



Convention de Financement *Enpi* /2008/19658

Méthode de construction du budget par programme

GUIDE DE FORMATION

Guide pratique appliqué sur une étude de cas : le Plan Cancer

version provisoire

16 janvier 2013

Unité d'Appui au Programme (UAP) / PASS,
Polyclinique Garidi II (à proximité de l'annexe de la mairie)
BP 41 CP 16056 Garidi II - Kouba - Alger
Téléphone : + 213 (0) 21 44 91 88 , LD / Fax : + 213 (0) 21 44 91 49
<http://www.pass-ue.dz>

TABLE DES MATIERES

1	PRESENTATION DU GUIDE.....	7
1.1	OBJECTIFS DU GUIDE.....	7
1.2	REMARQUES D'ENSEMBLE.....	7
2	JUSTIFICATION ET PRESENTATION DE LA BUDGETISATION PAR PROGRAMME.....	8
2.1	JUSTIFICATION.....	8
2.2	PRESENTATION.....	13
2.2.1	<i>Principes de mise en œuvre.....</i>	<i>13</i>
2.2.2	<i>Définitions et concepts fondamentaux.....</i>	<i>13</i>
2.2.3	<i>Etudes de cas.....</i>	<i>16</i>
2.2.4	<i>Etapas de construction.....</i>	<i>21</i>
3	CONSTRUCTION DE LA BUDGETISATION PAR PROGRAMME.....	22
3.1	PHASE 1 : IDENTIFICATION ET PLANIFICATION.....	22
3.1.1	<i>Etape 1 : Préparer l'information nécessaire.....</i>	<i>22</i>
3.1.2	<i>Etape 2 : Analyser les problèmes.....</i>	<i>24</i>
3.1.3	<i>Etape 3 : Définir la vision, les objectifs, les stratégies et les résultats escomptés.....</i>	<i>27</i>
3.1.4	<i>Etape 4 : Définir les produits ou services.....</i>	<i>30</i>
3.1.5	<i>Etape 5 : Décrire les activités et les responsabilités.....</i>	<i>30</i>
3.1.6	<i>Etape 6 : Vérifier les relations de cause à effet (ou chaîne de résultats).....</i>	<i>32</i>
3.1.7	<i>Etape 7 : Analyser les hypothèses et les risques.....</i>	<i>33</i>
3.1.8	<i>Etape 8 : Identifier les indicateurs de performance.....</i>	<i>36</i>
3.1.9	<i>Etape 9 : Elaborer une stratégie d'atténuation des risques.....</i>	<i>40</i>
3.2	PHASE 3 : BUDGETISATION ET CONTRACTUALISATION.....	42
3.2.1	<i>Etape 10 : Estimer le budget et définir les modalités de gestion.....</i>	<i>42</i>
3.2.2	<i>Etape 11 : Définir un calendrier de travail.....</i>	<i>45</i>
3.2.3	<i>Etape 12 : Contractualiser les rôles et les engagements de chaque acteur.....</i>	<i>47</i>
3.3	PHASE 3 : SUIVI-EVALUATION DES PERFORMANCES.....	49
3.3.1	<i>Etape 13 : Assurer une capacité de suivi des performances.....</i>	<i>49</i>
3.3.2	<i>Etape 14 : Assurer une capacité à rendre compte des résultats.....</i>	<i>51</i>
3.4	PHASE 4 : FORMULATION ET VALIDATION.....	54
3.4.1	<i>Etape 15 : Elaborer la matrice du cadre logique.....</i>	<i>54</i>
3.4.2	<i>Etape 16 : Ecrire le programme (fiche programme).....</i>	<i>56</i>
4	MISE EN ŒUVRE ET MESURES CONNEXES.....	59
4.1	ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE LA BUDGETISATION PAR PROGRAMME.....	60
4.1.1	<i>Au niveau institutionnel.....</i>	<i>60</i>
4.1.2	<i>Au niveau du MSPRH.....</i>	<i>60</i>
4.2	PERSPECTIVES ET MESURES D'ACCOMPAGNEMENT.....	61
4.2.1	<i>Résultats escomptés.....</i>	<i>61</i>
4.2.2	<i>Difficultés à prévoir.....</i>	<i>61</i>
4.2.3	<i>Défis à relever.....</i>	<i>62</i>
	ANNEXES.....	63
	ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE.....	63
	ANNEXE 2 : GLOSSAIRE.....	65
	ANNEXE 3 : PRINCIPALES SOURCES D'INFORMATION ET DE DOCUMENTATION SANITAIRE.....	66

