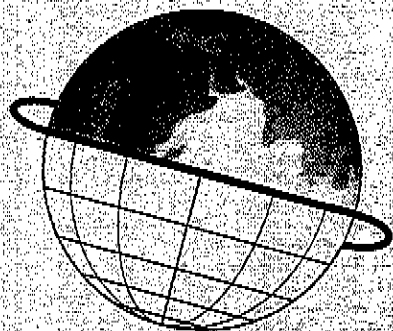


Série  
"Macroéconomie, Santé  
et Développement"



Numéro 13

# Guide pour la conduite d'un processus de Table ronde sectorielle sur la santé



Organisation mondiale de la Santé  
Genève, mai 1994

Principes directeurs



**Série "Macroéconomie, Santé et Développement" No. 13**

**Other titles in the "Macroeconomics, Health and Development" Series are:**

**No. 1: Macroeconomic Evolution and the Health Sector: Guinea, Country Paper—WHO/ICO/MESD.1**

**No. 2: Une méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement: Document technique, Guinée—WHO/ICO/MESD.2**

**No. 3: Debt for Health Swaps: A source of additional finance for the health system: Technical Paper—WHO/ICO/MESD.3**

**No. 4: Macroeconomic Adjustment and Health: A survey: Technical Paper—WHO/ICO/MESD.4**

**No. 5: La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad: Etude de pays, Tchad—WHO/ICO/MESD.5**

**No. 6: L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé : Une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis : Principes directeurs—WHO/ICO/MESD.6**

**No. 7: Planning and Implementing Health Insurance in Developing countries: Guidelines and Case Studies: Guiding Principles—WHO/ICO/MESD.7**

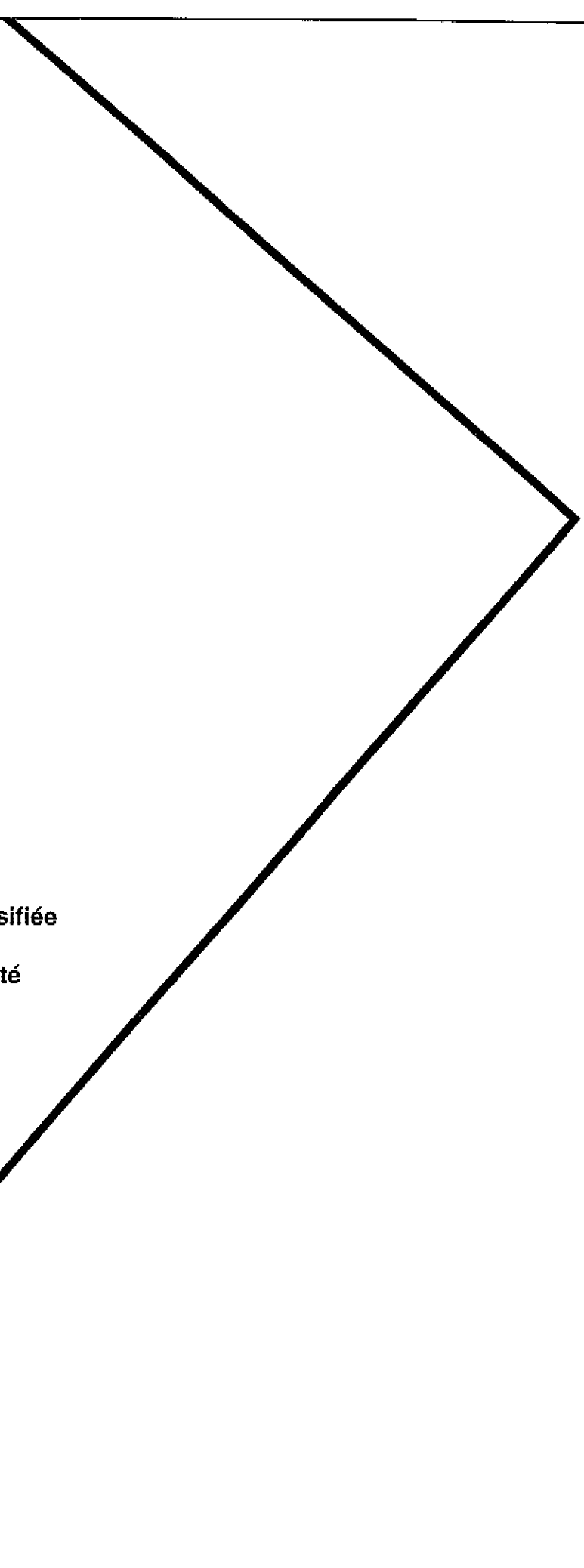
**No. 8: Macroeconomic Changes in the Health Sector in Guinea-Bissau: Country Paper—WHO/ICO/MESD.8**

**No. 9: Macroeconomic Development and the Health Sector in Malawi: Country Paper—WHO/ICO/MESD.9**

**No. 10: Macroeconomic Adjustment and its Impact on the Health Sector in Bolivia: Country Paper—WHO/ICO/MESD.10**

**No. 11: The Macroeconomy and Health Sector Financing in Nepal: A medium-term perspective: Nepal, Country Paper—WHO/ICO/MESD.11**

**No. 12: Towards a Framework for Health Insurance Development in Hai Phong, Viet Nam: Technical Paper—WHO/ICO/MESD.12**



**Guide pour la  
conduite d'un  
processus de  
Table ronde  
sectorielle  
sur la santé**

par

**Nick Drager**

et

**Jean Perrot**

**Division de la Coopération Intensifiée  
avec les Pays  
Organisation mondiale de la Santé  
Genève**

---

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit—électronique, mécanique, ou autre—sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

# SOMMAIRE

Pages

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I. LA TABLE RONDE SECTORIELLE: UN ÉLÉMENT D'UN DISPOSITIF PLUS GÉNÉRAL</b> .....	3
I.1. Présentation générale du dispositif .....	3
I.2. Les autres mécanismes .....	5
I.3. L'évolution des principes d'une Table ronde .....	6
<b>II. LE PROCESSUS DE PRÉPARATION D'UNE TABLE RONDE SECTORIELLE</b> ...	7
II.1. Concepts et objectifs .....	7
II.2. La mise en place du dispositif .....	8
II.3. Les dossiers de la Table ronde sectorielle .....	11
II.4. Le déroulement des activités: le calendrier .....	13
<b>III. LA TENUE DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE</b> .....	16
<b>IV. APRÈS LA TABLE RONDE SECTORIELLE</b> .....	18
IV.1. Les négociations bilatérales .....	18
IV.2. Le suivi de la Table ronde sectorielle .....	18
IV.3. Les rencontres périodiques de revues .....	19
<b>V. LE RÔLE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ</b> .....	20
<b>VI. RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS ESSENTIELLES ET COMPLÉMENTAIRES</b> .....	21
 <b><u>ANNEXES</u></b>	
Annexe I: TERMINOLOGIE .....	23
Annexe II: CADRAGE MACRO-ÉCONOMIQUE: DÉFINITION ET UTILITÉ .....	28
Annexe III: LES DOSSIERS DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE .....	35
Annexe IV: LE BUDGET DU PROCESSUS DE PRÉPARATION DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE .....	41

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the success of any business and for the protection of the interests of all parties involved. The text outlines the various methods and systems that can be used to ensure the accuracy and reliability of financial data.

In addition, the document highlights the need for regular audits and reviews to identify any discrepancies or errors in the records. It provides detailed instructions on how to conduct these audits and how to address any issues that may arise. The text also discusses the importance of maintaining up-to-date records and the consequences of failing to do so.

The second part of the document focuses on the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the success of any business and for the protection of the interests of all parties involved. The text outlines the various methods and systems that can be used to ensure the accuracy and reliability of financial data.

In addition, the document highlights the need for regular audits and reviews to identify any discrepancies or errors in the records. It provides detailed instructions on how to conduct these audits and how to address any issues that may arise. The text also discusses the importance of maintaining up-to-date records and the consequences of failing to do so.

The final part of the document provides a summary of the key points discussed throughout the document. It reiterates the importance of accurate record-keeping and the need for regular audits and reviews. The text concludes by emphasizing the role of proper record-keeping in the overall success of a business and the protection of its interests.

## INTRODUCTION

Pour les pays les moins développés, l'aide extérieure constitue un soutien important. Ainsi, en 1991, l'aide publique au développement représentait 10% du PNB dans les pays de l'Afrique au Sud du Sahara, soit 33,1 \$ par habitant (World Development Report 1993, Banque mondiale). En 1988, l'aide publique au développement dans les secteurs de l'éducation et de la santé a atteint 13% des dépenses de l'Etat en Afrique sub-saharienne pour ces deux mêmes secteurs, ce pourcentage dépassant 100% dans des pays tels que le Burundi ou le Tchad (Human Development Report 1991, PNUD). Toutefois, l'efficacité de cette aide dépend de la manière dont elle est utilisée. On peut malheureusement citer de nombreux exemples où des montants financiers considérables en provenance de l'étranger n'ont pas conduit les pays bénéficiaires sur le chemin du développement ni amélioré le bien-être de leurs populations.

Les causes en sont nombreuses. Du côté des bailleurs de fonds, l'aide peut répondre à des stratégies davantage tournées vers les préoccupations du donateur. Du côté des pays bénéficiaires, l'absence de priorités cohérentes peut conduire à une dispersion des moyens, à des redondances voire à des situations contre-productives.

Pour apporter une réponse à ces problèmes, se sont mis progressivement en place des mécanismes de coordination de l'aide qui visent à donner aux pays bénéficiaires les capacités de planifier et "manager" l'aide extérieure dont ils ont besoin pour leur développement, ce qui sous-entend que cette aide doit s'inscrire dans une politique globale.

Viennent alors à l'esprit, parce que sans doute les plus médiatisées, toutes les réunions et conférences sur l'Ajustement structurel, le re-échelonnement ou le moratoire de la dette. Mais à côté de ces mécanismes macro-économiques à l'échelle d'un pays, d'une région du monde, voire de la planète, cette coordination de l'aide est également organisée au niveau des secteurs d'activités de chaque pays: agriculture, industrie, système de communication, secteurs sociaux c'est-à-dire essentiellement éducation et santé. Ces mécanismes de coordination de l'aide sont sans doute moins connus. Ce guide tente d'apporter une meilleure connaissance sur ces mécanismes.

Les mécanismes de coordination de l'aide ont essentiellement été promus par deux Agences multilatérales: le PNUD et la Banque mondiale. Le PNUD a développé les mécanismes de Table ronde et la Banque mondiale les mécanismes de réunion de Groupe Consultatif. Bien que ces mécanismes présentent de nombreuses similitudes sur lesquelles nous reviendrons dans ce document, nous avons pris le parti dans ce guide de présenter les mécanismes mis en place par le PNUD. La raison principale en est que le PNUD inclut davantage que la Banque mondiale l'approche sectorielle dans sa démarche. Néanmoins, ces mécanismes mis en place dans l'approche du PNUD peuvent être utilisés, avec peu de modifications, dans le cadre des mécanismes de la Banque mondiale.

Les mécanismes de Table ronde développés par le PNUD sont maintenant vieux de plus de 20 ans: le processus fut inauguré en 1972 avec la Table ronde du Lesotho. Et pourtant ils sont encore assez mal connus. Ce guide a pour but d'aider tout pays, organisme ou personne concernés par un processus de Table ronde, et plus particulièrement de Table ronde sectorielle.

Ce guide tente:

- d'explicitier les principes, objectifs et méthodes d'une Table ronde en général et dans le secteur de la Santé en particulier;

- de donner des informations sur le déroulement du processus de préparation de la Table ronde, de sa tenue et des mécanismes de suivi qu'il convient de lui donner: instances à mettre en place, calendrier...

- de fournir des conseils sur l'élaboration des documents de la Table ronde sectorielle: aspects méthodologiques, pièges à éviter...

Ce guide a été constitué à partir:

- de différents documents réalisés par le PNUD, notamment, "Revised Procedures and Guidelines for the Round Tables Process"<sup>1</sup>;

- de différentes expériences de pays engagés dans une Table ronde sectorielle pour le secteur de la Santé.

Parce qu'il fait partie de ses missions d'aider les pays, et notamment les plus démunis d'entre eux, à mieux définir leur politique de santé et à mieux coordonner leur aide extérieure, l'OMS se trouve souvent sollicitée pour participer à ces processus de Table ronde. Une de ses premières tâches consiste alors à informer les différents acteurs sur le déroulement de ce processus: ce guide se veut de contribuer à cette information. Mais il souhaite également dépasser cet objectif en donnant aux pays les capacités de maîtriser l'ensemble de ces processus, c'est-à-dire en leur donnant les moyens d'élaborer une politique globale de santé et par conséquent d'aboutir à une aide extérieure plus efficace dans l'amélioration de la santé des populations.

---

<sup>1</sup> "Revised Procedures and Guidelines for the Round Tables Process" UNDP, mars 1991;  
"Issues Related to the Round Tables Process", UNDP, mars 1991.

## I. LA TABLE RONDE SECTORIELLE: UN ÉLÉMENT D'UN DISPOSITIF PLUS GÉNÉRAL

Les ressources des pays en développement sont insuffisantes pour conduire une expansion soutenue de leurs économies: aussi ces pays doivent-ils faire appel à l'aide extérieure. Ainsi, les Tables rondes sont des outils de mobilisation de cette aide.

Pourtant, pour être efficace, cette aide doit être pertinente et coordonnée.

