**REPUBLIQUE DE GUINEE**

Travail - Justice - Solidarité



**MINISTERE DE LA SANTE**

**BUREAU DE STRATEGIE ET DE DEVELOPPEMENT**

**Guide d’élaboration des plans d’action opérationnels**

**Nom de la structure : ......................................................**

**Année : 2020**

**Edition : novembre 2019**

Table des matières

[Liste des tableaux 3](#_Toc25150370)

[Introduction 4](#_Toc25150371)

[I. Préparation au processus de planification opérationnelle 6](#_Toc25150372)

[1.1 Raisons pour s’engager dans la planification opérationnelle………………………………………………………… 6](#_Toc25150374)

[1.2 Activités préparatoires 6](#_Toc25150375)

[1.3 Composition de l’équipe responsable de la planification opérationnelle 6](#_Toc25150376)

[1.4 Partenariat avec la communauté 7](#_Toc25150377)

[1.5 Responsabilité 7](#_Toc25150378)

[II. Les principales étapes du processus d’élaboration du Plan d’Action Opérationnel (PAO) 8](#_Toc25150379)

[2.1 Présentation sommaire du PNDS (2015-2024) 8](#_Toc25150381)

[2.2 État des lieux 22](#_Toc25150382)

[2.2.1 Analyse des parties prenantes 22](#_Toc25150383)

[2.2.2 Bilan de l’exécution du PAO de l’année écoulée 23](#_Toc25150384)

[2.2.3 Identification des problèmes et des besoins pour améliorer les prestations de soins et de services 24](#_Toc25150385)

[2.3 Identification des opportunités de financement 25](#_Toc25150386)

[2.4 Planification des activités 27](#_Toc25150387)

[2.4.1 Choix des approches de résolution des problèmes 27](#_Toc25150388)

[2.4.2 Identification des approches de solutions possibles 27](#_Toc25150389)

[2.4.3 Sélection des activités du PAO 2020 27](#_Toc25150390)

[2.5 Coût et financement des activités du PAO 28](#_Toc25150391)

[2.5.1 Estimation des coûts des activités 28](#_Toc25150392)

[2.5.2 Affectation des coûts des activités par source de financement 28](#_Toc25150393)

[2.5.3 Détermination des montants additionnels à mobiliser 29](#_Toc25150394)

[2.5.4 Mobilisation des ressources supplémentaires 29](#_Toc25150395)

[2.6 Plan d’action opérationnel 30](#_Toc25150396)

[2.6.1 Remplissage du canevas du PAO 30](#_Toc25150397)

[III. Suivi et Évaluation 31](#_Toc25150398)

# Liste des tableaux

[Tableau 1: Présentation sommaire du PNDS 8](#_Toc25150238)

[Tableau 2: Analyse des parties prenantes 22](#_Toc25150239)

[Tableau 3: Illustration de l'analyse des parties prenantes 23](#_Toc25150240)

[Tableau 4 : Niveau de réalisation des activités du PAO 2019 23](#_Toc25150241)

[Tableau 5 : Niveau d’atteinte des résultats des activités du PAO 2019 24](#_Toc25150242)

[Tableau 6 : Niveau d’exécution du budget programme (2019) 24](#_Toc25150243)

[Tableau 7 : Identification des opportunités de financement des PTF 25](#_Toc25150244)

[Tableau 8 : Identification des opportunités de financement de l'Etat 26](#_Toc25150245)

[Tableau 9 : Recouvrement des couts 26](#_Toc25150246)

[Tableau 10 : Activités du PAO 2O2O 27](#_Toc25150247)

[Tableau 11 : Affectation du budget des activités par source de financement 29](#_Toc25150248)

[Tableau 12 : Maquette du Plan d'action opérationnel 30](#_Toc25150249)

# Introduction

En 2015, la Guinée s’est dotée d’une nouvelle politique de santé et d’un plan de développement sanitaire 2015-2024. Pour la réalisation des objectifs définis dans ces documents d’orientation, le Ministère de la santé a bénéficié, au cours des cinq dernières années, d’importants financements de l’Etat et des partenaires techniques et financiers. Il faut noter que la revue du système de santé, suite à la mise en œuvre de la première phase du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) a, montré des performances notables dans certaines fonctions du système de santé.

La culture de la planification opérationnelle des structures de santé par niveau (central, régional et district) et du partenariat communautaire, intersectoriel et international commence à porter fruits. Cependant, dans un souci d’amélioration continue de la démarche, le Ministère de la Santé a initié la révision des outils de planification (guides et canevas d’élaboration des plans d’action opérationnels) pour mieux les adapter au contexte et faciliter leur utilisation par les acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En effet, le processus d’élaboration des PAO des années antérieures a révélé des difficultés de compréhension et d’utilisation de ces outils. Il s’agit notamment :

* de l’interprétation, l’adaptation et l’utilisation pratique des outils dont :
* l’analyse de la situation avec l’utilisation de l’arbre à problèmes ;
* la mauvaise classification des activités des PAO entre les orientations, sous orientations stratégiques et piliers du système de santé ;
* le remplissage du canevas de planification opérationnelle.
* des difficultés de mise en cohérence des plans de travail annuels des projets et programmes nationaux de santé et des PTF avec les PAO des structures opérationnelles du MS ;
* des difficultés liées à la consolidation des PAO des structures de santé en raison :
* de la diversité des formats de PAO remplis par les structures sur le terrain ;
* la mauvaise ventilation des coûts des PAO entre les orientations stratégiques, les sous orientations du PNDS et les piliers du système de santé.

Pour résoudre ces difficultés, le Ministère de la Santé à travers le Bureau de Stratégie et de Développement, a produit la présente version de guide de d’élaboration de PAO des structures centrale, intermédiaire et périphérique du Ministère de la santé.

Cette version corrigée du guide comporte sept (7) étapes à suivre pour l’élaboration des PA0 des structures de santé à tous les niveaux. Il s’agit :

**Etape 1** : présentation sommaire du Plan de Développement Sanitaire (PNDS 2015 -2024) pour mieux comprendre les liens entre les objectifs stratégiques, les orientations stratégiques, les résultats attendus, les stratégies d’intervention et les actions prioritaires à partir desquelles seront déclinées les activités pour du plan d’action opérationnel ;

**Etape 2 :** Faire l’état des lieux ;

**Etape 3 :** identification des opportunités de financement offertes par le Budget de l'Etat, les projets/programmes nationaux, les PTF, le recouvrement des coûts et autres ;

**Etape 4 :** Sélection des activités du PAO de l’année de planification ;

**Etape 5** : Estimation des coûts des activités  et élaboration du tableau de financement ;

**Etape 6 :** Remplissage de la maquette (canevas) du PAO ;

**Etape 7 :** Production du rapport de présentation du PAO en exploitant notamment la feuille RECAP générée par le remplissage du canevas Excel.

La réalisation de ces différentes étapes permettra de renseigner les différentes parties du canevas de présentation des PAO et facilitera la consolidation des activités et des ressources pour chaque orientation stratégique du PNDS.

# Préparation au processus de planification opérationnelle

La planification sanitaire opérationnelle exige une compréhension approfondie du fonctionnement du système de santé du pays et des conditions locales.

La préparation pour la planification est le premier pas vers l’élaboration du plan d’action opérationnel. La planification elle-même nécessite du temps et des ressources considérables. Elle doit donc être planifiée et figurer dans le budget afin que des fonds y afférents soient rendus disponibles. L’équipe de planification doit dégager assez de temps pour la préparation, ce qui peut prendre deux semaines comme cela a été prouvé par des expériences passées.



## Raisons pour s’engager dans la planification opérationnelle

Quelques raisons pour lesquelles s’engager dans la planification opérationnelle sont :

* La traduction d’une nouvelle déclaration de politique sanitaire en un plan d’action opérationnel (PAO) ;
* La traduction d’un plan directeur tel qu’un plan national, en plan opérationnel ;
* Le respect des normes et réalisation des objectifs fixés ;
* La rationalisation de l’utilisation des ressources disponibles ;
* La coordination des interventions.