ABREVIATIONS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDS	Agence Nationale de Documentation de la Santé
ANS	Agence Nationale du Sang
AO	Appel d'Offres
BP	Budget-programme
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CE	Commission européenne
CHU	Centre hospitalier Universitaire
CRS	Conseils Régionaux de la Santé
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DF	Direction de la Formation
DFC	Direction des Finances et du Contrôle
DFM	Direction des Finances et des Moyens
DGB	Direction Générale du Budget
DGFP	Direction générale de la Fonction publique (Secrétariat général du gouvernement)
DGPES	Direction Générale de la Pharmacie et des Equipements de santé
DGPPS	Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé
DGSSRH	Direction Générale des Services de Santé et de la Réforme Hospitalière
DMM	Direction des Moyens et Matériels
DP	Directeur de programme
DPAT	Direction de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
DPD	Direction de la Planification et du Développement
DPO	Direction de la Population
DRCC	Direction de la Réglementation, du Contentieux et de la Coopération
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSII	Direction des Systèmes d'Information et de l'Informatique
DSP	Direction de la Santé et de la Population
DSS	Direction des Services de Santé
DUE	Délégation de l'Union européenne
EH	Etablissement Hospitalier
EHS	Etablissement Hospitalier Spécialisé
EHU	Etablissement Hospitalier Universitaire
ENMAS	Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
GAR	Gestion axée sur les résultats
GBR	Gestion basée sur les résultats
IEVP	Instrument Européen de Voisinage et de Partenariat
INFPF	Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale
INSP	Institut National de Santé Publique
IPA	Institut Pasteur d'Algérie
LNCP	Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
MT	Maladies Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	Office Nationale des Statistiques
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PCH	Pharmacie centrale des hôpitaux

PEH	Projet d'établissement hospitalier
PNS	Plan National Stratégique
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RH	Ressources humaines
SDASMS	Sous-direction de l' Action Sanitaire en Milieux Spécifiques
SDBC	Sous-direction du Budget et de la Comptabilité
SDBC	Sous-direction du Budget et de la Comptabilité
SDC	Sous-direction du Contentieux
SDCG	Sous-direction du Contrôle de la Gestion
SDDA	Sous-direction de la Documentation et des Archives
SDEMM	Sous-direction des Equipements et du Matériel Médical
SDEPI	Sous-direction des Etudes et des Programmes d'Investissement
SDFC	Sous-direction de Formation Continue
SDFI	Sous-direction de Formation Initiale
SDMG	Sous-direction des Moyens Généraux
SDNMEAC	Sous-direction de la Normalisation des Moyens et de l'Evaluation des Activités et des Coûts
SDP	Sous-direction de la Planification ou Sous-direction des Personnels
SDPPI	Sous-direction de la Planification et des Programmes d'Investissement
SDR	Sous-direction de la Réglementation
SDSC	Sous-direction du Suivi de la Contractualisation
SDSI	Sous-direction des Systèmes d'Information
SDSS	Schéma Directeur Sectoriel de la Santé
SEMEP	Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive
SGBD	Système de gestion de base de données
SIDA	Syndrome Immunodéficience actif
SNAT	Schéma National d' Aménagement du Territoire (horizon 2025)
SRPF	Sous-direction Reproduction Planification Familiale
UAP	Unité d'appui au Programme (PASS)

AVANT PROPOS

En 2008, le Gouvernement Algérien a adopté le Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT horizon 2025), un programme d'investissement auquel est intégré le Schéma Directeur Sectoriel de la Santé (SDSS) d'un montant de près de 1.900 milliards de dinars (soit environ 19.4 milliards €).

Ce Schéma a pour objectif d'atteindre le niveau des indicateurs sanitaires des pays industrialisés d'une part et de réduire les écarts entre les différentes régions du pays d'autre part. Une stratégie sectorielle détaillant les actions et les ressources pour atteindre les objectifs structurels fixés et les résultats à moyen terme afin de traduire l'engagement du Gouvernement est en cours d'élaboration.

Cette initiative s'inscrit dans la ligne du Plan d'action du Gouvernement adopté en mai 2009, et prévoyant cinq volets d'intervention pour le secteur de la santé :

1. Rapprocher la santé du citoyen ;
2. Améliorer la qualité des prestations ;
3. Prendre en charge la transition démographique et épidémiologique ;
4. Atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
5. Rationaliser la Gestion du Secteur.

Dans ce contexte, un Manuel de construction du budget par programme a été élaboré et a fait l'objet d'une première édition en juin 2012 ventilée en 90 exemplaires. Pour parfaire le processus d'introduction de la méthodologie *ad hoc*, le présent Guide d'utilisation a été élaboré pour présenter une méthode pratique de construction du budget par programme.

La différence fondamentale entre ces deux outils est que le Manuel a pour objet de présenter les fondements à partir du contexte algérien et à la lumière des expériences internationales. L'aspect théorique y est développé, mais avec débordement sur les cas concrets. Le Guide, quant à lui a pour objet essentiel de se limiter à la dimension pratique – avec un bref rappel des concepts fondamentaux – et est destiné à la mise en œuvre pour la construction de programmes concrets, tels que le Plan Cancer.

Tant le Manuel que ce présent Guide – ainsi que les ateliers de formation y associés – ont été réalisés sur les ressources du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) – programme financé par la Commission européenne (CE) dans le cadre de l'Instrument Européen de Voisinage et de Partenariat (IEVP) inscrit dans le Programme Indicatif National (PIN) 2008- 2010.