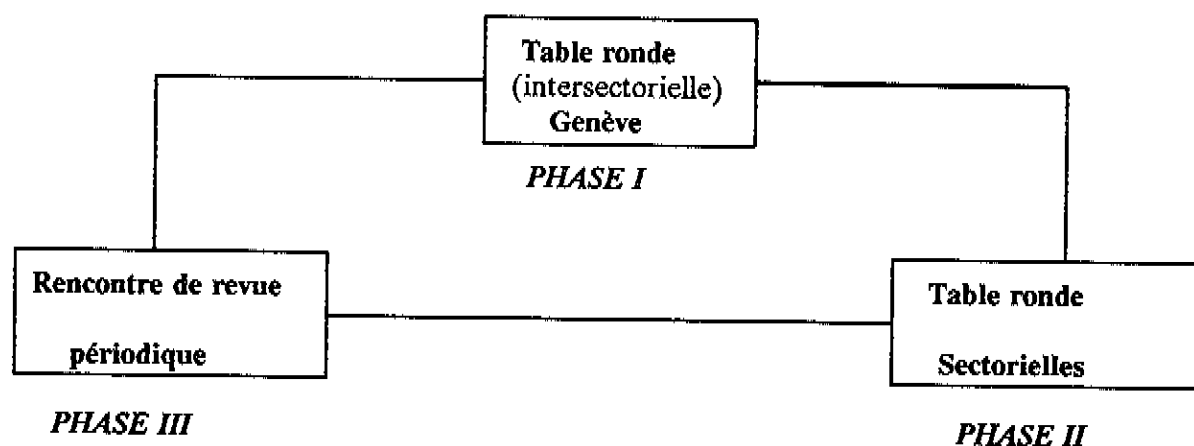
- Le pays récipiendaire doit définir ses priorités (mettra-t-il l'accent sur le développement industriel, le secteur rural ou les secteurs sociaux?), maîtriser son endettement pour être en mesure de faire face dans l'avenir à ses remboursements et s'assurer de sa capacité d'absorption de cette aide (dispose-t-il des entreprises nécessaires pour construire les infrastructures qu'il envisage?).

- Les donateurs peuvent avoir chacun des conceptions différentes en matière d'aide reposant sur des stratégies propres à leur pays ou organisation. La juxtaposition d'aides même intrinsèquement cohérentes peut conduire à une incohérence globale. Une incoordination de l'aide peut conduire à des effets négatifs sur le développement du secteur.

Ainsi, les Tables rondes constituent des mécanismes de concertation où le pays bénéficiaire et les bailleurs de fonds, dans un dialogue ouvert et constructif, définissent les montants d'aide nécessaires mais également, et peut-être surtout, le type d'aides qui seront les plus efficaces pour le développement.

### I.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF

Par conséquent, la coordination de l'aide exige un partenariat entre pays récipiendaires et donateurs. Le cycle de Table ronde mis en place par le PNUD depuis maintenant une vingtaine d'années constitue un élément de réponse. Aider les pays à la coordination et à la gestion de leur aide extérieure constitue en effet un des mandats du PNUD. Le graphique suivant résume ce cycle:



Ce cycle prévoit donc 3 phases:

- PHASE I: La Conférence de Table ronde

Le cycle débute par une Conférence de Table ronde qui se tient à Genève. Cette Table ronde réunit une délégation du pays bénéficiaire (représentée aux plus hauts niveaux: Président, Premier Ministre, principaux Ministres...) et ses principaux donateurs. Au cours de cette réunion, le pays indique à ses partenaires les problèmes de développement auxquels il est confronté, les stratégies et actions qu'il compte mettre en oeuvre pour les résoudre.

Une Table ronde Genève:

Une Conférence de Table ronde Genève est en général co-présidée par le Ministre du Plan du pays concerné et un haut responsable de l'administration du PNUD. Sa durée est le plus souvent de deux jours.

Les documents qui sont présentés par le pays aux principaux bailleurs de fonds comportent des éléments sur la politique macro-économique du pays, la situation de l'endettement, les stratégies sectorielles, la stratégie sociale de développement, la politique en matière d'emploi, le programme de coopération technique, le Plan d'Investissement Public, etc... Les éléments figurant dans les documents d'une Table ronde Genève concernant des secteurs spécifiques tels que la santé sont généralement assez succincts: ils constituent néanmoins une référence et une orientation importante pour la suite du processus.

Au cours de la Conférence, le Gouvernement engage le dialogue avec les bailleurs de fonds sur les documents afin d'obtenir leur assentiment. A l'issue de la Conférence, les bailleurs de fonds s'engagent à soutenir financièrement le programme de développement.

C'est à la fin de cette Table ronde que sont retenus les secteurs d'activités pour lesquelles seront organisées des Tables rondes sectorielles. C'est à ce moment que sont désignés, parmi les bailleurs de fonds, un ou deux partenaires-chefs de file pour travailler avec le Gouvernement à la préparation de chacune des Tables rondes sectorielles. Si un bailleur souhaite proposer ses services pour aider le Gouvernement dans la préparation d'une Table ronde sectorielle, c'est à ce moment là qu'il doit en manifester l'intention.

- PHASE II: Les Tables rondes sectorielles

Un problème de terminologie tout d'abord: plusieurs termes existent pour cette Phase II. Initialement, le PNUD préconisait les termes de *Consultations Sectorielles* ou *Rencontres Thématiques*. Aujourd'hui, le terme de Table ronde sectorielle semble l'emporter: c'est ce dernier que nous retiendrons pour ce guide.

Ainsi, les Tables rondes sectorielles constituent un complément essentiel à la Table ronde de Genève: elles permettent de traduire en politiques, stratégies et programmes d'actions sectoriels les consensus assez généraux établis à Genève. Ces Tables rondes sectorielles se tiennent dans le pays récipiendaire selon un calendrier généralement établi lors de la Table ronde Genève, le plus souvent dans l'année qui suit la réunion de Genève.

- PHASE III: Les Rencontres de Revue Périodiques

Ces rencontres constituent des évaluations en cours de route des programmes définis lors de la Table ronde et des Tables rondes sectorielles. Elles sont l'occasion pour les partenaires -Gouvernement et bailleurs de fonds- de discuter, d'affiner les politiques et

stratégies de développement et éventuellement de proposer des modifications. Elles permettent en outre de préparer la Table ronde Genève du prochain cycle.

Le PNUD préconise que le cycle de Table ronde, c'est-à-dire les trois phases décrites ci-dessus, s'échelonne sur deux ans. Toutefois, l'expérience montre que ce cycle est généralement plus long: 3 ou 4 ans.

## **I.2. LES AUTRES MÉCANISMES**

Le cycle de Table ronde tel que brièvement décrit ci-dessus est relatif aux mécanismes de coordination de l'aide extérieure mis en place par le PNUD; mais il existe d'autres mécanismes.

- La Banque mondiale a mis en place des mécanismes de réunion de Groupe consultatif poursuivant à peu de chose près les mêmes objectifs. Ces réunions se tiennent à Paris et correspondent globalement aux Tables rondes Genève en ce sens qu'elles sont largement orientées vers les problèmes macro-économiques. A leur issue, des réunions sectorielles peuvent être organisées dans le pays récipiendaire, mais l'expérience montre que ce n'est pas toujours le cas.

- Les Programmes d'Ajustement Structurels (PAS) des institutions de Bretton Woods -FMI et Banque mondiale. Ces PAS occupent aujourd'hui une place de toute première importance dans la plupart des pays les plus démunis et ils ont tendance parfois à supplanter les mécanismes de Table ronde. Pourtant les objectifs de ces deux mécanismes sont très différents. Un PAS a pour objectif, face à un environnement macro-économique très dégradé, de conduire dans les meilleurs délais à une stabilisation financière de manière à retrouver les grands équilibres conditions préalables à tout développement: un PAS s'inscrit donc dans une perspective de court terme. Au contraire, le cycle de Table ronde s'inscrit dans une perspective de long terme puisqu'il vise à ce que les pays définissent un cadre cohérent de développement pour l'avenir.

Toutefois, les documents élaborés lors d'un PAS constituent des références qu'un dispositif de Table ronde ne peut et ne doit ignorer, notamment, le Document de Politique Economique et Financière ("Policy Framework Paper -PFP") établi par le pays, qui conditionne le PAS. Autant il est logique que ce document soit pris en compte dans l'élaboration des dossiers de Table ronde, autant il n'est pas souhaitable que la Conférence de Table ronde soit réduite à un forum d'information et de revue du PFP.

- Le Rapport sur la Coopération au Développement: ce Rapport produit chaque année par le PNUD, outre l'inventaire sur les activités de développement menées dans le pays, est l'occasion de plus en plus fréquemment d'échanges d'informations et de réflexions entre les donateurs et le pays.

- Le Programme National d'Evaluation de l'Assistance Technique (National Technical Cooperation Assessment Programme -NaTCAP): ce Programme a été mis en place en 1985 par le PNUD pour aider les pays récipiendaires à mieux comprendre et gérer leur coopération technique. Ce dispositif permet tout d'abord de disposer d'une base de données sur la coopération technique présente dans tous les secteurs d'activités du pays. Mais il permet surtout une réflexion entre le pays et les donateurs sur le rôle de l'assistance technique et son évolution.

- La Dimension Sociale de l'Ajustement (DSA) est le nom d'un programme initié en 1987 conjointement par le PNUD, la Banque mondiale et la Banque Africaine de Développement (BAD). L'objectif central de ce programme consiste à intégrer la réduction de la pauvreté dans les Programmes d'Ajustement Structurel. Il fait suite à la notion d'ajustement à visage humain.

Si chacun de ces mécanismes procède d'une logique qui lui est propre et qui doit sans doute être sauvegardée, ils concourent tous à une meilleure coordination et gestion de l'aide extérieure. Généralement, des documents ont été établis dans ce cadre. Ces documents constituent des sources d'information et de réflexion, souvent très utiles, auxquelles ceux qui sont chargés d'élaborer les documents de Table ronde doivent se référer.

### 13. L'ÉVOLUTION DES PRINCIPES D'UNE TABLE RONDE

Le processus de Table ronde inauguré en 1972 a considérablement évolué au cours du temps. Il est de coutume de distinguer trois "générations":

- La première génération va de 1972 à 1986: les Tables rondes étaient alors largement vues comme des réunions où il était demandé aux bailleurs de choisir parmi une longue liste de projets ceux qui étaient le mieux conformes à leurs critères de financement. Dans cette "foire au projet", les discussions de fond sur le programme du Gouvernement sont presque totalement absentes;
- La deuxième génération va de 1986 à 1991: elle est le résultat d'une évaluation en profondeur menée dans les années 1984-85. C'est à cette période qu'apparaît clairement le scénario en trois phases décrit ci-dessus. En ce qui concerne les Tables rondes générales, le processus met l'accent sur le dialogue concernant les politiques économiques et il limite la participation aux principaux partenaires du pays;
- La troisième génération, qui est en cours, a démarré en 1991 suite notamment aux travaux de la Seconde Conférence des Nations-Unies sur les Pays les Moins Avancés qui s'est tenue à Paris en 1990. Cette réorientation du processus de Table ronde a été nécessitée par le développement des Programmes d'Ajustement Structurel qui constituent eux aussi des mécanismes puissants de concertation et de dialogues et qui impliquent la production de documents. Cette révision insiste sur la nécessité de mieux inscrire le processus de Table ronde dans les mécanismes de planification de programmation et de gestion économique du pays et donc de situer la démarche dans un cadre de politique économique global et cohérent.

## II. LE PROCESSUS DE PRÉPARATION D'UNE TABLE RONDE SECTORIELLE

### II.1. CONCEPTS ET OBJECTIFS

Comme nous l'avons vu précédemment, une Table ronde sectorielle fait suite à la Table ronde de Genève. Elle permet de traduire les consensus et résultats obtenus à Genève en stratégies et programmes d'actions sectoriels concrets à court, moyen et long terme. Mais en même temps, elle ne doit pas s'écarter du cadre général qui a été défini à Genève: ainsi, il s'agit de donner au secteur toute la place qui lui a été donnée à Genève mais rien que cette place. La toute première tâche des personnes qui auront en charge de préparer les documents de la Table ronde sectorielle consiste à prendre connaissance des documents de la Table ronde de Genève (Dossiers présentés par le Gouvernement à la Conférence de Table ronde mais aussi Rapport de la Conférence).

La Table ronde sectorielle s'inscrit dans le cadre d'un processus permanent de planification, de programmation et gestion mis en place par le Gouvernement. Au cours de ce processus, le pays:

- définit la politique de santé qu'il veut développer au cours des prochaines années;
- situe cette politique dans le cadre macro-économique du pays;
- élabore des stratégies d'actions;
- propose un plan d'actions indiquant les priorités de celles qu'il souhaite soumettre à la communauté des bailleurs de fonds;
- indique les mesures d'accompagnement qu'il compte prendre pour faciliter la mise en oeuvre de sa politique;

Les dossiers qui seront présentés lors de la Table ronde sectorielle relèvent de la responsabilité du Gouvernement mais aussi de l'ensemble de l'administration qui devra ensuite exécuter cette politique. Cette internalisation, c'est-à-dire cette appropriation des documents par les autorités du pays et les hauts cadres, est très importante: elle seule peut en effet garantir que la politique de santé correspond bien aux souhaits des responsables et non à ceux des agences extérieures comme cela a pu être souvent reproché. Cependant, puisque le Gouvernement cherche l'appui des bailleurs de fonds, il doit tout au long du processus associer ces derniers dans l'élaboration de sa politique et de ses stratégies. C'est en ce sens que se crée un véritable partenariat entre le Gouvernement et les bailleurs de fonds. C'est là tout l'intérêt du processus mais aussi sa difficulté: le Gouvernement doit associer les bailleurs de fonds au processus tout en gardant l'entière responsabilité de sa politique.

D'une Table ronde sectorielle, le Gouvernement doit attendre:

- une validation de sa politique et des actions qu'il souhaite entreprendre de la part de la communauté des bailleurs de fonds: cette dernière reconnaît le bien-fondé de cette politique et s'engage à la soutenir;
- un positionnement des bailleurs de fonds sur les programmes qui sont proposés par le Gouvernement, ce qui signifie qu'au moment de la Table ronde sectorielle certains bailleurs vont déclarer leur souhait d'entreprendre avec le Gouvernement des négociations bilatérales sur la base de ces programmes.