## Activités préparatoires

Les activités préparatoires importantes à considérer pour la planification opérationnelle sont :

* Déterminer quand la planification doit être faite ;
* Identifier les parties prenantes devant être impliquées dans cet important travail de planification opérationnelle ;
* Déterminer les exigences budgétaires de la planification et les évaluer avec les fonds disponibles ;
* Sécuriser des fonds pour l’activité de planification ;
* Établir un calendrier pour la planification opérationnelle ;
* Assigner des tâches et des responsabilités spécifiques à chaque membre de l’équipe de planification ;
* Informer les membres de l’équipe de la session de planification ;
* Solliciter une permission auprès des leurs superviseurs ;
* Faire des arrangements pour la logistique ;
* S’assurer de la disponibilité des fournitures de bureau et de l’équipement, (ordinateur, projecteur, etc.) ;
* Faire la collecte des documents de référence (dernier PAO, guide de planification opérationnelle, rapports techniques et financiers, carte sanitaire, cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du Ministère de la Santé, plans décentralisés de développement sanitaire, PNDS, code de collectivités décentralisées, etc.) pour assurer la revue documentaire ;
* Identifier les données à collecter et en déterminer les sources, les méthodes, et les outils pour les collecter.

## Composition de l’équipe responsable de la planification opérationnelle

En rassemblant un groupe divers des parties prenantes locales non seulement du système de santé mais des autorités locales, des comités communaux, les représentants des communautés et des utilisateurs, des partenaires techniques et financiers, et les entités du secteur privé, la planification holistique et intégrée pousse les équipes de gestion à surmonter la verticalisation des programmes et de considérer des approches intégrées du système. Cette approche décentralisée pour la planification et la gestion se prête à la pérennité des interventions et renforce les capacités des équipes de gestion dans la coordination et la gestion des ressources locales afin d’optimiser les résultats.

## Partenariat avec la communauté

Les différents comités de santé doivent être en relation avec les communautés pour permettre à celles-ci de participer à la planification opérationnelle qui répond à leurs besoins. Un mécanisme de feedback doit être mis en place pour assurer que le système sanitaire, dans son ensemble, réponde aux besoins de la communauté.

## Responsabilité

L’équipe de gestion à un niveau donné (préfectoral, régional, central) et/ou les prestataires des soins et des services à ce niveau (ASC, relais communautaires, postes de santé, centres de santé, hôpitaux, programmes, etc.) doivent être les acteurs-clés dans le processus de planification et ils seront responsables de la mise en œuvre de leur plan opérationnel.

La responsabilité, aussi bien au niveau des ressources financières qu’au niveau de la performance, doit être mise en exergue (redevabilité).

Chaque niveau de services de santé doit avoir son propre plan avec des activités clairement définies, budgétisées et avec des résultats et des indicateurs quantifiables, mesurables ou observables. De telles activités doivent participer à la réduction du poids de la maladie et répondre aux problèmes épidémiologiques.

1. Les principales étapes du processus d’élaboration du Plan d’Action Opérationnel (PAO)

L’élaboration des plans d’action opérationnels doit suivre les étapes développées ci-après



## Présentation sommaire du PNDS (2015-2024)

Dans cette section, la matrice des interventions du PNDS est présentée pour servir de cadre pour la sélection et le classement des activités du PAO qui guideront la réalisation des objectifs du plan. Le document est présenté selon la hiérarchie des objectifs (objectifs stratégiques orientations stratégiques et résultats). Chaque résultat escompté est décliné en stratégies d’intervention lesquelles comportent les actions prioritaires.