Le PASS a pour objet d'appuyer le développement et le renforcement des capacités du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), de ses institutions sous tutelle et de ses niveaux opérationnels.

L'objectif visé est de favoriser la réalisation des projets de réforme sectorielle et de mieux gérer les programmes, les structures et les ressources (matérielles, financières et humaines), afin de garantir un accès équitable à des soins de qualité à la population algérienne.

Comme pour le Manuel, ce Guide est le produit d'une activité programmée dans le cadre du Devis-Programme de Croisière 1 (DPC1) du PASS mis en œuvre par le Groupement EPOS-GIZ.

Il a été réalisé à la suite d'une série de réunions au MSPRH et d'un atelier sur la budgétisation par programme tenu à Alger les 23 et 24 mai 2012 réunissant 35 participants du MSPRH : (i) Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, (ii) Direction Générale des Services de Santé, (iii) Direction de la Population et (iv) Sous-Direction du budget ainsi que de l'Institut National de la Santé Publique (INSP).

Ce document est un draft élaboré dans la perspective d'un nouvel atelier prévu à Alger le 17 janvier 2013 réunissant une vingtaine de participants du MSPRH : (i) Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, (ii) Direction Générale des Services de Santé, (iii) Direction des Finances et Moyens.

Le consultant remercie ses interlocuteurs pour leur disponibilité et leur accueil et en particulier le Dr Nasser Grim, Directeur du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS), le Dr Michael Niechzial, Chef d'Equipe de l'Unité d'appui au Programme (UAP) du PASS et le Dr Wahid Chabane, Expert principal Finances Publiques, PASS, ainsi que les équipes du PASS pour la parfaite organisation de la mission d'élaboration de ce Guide et leur disponibilité constante.

Il remercie également les équipes du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

Les éléments présentés dans ce Guide (version provisoire) n'engagent que le consultant. Ils ne reflètent pas nécessairement les positions du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, de la Commission européenne et du Programme d'Appui au Secteur de la Santé ainsi que des personnes agissant pour leur compte.

Unité d'Appui au Programme (UAP) / PASS,
Polyclinique Garidi II (à proximité de l'annexe de la mairie)
BP 41 CP 16056 Garidi II - Kouba - Alger
Téléphone : + 213 (0) 21 44 91 88 , LD / Fax : + 213 (0) 21 44 91 49

1 PRESENTATION DU GUIDE

1.1 Objectifs du Guide

L'objectif général du Guide est de fournir les éléments méthodologiques de construction du budget par programme. Ce Guide s'inscrit dans une perspective de renforcement des capacités au niveau central et décentralisé visant à améliorer la prise de décisions et obtenir une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des plans et programmes initiés par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) et de ses institutions et établissements sous tutelle.

Les objectifs spécifiques du Guide sont les suivants :

1. Rappeler succinctement le bien-fondé des réformes dans le domaine des dépenses publiques en Algérie visant à introduire le mécanisme de budgétisation par programme ;
2. Décrire les étapes de construction de la budgétisation par programme ;
3. Contribuer à mieux maîtriser la connaissance des actions engagées par les programmes (et établissements) et par conséquent mettre en relation les moyens mis en œuvre avec les résultats techniques obtenus afin de prendre les mesures d'efficacité et d'efficience optimale ;
4. Former à la discipline de budgétisation par programme le personnel directement engagé dans la formulation, l'exécution et l'évaluation des programmes,
5. Permettre à l'ensemble des autorités de supervision, parties prenantes et bénéficiaires des programmes d'améliorer leur niveau d'information sur les programmes ;
6. Améliorer la productivité du personnel impliqué dans la gestion des programmes et *in fine*, la performance globale des plans et programmes.

Pour illustrer la démarche de formation à la construction de la budgétisation par programme, ce Guide a été élaboré à partir d'une étude de cas : le Plan Cancer.

1.2 Remarques d'ensemble

Comme indiqué dans l'avant-propos, ce document est un draft élaboré dans la perspective d'un nouvel atelier prévu le 17 janvier 2013 à Alger. Il ne prétend pas apporter des éléments définitifs sur la question de la budgétisation par programme, et s'inspire très largement de la démarche recommandée par l'OMS et initiée par de nombreux pays¹.

Tout au plus, élaboré à la suite d'une concertation entre le MSPRH et le PASS, il a été rédigé dans l'esprit de stimuler les débats lors de cet atelier. Toutes les remarques et suggestions des participants en vue de sa formulation finale sont bienvenues. Après cet atelier, il sera également nécessaire de prévoir des séances de travail avec les cadres du MSPRH du niveau central et décentralisé afin de coller le plus possible avec la réalité algérienne.

Ce Guide, conçu pour favoriser le lancement de la démarche novatrice qu'est la mise en place de la budgétisation par programme – telle que formulée par le Gouvernement algérien – doit également être considéré comme un élément d'un ensemble plus vaste ayant trait aux questions de politique de santé, d'une part, et aux questions de gouvernance, de l'autre.