Une Table ronde sectorielle s'inscrit à un moment particulier du temps: l'aide extérieure existe depuis longtemps, des conventions sont signées et sont mises en oeuvre. Il ne s'agit en aucun cas d'une remise en cause de l'aide existant dans le pays. Par contre, pour l'avenir, la politique et les priorités d'actions qui auront été définies lors de la Table ronde sectorielle constitueront un cadre de référence dans lequel les bailleurs de fonds devront inscrire leurs activités et que le Gouvernement devra respecter. Lors d'une Table ronde sectorielle, le Gouvernement engage donc sa responsabilité sur la politique qu'il propose et un contrat (non écrit) est donc passé entre lui et la communauté des bailleurs de fonds. Par la suite, les bailleurs de fonds examineront avec le Gouvernement si les actions entreprises correspondent effectivement au programme qui avait été approuvé lors de la Table ronde sectorielle.

## II.2. LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

### II.2.1. Rôles des partenaires et instances

Plusieurs partenaires sont impliqués dans la préparation d'une Table ronde sectorielle:

#### - Au niveau national:

. Les partenaires techniques: le secteur de la santé dépasse très largement le simple cadre d'un Ministère de la Santé. Selon les découpages ministériels peuvent être concernés les Ministères de l'éducation (pour la formation), du développement rural, de l'aménagement du territoire... Pourtant, il revient au Ministère de la Santé d'être le partenaire technique national responsable de la préparation de cette Table ronde sectorielle: c'est lui qui sera responsable du pilotage de l'ensemble de l'opération;

. Le Ministère en charge du Plan et du Développement: c'est ce Ministère qui est chargé par le Gouvernement de la coordination des Tables rondes sectorielles qui, suite aux décisions de la Table ronde de Genève, vont se tenir dans le pays. Par ailleurs, en tant que coordonnateur de l'aide extérieure dans le pays, ce Ministère doit participer aux travaux préparatoires. Bien sûr, les autres ministères, notamment le Ministère des Finances, seront étroitement associés au processus.

#### - Au niveau des bailleurs de fonds

. La Représentation Résidente du PNUD: elle est chargée du suivi des Tables rondes sectorielles et de leur tenue. La Représentation suit l'état d'avancement des travaux, apporte l'information sur les mécanismes de Table ronde, participe éventuellement à l'élaboration des dossiers, vérifie que ces dossiers sont bien conformes à ce qu'on attend dans pareil cas et enfin organise la tenue de la Table ronde sectorielle (cf. plus bas). En ce qui concerne les aspects techniques liés aux problèmes de santé, elle demande en général à l'agence spécialisée des Nations-Unies - à savoir l'OMS- de suivre le dossier (si cette dernière n'a pas été désignée chef de file);

. Le(s) chef(s) de file: désigné lors de la Table ronde de Genève, le chef de file a deux rôles:

\* Aider le Ministère de la Santé dans la préparation de la documentation pour la Table ronde sectorielle. Un rôle officiel lui est donc confié par le Gouvernement, le plaçant en situation privilégiée face au Ministère de la Santé;

\* Servir d'interface entre le Ministère de la Santé et la communauté des bailleurs de fonds. Ce rôle doit être assuré en coordination avec le PNUD. Ainsi, le chef de file peut porter à la connaissance du Ministère de la Santé

les préoccupations des bailleurs de fonds et informer ces derniers de l'évolution des travaux de préparation;

Pour assurer sa tâche, le chef de file doit disposer de moyens tant financiers qu'humains.

Au départ du processus, tous ces partenaires doivent se réunir pour:

- définir les rôles de chacun et établir les moyens humains et financiers qui seront apportés par chacun des partenaires: un budget prévisionnel doit être constitué.

- mettre en place les différentes instances qui participeront à la préparation de la Table ronde sectorielle; idéalement, ces instances doivent couvrir les fonctions suivantes: **DÉCISION POLITIQUE, COORDINATION DU PROCESSUS, RÉDACTION DES DOCUMENTS, RÉFLEXION, et VALIDATION TECHNIQUE:**

\* Secrétariat technique: il est la cheville ouvrière de l'ensemble du dispositif et est placé sous l'autorité directe du Ministre de la Santé et/ou du Directeur Général du Ministère. Il assure deux fonctions: 1) coordination de l'ensemble du dispositif, 2) rédaction des documents de la Table ronde sectorielle. Il est composé de cadres de haut niveau affectés au moins à mi-temps (idéalement à plein temps) pendant toute la durée du processus. Quatre personnes au maximum peuvent faire partie de ce Secrétariat technique: i) une personne représentant le point de vue de la santé publique, ii) une personne représentant le point de vue économique, iii) une personne représentant la sensibilité du terrain, et iv) une personne ayant la capacité de présenter à tout moment l'état d'avancement des dossiers aux instances décisionnelles. Une de ces personnes doit être désignée comme Responsable.

Ce Secrétariat technique est appuyé par le chef de file des bailleurs de fonds: appui logistique mais aussi en ressources humaines. Il est très important que ce Secrétariat technique dispose d'un local qui lui est propre pendant toute la durée de la préparation: pour lui permettre de travailler dans de bonnes conditions mais aussi pour assurer sa visibilité vis-à-vis des personnes et institutions concernées par le processus.

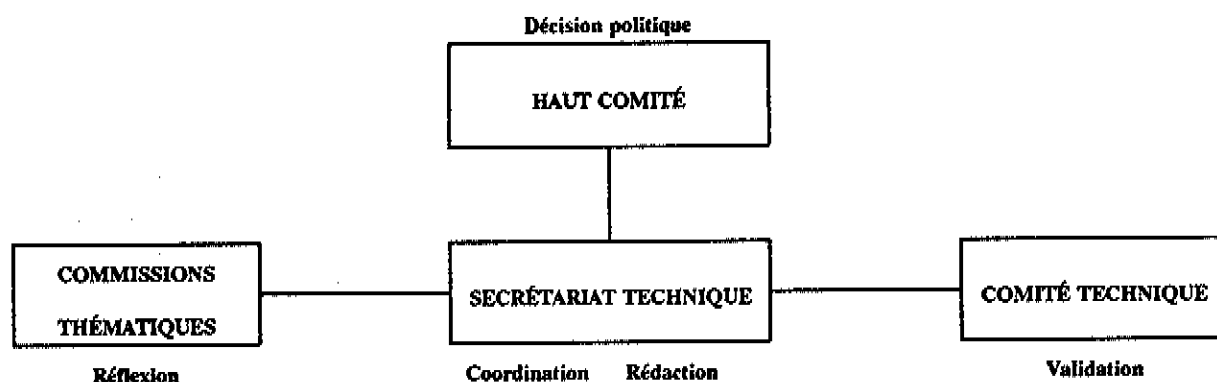
\* Comité technique sectoriel: ce comité constitue une instance de validation technique des travaux. Il rassemble des cadres et techniciens du Ministère de la Santé mais aussi des autres Ministères concernés par le secteur de la santé ou au moins un de ses aspects. Cette instance garantit que tous les aspects de la santé auront été pris en compte. Ce comité se réunit à la demande du secrétariat technique pour examiner les travaux qui ont été réalisés et proposer des amendements. A titre indicatif, ce comité peut comprendre entre 10 et 15 personnes.

\* Commissions thématiques: la préparation d'une Table ronde sectorielle doit être une occasion privilégiée de réflexion sur la politique nationale de santé, les stratégies et les moyens d'action. Il s'agit d'associer à cette réflexion le plus grand nombre de personnes et institutions en charge de la santé dans le pays. Pour ce faire, il peut être créé des commissions thématiques. Ces commissions devront permettre une expression la plus large possible de sorte à recueillir le maximum d'informations et d'idées nouvelles. En outre, ces commissions assurent que le processus de préparation a permis l'implication de toutes les personnes concernées. Si ces commissions doivent avant tout être composées de cadres et techniciens nationaux, elles peuvent aussi associer à leurs travaux des experts internationaux oeuvrant dans le secteur. Ces

commissions doivent produire régulièrement des comptes-rendus de leurs travaux. Elles sont placées sous la responsabilité du Secrétariat technique.

\* **Haut Comité:** les documents présentés à la Table ronde sectorielle sont des documents officiels: ils engagent le Gouvernement. Aussi, faut-il que ce dernier les ait examinés et ait donné son accord. Le Haut Comité est donc un comité inter-ministériel rassemblant les Ministres impliqués dans les questions de santé. Il comprend nécessairement le Ministre de la Santé et le Ministre du Plan, auxquels peuvent s'adjoindre, selon les découpages ministériels, les Ministres de l'Education, du Développement rural, le Secrétariat à la Présidence... En outre, ce Haut Comité veille à l'état d'avancement des travaux et à leur qualité.

Ces instances peuvent être présentées selon le schéma suivant:



Si le rôle du Secrétariat technique est essentiel dans la rédaction des documents de la Table ronde sectorielle, il est important de souligner que ce n'est pas lui qui détermine la politique de santé du pays ainsi que les priorités d'action. Le Secrétariat technique est une instance qui met en forme les décisions et recommandations établies par ailleurs et qui veille à la cohérence de l'ensemble. Pour ce faire, il s'appuie sur les choix établis au plus haut niveau et sur les recommandations des plus hauts cadres responsables.

Dans certains cas, Secrétariat technique et Comité technique ont été rassemblés en une seule instance -par exemple, un Comité de Pilotage-: toutefois, les trois fonctions que sont coordination, rédaction et validation demeurent. En outre, au sein de ce Comité de pilotage assez large est désigné un secrétariat technique permanent chargé de la rédaction des documents et de la coordination du processus: ce qui finalement revient au schéma présenté ci-dessus.

## II.2.2. Le lancement du dispositif

La mise en place effective du dispositif demande la tenue d'une réunion officielle de lancement, réunion présidée par le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé. Cette réunion doit être la plus large possible: elle s'adresse à toute institution concernée par les problèmes de santé, instance nationale mais aussi les représentants des partenaires au développement, y compris les ONG et le secteur privé national. Pour cette réunion, il est bon de prévoir une journée au maximum. Lors de cette réunion, les points suivants seront abordés:

- Informations générales sur le processus de Table ronde: il fait partie du mandat de la Représentation du PNUD d'assurer cette présentation;
- Informations sur la dernière Table ronde tenue à Genève: information générale et en particulier sur la politique du secteur de la santé;

- Définition du rôle de chacun des partenaires dans le processus de préparation de la Table ronde sectorielle;
- Mise en place officielle des instances définies ci-dessus: idéalement présentation des nominations des personnes faisant partie de ces instances;
- Présentation d'un calendrier détaillé de travail;

### II.3. LES DOSSIERS DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE

Les documents de la Table ronde sectorielle constituent ce qui est généralement appelé le **Plan National de Développement Sanitaire**. Ils constitueront une référence pendant plusieurs années dans les échanges entre le Gouvernement et les partenaires au développement. Une des difficultés dans la rédaction de ces documents tient à ce qu'ils s'adressent tant aux bailleurs de fonds déjà présents dans le pays et qui, par conséquent sont supposés connaître la situation du secteur, qu'aux bailleurs qui ne sont pas présents dans le pays mais qui seraient intéressés d'y développer des activités. Il convient donc de donner une information suffisante pour la compréhension d'un partenaire non-informé mais qui néanmoins n'entre pas dans trop de détails pour ne pas lasser les partenaires déjà présents dans le pays.

Il est de plus en plus courant, bien que cela ne soit pas une obligation, de présenter les dossiers de la Table ronde sectorielle en deux volumes: Tome I et Tome II.

S'il n'existe pas de plan-type pour ces deux Tomes, ceux-ci peuvent être articulés de la manière suivante: l'annexe I fournit davantage de détails:

#### TOME I: DIAGNOSTIC, POLITIQUE ET STRATÉGIE

Ce Tome peut comporter quatre parties:

Environnement général: cette partie fournit des informations utiles à la connaissance du pays: géographie, situation politique, population, secteurs d'activités et emploi, situation économique (présentation des principaux agrégats économiques): cette partie doit s'appuyer sur les documents de la Table ronde de Genève. Un accent spécial sera mis sur les déterminants de la santé tels que l'alimentation, l'approvisionnement en eau saine, l'alphabétisation, le logement...;

Le diagnostic du secteur de la santé: cette partie propose un bilan du secteur de la santé tant d'un point de vue médical qu'organisationnel et financier. Cette partie doit mettre en évidence les points forts du système actuel de santé mais aussi les contraintes et blocages qui constituent des freins au développement du secteur;

La politique sanitaire: priorités, stratégies et moyens d'actions: cette partie définit, pour les prochaines années et avec une vision de long terme, la politique de santé du pays, c'est-à-dire les priorités, les stratégies et les moyens d'action du secteur de la santé. La définition d'un cadrage institutionnel et opérationnel permet une compréhension globale du système de gestion et de financement du secteur et du rôle des différents acteurs. Ce cadrage devra s'efforcer de clairement distinguer:

- . Les structures de prestations de services, c'est-à-dire les structures de santé qui sont en contact direct avec les populations: fonctionnement, statut juridique, gestion...;
- . les structures d'appui ou d'accompagnement qui incluent principalement les services centraux et régionaux et qui renvoient aux tâches traditionnelles de la fonction publique;

Cette partie marque tout particulièrement l'engagement du Gouvernement et servira de référence pour l'ensemble des interventions des acteurs du système de santé. La politique sanitaire doit être établie en référence au cadrage macro-économique;

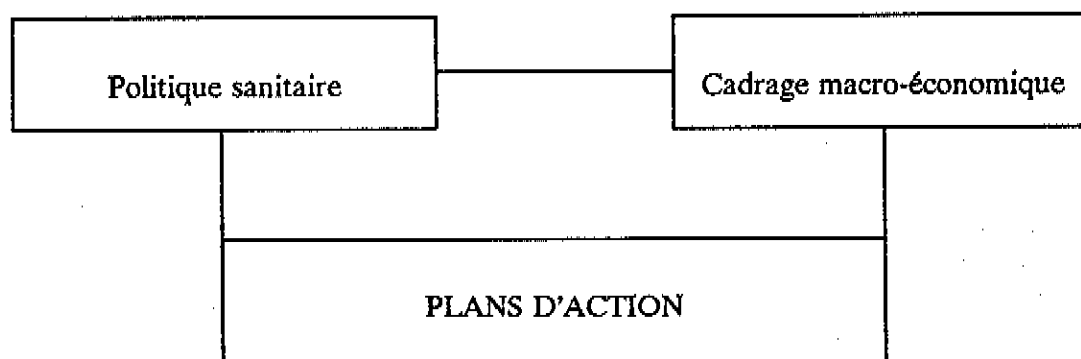
Le cadrage macro-économique: cette partie resitue le secteur de la santé dans le contexte économique du pays. Il indique les possibilités financières qui pourront être mises à la disposition du secteur de la santé au cours des prochaines années, en n'omettant surtout pas les financements de fonctionnement. Il marque les équilibres financiers qui devront être respectés par tous les partenaires - Etat, collectivités locales, institutions financières, bailleurs, populations - et il doit en résulter des recommandations précises pour l'élaboration du Tome II;

Il est conseillé que le Tome I ne dépasse pas 100 pages.