**Tableau 1: Présentation sommaire du PNDS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectif stratégique 1** : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d’urgences | | |
| **Orientation stratégique 1** : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| D’ici fin 2015, l’incidence et la létalité de la Maladie à Virus Ebola, sont réduites à zéro (0) | *Renforcement de la surveillance intégrée à base communautaire et dans les établissements de soins de la maladie à virus Ebola* | Développer les capacités d’identification et de notification des cas suspects dans la communauté |
| Renforcer les capacités de collecte, d’investigation, d’analyse de données et de riposte dans les établissements de soins publics et privés et au niveau central |
| Renforcer les capacités des laboratoires en matière de diagnostic biologique |
| Appliquer le règlement sanitaire international et mettre en place un système de contrôle sanitaire et de surveillance aux frontières terrestres, maritimes et aéroportuaires |
| *Amélioration de la mobilisation sociale et de la communication dans la communauté* | Renforcer la communication de proximité à travers les comités de veille, les comités de santé, les agents communautaires et les élus locaux |
| Renforcer les capacités de communication et de mobilisation sociale des médias publics et privés |
| Développer des activités de communication dans tous les établissements scolaires et universitaires dans l’ensemble du pays |
| Améliorer les compétences des socio anthropologues en matière d’enquêtes, de formulation et de diffusion de messages clés |
| *Renforcement des capacités de prise en charge des cas (suspects et confirmés) et de gestion sécurisée des corps dans les établissements de soins publics et privés* | Mettre en place un dispositif de prise en charge adéquate des cas (formation du personnel, locaux dédiés, équipements/matériels appropriés) à tous les niveaux |
| Améliorer la prévention, le contrôle de l’infection, la sécurité des patients/agents de santé hospitalisés dans les centres de traitement des cas et la gestion sécurisée des corps |
| *Développement des mécanismes de soutien nutritionnel et social aux familles affectées :* | Fournir un appui alimentaire et accorder des incitations financières aux familles, aux sujets contacts et aux sites de traitement |
| Mettre en place des mécanismes de prévention de la stigmatisation des membres des comités de veille, des leaders communautaires et les familles des malades guéris d’Ebola en assurant leur insertion sociale |
| 100% des personnels des établissements de soins publics et privés et des usagers sont protégés des infections nosocomiales et sécurisés contre tout risque en milieu de soins d’ici 2024 | *Renforcement des capacités de prévention et de contrôle de l’infection dans les établissements de soins publics et privés* | Renforcer le dispositif d’approvisionnement en eau potable dans les établissements de soins publics et privés |
| Renforcer les compétences des personnels de santé en précautions standards et complémentaires de la maladie à Virus Ebola. |
| Doter régulièrement les établissements de soins publics et privés en consommables, en matériels et équipements de protection individuelle |
| Mettre en place un dispositif de tri et d’isolement des cas suspects |
| Elaborer les plans de contingence dans tous les DS en y incluant le volet Ebola |
| *Renforcement de la qualité des prestations, la sécurité des patients et des personnels, ainsi que la gestion des risques en milieux de soins* | Elaborer et mettre en œuvre des textes législatifs et réglementaires sur la sécurité des patients et des personnels ; des Normes et recommandations en sécurité anesthésique et des actes médicaux et chirurgicaux ; une charte sur la qualité des soins et la sécurité des patients |
| Mettre en place un dispositif d’évaluation de la qualité dans les établissements de santé |
| D’ici 2024, 95% des enfants de moins de 5 ans et 90% des femmes enceintes et de celles en âge de procréer seront protégés contre les maladies évitables par la vaccination | *Amélioration de la disponibilité en vaccin de qualité, en matériels de vaccination, équipements et logistique* | Approvisionner régulièrement en vaccin et en matériels de vaccination (seringues autobloquantes, de dilution, boites de sécurité, accumulateurs, glacières etc.) les structures de santé |
| Doter les structures de santé en logistiques de vaccination (véhicules, moto, matériel de chaine de froid, source d’énergie etc.) |
| *Augmentation de la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes et de celles en âge de procréer* | Organiser des séances de sensibilisation de la population sur les avantages de la vaccination |
| Renforcer dans les structures publiques et privées (la vaccination de routine, vaccination de rattrapage et de suivi, ACD) |
| Introduire de nouveaux vaccins dans la vaccination de routine dans les structures publiques et privées |
| Améliorer la disponibilité et compétences en ressources humaines |
| D’ici 2024, 100% des femmes enceintes séropositives reçoivent une prophylaxie ARV et 100% des PVVIH en stade avancé de la maladie reçoivent un traitement adéquat. | *Amélioration de la disponibilité des prestations de lutte contre le VIH/sida dans tous les établissements de santé* | Réhabiliter/rénover/équiper les structures de santé pour intégration du CDV, PTME et PEC médicale |
| Améliorer la disponibilité en intrants VIH (réactifs, consommables et médicaments) |
| Renforcer la disponibilité et les compétences des ressources humaines à tous les niveaux |
| Promouvoir les activités de prévention du VIH/sida (mettre en place des matériels de promotion en CDV, PTME et PEC…) |
| D’ici 2024, 100% des nouveaux cas de Tuberculose sont traités selon la stratégie DOTS | *Amélioration de la disponibilité des prestations de TB dans tous les CDT et autres établissements de santé* | Augmenter le nombre de centres de diagnostic et de traitement TB |
| Améliorer la disponibilité en intrants TB, TB/VIH, TB/MR et TB/RR (réactifs, consommables et médicaments) et les moyens de diagnostics |
| Améliorer la disponibilité et les compétences des ressources humaines à tous les niveaux |
| Promouvoir les activités de prévention de TB et la DOTS communautaire de qualité |
| D’ici 2024, au moins 90% de la population sont protégés à travers les mesures préventives et 90% des cas confirmés reçoivent le traitement correct du Paludisme. | *Renforcement de la prévention et de la prise en charge du Paludisme* | Augmenter la couverture universelle en moustiquaire imprégnée d’insecticide |
| Organiser la lutte anti-vectorielle (assainissement du milieu, pulvérisation intra domiciliaire des ménages et des cours d’eau, utilisation des MILDA dans les ménages) |
| Améliorer la qualité de la prise en charge |
| Rendre disponible les tests de diagnostic rapide et les médicaments antipaludiques et renforcer les compétences du personnel |
| D’ici 2024, 100 % des maladies tropicales négligées (MTN) et autres maladies transmissibles sont prises en charge (Lèpre, THA, Ulcère de Buruli, Onchocercose, Trachome, filariose lymphatique, Schistosomiases, géo helminthiase…). | *Amélioration de l’accès aux interventions de dépistage précoce et de la prise en charge des cas* | Renforcer les dispositifs de diagnostic à tous les niveaux |
| Approvisionner les centres de prise en charge en médicaments, matériels et équipements |
| Mettre à échelle des interventions de chimio prophylaxie préventive, de prise en charge des cas et des complications et renforcer les capacités de réhabilitation des malades victimes d’infirmité. |
| D’ici 2024, 100% des maladies non transmissibles (cancers, caries dentaires, Diabète, maladies cardiovasculaires, traumatisme, maladie mentale, Drépanocytose, Affections Respiratoires Chroniques etc.), sont prises en charge | *Renforcement des capacités de promotion, de prévention et de contrôle des MNT dans les politiques et programmes sectoriels de développement* | Intégrer dans les politiques et programmes sectoriels les interventions liées aux MNT |
| Organiser des tribunes pour promouvoir l’hygiène corporelle, les bonnes habitudes alimentaires et l’activité physique et la lutte contre le tabagisme, l’usage nocif de l’alcool et les stupéfiants, l’utilisation des équipements de protection (port de casque, ceinture de sécurité tec.) |
| Organiser les campagnes de dépistage précoce des MNT à tous les niveaux. |
| D’ici 2024, développer la collaboration entre la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle et la Médecine moderne, | *Développement des mécanismes d’intégration, d’harmonisation et de normalisation des interventions de la Médecine Traditionnelle au système de santé formel* | Elaborer/réviser et diffuser le document de politique et le plan stratégique, les normes et procédures de la médecine traditionnelle ; |
| Définir les mécanismes de collaboration entre tradithérapeutes et les personnels de santé ; |
| Améliorer le niveau de compétence des tradithérapeutes (Hygiène, Référence et contre-référence, pratiques thérapeutiques). |
| 90% des ménages adoptent des comportements favorables à la bonne santé d’ici 2024 | *Renforcement des attitudes et pratiques individuelles, familiales et communautaires favorables à la santé* | Elaborer/réviser et mettre en œuvre les plans stratégiques de communication pour la santé ; |
| Renforcer les capacités des communes, des ONG, Associations et la Société civile pour l’élaboration et la mise en œuvre d’action de promotion de la santé ; |
| Développer un partenariat formel avec les médias du secteur privé et public pour la mise en œuvre des plans de communication ; |
| Renforcer l’éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour les jeunes et adolescents y compris en milieu scolaire et universitaire |
| Mettre à échelle toutes les interventions à haut impact au niveau communautaire |
| *Renforcement de l’autonomisation des communautés dans le processus de résolution des problèmes de santé* | Responsabiliser les communautés dans l’identification, la planification, la mise en œuvre et le suivi de toutes les interventions sanitaires ; |
| Renforcer et/ou améliorer le dispositif d’approvisionnement en eau potable et de sanitation à tous les niveaux ; |
| Doter régulièrement les communautés de moyens et équipements d’hygiène et d’assainissement ; |
| Renforcer le niveau de compétence des acteurs communautaires à tous les niveaux |
|  |  |  |
| **Objectif stratégique 2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie** | | |
| **Orientation stratégique 2 :** Promotion de la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| D’ici 2024, la couverture en CPN4+ doit passer de 57% à 90%, | *Renforcement de la CPN recentrée dans toutes les structures publiques et privées* | Réviser le module de formation en Soins Obstétricaux Néonataux d’Urgence (SONU) y compris la consultation prénatale recentrée (CPNr) ; Normes et procédures en SR ; le guide de message éducatif pour la réduction de la mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile |
| Améliorer la disponibilité et la couverture en CPNr (formation des agents, plan d'accouchement, vaccination, TPI, Conseil nutritionnel) des secteurs publics et privés |
| Intégrer la PTME dans toutes les structures publiques et privées |
| Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des populations générale et des femmes en particulier pour améliorer la demande de l'offre des services de CPN, Accouchement assisté, CPoN, PF, Nutrition) |
| D’ici 2024, 80% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié et 80% d'entre elles bénéficient d'au moins une consultation postnatale | *Promotion de l'accouchement assisté* | Elaborer/réviser le guide de réorganisation des SONU y compris la définition des infrastructures types, guide de SONU, Néonatologie et de prise en charge nutritionnelle des enfants nés des mères séropositives |