Pour que la mise en œuvre de la budgétisation par programme se fasse dans les meilleures conditions, il est nécessaire de s'appuyer sur un corpus de documents connexes auxquels le PASS apporte sa contribution en concertation étroite avec le MSPRH. En particulier, il doit être exploité en tenant compte du Manuel de procédures destiné, quant à lui à :

1. Fournir un cadre formel d'exécution des opérations à caractère administratif, financier et comptable dans le cadre d'une budgétisation par programme ;

¹ Annexe 1 : Bibliographie.

2. Fixer les procédures d'exécution des dépenses dans les conditions garantissant un contrôle interne efficace, en formalisant les contrôles à effectuer au sein des programmes et définir les responsables de ceux-ci à chaque étape du circuit des documents ;
3. Décrire les procédures à mettre en œuvre par l'ensemble du personnel comptable et administratif ainsi que les tâches qui lui incombent ;
4. Permettre d'utiliser de façon optimale, pour une meilleure efficacité des actions engagées, l'ensemble des moyens mis en œuvre tels que le personnel, le matériel et les ressources financières.

2 JUSTIFICATION ET PRESENTATION DE LA BUDGETISATION PAR PROGRAMME

Ce chapitre vise essentiellement, d'une part à préciser les fondements pratiques de la budgétisation par programme et d'autre part à fournir un cadre formel d'exécution des opérations à mener pour en assurer la construction.

2.1 Justification

En premier ressort, il nous semble important de préciser les points suivants :

- La mise en place de la budgétisation par programme en Algérie est une composante fondamentale des réformes en cours des finances publiques visant à moderniser l'actuel dispositif budgétaire national, avec comme premier pilier la redéfinition de la nomenclature budgétaire permettant la gestion des programmes et la budgétisation axée sur la performance².
- Conformément à la Loi Organique des Finances du 07/07/1984 amendée en 2008, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) figure parmi les huit ministères retenus pour l'application de cette nouvelle loi, afin de faire leur prévision des dépenses sous forme de budget-programme à partir de 2011.
- De fait, certaines Directions du MSPRH telles que la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé et la Direction de la Population ont déjà une première pratique de la budgétisation par programme, même si cette pratique se heurte encore à des difficultés techniques, qu'il s'agit de réduire (notamment par une meilleure articulation de la question de la budgétisation par programme avec d'une part les questions de planification et d'autre part de suivi-évaluation).
- La mesure des performances à laquelle entend contribuer la mise en place de la budgétisation par programme est perturbée par les insuffisances du système d'information global ainsi que des outils de pilotage et d'évaluation de la performance avec les tableaux de bord permettant d'assurer un suivi continu à l'aide d'indicateurs clés. Le MSPRH assure le suivi de sa politique sanitaire par des données administratives, des statistiques sanitaires et des études quantitatives et qualitatives. Mais les indicateurs sont produits de manière cloisonnée, restent fragmentés entre les différentes directions du Ministère et demeurent de fiabilité douteuse.
- De fait, l'appui réalisé par le PASS en matière de réforme des dépenses publiques dans le secteur de la santé s'articule avec les autres actions (i) de restructuration du SNIS en cours de mise en œuvre par le PASS financé par l'UE et (ii) d'appui à la mise en œuvre des revues des dépenses publiques et d'amélioration de l'efficacité de la dépense de santé par la Banque Mondiale avec le concours de la BAD.

² Pour mémoire, les autres piliers validés par le Gouvernement sur la base des travaux de la Commission interministérielle pour l'amélioration de la gestion des finances publiques - Ministère des Finances, mars 2006, sont (i) le nouveau système de rapports qui renforcera la transparence et le pouvoir de contrôle du Parlement, et (ii) le cadre de dépenses à moyen terme qui intégrera les budgets d'investissement et de fonctionnement.

◆ **Constats**

Ainsi, comme on peut le constater, et à l'instar de nombreux pays en transition et en développement, le processus budgétaire en Algérie est caractérisé par d'importants écarts:

- entre les prévisions de dépenses et les dépenses réelles,
- entre les résultats attendus et les résultats atteints.

◆ **Causes**

Cette situation est due à certains facteurs liés aussi bien à la préparation qu'à l'exécution du Budget.

▪ **Au niveau de la préparation du Budget**

On peut citer les facteurs suivants :

- préparation du budget limitée à une reconduction des budgets annuels précédents (principe de services votés) ajustés par un ou des facteur(s) tenant compte des conditions macro-économiques et de la conjoncture économique (inflation) ;
- utilisation d'une budgétisation par poste budgétaire et non par activité / résultat ;
- surestimation des ressources financières ou des capacités techniques à exécuter le budget préparé.