## TOME II: PLANS D'ACTION

Le Tome II présente les Plans d'action qui permettront de traduire la politique de santé en réalités. Il s'inscrit donc en continuité du Tome I (d'un point de vue pratique, il est recommandé qu'il soit réalisé par la même équipe que celle qui a préparé le Tome I).

Comme l'indique le graphique ci-dessous, les Plans d'action doivent être élaborés en référence simultanée à la politique sanitaire et au cadrage macro-économique, chacun des éléments ayant été établis en inter-relation. L'annexe III de ce document fournit des informations méthodologiques sur cette articulation importante entre le Tome I et le Tome II.



L'approche par Programme de développement sera privilégiée de préférence à l'approche par Projet (cf. Annexe I). Pour chacun de ces programmes, sont indiqués les objectifs à atteindre, les stratégies qui seront mises en place, les moyens financiers (distinguant clairement investissement et frais récurrents) nécessaires. Pour chacun de ces programmes, seront indiquées les actions déjà menées (notamment avec l'aide des bailleurs) et, par différence, les actions qui restent à entreprendre. Ces programmes devront être élaborés sur la base des services à fournir pour répondre de la façon la plus efficiente et la plus acceptable pour les populations. Par programme de développement, il ne faut donc pas entendre une juxtaposition d'actions isolées par maladie mais plutôt le développement d'un système cohérent de santé qui permet de répondre au mieux, c'est-à-dire en fonction des ressources financières disponibles, à une demande de services.

Le Tome II doit également indiquer les mesures d'accompagnement que le Gouvernement compte prendre afin de faciliter la mise en oeuvre de ces Plans d'action. Ces mesures d'accompagnement sont en quelque sorte des pré-requis à la mise en oeuvre effective de la politique sanitaire. Ces mesures relèvent de la seule responsabilité du Gouvernement: par exemple, textes réglementaires, normes nationales, statut juridique des différents comités, instances ou infrastructures de santé, plan de formation de redéploiement...etc. Cet aspect du

Tome II est particulièrement important car il indique aux bailleurs la volonté du Gouvernement de mettre en mesure sa politique sanitaire en levant les obstacles qui sont de son ressort.

#### **II.4. LE DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS: LE CALENDRIER**

Cette partie présente le déroulement des activités qui doivent être menées pendant toute la durée du processus de préparation de la Table ronde sectorielle, depuis la réunion de lancement jusqu'à la tenue de la Table ronde sectorielle. Ce temps a été découpé en quatre Phases. Les durées indiquées ci-dessous pour chacune d'elles peuvent varier selon les circonstances propres à chaque pays, sauf pour la dernière phase où la marge de manoeuvre est très faible. A titre indicatif, il faut compter qu'un processus de préparation d'une Table ronde sectorielle prend environ 1 an.

##### **PHASE I: La préparation du Tome I**

Durée de cette Phase: 3 à 4 mois.

Cette Phase a pour objectif de préparer le Tome I des dossiers de la Table ronde sectorielle. Au cours de cette Phase, le Secrétariat technique devra:

- Rassembler toute la documentation pouvant être utile;
- Prendre connaissance des documents de la Table ronde Genève;
- Réaliser le cadrage macro-économique;
- Travailler avec les Commissions thématiques: élaboration des termes de référence de chacune, suivi des travaux, élaboration des comptes-rendus...;
- Discuter avec les autorités décisionnelles du Ministère de la Santé et des autres Ministères concernés par le secteur afin de définir les grands axes de la politique future de la santé: un document synthétisant ces grandes options est utile;
- Réaliser le cadrage institutionnel et opérationnel;
- Discuter avec les principaux cadres (rang de Directeur) du bilan dans leur domaine et de la manière dont ils voient la traduction des grands axes de la politique de santé en stratégies et moyens d'action dans leur domaine;
- Rédiger le Tome I, c'est-à-dire mettre sous une forme cohérente tous les éléments qu'ils auront rassemblé;
- Réunir le Comité Technique Sectoriel au fur et à mesure de l'état d'avancement de leurs travaux;

##### **PHASE II: Séminaire national**

Durée de cette Phase: 1 mois environ.

Bien que celui-ci ne soit pas obligatoire, il est utile, avant son approbation par le Haut Comité, de présenter le Tome I lors d'un séminaire national rassemblant les principaux acteurs oeuvrant dans le secteur de la santé, à savoir cadres nationaux et responsables régionaux, représentants des bailleurs de fonds y compris des ONG et du secteur privé. Ce séminaire d'une durée de 2 à 3 jours a pour but de présenter la politique de santé - bilan et perspectives - et les

stratégies de sorte à disposer à l'issue du séminaire d'un consensus avant l'élaboration du plan d'action. Les grandes lignes de ce plan d'action, c'est-à-dire les priorités de développement sur lesquelles le secteur veut voir se concrétiser les efforts, devront être dégagées lors du séminaire. Lors de cette Phase, le Secrétariat technique devra:

- Reproduire les documents du séminaire et lancer les invitations;
- Préparer le séminaire: intervenants...;
- Animer le séminaire;
- Etablir le bilan du séminaire et prendre en compte les suggestions de modifications;
- Présenter le Tome I au Haut Comité pour validation;

### **PHASE III: Programmation du Plan d'action**

Durée de cette Phase: 3 à 4 mois.

Cette programmation doit traduire la politique de santé en programmes d'action concrets. Elle doit, pour ce faire, tenir compte des résultats du cadrage macro-économique c'est-à-dire des possibilités financières du secteur tant en matière d'investissement que de fonctionnement ainsi que des capacités d'absorption du secteur de la santé mais aussi de l'ensemble de l'économie. Cette programmation doit donc concilier possibilités et besoins financiers, tant de sources nationales qu'en provenance de l'aide extérieure, de sorte à proposer un plan réaliste qui s'inscrive dans l'environnement économique du pays. Elle doit aussi tenir compte du cadrage institutionnel et opérationnel donnant les structures et mécanismes de gestion du système. Il faut bien prendre conscience que cette Phase est la plus difficile à réaliser de l'ensemble du processus. Lors de cette Phase, le Secrétariat technique devra:

- Définir les programmes de développement prioritaires avec les instances décisionnelles ainsi qu'avec les Directeurs du Ministère de la Santé et autres ministères concernés;
- Répartir l'enveloppe globale déterminée par les cadrages macro-économiques et opérationnels entre chacun des programmes de développement;
- Etablir le bilan des actions de ces programmes de développement qui sont déjà prises en charge par les bailleurs de fonds ainsi que leurs financements;
- Identifier les actions qui ont encore besoin de financement dans le cadre de ces programmes et indiquer les besoins de financement;

### **PHASE IV: Préparation administrative de la Table ronde sectorielle**

Durée de cette Phase: 3 mois.

Une fois le travail de rédaction terminé, commencent les préparatifs de la Table ronde sectorielle. A ce stade, le Secrétariat technique a moins de travail, mais sa vigilance doit se poursuivre. Lors de cette Phase, le Secrétariat technique devra:

- Finaliser le Tome II: dactylographie, reproduction limitée et distribution au Haut Comité: 2 semaines;
- Examen du Tome II par le Haut Comité: 2 semaines;

- Prendre en considération les remarques du Haut Comité, puis obtenir l'accord définitif de ce dernier ainsi que l'avis du PNUD;
- Faire imprimer le Tome II: 2 semaines. Un tirage en 200 exemplaires tant du Tome I que du Tome II s'avère être un minimum;
- Envoyer les deux Tomes aux bailleurs de fonds: la liste des bailleurs de fonds doit être établie en concertation entre le Ministère du Plan, le Ministère de la Santé et le PNUD: 1 semaine;
- Examen des dossiers par les bailleurs: 4 à 6 semaines;

Le Gouvernement peut décider de sensibiliser plus particulièrement certains bailleurs non encore présents dans le pays. Pour ce faire, différents moyens peuvent être utilisés: courriers personnalisés, utilisation des Ambassades du pays dans le pays du bailleur...

### III. LA TENUE DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE

La durée d'une Table ronde sectorielle est de 2 ou 3 jours.

Le Gouvernement est le responsable du déroulement de la Table ronde sectorielle. Il choisit en son sein un Président de la Table ronde sectorielle, en général le Ministre du Plan.

Le chef de file des bailleurs de fonds ainsi que le PNUD sont généralement invités à co-présider la réunion.

A la demande du Gouvernement, le PNUD peut contribuer à la prise en charge financière de cette réunion.

Le Gouvernement établit l'ordre du jour de la réunion. Il n'existe pas d'ordre du jour standard. Certains retiendront de présenter les dossiers de la Table ronde sectorielle en suivant pas à pas l'ordre établi dans ces dossiers. Toutefois, les invités étant supposés avoir lu préalablement ces documents, ce choix peut s'avérer lassant pour l'auditoire. D'autres prennent le parti de séances de discussions thématiques autour des principaux axes de la politique de santé, mais en présentant simultanément les stratégies et les programmes d'action (par exemples, politique, stratégies et programmes d'action pour les hôpitaux, pour les structures périphériques, pour les médicaments...).

Lors de la Table ronde sectorielle, le Ministère de la Santé sera convié à présenter ces différents thèmes. Cette présentation aura du préalablement être préparée: le Secrétariat technique sera mis à contribution.

Toutefois, cette présentation doit être davantage conçue comme une introduction à la discussion que comme une présentation complète. Il s'agit en effet au cours de cette réunion de laisser au maximum les bailleurs de fonds s'exprimer. Le dialogue doit être instauré entre tous les partenaires invités.

Le Gouvernement aura pris soin de mettre en place un secrétariat de la réunion chargé d'enregistrer les débats et de préparer le compte-rendu final. Là encore, le Secrétariat technique peut être mis à contribution.

Une Table ronde sectorielle est une réunion officielle:

- du côté des bailleurs de fonds, seuls sont invités à y participer des institutions et des Gouvernements: il n'y a donc normalement pas d'invitation personnelle. Chaque institution ou Gouvernement sont représentés par une délégation: les membres de cette délégation s'exprimeront au nom de leur institution ou Gouvernement. Une délégation, conduite par au moins une personne de cette institution ou Gouvernement, peut toutefois se faire accompagner de personnes qualifiées, mais alors celles-ci ne peuvent intervenir qu'à la demande du responsable de la délégation;

- du côté du Gouvernement, seuls le Ministre de la Santé et/ou le Directeur Général du Ministère de la Santé sont habilités à présenter les dossiers et à répondre aux questions des bailleurs de fonds. Toutefois, ils peuvent être accompagnés de cadres qu'ils ont désignés à cet effet et qui pourront, à leur demande, intervenir.

Enfin, il est utile que le Gouvernement porte à la connaissance de la population du pays la tenue de cette Table ronde sectorielle: pour ce faire, il peut inviter la presse, écrite et parlée,

aux cérémonies d'ouverture et de clôture de l'événement et organiser des conférences de presse. Par contre, la presse ne peut normalement pas assister aux débats de la Table ronde sectorielle.

Outre cette couverture médiatique de l'événement proprement dit, à l'issue de la Table ronde sectorielle, le Gouvernement peut souhaiter divulguer plus largement sa politique de santé et le consensus obtenu lors de la Table ronde sectorielle. Toutes les techniques de communication peuvent être mobilisées à cet effet: communiqués de presse, séminaires de présentation aux cadres nationaux, réalisations de documentaires avec la presse, débats...

Le but de ces journées de la Table ronde sectorielle proprement dites consiste à obtenir de la part des bailleurs de fonds un consensus et un engagement ferme de soutenir la politique du Gouvernement en matière de santé. Les résultats de cette réunion sont par conséquent techniques dans la mesure où l'on s'entend sur les stratégies à mettre en place dans le secteur mais également politique puisque les bailleurs s'engagent à soutenir concrètement l'effort du pays.

Si certains bailleurs auront pu, au cours de cette réunion, indiquer leurs soutiens précis à certains programmes ou rappeler leurs engagements en cours, il convient de souligner avec force que cette réunion n'est pas un lieu de négociations. Celles-ci, sur la base du consensus établi lors de la réunion, viendront après.

Outre les séances de travail qui constituent l'essentiel des journées de la Table ronde sectorielle, ces journées sont marquées par deux temps forts:

- La cérémonie officielle d'ouverture avec des allocutions du Représentant du PNUD, du chef de file des bailleurs de fonds et du Ministre du Plan: ensuite, il est généralement demandé au Ministre de la Santé de présenter une déclaration générale rappelant les grandes lignes de la politique de santé qui sera discutée et introduisant le travail technique qui suivra;

- La clôture de la Table ronde sectorielle avec, notamment, la rédaction et l'adoption du rapport de synthèse. Ce rapport:

- . rappelle les grandes lignes du consensus qui a été établi entre le pays et les bailleurs de fonds;

- . indique le suivi qui sera donné à cette réunion: mise en place d'instances ou de comités de suivi, par exemple une cellule technique de suivi.

## IV. APRÈS LA TABLE RONDE SECTORIELLE

Le processus de Table ronde ne se termine pas par la tenue de la Table ronde. C'est à l'issue de cette réunion que commence la mise en opérationnalité du Plan National de Développement Sanitaire.