| Réorganiser et étendre la couverture SONU de base Rénover/Equiper les blocs opératoires des 33 hôpitaux, des 5 CMC, les 10 CSA en équipements standards (boîtes césariennes, boîtes d’accouchement, kits césarienne, ambulances) |
| 100% des complications obstétricales seront prises et le taux de césarienne passera de 2 à 5%, d’ici 2024. | *Renforcement de la gratuité des soins obstétricaux* | Définir et faire appliquer les mesures d'accompagnement pour la gratuité des SONU |
| Doter les structures de santé en équipement, matériels, médicaments et outils de gestion |
| Renforcer le système de référence et de contre référence pour la prise en charge des complications obstétricales et pédiatriques |
| Renforcer la prise en charge des nouveau-nés (réanimation, coin de nouveau-né) |
| *Mise en œuvre de la revue des décès maternels néonatals et infantiles et riposte* | Faire la notification, la revue et la riposte systématique de tous les décès maternels et néonatals. |
| Mettre en œuvre le dispositif reportage par la téléphonie mobile |
| D’ici 2024 la prévalence contraceptive en Planification Familiale passera de 19% à 51%. | *Repositionnement de la Planification Familiale* | Intégrer la PF dans toutes les formations sanitaires publiques et privées |
| Mettre en œuvre les services du paquet intégré à base communautaire (CPN, PF) |
| Offrir toutes les méthodes modernes de contraception aux femmes en âge de procréer; |
| Doter les structures publiques et privées en Outils de Gestion et contraceptifs |
| Organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités politiques, administratives, sanitaires, communautaires et des populations sur la PF |
| D’ici 2024, réduire le taux de malnutrition chronique de 31 à 21 % et le taux de malnutrition aigüe de 9 à 4 % | *Mise à l’échelle d’activités à haut impact (Allaitement maternel alimentation de complément, lutte contre les carences en micronutriments, réanimation néonatale, déparasitage de masse, réhydratation par voie orale, utilisation du Zinc dans le traitement des diarrhées, traitement de la pneumonie par antibiotique, ….) :* | Réviser la politique et le protocole de prise en charge de la malnutrition, le guide pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant |
| Renforcer les capacités des agents chargés de nutrition sur les protocoles et le guide |
| Mettre à échelle la démarche formations sanitaires et Communautés « Amis des Bébés » |
| Organiser des campagnes de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois ; |
| Promouvoir l'allaitement maternel (mise au sein précoce, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois) |
| Mettre en œuvre la PCIMA dans les formations sanitaires et au niveau communautaire |
| 95% des enfants de moins de 5 ans seront pris en charge dans les structures de santé et au niveau communautaire selon les procédures standards PCIMNE, d’ici 2024 | *Mise en œuvre de la PCIMNE clinique et communautaire (paquet intégré)* | Elaborer/Réviser le plan stratégique survie de l'enfant, les modules et les outils de formation en PCIMNE clinique et communautaire |
| Etendre la PCIMNE clinique dans toutes les formations sanitaires publiques et privées |
| Mettre à échelle la PCIMNE communautaire dans tous les villages |
| 80% des ado-jeunes utiliseront les services de santé sexuelle et reproductive sans stigmatisation ni jugement | *Intégration de la santé sexuelle et reproductive des ado-jeunes dans les structures de santé publiques et privées* | Elaborer/réviser le plan stratégique et les modules de formation des adolescents et jeunes |
| Mettre en œuvre les standards adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures publiques et privées |
| D’ici 2024, l’objectif TOLERANCE ZER0 aux Mutilations Génitales Féminines et aux violences basées sur le genre est atteint | *Développement des mécanismes de prise en charge psychosociale et médicolégale des violences faites aux femmes et aux enfants* | Organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités politiques administratives, sanitaires, communautaires et des populations sur les MGF/excision, les violences basées(VBG) sur le genre et leurs conséquences sur la santé des filles et des femmes |
| Appuyer l'application des textes juridiques et réglementaires en faveur de l'abandon des MGF/E |
| 90% de la population disposeront d'informations prenant en compte leurs besoins tout au long du cycle de vie selon une approche genre | *Développement des mécanismes d’exemption de paiement pour les personnes âgées (hospitalisation et médicaments)* | Intégrer la prise en charge gratuite dans les formations sanitaires publiques des personnes âgées dans la perspective de la Couverture Sanitaire Universelle |
| Accorder des appuis nutritionnels spécifiques pour des personnes âgées en fonction des pathologies |
| *Promotion de la santé de la mère et de l'enfant* | Organiser les journées nationales, africaine et mondiale pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant |
| Réviser et mettre en œuvre la stratégie de communication en appui à la SR |
| Mettre en place des initiatives de développement communautaires Développer les programmes de lutte contre les substances abusives (Tabac, Alcool, Drogue…) |
| Développer le partenariat entre le Ministère de la Santé avec les autres départements (finance, sécurité, communication, Action sociale…) |
| 80% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité, d’ici 2024. | *Adoption et intégration des standards de performance y compris la Prévention et le contrôle de l'infection* | Mise à l'échelle les standards de performance S-BMR (SONU, PF, PI, PCIMNE...) dans les structures publiques et privées. |
| Mise aux normes des locaux et des équipements |
| Appuyer la mise en œuvre des interventions (supervision, suivi, évaluation et recherche logistique) |
|  |  |  |
| **Objectif stratégique 3 : Améliorer la performance du système national de santé** | | |
| **Orientation stratégique 3 :** Renforcement du système national de santé | | |
| **Sous-orientation stratégique 3.1** : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| De 2015 à 2024, la couverture en paquets de services essentiels de santé de qualité est de 80%. | *Renforcement de l’organisation du système de soins* | Définir les PMA par niveau |
| Définir des directives, procédures, normes et standards sanitaires |
| Définir les normes d’effectifs de service des plateaux techniques et d’infrastructures |
| Mettre à jour régulièrement la carte sanitaire |
| Amélioration des prestations de services : | Les axes d’interventions et les actions prioritaires retenues pour cette stratégie d’intervention ont été déclinées respectivement sous les orientations stratégiques n°1 et n°2. | |
| **Sous-orientation stratégique 3.2 :** Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| D’ici 2024, mobiliser au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS | *Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la santé* | Elaborer une proposition de loi pour relever progressivement le taux du budget de la santé dans le Budget de l’Etat à 15% (dans le cadre de l’application de la déclaration d’Abuja) ; |
| Susciter la contribution des autres secteurs économiques et des communautés au financement des actions de santé |
| Faire une étude sur l’état d’avancement de la mise en œuvre de la CSU |
| Elaborer le COMPACT national |
| Promouvoir les initiatives innovantes du financement de la santé |
| Renforcer les capacités du MS en matière de planification financière et de négociation auprès du Ministère en charge de l’Economie et des Finances, du Plan, du parlement et des PTF |
| *Renforcement des capacités de gestion financière et de la CSU* | Renforcer les capacités de gestion de l’aide en partenariat avec les PTF (compact santé, harmonisation des procédures suivi conjoint…) |
| Institutionnaliser les CNS |
| Produire annuellement les CNS |
| Elaborer et tenir le CDMT à horizon glissant |
| Mettre en place des structures capables de jouer le rôle de contrôle technique, de piloter et de mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle (CSU) ; |
| Mettre en œuvre le financement basé sur la performance |
| Assurer l’accessibilité financière des populations aux services essentiels de santé | Amélioration de l’accessibilité financière des populations | Créer une structure d’encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l’ensemble des régimes d’assurance |
| Appuyer l’élaboration et la mise en œuvre d’une politique de protection sociale ; |
| Appuyer la mise en place de l’assurance maladie obligatoire au bénéfice des travailleurs de la fonction publique |
| Faire une étude sur l’état actuel des mécanismes de recouvrement des coûts et de la gratuité des soins |
| Faire la détermination et le choix du périmètre sur la base du paquet de prestations |
| Définir le dispositif de mise en place des fonds d’achat des prestations multi donateurs en faveurs de diverses cibles (indigents, malades chroniques, femmes en âge de procréer, enfants, personnes âgées, malades en ambulatoire et hospitalisation de profil autre à travers une étude |
| Mettre en place le fonds d’achat des prestations de santé |
| Développer un mécanisme de l’assurance maladie et mise en place de systèmes alternatifs (mutuelles, fonds de solidarité, tarification spéciale pour les médicaments sociaux, etc.) et subventions de l’Etat, en vue de favoriser l’accès des plus pauvres aux médicaments et autres produits de santé |
| Maintenir la gratuité effective des CTA, ARV, IO, anti-TB, Vaccins, Kits SONU, antilépreux etc. |
| **Sous-orientation stratégique 3.3 :** Développement des ressources humaines de qualité | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| D’ici 2024 augmenter la densité en ressources humaines de qualité, motivées et mieux réparties dans le pays | *Renforcement de la gestion des RHS orientée vers la performance* | Actualiser le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé, |
| Elaborer les normes en personnel par niveau de soins |
| Organiser le recrutement du personnel, |
| Elaborer un plan harmonisé de formation continue, |
| Organiser les formations continues du personnel |
| Renforcer les capacités institutionnelles de gestion des ressources humaines du secteur |
| Mettre en place un observatoire des RHS, composante de l’observatoire nationale, |
| Décentraliser la formation, le recrutement et la gestion des RHS ; |
| *Renforcement des capacités des institutions de formation en santé* | Réviser les curricula de formation, pour leur alignement sur les besoins numériques et qualitatifs du système de santé en RHS |
| Mettre en place un système d’accréditation des institutions de formation initiale et des diplômes |
| Développer un partenariat international pour les formations spécifiques (spécialistes et techniciennes). |
| *Mise en place d’un système national de fidélisation des Ressources Humaines de la santé* | Elaborer un plan national de fidélisation des RHS |
| Mettre en place un système de motivation RHS basé sur la performance et selon zones défavorisées ou difficile d’accès |
| Mettre en œuvre la stratégie du dispositif de motivation/ fidélisation |
| **Sous-orientation stratégique 3.4 :** Amélioration de l’accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle des établissements en infrastructures adéquates, en équipements essentiels de qualité, en ME, en produits sanguins et diagnostic de qualité sera de 100%. | *Développement et mise en œuvre d’un plan harmonisé de construction et de réhabilitation des infrastructures, d’acquisition et de distribution des équipements* | Actualiser les normes en matière d’équipements et d’infrastructures |
| Réhabiliter/extension/construire les infrastructures sanitaires incluant des unités de prise en charge des maladies à potentiel épidémique conformément au paquet minimum d'activité pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. |
| Doter les structures sanitaires en équipements selon les normes nationales par niveau |