▪ **Au niveau de l'exécution du Budget**

On peut citer les facteurs suivants :

- le manque de transparence dans le processus d'arbitrage et d'exécution budgétaire. Les budgets de certains programmes sont parfois réduits au profit d'autres programmes sans que les bénéficiaires (le MSPRH et les autres ministères sectoriels concernés, et ce, aux différents niveaux) ne soient réellement associés au processus de décision ;
- des retards dans la mise en œuvre des activités qui s'expliquent par des procédures de décaissement complexes et peu efficaces ;
- des procédures budgétaires rigides qui ne permettent pas au MSPRH de réallouer facilement des ressources entre les activités ou entre les programmes en cours d'année lorsqu'il en éprouverait le besoin ;
- des systèmes de contrôle et d'audit budgétaires probablement lourds et pas toujours très performants.

◆ **Conséquences**

La combinaison de ces facteurs a pour conséquences :

- une mauvaise allocation des ressources : les dépenses publiques ne sont pas toujours orientées vers les secteurs prioritaires et/ou que les programmes / wilayas ne sont pas toujours dotés suivant des principes d'équité ou de rationalité ;
- une planification technique du MSPRH souvent irréaliste parce qu'ignorant *a priori* les disponibilités financières à court et moyen terme ;
- une inflation des coûts, du fait que les opérateurs répercutent sur les prix les incidences financières liées aux retards de paiement ;
- une faible performance des programmes, une insatisfaction des usagers (services rendus insuffisants ou de mauvaise qualité) et une fragilisation des opérateurs (problèmes de trésorerie, défaillances techniques, etc) ;
- une faible performance des agents techniques et des décideurs publics ainsi qu'une déresponsabilisation dans la gestion des ressources financières ;
- l'inexistence d'une obligation de résultats.

◆ **Objectifs et cadre de travail**

Face à cette situation, il y a lieu d'instaurer un nouveau cadre de gestion qui mette l'accent sur la performance du MSPRH et organismes sous sa tutelle dans l'atteinte des résultats en fonction d'objectifs préétablis, rendus publics et mesurés à l'aide d'indicateurs, sur le respect du principe de transparence et, surtout une imputabilité accrue de l'administration devant le Parlement. Il s'agit ici de reconnaître le bien fondé des réformes prévues en Algérie visant la mise en place de la Gestion basée sur les résultats (GBR)³.

■ **Gestion basée sur les résultats (GBR) :**

Présentation d'ensemble de la GBR :

La GBR consiste à passer d'un budget en lignes basé sur une logique de moyens (inputs), à un budget basé sur une logique de résultats (output) en substituant à l'organisation administrative une organisation par programmes regroupant des activités fondées sur des objectifs communs.

La GBR est :

- un processus de formulation d'objectifs et de résultats escomptés, justifiant les ressources requises qui sont planifiées, déclinées et liées aux outputs nécessaires pour l'atteinte des résultats escomptés.

Nota : les résultats escomptés justifient les besoins en ressources, ce qui implique une définition claire des produits et services nécessaires pour atteindre ces résultats escomptés. La performance réelle dans l'accomplissement des résultats est mesurée objectivement par un indicateur de performance.

Se focaliser sur les résultats permet aux intervenants de gagner en crédibilité, de montrer plus de responsabilité face à la collectivité, aux bénéficiaires, aux donateurs et rend leurs décisions plus sûres et plus cohérentes.

- est facile à comprendre et simple à mettre en œuvre,
- s'applique à tous les projets et programmes lorsque cela est possible,
- rend facile la collaboration avec les intervenants et la conclusion d'une entente avec ces derniers,
- clarifie la responsabilité pour l'obtention des résultats,
- encourage le partage de l'information et une meilleure consignation des résultats,
- introduit un changement majeur dans la manière de raisonner par rapport à l'affectation des ressources disponibles ; ce changement marque en effet une rupture avec la pratique traditionnelle de procéder (laquelle consiste à estimer d'abord les ressources disponibles pour décider ensuite seulement ce qu'il faut faire et comment) alors que l'approche de la GBR définit d'abord ce qui devrait être fait et comment (pour décider ensuite seulement des ressources nécessaires).

Objectifs visés par la GBR :

- La transparence dans la gestion des Finances Publiques ;
- Un souci d'efficacité, d'efficience et d'allocation optimale des ressources publiques favorisant un véritable impact sur les services sociaux de base ;
- L'accroissement de la prévisibilité des ressources et des dépenses à travers l'introduction d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme ;
- La budgétisation de toutes les aides extérieures ;
- La mise en œuvre d'un vrai et équitable partenariat favorisant une meilleure coordination des bailleurs de fonds à travers un budget unifié ;
- La fongibilité de l'aide budgétaire.

³ Egalement appelée Gestion axée sur les résultats (GAR), ou encore Gestion budgétaire par programme (GBP), ou Gestion budgétaire par objectif (GPO), ou Gestion axée sur la performance (GAP), etc.