### IV.1. LES NÉGOCIATIONS BILATÉRALES

Dès la Table ronde sectorielle terminée, Gouvernement et bailleurs de fonds vont engager des discussions et négociations pour la mise en place de composantes du Plan National de Développement Sanitaire. Lors de la Table ronde sectorielle, certains bailleurs de fonds auront indiqué leurs intentions: cette phase de négociation permettra de concrétiser l'engagement pris. D'autres bailleurs déclareront leurs intentions au Gouvernement après la Table ronde sectorielle. Dans un cas comme dans l'autre cependant, le Plan National de Développement Sanitaire qui a été adopté lors de la Table ronde sectorielle sert de référence aux deux partis et fournit un cadre aux négociations. Le cycle des négociations suit alors son cours comme habituellement.

### IV.2. LE SUIVI DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE

La mise en oeuvre de la politique sanitaire nécessite la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation de la réunion sectorielle. Pour ce faire, il est conseillé de créer une Cellule Technique de Suivi. Une telle Cellule doit être placée au sein de la Direction ayant en charge la Planification au Ministère de la Santé. Cette Cellule peut être appuyée dans son fonctionnement par un bailleur de fonds. Notamment, le PNUD peut mobiliser des fonds à cet effet: il peut être décidé que l'OMS sera l'agence d'exécution de ce support. La mission de cette Cellule Technique de Suivi sera double:

- Achever le travail préparatoire de la Table ronde sectorielle: même lorsque la Table ronde sectorielle a été un succès et que la politique de santé a été approuvée par les bailleurs de fonds, en général certains dossiers doivent encore être travaillés. Dans d'autres cas, les points de remise en cause peuvent être plus profonds. Dans tous les cas, la Cellule Technique de suivi aura pour tâche de préparer des dossiers techniques qui permettront aux bailleurs de fonds de mener leurs négociations avec le Gouvernement avec davantage d'efficacité. Certains bailleurs de fonds ont pu exprimer au cours de la Table ronde sectorielle que leur soutien serait conditionné par certaines décisions ou mesures gouvernementales: par exemple, la mise en place d'un plan de redéploiement du personnel, d'un plan de formation de base et continue, d'une carte sanitaire... La Cellule Technique aura alors pour tâche de réaliser des dossiers servant à la prise de décision du Gouvernement. Dans certains cas, ce dispositif peut déboucher sur une "Réunion de positionnement des bailleurs de fonds": cette réunion a pour objectif de faire le bilan des programmes et projets que les bailleurs de fonds souhaitent mettre en place à la suite de la Table ronde sectorielle.

Cette étape devrait durer entre 6 mois et 1 an.

- Suivre la mise en oeuvre de la politique de santé et évaluer les résultats obtenus. Ces activités relèvent davantage d'un appui institutionnel. Dans ce cadre, la Cellule Technique de Suivi aura pour tâches:

- . de s'assurer de la mise en place des accords passés entre les bailleurs de fonds et le Gouvernement et que ceux-ci respectent bien la politique de santé arrêtée lors de la Table ronde sectorielle;

- . d'évaluer les actions entreprises à l'aide de critères objectifs;
- . de rendre compte régulièrement aux autorités de l'état d'avancement des actions;

La durée de cette seconde étape doit être plus longue: 2 ou 3 ans. Idéalement, les personnes ayant participé comme membres du Secrétariat technique lors de la préparation de la Table ronde sectorielle sont particulièrement indiquées pour remplir ces tâches.

Cependant, dans les deux cas, il est recommandé de ne pas créer une structure nouvelle et fonctionnant en marge du Ministère de la Santé, mais au contraire d'appuyer, grâce à ce soutien, une structure déjà existante de l'organigramme du Ministère de la Santé. Compte tenu des tâches décrites précédemment, cet appui peut être situé a priori à deux niveaux, le choix final dépendant d'une analyse précise du cadre organique du Ministère de la Santé: appui à la Direction de la Planification ou appui à la Direction Générale du Ministère de la Santé.

### **IV.3. LES RENCONTRES PÉRIODIQUES DE REVUES**

Le dialogue entre la communauté des bailleurs de fonds et le Gouvernement doit être poursuivi au-delà de la Table ronde sectorielle. Pour ce faire, il est utile de programmer des rencontres entre ces deux partenaires au moins une fois par an. Ces rencontres sont l'occasion de faire le point sur la mise en place du plan d'action, d'examiner ensemble les problèmes rencontrés, de proposer des solutions à ces problèmes et, éventuellement, de proposer des points d'inflexion de la politique de santé.

Le travail de la Cellule Technique de Suivi doit servir de base à ces discussions.

## V. LE RÔLE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

En tant qu'Agence spécialisée concernant les problèmes de santé au sein du système des Nations-Unies, l'OMS est nécessairement impliquée dans le processus de Table ronde. Plus particulièrement, depuis l'adoption de la résolution WHA43.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé à l'égard des pays les plus démunis, l'OMS a mis sur pied une initiative qui vise à développer dans chacun de ces pays une approche systémique mieux adaptée aux conditions de vie et aux besoins de santé des populations. Le processus de Table ronde, parce qu'il s'inscrit dans le cadre général des réformes des politiques de santé et du management de l'aide extérieure, constitue un instrument particulièrement adapté à cet objectif.

Le soutien que l'OMS peut apporter aux pays qui s'engagent dans un processus de Table ronde se situe à deux niveaux:

### La Table ronde - Genève:

Lors de la Table ronde - Genève, si l'accent est principalement mis sur les problèmes macro-économiques du pays, il n'en demeure pas moins que des discussions spécifiques porteront sur les secteurs que le Gouvernement considère comme prioritaires. Les secteurs sociaux - dont la santé - font fréquemment partie de ces secteurs. Les documents de la Table ronde décriront alors les grandes lignes des politiques et stratégies relatives à ces secteurs ainsi que l'effort qui est attendu des bailleurs de fonds.

L'OMS peut alors aider le Gouvernement, et plus particulièrement le Ministère de la Santé, à élaborer la partie de ces documents relative aux problèmes de santé et, plus généralement, aux problèmes de développement humain.

### La Table ronde sectorielle:

A ce niveau, le rôle de l'OMS diffèrera sensiblement selon que l'OMS aura ou non été désignée comme agence "chef de file" lors de la Table ronde - Genève.

. Si l'OMS a été désignée comme chef de file, elle jouera alors le rôle principal qui a été défini dans ce guide et assumera pleinement les responsabilités de chef de file qui consistent à aider le Gouvernement à élaborer son Plan National de Développement Sanitaire et les documents qui seront présentés à la Table ronde sectorielle.

. Si l'OMS n'a pas été retenue comme chef de file, son rôle dans la préparation de la Table ronde sectorielle sera plus limité que dans le cas précédent. Toutefois, son appui peut se situer à deux niveaux:

- \* Elle peut tout d'abord aider l'Agence désignée comme chef de file dans la préparation des dossiers. A la demande de celle-ci et du Ministère de la Santé, elle peut collaborer à la rédaction de l'ensemble des documents ou à une partie d'entre eux. Mais elle sera alors attentive à ne pas se substituer à la responsabilité de l'Agence chef de file;

- \* Elle peut jouer son rôle traditionnel de conseiller technique du Ministère de la Santé en revoyant, à la demande de ce dernier, les documents de la Table ronde sectorielle préparés avec le soutien de l'Agence chef de file.

Enfin, l'OMS peut collaborer étroitement au suivi de la Table ronde sectorielle selon des modalités qui auront été définies lors de celle-ci. Dans certains pays, l'OMS a apporté son soutien aux activités d'une Cellule Technique de Suivi.

## VI. RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS ESSENTIELLES ET COMPLÉMENTAIRES

	ACTIVITÉS ESSENTIELLES	ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES
I TABLE RONDE/ GROUPE CONSULTATIF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consensus entre les bailleurs sur les politiques et stratégies macro-économiques du pays</li> <li>- Identification du secteur de la santé comme une priorité de développement avec pour conséquence entrée du secteur dans un processus de consultation sectorielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation d'un ou plusieurs bailleurs comme chef(s) de file pour aider le Ministère de la Santé tout au long du processus de consultation sectorielle</li> </ul>
II CONSULTATION SECTORIELLE A. PRÉPARATION - Phase initiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunion des bailleurs par les autorités du pays (ministères du Plan et de la Santé) pour annoncer officiellement la tenue de la consultation sectorielle, donner les informations sur le processus et les résultats escomptés</li> <li>- Mise en place par le Ministère de la Santé des instances et comités impliqués dans le processus</li> <li>- Elaboration du plan de travail et du calendrier, y compris les moyens humains et financiers qui seront mobilisés pour la préparation de la consultation sectorielle, par le Gouvernement, PNUD/Banque mondiale, agence-chef de file</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication informelle de la communauté des bailleurs à travers les instances de coordination déjà existantes dans le pays</li> </ul>
- Documentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation des documents par le Ministère de la santé avec l'appui de l'agence-chef de file. Ces documents présentent la politique officielle du secteur et, par conséquent, doivent avoir fait l'objet d'un consensus interne</li> <li>- Ces documents doivent inclure: i) les politiques et stratégies du secteur, en relation avec l'environnement macro-économique, ii) le cadre institutionnel opérationnel, iii) les moyens d'actions, et, iv) les programmes et projets prioritaires qui feront l'objet d'appui financier de la part des bailleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication active des ministères du Plan et des Finances dans la préparation des documents afin d'assurer que les priorités du secteur s'inscrivent dans la politique globale du pays</li> <li>- Implication des bailleurs qui sont déjà engagés dans le secteur</li> <li>- Réunions informelles entre le ministère de la santé et les bailleurs à différents stades d'évolution du processus</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation des bailleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envoi d'une lettre officielle d'invitation aux bailleurs par le Gouvernement au moins un mois avant la date de la réunion indiquant, i) la date, ii) les buts et le déroulement de la réunion, iii) les résultats escomptés (dialogue, consensus sur les priorités ou promesses financières)</li> <li>- Simultanément, envoi de la documentation complète afin que les bailleurs puissent programmer leur participation et préparer leurs interventions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'agence-chef de file en concertation avec le PNUD/Banque mondiale peut collaborer à la sensibilisation des bailleurs par une lettre complémentaire</li> <li>- Le Gouvernement peut mettre à contribution ses ambassades ou représentations pour sensibiliser les bailleurs de ces pays ou effectuer lui-même des missions de sensibilisation</li> </ul>
<p><b>B. TENUE DE LA RÉUNION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que la logistique et le protocole ont été mis en place</li> <li>- Le Ministère de la Santé en coordination avec celui du Plan doit préparer la réunion: planifier le déroulement des séances, stratégie de présentation des dossiers, personnes chargées de présenter les dossiers et d'apporter les réponses aux questions des bailleurs</li> <li>- Les documents doivent être présentés par les plus hautes autorités du Ministère de la Santé. Cette présentation doit être synthétique et amener les bailleurs à la discussion</li> <li>- Un rapport final doit être établi avant la fin de la réunion en concertation entre le Gouvernement et les bailleurs. Ce rapport doit refléter les délibérations, les déclarations des bailleurs et les conclusions sur le consensus marquant les engagements du Gouvernement et des bailleurs, et le mode de suivi de la consultation sectorielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévoir un lieu de réunion approprié à un dialogue constructif entre le Gouvernement et les bailleurs tant pour la salle de réunion que pour les temps de pause (ceux-ci devant être assez longs pour permettre les contacts informels)</li> <li>- Afin de mieux connaître le point de vue de certains bailleurs avant la réunion, le Gouvernement peut organiser des rencontres/dinners bi-partis</li> <li>- S'assurer de la couverture médiatique: présence lors de la cérémonie d'ouverture (mais pas pendant les délibérations), conférence de presse à la fin de la réunion</li> <li>- Cette présentation doit être exclusivement basée sur les documents et ne pas introduire de nouveaux projets au risque de compromettre l'appui des bailleurs</li> <li>- Ce rapport doit être distribué aux bailleurs pour d'éventuelles observations</li> </ul>
<p><b>III. SUIVI DE LA CONSULTATION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les négociations bilatérales avec chaque bailleur doivent s'inscrire dans le cadre du consensus obtenu lors de la réunion de la consultation sectorielle</li> <li>- Mise en place des instances de suivi au sein de l'unité appropriée du Ministère de la Santé; prévoir le renforcement des capacités de cette unité. Ses tâches doivent compléter les instances habituellement chargées de la coordination et du suivi de l'aide extérieure</li> <li>- Les tâches de suivi peuvent être de: i) compléter les dossiers de la consultation sectorielle, ii) aider à la négociation des projets, iii) veiller au respect du consensus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le rapport final peut indiquer la tenue de réunions complémentaires sur des domaines spécifiques</li> </ul>

## ANNEXE I

### TERMINOLOGIE

On constate assez souvent que certains termes sont utilisés d'une manière inappropriée ou avec des sens variables selon les auteurs. Nous avons rassemblé ici les termes que l'on retrouve généralement dans les documents de Table ronde et qui peuvent prêter à confusion.

#### I. *Politique de santé:*

. Définition: Politique: "manière concertée d'agir, de mener une affaire"

La politique de santé est donc un ensemble d'éléments indiquant les buts à atteindre, les stratégies qui seront mises en oeuvre, les moyens qui seront utilisés...Le terme de politique peut être utilisé tant pour le passé, que pour le présent et le futur. Même si l'on décrit la politique de santé dans les années passées, on se contente souvent d'un Bilan, c'est-à-dire d'une présentation des résultats obtenus. Dans la notion de politique de santé, figure l'idée de cohérence.

Mais le terme de politique peut aussi être utilisé pour des domaines spécifiques de la santé. On parlera alors de politique du médicament, de politique de recouvrement des coûts, de politique de formation... Là encore, le terme de politique rassemble tant les buts à atteindre, que la manière dont on va conduire cette politique, que les moyens que l'on y consacra.

#### II. *But et Objectif:*

Nous avons rassemblé ici ces deux termes, car leur signification est très voisine:

. Définitions: But: "fin que l'on se propose d'atteindre"

Objectif: "but, cible que quelque chose doit atteindre"

Compte tenu de telles définitions, il n'est pas étonnant que les deux termes soient souvent utilisés indifféremment. Pourtant, si une distinction doit être introduite, le terme de But serait plus général et le terme d'Objectif serait plus spécifique. Par exemple:

. But: "améliorer l'état de santé des populations"

. Objectif: "réduire la mortalité maternelle et infantile"

ou

"Réduire la mortalité et morbidité dues aux principales maladies"

Dans cet exemple, le But est général alors que les objectifs sont plus spécifiques.