| Règlementer les dons d’équipements médicaux |
| Doter le CNTS, les CRTS et UHTS en infrastructures, équipements techniques, moyens logistiques et autres intrants pour la collecte, le traitement, la conservation, la distribution des PSL et la gestion des activités transfusionnelles adaptés à leur niveau. |
| *Développement de la production locale des médicaments et autres produits de santé* | Promouvoir la production locale publique et privée des médicaments et autres produits de santé y compris les préparations galéniques dans les pharmacies hospitalières et les officines |
| Valoriser les plantes médicinales de Guinée |
| Promouvoir la coopération sous régionale pour la production et la commercialisation des produits de santé |
| *Amélioration des mécanismes de financement et d’acquisition des produits de santé* | Mettre en place de mécanismes de financement pérenne pour le fonctionnement des structures chargées de la mise en œuvre de la logistique intégrée des médicaments |
| Exonérer de tous droits de douanes et de taxes à l’importation des dispositifs médicaux, réactifs, petits matériels de laboratoire et matières premières |
| Améliorer les procédures d’appels d’offres et de passation des marchés pour l’acquisition des produits de santé |
| Développer les mécanismes d’incitation à l'installation des officines privées à l’intérieur du pays |
| *Promotion de l’utilisation rationnelle des médicaments et autres produits de santé* | Renforcer l’Information/Education des populations et des prestataires sur l’usage rationnel du médicament et autres produits de santé et la publicité abusive à tous les niveaux |
| Développer la recherche opérationnelle sur la Pharmacie et le Médicament |
| Développer/vulgariser les outils d’aide à la prescription et la dispensation rationnelle à tous les niveaux |
| *Renforcement du système d’assurance qualité des médicaments et des autres produits de santé* | Renforcer les capacités du laboratoire national de contrôle de qualité |
| Mettre en place/Renforcer les systèmes de vigilance des produits de santé : pharmacovigilance, hémovigilance, réactovigilance et matériovigilance ; |
| Adopter les normes et procédures en matière de contrôle pré et post marketing |
| Améliorer les capacités de stockage et de gestion des produits de santé des structures de santé |
| *Renforcement de la coordination, de la régulation et du contrôle du secteur pharmaceutique* | Renforcer le cadre institutionnel et les capacités de la DNPL pour la coordination et la mise en œuvre de la PPN |
| Instaurer les mécanismes de coordination entre les différents acteurs dans la mise en œuvre du plan directeur de la PPN y compris le partenariat public-privé |
| Développer/améliorer les capacités du pharmacien dans la gestion du médicament. |
| Renforcer le système d’information et de communication pour une gestion efficace et efficiente |
| Créer et opérationnaliser un corps de Pharmaciens Inspecteurs à la DNPL |
| Renforcer la lutte contre le marché illicite et les contrefaçons de médicaments |
| Renforcer les capacités des ordres professionnels dans la gestion et la régulation du secteur pharmaceutique |
| Développer les normes et procédures pour la gestion des déchets pharmaceutiques (périmés, détériorés…) et biomédicaux |
| Renforcer les capacités logistiques, techniques et humaines de production, de conservation et de distribution du CNTS, des structures régionales et unités hospitalières de transfusion sanguine ; |
| *Renforcement des capacités des structures de la transfusion sanguine pour la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine* | Renforcer la coordination par l’élaboration des textes de loi, l’amélioration de la politique, du plan stratégique, des guides, des normes et procédures en matière de transfusionnelle ainsi que le développement d’un système d’assurance qualité incluant la mise en œuvre d’un plan de développement des ressources humaines |
| Renforcer la promotion du don de sang bénévole de sang à travers la mise en œuvre d’un programme national de mobilisation des populations incluant des campagnes de communication/sensibilisation, un appui aux associations de donneurs volontaires et bénévoles du sang , le financement des collectes de sang ; |
| Promouvoir l’utilisation rationnelle des Produits Sanguins |
| *Développement de la Biologie médicale* | Réviser la politique nationale de biologie, élaborer et mettre en œuvre le plan stratégique de biologie médicale |
| Renforcer la coordination des intervenants en matière de biologie médicale |
| Renforcer le système d’assurance qualité des examens biologiques |
| Développer un système fiable et pérenne d’approvisionnement en réactifs et dispositifs médicaux. |
| *Développement d'une politique nationale de maintenance et la mise en œuvre d’un plan national de maintenance* | Formuler une politique nationale de maintenance |
| Réviser et opérationnaliser un plan national de maintenance hospitalière |
|  | *Renforcement des capacités d’approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, des produits de santé* | Améliorer les capacités de la PCG pour les achats, le stockage, la distribution, l’assurance qualité des médicaments et autres produits de santé de tout le secteur public, associatif et confessionnel… |
| Améliorer la capacité financière de la PCG |
| Assurer la formation continue du personnel |
| Assurer la disponibilité en vaccins de qualité Renforcer les capacités de stockage et de gestion des vaccins à tous les niveaux du système |
| Mettre en place progressive des mécanismes d’importation nationaux des vaccins |
| Renforcer les systèmes d’assurance qualité des vaccins, de la vaccination et des injections |
| Promouvoir la communication et de l’information sur les vaccins pour garantir leur bonne utilisation. |
| Intégrer la logistique vaccinale à la PCG |
| **Sous-orientation stratégique 3.5 :** Développement du système d’information sanitaire et de la recherche en santé | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle du SNIS et des sous-systèmes d’information (Surveillance épidémiologique, enregistrement de naissances et de décès, données de recherche, ….) est renforcée de 90%. | *Réorganisation du SNIS par la mise en cohérence des divers sous-systèmes d’information sanitaire* | Eriger la section SNIS en Division |
| Renforcer la coordination pour l’ensemble du SNIS et la concertation avec les partenaires publics et privés ; |
| Développer un plan stratégique national du SNIS |
| Renforcer un mécanisme de suivi évaluation du SNIS à tous les niveaux |
| Mettre en place l’Observatoire national de santé (base de données, CHPP, DHIS, systèmes de rapportage harmonisés) |
| Mettre en place un système national d’enregistrement des naissances et des décès (mères, enfants, etc.) |
| *Amélioration de la qualité de l’information sanitaire* | Développer les normes et procédures de gestion de données et les supports harmonisés pour la collecte et le calcul des indicateurs à tous les niveaux |
| Développer un système informatisé de traitement, d’analyse et de diffusion des données, informations et connaissances sanitaires en temps réel à travers la plateforme «DHIS2 » |
| Réaliser un audit du SNIS à tous les niveaux du système de santé |
| *Amélioration de la production, de la diffusion et de l’utilisation de l'information sanitaire* | Renforcer la production, le partage et la diffusion de l’information sanitaire ; |
| Renforcer l’utilisation de l’information sanitaire à tous les niveaux dans la prise de décisions. |
| *Renforcement des ressources humaines et financières, des équipements etdes infrastructures* | Renforcer les capacités du SNIS en ressources humaines en infrastructures et équipements de qualité selon les normes |
| Mettre en réseau du SNIS à tous les niveaux, |
| Accroitre le financement en faveur du SNIS. |
| Elaborer/Réviser les textes législatifs et réglementaires de la recherche pour la santé |
| De 2015 à 2024, les capacités institutionnelles et opérationnelles des structures de recherche sont améliorées à 90% | *Renforcement du cadre institutionnel et de la coordination de la recherche pour la santé* | Mettre en place/renforcer les organes consultatifs et de gestion |
| *Renforcement les capacités des institutions de recherche pour la santé* | Eriger la cellule en charge de la recherche pour la santé au rang de division |
| Elaborer la politique et du plan stratégique National du développement de la recherche pour la santé |
| Mettre en place un système de suivi et d’évaluation de la Politique Nationale de recherche pour la santé |
| Développer une masse critique de ressources humaines et renforcer la capacité des jeunes chercheurs ; |
| Développer un environnement favorable à la recherche par la construction des infrastructures et l’équipement ; |
| Développer et mettre en œuvre un dispositif de management et d’un mécanisme de financement ; |
| Développer de l’expertise en la recherche ; |
| Développement du partenariat ; |
| Mettre en place un système performant pour la supervision et le mentorat des structures |
| **Sous-orientation stratégique 3.6 :** Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | | |
| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| La fonctionnalité des instances de coordination de régulation et de redevabilité est de 80% | *Renforcement de la coordination interne des interventions du Ministère de la Santé* | Développer les cadres appropriés de coordination, concertation, de planification, de mise en œuvre et suivi et d’évaluation des actions de développement sanitaire |
| Renforcer la déconcentration au sein du Ministère à travers les Régions et Districts sanitaires |
| Renforcer les capacités en gestion axée sur les résultats, communication et mobilisation sociale |
| Mettre en place un système fonctionnel de planification, de programmation et de budgétisation |
| Organiser des réunions semestrielles et une revue annuelle du PNDS |
| Elaborer le plan national de communication du PNDS |
| Faire l’évaluation à mi-parcours et l’évaluation finale du PNDS |
| Elaborer les plans triennaux et PAO des niveaux central et régional |
| Réviser les plans des programmes prioritaires nationaux |
| Faire l’audit organisationnel |
| Réviser l'organigramme |
| Mettre en place, au niveau national, régional et préfectoral un mécanisme de dialogue politique en santé |
| Actualiser/renforcer les mécanismes/instances de coordination du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS) |
| Elaborer un plan national de suivi évaluation du PNDS et plans de suivi-évaluation des PRDS |
| Elaborer le cadre national de suivi-évaluation du PNDS |
| *Renforcement de la collaboration intersectorielle et partenariat* | Mettre en place une plateforme multisectorielle pour la prise en charge des déterminants de la santé et de l'offre de santé |
| Promouvoir la contractualisation entre le ministère de la santé et les autres acteurs y compris le secteur privé, la société civile et les PTF |
| Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le domaine de la santé dans le cadre de la décentralisation. |
| Elaborer le plan national de santé communautaire |
| *Renforcement de la régulation et normalisation* | Réviser les textes législatifs réglementaires, les normes, les procédures, les directives, les PMA |
| Renforcer les mécanismes d’audit, contrôle de gestion, inspection, supervision et monitorage |
| De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80%. | *Amélioration de la gestion sanitaire du district* | Redynamiser les Comités Préfectoraux de santé |
| Elaborer les plans de développement sanitaire des 38 districts de santé |
| Renforcer les capacités des équipes-cadres de district |
| Appuyer les activités de soutien (supervision, monitorage, revues annuelles, CTRS, CTPS, synthèses communales, formation) |
| Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le cadre de la décentralisation dans le domaine de la santé. |