Principaux concepts de la logique de programme

Le schéma suivant définit les principaux concepts de la logique de programme. Il s'inspire de ce qui a été mis en place à l'OMS, mais peut tout aussi bien concerner le MSPRH, *mutatis mutandis* :

Schéma de la logique de programme		
Vision du Gouvernement algérien	↔	Objectif de développement global auquel le MSPRH va contribuer à travers la réalisation de ses objectifs.
↓ ↓		↓ ↓
Objectifs du MSPRH	↔	Ce que le MSPRH s'engage à réaliser à moyen terme ; Ceci implique un processus de changement, visant à répondre à des besoins identifiés, résultats de l'accomplissement de certains résultats escomptés.
↓ ↓		↓ ↓
Résultat escompté du MSPRH au niveau de l'ensemble	↔	Ce que le MSPRH a l'intention d'accomplir en tant que conséquence de ses actions ; résultat souhaité impliquant des avantages pour les bénéficiaires et dont la responsabilité incombe aux gestionnaires du MSPRH
↓ ↓		↓ ↓
Résultat escompté du MSPRH au niveau spécifique	↔	Réalisation attendue mesurable d'un Programme pour une période spécifique exprimant la contribution du Programme au résultat escompté particulier mentionné dans le budget programme.
↓ ↓		↓ ↓
Produits & services	↔	Produit : résultat final et observable d'une activité ou d'une combinaison d'activités ; Exemple : Document technique, outils, un réseau de recherche, base de données, etc. Prestation continue et résultat identifiable en tant que conséquence d'une activité ou d'une combinaison d'activités visant à réaliser des acquis en matière de santé.
↓ ↓		↓ ↓
Activités	↔	Une série de tâches étroitement liées et nécessaires à la réalisation d'un produit et/ou d'un service.

Source: d'après OMS, Guide de GBR pour l'élaboration des plans Pays au Maghreb, 2006

En instaurant la GBR, on vise à :

- permettre une appropriation des plans de travail à tous les niveaux ;
- encourager la consultation et la collaboration au sein de l'organisation ;
- s'assurer que les actions soient plus clairement concentrées sur les priorités ;
- développer l'obligation de rendre compte ("Accountability") ;
- utiliser le budget pour les priorités convenues et les résultats escomptés ;
- développer le système d'information pour la gestion et la prise de décision.

Ainsi, les programmes constituent en quelque sorte une chaîne de résultats qui contribuent à la réalisation des objectifs du MSPRH et permettent à ce dernier d'atteindre le but fixé dans la Politique de santé en Algérie.

- **Programme** : Un programme est défini comme un ensemble d'actions ou d'activités coordonnées dans le temps et dans l'espace destinées à atteindre des résultats objectivement vérifiables. Le temps ici, c'est le moyen terme c'est-à-dire de 2 à 5 ans (autrement dit : c'est un

ensemble d'activités ayant un même but et contribuant à atteindre les objectifs globaux définis par le Gouvernement dans le cadre de sa planification stratégique).

Les spécifications d'un Programme sont les suivantes :

- la structure programmatique doit découler de la mission du MSPRH définie par le Gouvernement algérien ;
- les programmes doivent être associés à des priorités stratégiques identifiées dans la phase de planification ;
- un programme doit être indépendant d'autres programmes et avoir une stratégie propre ;
- il doit regrouper des activités formant un tout organique et cohérent ;
- une chaîne de responsabilité indépendante doit être associée à chaque programme ;
- l'affectation du personnel doit être exempt d'ambiguïté et ne pas contredire la chaîne de responsabilité ;
- la structure programmatique doit être exhaustive par rapport à la mission du MSPRH.

L'instrument de mise en œuvre de la GBR est le Budget-programme accompagné de l'institutionnalisation de la responsabilisation des acteurs intervenant dans le processus.

Le budget programme est :

- un document explicatif joint au projet de loi de finances précisant les objectifs du ministère, les programmes qui y concourent et les moyens qu'il y consacre.
- un cadre de dépenses sectoriel à court et moyen termes liant les ressources aux résultats attendus des divers centres de responsabilité d'une organisation.
- un outil de planification et de gestion qui, à terme, participera au but recherché (assainissement des finances publiques, amélioration des indicateurs de couverture sanitaire, réduction de la pauvreté, etc.).

Au niveau du MSPRH, un BP répond à ces spécifications, en étant ciblé sur des actions spécifiques telles que la lutte contre les maladies.

Caractéristiques des budgets-programmes :

Les budgets programmes permettent de réaliser :

- L'accroissement de l'impact des dépenses publiques sur la croissance et la réduction de la pauvreté.
- Le rapprochement entre les besoins et les ressources en vue de l'adaptation au cycle budgétaire annuel.
- La hiérarchisation des besoins en fonction de leur degré de priorités et leur harmonisation avec les perspectives de ressources.
- La prévision des ressources internes et de l'aide extérieure disponible dans un cadre pluriannuel
- La planification des dépenses dans une perspective à moyen terme.
- La définition d'un cadre de ressources cohérent et réaliste favorable à l'atteinte des objectifs fixés (création d'un environnement macroéconomique équilibré, amélioration de la couverture sanitaire, etc.).
- Un système de répartition des ressources plus conforme aux priorités stratégiques et intra-sectorielles dans le cadre d'une discipline budgétaire rigoureuse
- La formulation d'un modèle clair et logique qui lie les ressources aux résultats prévus
- La détermination d'une stratégie de mesure de rendement permettant de suivre les progrès
- La responsabilisation des administrations gestionnaires de crédits.