Plus souvent, on parle d'objectif général (ou d'objectif de développement ou d'objectif supérieur) et d'objectif spécifique ou immédiat.

. l'objectif de développement indique quelle est la finalité d'un projet ou d'une action, là où on veut arriver à terme, pourquoi le projet est entrepris;

. l'objectif immédiat indique quel effet particulier le projet doit produire au cours de son exécution et à son échéance, quels améliorations ou changements ont été obtenus auprès d'une population, dans une organisation, dans une zone donnée; la notion d'échéance est clairement indiquée;

auprès d'une population, dans une organisation, dans une zone donnée; la notion d'échéance est clairement indiquée;

Dans la notion de but mais surtout d'objectif est inscrite en filigrane la notion de priorité, indiquant que tout n'est pas possible et que des choix doivent être faits. Par exemple:

. En indiquant comme objectifs "la réduction de la mortalité maternelle et infantile" et "la réduction de la mortalité et morbidité dues aux principales maladies", des priorités sont établies: il n'a pas été choisi de s'intéresser à la santé des personnes du troisième âge;

. En indiquant comme objectif "assurer à la population l'accès à des services de base de qualité", il est fait le choix d'axer la politique de santé sur les soins de santé primaires et non sur les soins hospitaliers sophistiqués;

### **III. Stratégie:**

. Définition:        "art de coordonner des actions, de manoeuvrer habilement pour atteindre un but"

Pour chacun des buts ou objectifs doivent être mises en place des stratégies. Une stratégie consiste donc à définir comment on compte atteindre l'objectif que l'on s'est fixé. Les manières d'atteindre un même objectif peuvent être a priori multiples: la stratégie qui est retenue indique un choix parmi ces possibilités. Par exemple:

. Si l'objectif consiste à "augmenter la couverture sanitaire",

- va-t-on faire appel à l'aide extérieure pour assurer le financement ou demander aux populations de participer à la réhabilitation?

- va-t-on construire de nouvelles structures ou réhabiliter celles qui existent déjà?

. Si l'objectif consiste à "réduire la mortalité maternelle et infantile",

- va-t-on choisir la voie d'une meilleure nutrition (en distribuant de la nourriture ou en éduquant les mères?), ou de vacciner la mère et l'enfant (par des campagnes mobiles ou en intégrant la vaccination parmi les activités des structures périphériques?)?

- va-t-on s'appuyer sur un programme spécifique (approche verticale) ou sur les structures de santé périphériques (approche d'intégration)?

### **IV. Moyens d'action:**

- Définition:        Moyen: "ce qui permet de faire quelque chose"

Le moyen est donc un outil qui va être utilisé, mis en oeuvre pour atteindre l'objectif. Ce moyen doit être en harmonie avec la stratégie retenue. Par exemple:

. Si la stratégie consiste à mener des activités dans les structures de santé uniquement, il n'est pas nécessaire alors de disposer d'un véhicule tout terrain.

La notion de moyen ne saurait cependant se limiter aux moyens matériels (une moto...), financiers (un budget) ou humains (des personnels).

Par exemple:

. Un objectif peut être d'"augmenter la fréquentation des structures sanitaires de base", la stratégie peut être d'"assurer la disponibilité pour ces structures en médicaments essentiels à un prix abordable", le moyen d'action pourra alors être "la création d'une Centrale d'achat en médicaments essentiels";

. Un objectif peut être d'"assurer la viabilité du système sanitaire", la stratégie pourra être de "mettre en place un système de recouvrement des coûts", les moyens d'action seront alors "la création de comités de gestion et d'un système comptable";

. Un objectif peut être d'"augmenter l'efficacité des services de santé", la stratégie pourra être de "mettre en place un plan de redéploiement du personnel", les moyens d'action seront alors "les réglementations concernant les nominations et mutations" et/ou "les mesures incitatives à ce redéploiement";

. Un objectif peut être d'"améliorer l'état de santé des populations", la stratégie pourra être d'"axer l'action sur les soins de santé primaires", le moyen d'action pourra être alors de "définir un Paquet Minimum d'Activités", c'est-à-dire d'établir les activités minimales qui doivent être mises en oeuvre au niveau des services de santé d'un district sanitaire;

#### V. *Programme et Projet:*

Nous avons rassemblé ici ces deux termes, car leur signification, dans les dictionnaires français, est très voisine:

. Définitions:      Programme: "déclaration des intentions, énoncé des caractéristiques fonctionnelles"

Projet: "ce que l'on a l'intention de faire"

Les deux notions sont donc très voisines; simplement, celle de Programme serait plus large et moins précise que celle de Projet. Pourtant, dans le contexte qui nous intéresse, ces deux notions sont bien différentes:

- Projet: un Projet est un contrat qui lie le Gouvernement et un bailleur de fonds concernant la réalisation d'actions précises. Un projet met en jeu deux partenaires. Par exemple:

. Projet de lutte contre la bilharziose financé par le bailleur AAA: il s'agit d'un contrat signé entre le Gouvernement et le bailleur en question où sont indiquées les actions qui seront menées avec l'aide du bailleur;

. Projet de développement des structures de santé dans la zone X financé par le bailleur BBB: il s'agit d'un contrat entre le Gouvernement et le bailleur en question où sont indiquées les activités qui seront développées par ce bailleur ainsi que la zone où se dérouleront ces activités;

Un projet donné peut comporter plusieurs composantes ou dimensions: développement des services de santé dans une zone donnée, soutien à une direction au niveau central...

- Programme: un Programme est un ensemble d'actions cohérentes et coordonnées dans un domaine ou secteur donné. Un Programme est de la responsabilité pleine et entière du Gouvernement. Par exemple:

. Programme de lutte contre le paludisme: ce Programme, établi par le Gouvernement, définit toutes les actions qui devront être menées pour lutter contre le paludisme. Ce Programme définit les objectifs à atteindre, les stratégies qui seront mises en oeuvre et les moyens qui devront être mobilisés;

. Programme de réhabilitation des hôpitaux: ce Programme définit les hôpitaux qui devront être réhabilités, le type de réhabilitation qui sera réalisé, le calendrier des travaux, les moyens qui seront nécessaires...;

Le tableau suivant permet de résumer ces différences:

	PROGRAMME I: P.E.V.	PROGRAMME II: Réhabilitation des Centres de Santé	TOTAL
PROJET I: Redynamisation des structures de santé dans la zone A	100	600	700
PROJET II: Surveillance de l'enfant	400	-	400
TOTAL	500	600	1.100

En lecture horizontale,

Le Projet I a dépensé 100 pour le Programme PEV, par exemple en formation des personnels de santé de la zone A; il a dépensé 600 pour le Programme de Réhabilitation, par exemple en équipant le centre de santé du village Y; au total, il a dépensé 700.

Le Projet II ne concerne que le Programme PEV pour lequel il dépense 400, par exemple en fournissant les vaccins; par contre, il ne réalise aucune réhabilitation.

En lecture verticale,

Le Programme I dispose de 100 pour la formation de personnel en matière de PEV, fourni par le Projet I et 400 en vaccins fournis par le Projet II.

Le Programme II ne dispose que de fonds venant du Projet I.

Ainsi, un Programme peut comporter plusieurs projets ou composantes de projets; mais en outre, il peut comprendre des actions qui ne sont pas supportées par un projet quelconque et qui seront exécutées par le seul Gouvernement.

Ces deux approches présentent chacune leurs avantages et inconvénients. L'idéal consiste à disposer d'une base de données qui permette de présenter l'information selon les deux approches. Pour la préparation d'une Table ronde sectorielle, l'approche par programme est toutefois indispensable.

Une troisième clef de lecture des actions est cependant nécessaire: elle concerne le niveau auquel les activités se déroulent:

- Administration centrale, régionale, locale;
- Structures de santé: Hôpital central, Hôpital régional ou préfectoral, Hôpital de District, Centre de Santé;

## *VI. Cadrage macro-économique:*

Le mot "cadrage" n'existe pas dans le dictionnaire français, au moins dans le sens utilisé ici. Le terme de "cadre" conviendrait sans doute mieux: toutefois, le néologisme "cadrage" est de plus en plus utilisé.

Le cadrage macro-économique a pour objectif de mettre en relation le secteur de la santé et l'ensemble de l'économie. Ce lien doit être examiné dans les deux sens:

- l'incidence de l'ensemble de l'économie sur le secteur de la santé;
- l'incidence du secteur de la santé sur l'ensemble de l'économie;

Le secteur de la santé n'est donc pas isolé du reste de l'économie et son évolution doit en tenir compte.

## *VII. Les mesures d'accompagnement:*

Lorsqu'un Gouvernement a défini sa politique de santé et les Plans d'action qu'il compte mettre en place avec l'aide des bailleurs de fonds, il est généralement nécessaire qu'il prenne un certain nombre de mesures d'accompagnement qui vont faciliter la mise en oeuvre des actions: par exemple, mesures législatives ou réglementaires, édictons de normes, élaborations de statuts juridiques pour des structures de santé, engagements financiers ou budgétaires...

Parfois, et cela se retrouve dans les clauses de soutien de certains bailleurs, on distingue entre les obligations préalables et les conditions préalables:

. Par obligation préalable, on entend une mesure qui doit absolument être prise avant tout démarrage d'une action, sans quoi cette action n'est tout simplement pas possible. Par exemple, on ne peut pas décider d'aider les ONG si celles-ci ne sont pas reconnues officiellement par le pays;

. Par condition préalable, on entend une mesure qui va faciliter l'action mais qui n'est pas strictement nécessaire à son démarrage. Par exemple, l'édition de normes pour la construction des centres de santé permet une meilleure coordination de l'action des bailleurs mais n'est pas indispensable au démarrage d'un projet particulier;

## ANNEXE II

### CADRAGE MACRO-ÉCONOMIQUE: DÉFINITION ET UTILITÉ

Nous allons développer ici ce qu'est un cadrage macro-économique mais aussi son utilité dans le processus de préparation d'une Table ronde sectorielle.

La présentation d'un cadrage macro-économique peut être faite en distinguant deux parties:

- Le bilan économique et financier;
- Les perspectives d'évolution;

#### I. Le bilan économique et financier

Il s'agit, dans cette première partie, de présenter le bilan tant de l'évolution récente de l'économie du pays que celle du financement du secteur de la santé. Cette partie peut être un des éléments du Diagnostic (cf. ci-dessous).

##### I.1. Présentation synthétique de l'évolution récente de l'économie

Le contexte de l'économie du pays doit être présenté à l'aide des principaux indicateurs financiers et macro-économiques, tels que:

- Evolution du PIB: taux de croissance économique et PIB par habitant;
- Evolution du Budget de l'Etat: recettes et dépenses, déficit budgétaire, intérêts de la dette;
- Evolution de la balance des paiements;
- Evolution des prix et des salaires;
- Evolution de l'emploi;
- Evolution de l'investissement: aide extérieure et financement intérieur, dons/-prêts, taux de réalisation..., ensemble d'éléments généralement contenus dans un Programme d'Investissement Public (PIP);

##### I.2. Le financement du secteur de la santé

Les points suivants doivent être abordés:

- Evolution du budget de fonctionnement de la santé:

. il faut entendre ici l'ensemble des dépenses réalisées sur fonds en provenance des instances publiques du pays, à savoir Etat, collectivités locales, systèmes d'assurance.

. par fonctionnement, il faut entendre toutes les dépenses qui ne sont pas de l'investissement, c'est-à-dire salaires et fonctionnement au sens strict du terme.

. enfin, il faut faire attention de ne pas restreindre les dépenses de santé au seul Ministère de la Santé. Il convient d'adopter une définition claire de la notion de santé: est-ce que cette dernière comprendra des dépenses relatives à l'alimentation, à l'assainissement...? Certaines dépenses de santé peuvent être inscrites dans d'autres ministères que celui de la santé: évacuations sanitaires, subventions à des établissements autonomes de santé, services de santé des armées, des fonctionnaires...

L'évolution du budget de fonctionnement de la santé permet de calculer la part du budget de l'Etat qui est affectée à la santé ainsi que la dépense par habitant. Ces dépenses peuvent être ventilées entre salaires et fonctionnement, selon le niveau de la pyramide sanitaire...

- Evolution de l'investissement dans le secteur de la santé:

. Il faut alors rassembler des informations sur l'évolution de l'aide extérieure et sur le financement intérieur de l'investissement. Ce bilan doit permettre de fournir des informations sur: la dépense d'investissement par habitant, la dépense par niveau de la pyramide sanitaire, la dépense par programme, la dépense par bailleurs, le taux de réalisation, la ventilation entre dons et prêts...

. cette analyse doit permettre, en matière d'aide extérieure, une ventilation selon la finalité de la dépense. En effet, si l'aide extérieure est en général classée en dépenses d'investissements, une analyse plus fine permet de ventiler cette aide selon qu'il s'agit de dépenses réelles d'investissement, d'assistance technique et de dépenses de fonctionnement.

- Evolution des recettes en provenance du recouvrement des coûts: souvent difficiles à rassembler, ces informations présentent pourtant un caractère de plus en plus nécessaire à une analyse complète du financement du secteur de la santé.