## État des lieux

Le point de départ pour la planification est une évaluation de la situation actuelle sur la base des informations et données existantes dans le système et dans la localité. Cette étape permet aux équipes de considérer la situation sanitaire réelle en termes de besoins et de priorités, surtout par rapport aux objectifs stratégiques fixés par la politique de santé et PNDS.

### Analyse des parties prenantes

Une partie prenante est un individu ou un groupe d’individus qui a intérêt à ce que le PAO réussisse, réalise les résultats attendus et soit viable. Il s’agit donc de tout individu, groupe de personnes, institution ou entreprise/ firme susceptible d’avoir un lien avec un PAO.

L’analyse des parties prenantes et l’analyse des problèmes sont étroitement liées : sans les points de vue des différentes parties prenantes à un problème, ni la nature du problème, ni les besoins de ces parties prenantes, ni les solutions possibles n’émergeront.

Il faut commencer par identifier les diverses parties prenantes et ensuite les analyser selon le tableau suivant.

**Tableau 2: Analyse des parties prenantes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parties prenantes** | **Intérêts** | **Contributions potentielles** | **Rapport actuel avec le secteur de la santé** | **Conclusions** |
| Partenaires financiers,  Partenaires techniques  Bénéficiaires directs  Bénéficiaires indirects  Parties attenantes  Exclus  Perdants  *Etc.* | Quels sont leurs intérêts ?   * + - Qu’est-ce qu’ils priorisent ?     - Quels sont leurs objectifs ? | Quelles sont leurs contributions potentielles et mobilisables ?  *Contributions en ressources financières, matérielles, humaines, lieux, etc.* | Quelle interaction ou rapport existe entre la partie prenante et le secteur sanitaire ? | Formuler des conclusions et des recommandations :   * + - Comment tenir compte de chaque partie prenante ?     - Quelles actions entreprendre pour les engager ?     - Comment traiter avec chaque partie prenante ? |

Pour chacune des parties prenantes identifiées, il faut considérer ses intérêts, ses contributions potentielles au système de santé et son rapport actuel avec le secteur de la santé. A partir de ces considérations, il est possible de déterminer de prochaines étapes en tant que conclusions. Pour compléter l’analyse, il peut être nécessaire de chercher plus d’informations sur les parties prenantes afin de les engager de la façon appropriée.

Un exemple d’une analyse des parties prenantes est décrit dans le tableau ci-après.

**Tableau 3: Illustration de l'analyse des parties prenantes**

| **Parties prenantes** | **Intérêts** | **Contributions potentielles** | **Rapport actuel avec le secteur de la santé** | **Conclusions** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *FEMME-EU*  *[ONG locale travaillant avec les groupements des femmes - financé par l’Union Européenne]* | *Le bien-être, l’indépendance, et le pouvoir des femmes dans le district*  *Renforcement des capacités et de l’autorité des femmes* | *Ressources humaines (de l’ONG, et accès aux groupements des femmes)*  *Petit matériel et utilisation de leurs ressources à leur bureau (impression, fournitures de bureau, etc.)* | *Néant – leur focus jusqu’à ce point est sur les femmes comme entrepreneurs* | *Possibilité de souligner l’état sanitaire de la femme comme élément clé de leur bien-être pour établir un rapport avec le secteur sanitaire* |
| *La mairie* | *Bien-être de la population*  *Coordination et bon fonctionnement des activités dans la zone* | *Financement ou contribution aux achats*  *Lieux pour des réunions*  *Communications officielles (rapports avec les médias)* | *De temps en temps, la mairie fournit des financements ponctuels pour certaines activités à la suite des demandes de l’ECD* | *Faire le plaidoyer pour rendre effective la ligne budgétaire prévue pour l’appui à la santé* |

### Bilan de l’exécution du PAO de l’année écoulée

Notez dans les tableaux ci-dessous les activités planifiées et leur niveau de réalisation, les indicateurs de résultats et leur niveau de réalisation ; le budget prévisionnel et son niveau d’exécution pour établir le diagnostic de la situation et procéder à l’analyse des causes des écarts et les commentaires qui en découlent.

Pour les indicateurs de résultats, utiliser les indicateurs du contrat de performance de votre structure passé avec le Ministère de la santé pour remplir le tableau.

L’analyse de l’exécution du budget clôturera cette session.