2.2 Présentation

2.2.1 Principes de mise en œuvre

La mise en œuvre de la GBR est fondée sur six grands principes :

- **Simplicité**

La GBR est un outil de gestion simple qui peut aider les parties prenantes à définir et à accomplir des résultats réalistes. La meilleure stratégie est compréhensible et facile à mettre en œuvre.

- **Apprendre par l'action**

L'expérience de terrain, souvent basée sur des tentatives ou des erreurs, est un élément indispensable du développement des capacités d'une structure et permet d'améliorer la gestion de projets. Ainsi, la GBR doit être mise en œuvre sur une base itérative, affinant les stratégies en fonction de l'expérience et des « leçons apprises ». En utilisant la GBR, les parties prenantes améliorent leur expertise et capitalisent l'expérience obtenue lors des projets réalisés. Au fur à mesure de la sensibilisation des parties prenantes à la GBR, elles réalisent que leur apport à la gestion du projet peut être plus efficace. C'est fondamentalement un processus d'apprentissage continu et évolutif. L'évaluation est, dans ce cadre, un bon outil pour remonter l'information.

- **Flexibilité**

La GBR peut être utilisée dans de nombreux contextes et dans de nombreux aspects des opérations courantes de la gestion de projet. Dans le cas de projets préexistants, la GBR peut être intégrée durant le processus.

- **Partenariat**

Afin que la GBR soit efficace, les résultats escomptés doivent être définis et validés par les parties prenantes du projet, à travers un processus de construction consensuel. Ce processus améliore le sentiment d'appropriation des parties prenantes et renforce leur engagement pour le « monitoring ». Il améliore la qualité, l'efficacité et la durabilité des projets.

- **Redevabilité**

Le partage des responsabilités. La meilleure façon d'augmenter la redevabilité des parties prenantes est de définir et de valider en commun la prise de décision, ainsi que de clairement définir les responsabilités de chacun. De cette manière, la participation est un élément clé de la redevabilité lors de la mise en œuvre d'un projet.

- **Transparence**

La transparence du processus doit être totale. Les résultats escomptés et les indicateurs correspondants doivent être clairement identifiés afin que les résultats puissent être mesurables. À travers la mise en œuvre d'un Cadre de Mesure de la Performance (CMP), l'information collectée pourra être utilisée pour la préparation de rapports mieux documentés qui pourront être utiles pour l'apprentissage et l'efficacité du processus de prise de décision. Et ce, aussi bien si les observations sont positives que si elles sont négatives.».

2.2.2 Définitions et concepts fondamentaux

Note préliminaire : Dans cette section ne seront présentés que les termes et concepts jugés les plus importants dans le cadre de ce Guide. Cependant, le lecteur trouvera en annexe⁴ un complément qui pourra s'avérer utile pour une meilleure compréhension de la démarche ainsi que pour la mise en place d'une terminologie commune à l'ensemble du MSPRH.

- **Contractualisation** : La contractualisation entre le niveau central et les services déconcentrés, formalisée dans des documents appelés « budgets-programmes » ou « contrats d'objectifs », permet aux administrations déconcentrées, sous contrôle du niveau central, de gérer sous leur

⁴ Annexe 2 : Glossaire.

responsabilité les ressources techniques, humaines et financières mises à leur disposition dans les limites de leur compétence territoriale.

- **Globalisation des crédits :** Cette méthode permet au service déconcentré de gérer les crédits délégués avec la possibilité de transfert d'une ligne budgétaire à l'autre. Ceci est une réforme très innovante adoptée avec succès dans certains pays comme le Maroc qui dote d'une certaine souplesse le système d'engagements et de gestion des dépenses et de financement des services.
- **Ressources :** Les ressources allouées aux programmes :
 - ne sont pas seulement des ressources financières, mais aussi des ressources humaines, des moyens de gestion, de la connaissance (savoir faire des professionnels) et des données,
 - doivent être proportionnées les unes aux autres. Des moyens objectifs doivent permettre de déterminer le niveau de ressources requis,
 - doivent être en cohérence avec les objectifs.
- **Nomenclature Budgétaire :** Les lignes budgétaires sont généralement ramenées à trois lignes essentielles : (i) Salaires, (ii) Biens et services et (ii) Investissement (avec bien sûr des subdivisions).

Le gestionnaire du programme doit disposer d'une autonomie de gestion pour réaffecter les fonds entre biens et services et investissement.