Finalement, les informations rassemblées doivent idéalement aboutir à un tableau synthétique du type suivant:

	Montants	Dép./hab.
<p>* <b>Dépense en fonctionnement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par l'Etat:</li> <li>- Par les collectivités locales:</li> <li>- Par l'assurance:</li> <li>- Par les bailleurs de fonds:</li> </ul>		
<p>* <b>Dépense d'investissement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par les bailleurs:</li> <li>- Par l'Etat et collectivités:</li> </ul>		
* <b>Dépense d'Assistance Technique:</b>		
* <b>Dépense en provenance du recouvrement des coûts:</b>		
<b>TOTAL:</b>		

## II. Les perspectives d'évolution

Le principal intérêt d'un cadrage macro-économique consiste, en s'appuyant sur la situation actuelle, à fournir des indications sur l'évolution de la situation au cours des prochaines années. Ne l'oublions pas, le processus de Table ronde sectorielle constitue une réflexion sur le long terme. Il s'agit de s'interroger sur l'orientation du secteur et non simplement de donner des informations pour les années proches. Certes, une telle perspective pose des problèmes: on sait en effet que toute projection devient d'autant plus incertaine que l'on s'éloigne du présent. Néanmoins, les effets d'une politique quelconque ne sont jamais immédiats: il faut souvent attendre plusieurs années avant d'en mesurer effectivement les résultats. C'est dans ce cadre méthodologique que doit s'inscrire la réflexion: une projection sur au moins cinq années est recommandée.

### II.1. Les mesures de politiques macro-économiques et leurs conséquences

Les principaux axes de la politique économique du pays doivent être développés, notamment ceux qui peuvent avoir des conséquences sur le secteur de la santé. Les Ministères du Plan et des Finances doivent être mis à contribution: ce sont eux qui disposent des meilleures informations en la matière. Il est impératif ici de se reporter aux documents de la Table ronde Genève qui fournit toujours ce type d'informations, même si elles doivent être mises à jour. De même, les documents du PAS, si le pays s'y est soumis, sont d'un grand secours.

Les informations suivantes doivent être considérées comme indispensables:

Projections:	Année n	n+1	n+2	n+3	n+4	n+5
* PIB						
* Budget de l'Etat: .Salaires: .Fonctionnement: .Intérêts de la dette:						
* Investissement public: .Etat: .Bailleurs						

Ces prévisions existent généralement dans les pays: il s'agit de les reprendre ici et parfois de les prolonger si elles ne vont pas assez loin dans le temps. Plusieurs hypothèses, donnant des fourchettes haute et basse peuvent être retenues.

Cette analyse financière doit être complétée par des considérations sur des points tels que:

- La politique en matière d'emploi dans la fonction publique: évolution des recrutements et des salaires;
- La place de l'aide extérieure: importance, répartition dons/prêts...;
- La politique en faveur des secteurs sociaux, éducation et santé;
- La politique en matière de décentralisation;

### II.2. Les perspectives d'évolution du secteur de la santé

\* L'évolution du budget de fonctionnement de l'Etat consacré à la santé

Deux méthodes sont souvent retenues pour déterminer l'évolution du budget de la santé:

. Méthode I: une hypothèse est faite sur l'évolution de la part du budget de l'Etat qui sera consacrée à la santé. En multipliant cette part par le Budget de l'Etat, on obtient le budget de la santé;

. Méthode II: une hypothèse de variation annuelle du budget de la santé est retenue: par exemple, le budget de la santé augmentera de 10% par an. On peut alors calculer le budget de la santé pour les prochaines années et en déduire la part de la santé dans le budget de l'Etat;

Une fois connue l'évolution du budget de la santé, des hypothèses peuvent être faites sur la répartition de ce budget entre les dépenses salariales et les dépenses de fonctionnement stricto sensu.

De telles simulations sont sans doute grossières. Dans un exercice comme celui d'une Table ronde sectorielle, il ne s'agit pas de réaliser des prévisions économétriques très sophistiquées mais plus simplement de donner des ordres de grandeur sur lesquels réfléchir. De telles simulations indiquent les possibilités budgétaires qui pourront être mises à la disposition du secteur de la santé selon certaines hypothèses. Un exemple:

- Hypothèses:
- La population du pays est de 1.000 et s'accroît au taux de 3% par an;
  - Le budget de la santé est de 100.000 en 1990 et le Gouvernement prend la décision de l'accroître de 10% par an;
  - Le Budget de l'Etat est supposé, compte tenu notamment de l'évolution du PIB (non présenté ici) s'accroître de 5% par an;
  - Les salaires représentaient 80% du budget de la santé en 1990: le Gouvernement prévoit, suite à une volonté de rééquilibre des finances publiques par exemple, que cette masse salariale demeurera constante sur la période;

Les résultats sont repris dans le tableau ci-dessous:

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Population	1.000	1.030	1.061	1.093	1.125	1.159
Budget de l'Etat	2.000.000	2.100.000	2.205.000	2.315.250	2.431.012	2.525.631
Budget de la Santé	100.000	110.000	121.000	133.100	146.410	161.051
% allant à la santé	5,0%	5,2%	5,5%	5,7%	6,0%	6,3%
Salaires	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000
Fonctionnement	20.000	30.000	41.000	53.100	66.410	81.051
Dép: fonct./habitant	20	29	39	49	59	70
Fonctionnement/santé	20,0%	27,3%	33,9%	39,9%	45,4%	50,3%
Dép. santé /habitant	100	107	114	122	130	139

Bien que simples, de telles simulations fournissent des informations utiles. Par exemple, ici, la dépense par habitant allant au fonctionnement est multipliée par 3,5 si le budget de la santé augmente de 10% par an et que le budget salaire demeure constant. Pourtant on peut aussi dire que cette dépense par habitant passera seulement de 20 à 70.

#### \* Evolution de l'investissement consacré à la santé

Certains ont parfois tendance à penser qu'a priori, plus un Etat réussit à attirer de l'aide extérieure, plus il doit être satisfait. Il n'en va pourtant pas ainsi et plusieurs raisons militent pour une évolution encadrée de l'aide extérieure:

- Il faut limiter les projets financés par des emprunts pour ne pas augmenter la charge de la dette dans les années à venir et être en mesure de rembourser le principal;
- Le Ministère de la Santé peut ne pas avoir les capacités d'absorber une augmentation trop substantielle et subite de l'aide. Il faut en effet des ressources humaines pour suivre, coordonner la mise en place de l'aide et enfin l'évaluer;
- L'Etat doit veiller à ce que, pour l'ensemble du pays, le volume d'aide évolue dans des limites raisonnables pour ne pas perturber les grands équilibres macro-économiques, notamment en matière d'inflation;
- Le pays peut ne pas disposer des capacités d'absorption de l'aide. Par exemple, si le volume des constructions dans le secteur de la santé mais aussi dans les autres secteurs est trop important, il peut ne pas y avoir suffisamment d'entreprises qualifiées pour les réaliser;
- Enfin, l'investissement induit des charges récurrentes qui sont généralement du ressort de l'Etat. Certes, le pays peut négocier que les bailleurs de fonds prendront pendant un temps ces charges à leur compte, mais cette situation ne peut se pérenniser. Par ailleurs, pour faire fonctionner ces investissements, il sera peut être nécessaire de disposer de davantage de personnels, notamment qualifiés: ces personnels existent-ils? L'Etat peut-il les payer? L'Etat ne s'est-il pas engagé dans une politique de réduction du nombre des fonctionnaires?;

Ainsi, nous l'avons vu, les Ministères du Plan et/ou des Finances établissent en général des prévisions en matière d'investissement pour l'ensemble du pays, prévisions qui tiennent compte des remarques ci-dessus. Le Ministère de la Santé doit par conséquent s'appuyer sur ces prévisions et négocier avec ces instances la part qui pourra être mobilisée par le secteur de la santé. Cette négociation sera contrainte par les dispositions macro-économiques qui auront été retenues.

- Hypothèses:
- Supposons que les dépenses publiques d'investissement pour l'ensemble du pays s'élevaient en 1990 à 700.000 et que le Gouvernement ait estimé qu'elles ne devaient pas s'accroître plus vite que celles du budget de l'Etat, soit 5% par an;
  - Les dépenses publiques d'investissement pour la santé se sont élevées à 70.000 en 1990 mais le Gouvernement souhaite qu'elles s'accroissent au même rythme que le budget de fonctionnement, soit 10% par an;

Les résultats sont repris dans le tableau ci-dessous:

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Investissement Etat	700.000	735.000	771.750	810.337	850.854	893.397
Investissement Santé	70.000	77.000	84.700	93.170	102.487	112.736

Ce tableau indique les montants d'aide extérieure qui pourront être mobilisés par le secteur de la santé.

Si l'on estime par exemple que tout nouvel investissement induit une charge supplémentaire de 10% de la valeur de l'investissement, on peut voir si cette charge induite peut être supportée par le budget de fonctionnement de l'Etat. Dans l'exemple ci-dessus, en 1997, la charge induite serait de 11.273: on voit que cette charge est supportable par le budget de fonctionnement de la santé, puisque celui-ci, dans le même temps, a augmenté de 14.641. Mais en est-il toujours ainsi?

En résumé, à l'arrivée de cet exercice, on dispose d'enveloppes qui indiquent les possibilités financières qui pourront être consacrées au secteur de la santé au cours des prochaines années. Elles traduisent les choix politiques et doivent être en cohérence avec la politique de santé définie par le Gouvernement.

Ci-dessus, nous avons développé ce qu'est un cadrage macro-économique et la manière de le conduire. Idéalement, il convient toutefois de distinguer entre ce que l'on peut appeler "l'étude de cadrage macro-économique" et le cadrage macro-économique figurant dans les documents de la Table ronde sectorielle.

- L'étude de cadrage macro-économique: lors des phases préparatoires de la Table ronde sectorielle, il peut être utile de réaliser une étude de cadrage macro-économique pour le secteur de la santé. Cette étude reprend tous les points énoncés ci-dessus. Toutefois, le document qui en résulte est conçu comme une étude, à savoir:

- . il met l'accent sur les problèmes méthodologiques et conceptuels: par exemple, il s'efforcera de clairement définir le secteur de la santé (ministère de la santé seul ou également dépenses de santé réalisées par d'autres ministères, santé au sens restreint du terme ou vision plus large englobant assainissement, nutrition...);
- . il tentera de comparer les différentes sources d'information disponibles dans le pays en montrant les avantages et les inconvénients;
- . il tentera d'analyser en profondeur les résultats qu'il obtient: par exemple, il essaiera de donner toutes les interprétations possibles d'une évolution tendancielle. En ce sens, il pourra adopter une démarche interrogative, c'est-à-dire posant un problème plutôt que de vouloir y apporter une solution;

- Le cadrage macro-économique figurant dans les documents de la Table ronde sectorielle: les éléments qui figureront dans les documents de la Table ronde sectorielle seront en général plus concis que l'étude de cadrage macro-économique.

- . ne seront repris que les grands axes de cette étude;
- . les problèmes méthodologiques et conceptuels ne seront que très brièvement rappelés et seulement s'ils aident à la compréhension du document;

. ce cadrage macro-économique marque les choix et engagements du Gouvernement: il indique les projections sur lesquels le Gouvernement a arrêté ses choix;

. le style adopté est plus officiel: il s'agit d'un document présenté au nom du Gouvernement: par exemple, si l'autocritique peut être vue comme une prise de conscience objective de la réalité, le Gouvernement n'aura pas intérêt à trop largement montrer ses faiblesses mais au contraire à montrer sa détermination à changer la situation;

Dans certains cas, des pays ont fait le choix de ne pas réaliser d'étude de cadrage macro-économique et de préparer directement le cadrage macro-économique qui figurera dans les documents de la Table ronde sectorielle. Néanmoins la démarche en deux phases présente l'avantage de disposer d'un document plus détaillé et plus exhaustif sur la situation macro-économique du secteur de la santé.

## ANNEXE III

### LES DOSSIERS DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE

Nous avons précédemment fourni les principaux éléments constituant les dossiers de la Table ronde sectorielle. Nous allons ici donner davantage de détails sur certains de ces éléments.

#### I. Précisions sur le Tome I:

##### \* Le diagnostic du secteur de la santé:

Ce diagnostic doit être établi dans l'esprit d'une étude sectorielle. Ce bilan doit porter à la connaissance des bailleurs de fonds, notamment ceux qui ne sont pas présents dans le pays, les informations et analyses nécessaires à la compréhension du système de santé.

- La situation sanitaire: problèmes de santé, nutrition, eaux et assainissement;
- Le contexte institutionnel: la pyramide sanitaire, ses principes d'organisation et de fonctionnement;
- Les services sanitaires: équipements (nombre, carte sanitaire, état des infrastructures...) mais aussi utilisation et fréquentation des services, la place du secteur privé non lucratif et lucratif;
- Les ressources humaines: par catégories d'agents, qualifications, répartition géographique, rapport à la population...;
- La formation initiale et continue tant des personnels médicaux que para-médicaux;
- Le secteur pharmaceutique: importation et distribution des médicaments, le secteur privé, contrôle et supervision du Ministère de la Santé;
- Le bilan économique et financier du secteur de la santé;

##### \* La politique sanitaire:

Les priorités: il s'agit ici d'indiquer les choix d'actions qui seront prioritairement en oeuvre. Ces choix doivent être opérés en tenant compte de la situation actuelle mais aussi des possibilités qui peuvent être mobilisées. Dans les pays en développement, les besoins sont immenses et la tentation de dire que tout est prioritaire est forte. Les Gouvernements doivent par conséquent faire des choix souvent difficiles. En effet, compte tenu des contraintes notamment financières, des arbitrages doivent être rendus. Parfois, la difficulté d'opérer ces choix conduit certains Gouvernements à retenir beaucoup de priorités, avec pour conséquence, un éparpillement des moyens et une faible efficacité. Il est donc préférable de choisir quelques domaines prioritaires et d'y consacrer suffisamment de moyens de sorte à garantir des résultats.

Les choix prioritaires indiquent "en creux" les choix qui ne sont pas prioritaires. Ainsi, lorsqu'une priorité telle que "assurer à la population l'accès à des services de base de qualité" signifie par exemple que le développement des structures hospitalières de niveau central, sans

être délaissé entièrement, n'est pas la priorité vers laquelle les aides extérieures doivent se tourner.