**Tableau 4 : Niveau de réalisation des activités du PAO 2019**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités prévues** | **Niveau de réalisation** (réalisée, non réalisée, partiellement réalisée) | **Justification** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Analyse et commentaires

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Tableau 5 : Niveau d’atteinte des résultats des activités du PAO 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de résultats** | **Résultats escomptés** | **Résultats obtenus** | **Justification de l’écart** |
| Disponibilité des Outils de Gestion |  |  |  |
| Disponibilité des médicaments |  |  |  |
| % de présence du personnel au poste |  |  |  |
| Nombre de 1er contacts CPC / habitant |  |  |  |
| Nombre de CPN 4 |  |  |  |
| Taux de couverture en CPN 4 |  |  |  |
| Nombre d’accouchements assistés |  |  |  |
| Taux d’accouchements assistés |  |  |  |
| N d’enfants complétement vaccinés |  |  |  |
| Taux de couverture effective du PEV |  |  |  |
| Nombre de césariennes |  |  |  |
| Taux de césariennes |  |  |  |
| Nombre de femmes testées en PTME |  |  |  |

Analyse et commentaires

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Tableau 6 : Niveau d’exécution du budget programme (2019)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités planifiées** | **Budget prévu** | **Budget réalisé** | **Observations** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Analyse et commentaires

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

### Identification des problèmes et des besoins pour améliorer les prestations de soins et de services

Sur la base des résultats, analyse et des commentaires qui précèdent, dresser la liste des principaux problèmes et leurs causes, ainsi que les besoins. Parmi ces problèmes et besoins, identifier ceux que votre structure souhaite solutionner.

Les critères à retenir pour la priorisation des problèmes en fonction du niveau de responsabilité sont :

* la vulnérabilité du problème au niveau de responsabilité (résolution possible au niveau de la structure),
* l’ampleur ou du problème (répartition géographique, démographique, fréquence, etc.),
* le lien du problème ou du besoin avec les priorités politiques (ex. santé maternelle, infantile, etc.).

## Identification des opportunités de financement

Au cours de cette étape, il s’agit d’examiner les différentes sources de financement que la structure a utilisé pour mobiliser les ressources qui ont servi au financement des activités du PAO de l’année écoulée. Généralement, il s’agit des institutions bi et multi latérales et des ONG qui collaborent directement avec votre structure ou avec les projets/programmes qu’ils appuient.

Utiliser également les financements réguliers alloués par l’Etat pour les activités de votre structure (personnel, subventions, médicaments…).

Pour les nouveaux partenariats et les projets, se référer aux documents des projets et plans de travail desdits projets/PTF. Ne pas oublier les partenaires privés locaux et communautaires.

Pour les structures de soins qui pratiquent le recouvrement des couts, les ressources propres constituent une source de financement importante à intégrer dans la planification.

**Tableau 7 : Identification des opportunités de financement des PTF**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Projets** | **Structures bénéficiaires** | **Montant attendu 2020** | **Interventions/Actions** |
| Programme d'Appui à la Santé (PASA2) |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Programme d'Appui aux Soins de Santé Primaires (PASSP) |  |  |  |
| Projet d'Appui au Secteur de la Santé Post Ébola (PASSPE) |  |  |  |
| Projet Réhabilitation Hôpital Donka |  |  |  |
| Projet Régional de renforcement des capacités des systèmes de surveillance épidémiologiques en Afrique de l'Ouest (REDISSE) |  |  |  |
| Projet Sante de la reproduction et familiale (PSR/KFW) |  |  |  |
| Programme Sante de la reproduction et familiale (PSRF/GIZ) |  |  |  |
| LABOGUI |  |  |  |
| Projet de Renforcement des Services et Capacité Sanitaire (BM) |  |  |  |
| Projet de Soutien au Système Sanitaire National (P3SN) |  |  |  |
| **Programmes nationaux de santé** |  |  |  |
| Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) |  |  |  |
| Programme National de lutte contre le SIDA et les hépatites (PNLSH) |  |  |  |
| Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLAT) |  |  |  |
| Programme élargi de Vaccination (PEV) |  |  |  |
| Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (PNMTN) |  |  |  |
| Programme National de Lutte contre les Maladies non Transmissibles (PNLMNT) |  |  |  |
| Programme National de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (PNSMNI) |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Tableau 8 : Identification des opportunités de financement de l'Etat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctionnement** | **Montant 2019** | **Montant attendu 2020** |
| Salaires fonctionnaires |  |  |
| Salaires personnel contractuels |  |  |
| Médicaments |  |  |
| Réactifs |  |  |
| Subvention |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |
|  |  |  |
| **Investissements** |  |  |
| Infrastructures |  |  |
| Equipements médicaux |  |  |
| Automobile |  |  |
| Motocyclette |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |

**Tableau 9 : Capacité d’autofinancement de la structure par le recouvrement des coûts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctionnement** | **Montant 2019** | **Montant attendu 2020** |
| Salaires des contractuels |  |  |
| Primes du personnel |  |  |
| Médicaments et réactifs |  |  |
| Carburant |  |  |
| Outils de gestion |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |
|  |  |  |
| **Investissements** |  |  |
| Rénovations |  |  |
| Equipements légers |  |  |
| Logistique |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |

## 

## Planification des activités

### Choix des approches de résolution des problèmes

L’identification des approches de solution est un processus qui consiste à définir les stratégies et leurs mesures alternatives pour résoudre les problèmes. A cette étape, la question clé est : *«Comment y arriver ?»*

Sur la base des options possibles, on procède au choix des approches les plus appropriées sur la base de critères d’ordre politique, social, économique, etc.

### Identification des approches de solutions possibles

Les étapes suivantes sont nécessaires dans l’élaboration des approches :

* Sur la base de la liste des problèmes et leurs causes définis lors de l’étape précédente, procéder à l’identification des approches nécessaires à leur résolution ;
* Identifier les composantes et les activités additionnelles nécessaires pour arriver aux changements souhaités dans les composantes des services ;
* Identifier les contraintes et les limites potentielles des approches envisagées ;
* Adapter les approches proposées aux conditions locales (géographiques, politiques, socioculturelles et technologiques, y compris l’infrastructure existante, la gestion et l’organisation).
* Proposer des stratégies pour lever les contraintes en améliorant la gestion et l’administration de la structure en utilisant des ressources communautaires, en modifiant des responsabilités du travail et des tâches, en transférant les ressources disponibles d’une activité vers une autre et en mobilisant des ressources additionnelles, etc.

### Sélection des activités du PAO

Sélectionner les activités du PAO et remplir le tableau ci-dessous en vous basant sur :

* les résultats de l’état des lieux ;
* les problèmes et les besoins identifiés tiré de l’état des lieux ;
* les résultats de l’identification des opportunités de financement ;
* les activités types correspondant au PMA/PCA de votre structure (voir annexe 1)
* les instructions spécifiques du niveau central (audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du MS, …).

**Tableau 10 : Activités du PAO 2O2O**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° activité** | **Libellé de l'activité** | **Unité** | **Quantité** |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Coût et financement des activités du PAO

Déterminer les besoins en ressources implique la traduction des interventions et de toutes les activités nécessaires pour soutenir les interventions en ressources telles que main-d’œuvre humaine, matériels, argent, espace, temps et informations.

Pour arriver à une estimation de coût, il faut procéder aux étapes ci-après :

* Inventaire des ressources nécessaires pour la réalisation des activités pour déterminer les ressources nécessaires, leurs unités et quantité ;
* Valorisation des ressources nécessaires en termes financiers avec coût unitaire et le calcul du montant total par ressource ;
* Sommation des montants totaux pour chaque intrant par activité.

Le montant total pour chaque activité sera noté dans le canevas du PAO. Les détails sur les composantes de ce calcul seront importants pour la mobilisation des ressources.

