENTS OFFICIELS

- Deuxième Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : Orientations stratégiques.
- Constitution Sénégalaise : Article 17, cité dans le deuxième Plan National de Développement Sanitaire.
- Rapport d'évaluation du Système d'information Sanitaire, Moustapha Sakho octobre 2007.

## **MEMOIRES ET RAPPORTS DE FIN DE FORMATION**

- Djimadé Olivier Ali AKELE (déc.2003) : Contribution à la conception d'un système de Suivi et d'Evaluation : Cas de l'ANCAR du Programme PSAOP. DESS Gestion de Projets.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **ANNEXES**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

Identification de l'Enquêté(e) : Mr, Mme :

Fonction :

Structure :

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui, et de nous consacrer du temps.

L'entretien que nous menons entre dans le cadre de la recherche pour notre mémoire de fin d'étude. En particulier, cette recherche a pour but de montrer l'intérêt de la mise en place d'un bon système de suivi pour prendre en compte les exigences de cette nouvelle réforme qu'est le CDSMT en vue de réussir sa mise en œuvre.

#### **Système de Suivi du ministère et CDS-MT**

- 1.** Existe-t-il un dispositif de suivi des activités au niveau du ministère ?
- 2.** Ce dispositif de suivi tel que conçu permet-il d'assurer la production régulière et qualitative des informations ?
- 3.** Les données fournies par le système sont-elles exhaustives ?
- 4.** Comment jugez-vous la capacité d'analyse statistique au niveau du système de suivi ?

5. Connaissez-vous le cadre de dépenses sectoriel à moyen terme et les différentes étapes de son processus d'élaboration ?
6. La qualité des données du système permet – elle leur utilisation à des fins de gestion dans le cadre du CDS-MT?
7. Il y a t- il adéquation entre les indicateurs renseignés par le dispositif de suivi du ministère et les indicateurs des programmes fonctionnels du CDS-MT
8. Avec l'introduction du CDS–MT il y a-t-il un changement dans la planification et le suivi des activités du système de santé
9. Quelles suggestions pourriez –vous faire pour une amélioration du système de suivi en place ?

*REMERCIEMENT A L'ENQUETE (E)*

*DATE .....ET.....HEURE*

## TABLE DES MATIERES

<b>DEDICACE</b>	2
<b>REMERCIEMENTS</b>	3
<b>RESUME</b>	4
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	5
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b>	7
<b>SOMMAIRE</b>	8
<b>PRESENTATION DE L'ETUDE</b>	10
1. Introduction	11
2. Contexte et justification	12
3. Objet de l'étude	14
4. Problématique et hypothèses	14
5. Objectifs de l'étude	16
6. Intérêt de l'étude	16
7. Délimitation de l'étude	17
8. Démarche de l'étude et méthodologie	17
8.1 Problème central, modèle d'intervention et population de l'étude	17
8.2 Instruments de collecte et mode d'administration	18
9. Annonce du Plan	19
<b>PREMIERE PARTIE CADRE THEORIQUE/ CONTEXTE DE L'ETUDE</b>	20
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE</b>	21
Section 1 : Revue documentaire	21
Section 2 : Définition des concepts	27
<b>CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE</b>	31

Section 1 : Politique de santé et cadre institutionnel	31
1.1 La politique de santé	31
1.2 Le cadre institutionnel	35
Section 2 : Présentation du Service National de l'Information Sanitaire	42
2.1 Missions et cadre d'intervention du SNIS	42
2.2 Ancrage institutionnel et Organisation du SNIS	43
<b>DEUXIEME PARTIE : RESULTATS, ANALYSE ET INTERPRETATION</b>	45
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS</b>	46
Section 1 : Présentation des outils de suivi et fonctionnement	46
1.1 Au niveau opérationnel	46
1.2 Au niveau central	47
Section 2 : Fonctionnement du Système de suivi	47
<b>CHAPITRE II : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</b>	49
Section 1 : Analyse et interprétation des résultats	49
1.1 Diagnostic du dispositif de suivi	49
1.2 Interprétation des résultats	56
Section 2 : Recommandations et proposition d'un dispositif de suivi au niveau périphérique et central	65
2.1 Recommandations :	65
2.2 Proposition de dispositif de suivi au niveau périphérique et central	69
<b>CONCLUSION</b>	75
<b>BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE</b>	77
<b>ANNEXES</b>	79
<b>TABLE DES MATIERES</b>	81

CESAG - BIBLIOTHEQUE