Les stratégies: plutôt que de stratégies fines, cette partie doit présenter les grandes stratégies du secteur de la santé. Ainsi, on parlera parfois de cadre stratégique fixant les principes de fonctionnement du système de santé. Ces grandes stratégies peuvent porter sur les points suivants:

- Les rôles et fonctions des différents niveaux de la pyramide sanitaire: qui est en charge de l'opérationnel, qui définit la politique, qui supervise, qui contrôle, qui conseille, qui conçoit l'action...?
- Intégration des activités dans les structures de santé ou programmes verticaux: est-ce que l'intégration concernera toutes les activités ou certaines conserveront une approche verticale: par exemple, le PEV ou des programmes de lutte contre des maladies telles que lepre, MST/SIDA, Onchocercose...?
- Le rôle du secteur privé à but non-lucratif et lucratif: ce secteur doit-il être intégré dans le système de santé ou se développer séparément et sans concertation? La médecine privée est-elle autorisée, tolérée ou encouragée?
- La décentralisation: beaucoup de pays prônent la décentralisation, mais il faut la définir: partage des responsabilités, à quel niveau de la hiérarchie? autonomie de certaines structures de santé, décentralisation budgétaire...;
- Le secteur pharmaceutique: partage entre le secteur privé et le secteur public, médicaments essentiels ou de spécialités, approvisionnement par appel d'offre international, monopole d'importation ou libre concurrence...;
- Le recouvrement des coûts: sera-t-il généralisé et uniformisé ou laissera-t-on se développer des expériences diverses, concernera-t-il tous les niveaux de la pyramide sanitaire ou simplement les structures périphériques de base;
- La formation: sera-t-elle mise en place dans le pays ou à l'étranger, quel type de bourses sera adopté, fera-t-on une formation polyvalente axée sur les soins de santé primaires ou une formation axée sur la médecine hospitalière, mettra-t-on l'accent sur les médecins ou sur les infirmiers...;
- Conditions de répliquabilité: le développement du secteur de la santé doit être en harmonie avec le développement socio-économique du pays; aussi faut-il s'assurer que ce développement est soutenable par le pays: choix des équipements et des constructions, analyse des charges récurrentes;

Moyens d'actions: afin de mettre en place les stratégies nationales, le pays doit définir ses moyens d'actions, tels que, par exemple:

- Le plan de couverture sanitaire: une fois définie la pyramide sanitaire, le plan de couverture sanitaire procède au découpage géographique du territoire délimitant l'aire géographique sur laquelle doit être implantée une structure de santé; le plan de couverture sanitaire définit également les normes en matière de taille et de type de structure;
- Le plan d'effectifs: permet de chiffrer les besoins en personnels nécessaires au bon fonctionnement des structures de santé prévues dans le plan de couverture sanitaire;

après cette définition de normes, est proposé, le cas échéant, un plan de redéploiement du personnel indiquant les mesures qui seront précises pour le mettre en place;

- Définition des activités qui doivent être menées dans chaque type de structure de santé: par exemple, la notion de Paquet Minimal d'Activités définit un ensemble standard d'activités qui doivent être mises en place dans une structure de santé de base;

- Structure d'approvisionnement en médicaments: choisira-t-on une Centrale d'Achat des médicaments autonome ou une structure publique;

- Les structures de formations: comment sera conçu le système de formation? école d'infirmier séparée de la Faculté de médecine ou école des personnels de santé, formation de base uniquement ou assurant également la formation continue, école autonome ou dépendant directement du Ministère de la santé, école unique ou plusieurs écoles dans le pays, possibilité ou non d'écoles privées...;

- Les moyens d'action du recouvrement des coûts: comment et par qui seront gérés les sommes en provenance du recouvrement des coûts: mise sur pied d'un système comptable, création de Comités de Gestion...;

#### \* Le cadrage macro-économique:

Si le bilan économique et financier a été envisagé dans la partie relative au diagnostic du secteur de la santé, cette partie reprend les perspectives d'évolution financières du secteur de la santé. Certains, dont le PNUD lui-même, préconisent de placer l'ensemble du cadrage macro-économique avant même le diagnostic du secteur de la santé. Il n'existe certes pas de plan idéal en la matière. Nous préconisons ici de placer le bilan économique du secteur de la santé dans la partie concernant le diagnostic du secteur et de placer les perspectives d'évolution du secteur après la partie relative à la politique de santé. La situation optimale serait bien sûr de pouvoir présenter simultanément la politique de santé et le cadrage macro-économique.

## **II. Précisions sur le Tome II:**

La programmation du Plan d'action est sans doute l'élément du dossier de Table ronde sectorielle le plus difficile à réaliser. Comme nous l'avons dit, cette programmation consiste à traduire la politique de santé, telle que définie dans le Tome I, en programmes d'action concrets et réalistes. Pour ce faire, cette programmation doit être réalisée en tenant compte des possibilités financières établies dans le cadrage macro-économique. Deux approches méthodologiques peuvent être mises en oeuvre:

#### \* Approche par les besoins:

Cette approche est celle qui est la plus fréquemment rencontrée. La démarche qui est suivie peut se résumer par la chronologie suivante:

- Expression des besoins: il est demandé à toutes les instances du Ministère de la Santé d'exprimer leurs besoins dans les domaines qui sont les leurs et de chiffrer ces besoins. Par exemple, on demandera au responsable du programme "Paludisme" de dire quels sont les besoins qui sont les siens pour rendre son secteur plus efficace. Ce responsable dira alors qu'il a besoin d'une étude sur la résistance, de laboratoires d'analyse, de formations pour les agents de santé, de moustiquaires imprégnées, de médicaments, de véhicules pour la supervision...

- L'ensemble de ces besoins est ensuite sommé: on obtient ainsi les besoins budgétaires nécessaires pour la mise en oeuvre du plan d'action;

- Mais on observera en général, à la fin de l'exercice, que les besoins budgétaires mis en évidence dépassent largement les possibilités financières autorisées par le cadrage macro-économique;

- Des arbitrages devront donc être rendus pour rapprocher les besoins budgétaires des possibilités financières. Plusieurs voies peuvent être utilisées: on demandera à chacun des responsables de revoir sa "copie" à la baisse ou alors les instances décisionnelles du Ministère de la Santé opéreront des coupes dans les besoins exprimés.

Cette méthode conduit presque inévitablement à une perte de temps et à des frustrations de la part de ceux qui ont établis les besoins. En outre, certains, habitués à cette démarche pourront être tentés d'augmenter artificiellement leurs besoins, sachant qu'il faut toujours demander beaucoup plus pour obtenir à peu près ce que l'on souhaite.

#### \* Approche par les possibilités financières:

Cette seconde approche est sans doute plus exigeante mais convient mieux à la démarche logique d'un processus de Table ronde sectorielle.

- Le point de départ s'appuie sur les possibilités financières telles qu'établies dans le cadrage macro-économique. Partant des enveloppes globales qui ont été dégagées, le Ministère de la Santé, c'est-à-dire ses responsables au plus haut niveau, ventile, selon les priorités de sa politique de santé, ces enveloppes selon les principaux programmes qu'il a définis. A l'issue de cette étape, chacun des programmes dispose de l'enveloppe financière qui peut être mobilisée pour les actions à mettre en oeuvre. Un exemple:

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Enveloppe totale (cadrage)	1.000	1.100	1.200	1.000	800
Programme 1: Constructions	500	600	600	400	50
Programme 2: Formation	400	300	200	100	50
Programme 3: Soutien aux activités	100	200	400	500	700

Ce tableau ventilant les possibilités financières établies lors du cadrage macro-économique, indique que la formation des personnels (Programme 2) va être mise en oeuvre au début de la période, les constructions d'infrastructures (Programme 1) vont être réalisées au milieu de la période et ce n'est qu'à la fin de la période que le Programme 3 de soutien aux activités sera pleinement actif.

- Partant de ces enveloppes, chacun des programmes définira les actions qui peuvent être entreprises. L'analyse coûts-bénéfices peut être d'un grand secours: cette analyse vise à chercher les actions qui, pour un coût donné, procure le plus grand bénéfice;

Avec cette approche, il n'est plus besoin d'arbitrages, ceux-ci ont en effet été opérés au début du processus. Seuls quelques ajustements peuvent s'avérer utiles.

\* Un exemple de présentation d'un programme:

Nous retiendrons pour exemple le Programme suivant:

- "Rendre opérationnel les districts sanitaires"

La fiche concernant ce programme peut être établie comme suit:

- **Rappel de la situation:** il s'agit ici de rappeler le contexte des districts sanitaires: état des infrastructures, qualification des personnels, moyens de fonctionnement, indicateurs d'activités, fréquentation...;

- **Justification du Programme:** il faut justifier le choix de ce Programme en le resituant par rapport à la politique de santé définie dans le Tome I. Par exemple, si la politique de santé met l'accent sur les soins de santé primaires, il faut rappeler que le district est le mieux à même de répondre à cet objectif;

- **Objectifs du Programme:** il s'agit de montrer quels buts on veut atteindre. Pour ce faire, on peut utiliser une série d'indicateurs à atteindre à une échéance donnée: pourcentage de femmes accouchant dans une structure de santé, pourcentage d'enfants complètement vaccinés, taux de fréquentation, nombre de nouveaux cas, réduire la mortalité due au paludisme de tel pourcentage...;

- **Actions:** pour chacun des districts, établir les actions qui devront être menées:

- . Réhabilitation des infrastructures de santé et administratives;
- . Formation des personnels de santé;
- . Modalités de fonctionnement du recouvrement des coûts: système de gestion, Comités de gestion, mobilisation sociale...;
- . Approvisionnement en médicaments;
- . Supervision;

Chacune de ces actions devra être décrite dans le détail et une estimation des besoins budgétaires devra être fournie. Cette estimation doit différencier dépenses d'investissement et charges récurrentes. Ces actions doivent également être inscrites dans le temps: planning des actions. Les données financières peuvent être présentées à partir du tableau ci-dessous:

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Enveloppe totale du Programme:	500	700	800	900	1.000
Programmation des actions:					
. Constructions:	100	300	400	500	300
. Formation:	300	200	100	100	50
. Système rec. coûts:	50	100	50	50	-
. Achat de médicaments:	-	50	200	200	550
. Supervision:	50	50	50	50	100
Financements déjà acquis:	200	300	300	200	-
Financements à rechercher:	300	400	500	700	1.000

- **Mesures d'accompagnement:** pour assurer le bon déroulement de ce Programme, le Gouvernement doit indiquer les mesures d'accompagnement qu'il compte prendre. Par exemple:

- . Plan de redéploiement du personnel;
- . Textes réglementaires sur le système de recouvrement des coûts;
- . Normes nationales de construction et réhabilitation;
- . Statut des Comités de gestion; etc;

Ce Programme est donc présenté comme un ensemble lors de la Table ronde sectorielle. Par contre, il est vraisemblable qu'il ne pourra pas être réalisé par un seul bailleur de fonds. En outre, certains bailleurs mènent déjà sans doute des actions dans ce sens. A la suite des négociations que le Gouvernement aura avec les bailleurs de fonds intéressés par ce Programme, plusieurs Projets pourront être retenus:

- Certains de ces Projets auront pour base une zone géographique donnée: un bailleur de fonds s'engage dans ce cas à rendre opérationnel un ou plusieurs districts donnés selon les modalités définies dans le Programme;
- Certains de ces Projets seront thématiques: un bailleur de fonds s'engage dans ce cas à financer la formation continue des personnels pour l'ensemble du pays ou pour toute une région;

On voit ici toute l'importance d'un suivi de la Table ronde sectorielle. Il s'agit en effet de s'assurer que les Projets qui seront finalement retenus et mis en place respectent la logique d'ensemble du Programme.

**ANNEXE IV**

**LE BUDGET DU PROCESSUS DE PRÉPARATION  
DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE**

Toute préparation d'une Table ronde sectorielle exige de disposer de moyens humains et financiers. Dès le départ du processus de préparation d'une Table ronde sectorielle, un budget doit être établi indiquant clairement les engagements du Gouvernement et du chef de file des bailleurs de fonds. Bien sûr, ce budget différera selon les pays et les situations. Ci-dessous, sont indiqués les postes de dépenses à retenir pour constituer ce budget:

	Extérieur	Gouvernement
<b>1. <u>Locaux:</u></b>		
. Local:		X
. Equipement: (machine à écrire, photocopieuse,...)	?	?
<b>2. <u>Assistance Technique:</u></b>		
. Expert(s) moyen terme: (voyages + per diem + honoraires)	X	
. Consultant(s) courte durée: (voyages + per diem + honoraires)	X	
<b>3. <u>Personnel national:</u></b>		
. Cadres	Supplément?	Salaires
. Personnel de soutien: (Secrétaire, chauffeur, agents service)	Supplément?	Salaires
<b>4. <u>Séminaire national:</u></b>		
. Location de salle	?	?
. Per diem des participants	?	?
<b>5. <u>Réunions:</u></b>		
. du Comité Technique: (Per diem?)	?	?
. des Commissions Thématiques: (Per diem?)	?	?
<b>6. <u>Frais déplac. membres Sec. Technique:</u></b>		
. Mise à disposition Véhicule:		X
. Entretien véhicule:	?	?
. Frais déplacement: (y compris per diem?)	?	?
<b>7. <u>Frais de fonctionnement:</u></b>		
Papeterie, fournitures diverses, petit matériel...:	?	?
<b>8. <u>Reproduction documents de la Table ronde sectorielle:</u></b>	X	?
<b>9. <u>Tenue de la réunion sectorielle</u></b>	X	?

Chacun des postes ci-dessus doit être analysé et chiffré en concertation entre le bailleur de fonds-chef de file et le Gouvernement. Nous attirons l'attention sur deux points qui doivent être réglés dès le départ du processus afin d'éviter tout malentendu et source de conflits:

- Per diem: une politique claire devra être adoptée, suivant en cela les éventuelles règles adoptées dans le pays, à savoir "Est-ce-que des per diem seront accordés aux cadres nationaux qui assistent à des réunions et/ou séminaires ?" en dehors bien sûr des véritables déplacements dans le pays;

- Suppléments de salaires: pour les membres du Secrétariat technique qui relèvent de la Fonction publique et reçoivent déjà un salaire, est-ce-que des suppléments de salaires seront ou non autorisés?

Il ne s'agit pas ici de recommander une solution plutôt qu'une autre, mais simplement d'attirer l'attention pour que ces questions soient clairement tranchées dès le départ du processus.

Enfin, rappelons que le PNUD prend habituellement en charge la tenue même de la Table ronde sectorielle.