#### NB : Utilisation des coûts unitaires préparés par le Ministère

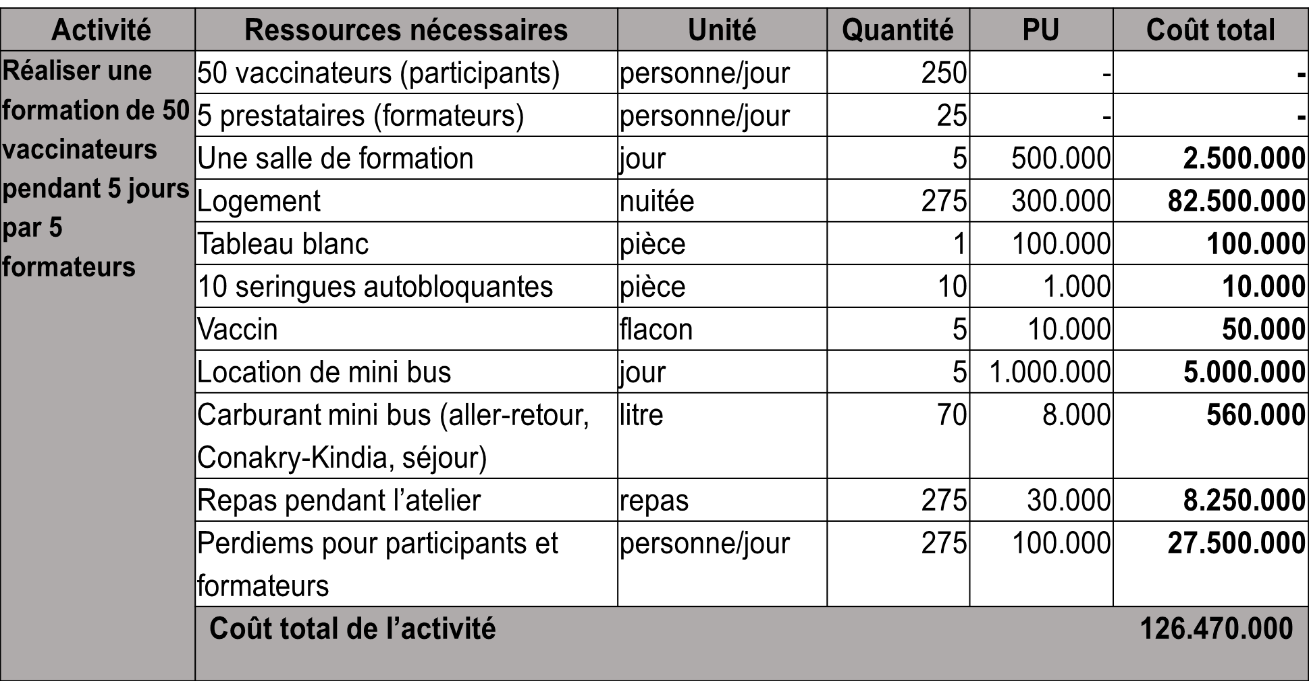
Le Ministère de la santé a préparé une liste de couts unitaire des principales ressources nécessaires à la réalisation des activités. Aussi au tant que possible des couts unitaire de quelques activités ont été préparé qui tient compte des informations disponibles dans les études de couts (voir annexe 2).

### Détermination des coûts des activités du PAO

Pour chaque activité :

* recenser les ressources nécessaires
* estimer le coût unitaire de la ressource (voir tableau des couts)
* définir l’unité de mesure de la ressource
* estimer le coût de la ressource
* estimer la quantité de la ressource nécessaire
* estimer le coût total de l’activité

**Tableau 11 : Exemple d'estimation des coûts d'une activité**



La somme des coûts des activités constitue le coût du PAO. Sur la base de ce coût total et des potentialités de financement que vous avez estimé antérieurement, procéder à l’arbitrage pour sélectionner définitivement les activités budgétisées à retenir dans le PAO.

**Tableau 12: coûts des activités du PAO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° activité** | **Activité** | **Unité de mesure de l’activité** | **Quantité** | **PU** | **Coût total de l’activité** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Cout total du PAO | | | | |  |

### Identification de la (des) source de financement par activité

Dans le tableau ci-dessous, on note les principales sources de financement potentielles pour la mise en œuvre des activités du PAO et le montant qu’on attend de chacune des sources, en tenant compte de l’analyse des potentialités de financement.

**Tableau 13 : Source(s) de financement par activité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° activité** | **Libellé de l'activité** | **Source** | **Montant** |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Tableau 14 : Ventilation du budget du PAO par source de financement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sources de financement** | **Montant attendu** |
| État |  |
| Partenaires techniques et financiers |  |
| Collectivités locales |  |
| Recouvrement des coûts |  |
| Autres |  |
| Entreprises privées |  |
| …………………………………………………. |  |
| ………………………………………………… |  |
| **Total** |  |

## 

### Détermination des montants additionnels à mobiliser

Après avoir estimé les coûts de réalisation des activités programmées dans le PAO et les montants attendus selon les sources de financement, on procède au calcul de l’écart de financement à mobiliser en appliquant la formule ci-dessous :

### Mobilisation des ressources supplémentaires

Il faut tenir compte des résultats de l’analyse des parties prenantes et identifier les sources potentielles les plus appropriées pour recevoir le plaidoyer de mobilisation de ressources supplémentaires afin de combler l’écart financier. En particulier, il faut considérer les points de concordance tels que :

* l’alignement des besoins en ressources et des contributions potentielles des parties prenantes ;
* l’alignement des objectifs du PAO et des intérêts des parties prenantes ;
* le rapport existant entre les parties prenantes et le secteur sanitaire.

Il faut adresser une requête pour tous les éléments du PAO qu’une partie prenante est prête à prendre en charge. Si plusieurs parties prenantes peuvent prendre en charge des activités, il faut considérer celle qui est plus susceptible ou plus facilement mobilisée.

Après l’identification des cibles appropriées, il faut procéder au plaidoyer, tout en tenant compte des éléments ci-après de la requête à adresser aux parties prenantes :

* Énoncé de la problématique,
* Objectif et impact éventuel,
* Stratégie de réalisation,
* Qualifications et compétences de l’équipe de gestion,
* Identification des ressources requises,
* Éléments de redevabilité.

## Plan d’action opérationnel

### Remplissage du canevas du PAO

Sur la base des résultats de l’analyse de la situation (état des lieux), de l’identification des opportunités de financements, de la sélection des activités, et du processus de budgétisation, il s’agira de remplir la maquette du PAO élaborée à cet effet (tableau 15).

Ce plan se présentera sous un canevas organisé en fonction de la structure du PNDS (2015-2024).

Mise en œuvre

On planifie pour produire des résultats. Pour cela, il faut axer toute la gestion de la réalisation des activités vers **l’efficacité** (atteinte des résultats) et **l’efficience** (avec les moins de ressources).

En conséquence, la mise en œuvre du PAO est de la responsabilité du chef de service. Il repartit les activités aux cadres en fonction de leurs missions et de leurs compétences telles qu’indiquées à l’identification des personnes responsables des activités. Il alloue les ressources et contrôle leur utilisation et l’exécution des activités avec l’appui de l’équipe de gestion (administrative, financière, suivi-évaluation). Il coordonne les interventions des différentes parties prenantes.

Au cours de l’exécution de la mise en œuvre, un suivi régulier sera effectué avec la prise de décisions d’action correctrice éventuelle.

Suivi et Évaluation

La question clé qu’on doit se poser à ce stade du cycle de planification est : « *Comment saurons-nous où nous sommes et qu’est-ce que nous avons accompli ? »*

Le suivi de la mise en œuvre des PAO intègre le fonctionnement normal des dispositifs de gestion du système de santé en place.

* Supervision,
* Monitorage,
* Rapportage,
* Réunions de gestion de service
* Réunions de coordination (CTPS, CTRS, CTC, …)
* Plan de suivi-évaluation :
* Définition des indicateurs
* Identification des moyens et sources de vérification
* Fixation des cibles finales et intermédiaires
* Définition de la périodicité de renseignement des indicateurs

Annexes

Annexe 1 : Activités types par niveau des structures de soins et de gestion

Annexe 2 : Liste des coûts unitaires