- **Autonomie de Gestion**
 - Les programmes ont leurs moyens propres ;
 - Ils peuvent avoir une comptabilité séparée ou (au minimum) pouvoir être isolés dans la comptabilité analytique ;
 - Le responsable de programme reçoit un mandat de gestion qui définit ses moyens et objectifs et qui est révisé annuellement.
- **Responsabilité des gestionnaires**
 - Des règles précises doivent définir comment le gestionnaire de programme peut engager des crédits ;
 - Les responsables de programmes doivent recevoir un ordre de mission détaillant leurs objectifs, leurs moyens et précisant leurs responsabilités ;
 - Un cadre législatif et réglementaire approprié doit être mis en place pour détailler la responsabilité des gestionnaires ;
 - Des procédures de contrôle interne et externe doivent être mises en place.
- **Outils de mise en œuvre**
 - 1. La classification budgétaire et les outils informatiques ;
 - 2. La documentation des programmes ;
 - 3. Le cadre réglementaire définissant la responsabilité des gestionnaires ;
 - 4. Le contrôle des objectifs.
- **Classification Budgétaire traditionnelle**
 - 1. La Classification Administrative : Classification par ministères, agences, entités territoriales (dimension géographique) ;
 - 2. La Classification Économique : Classification par catégories économiques (salaires, dépenses de fonctionnement, investissement) ;
 - 3. La Classification Fonctionnelle : Classification par zones de l'activité gouvernementale (services sociaux, services économiques, etc.) ;
 - 4. La Classification par l'origine des fonds (Etat, PTF, ménages).

▪ **Nouvelle classification**

- La GBR introduit un nouvel élément de classification : La classification par programmes et par objectifs politiques ;
- La nouvelle classification budgétaire nécessite certaines adaptations du plan comptable pour assurer le lien entre les deux types de classification.

▪ **Structure de la classification** : La nouvelle classification doit pouvoir être désagrégée en plusieurs niveaux indépendamment des niveaux de l'organisation territoriale :

- Plans ;
- Programmes ;
- Sous-programmes ;
- Activités et projets ;
- Actions, tâches, etc.

Il faut trouver le niveau de désagrégation optimal.

▪ **Activités et Projets** : les activités sont permanentes tandis que les Projets sont temporaires.

- Les projets sont souvent des investissements (construction d'infrastructures par exemple)
- La distinction entre activités et projets est souvent liée à la distinction entre un budget opérationnel et un budget d'investissement qui peuvent eux-mêmes avoir des fonds d'origines différentes

▪ **Structure des Codes Informatiques** : Au plan informatique, cela consiste à introduire un nouveau segment dans le code pour identifier programmes, sous-programmes, activités, et plus si nécessaire.

▪ **Tables de Passage** : Les tables de passage assurent la transcription de la nomenclature de programme dans l'ancienne nomenclature.

- Dans une phase de transition, il peut être utile de maintenir deux présentations du budget ;
- Les éléments pluriannuels des dépenses déjà engagées doivent pouvoir se traduire dans les deux nomenclatures ;
- Il ne faut pas perdre l'historique des données.

▪ **Gestion du Personnel** : Il est indispensable de savoir nominalement quel personnel est affecté à quel plan, programme, sous-programme, activité, etc., et de pouvoir connaître les coûts salariaux. Cela suppose souvent une modification des systèmes de gestion du personnel et de paiement des salaires. Cette étape ne doit pas être négligée.

▪ **Documentation des Programmes** : La documentation des programmes doit comporter :

- Une présentation des objectifs et de leurs liens avec la stratégie sectorielle santé ;
- La structure de gestion du programme et la structure des sous-programmes et activités ;
- Une description des activités passées ;
- Une description des activités futures, continuité des activités anciennes, nouvelles activités ;
- Un budget pluriannuel ;
- Des indicateurs de performance.

▪ **Responsabilité du Ministère des Finances** :

- Vérifier la conformité des programmes avec la politique du Gouvernement ;
- Faire si besoin est des arbitrages budgétaires entre secteurs et entre programmes en fonction de leur impact et de leur rôle pour atteindre les objectifs globaux du Gouvernement ;

- Vérifier que l'utilisation des crédits est conforme au budget ;
 - Surveiller l'environnement macro-économique et avertir de tout changement pouvant impacter les programmes.
- **Responsabilité de la Cour des Comptes :**
- Vérifier la conformité des programmes avec la politique du Gouvernement ;
 - Vérifier que l'utilisation des fonds est conforme aux objectifs du programme ;
 - Vérifier que les gestionnaires agissent dans le cadre de leur mandat ;
 - Détecter les anomalies de gestion ;
 - Vérifier l'efficacité respective de chaque programme.

2.2.3 Etudes de cas

a) La méthode d'examen et de planification des programmes (modèle OMS)

Cette méthode est employée par l'OMS et se sert d'un document intitulé : document de la Mission conjointe d'examen et de planification des programmes⁵.

Ce document est une référence qui reflète les besoins sanitaires du pays et les priorités des programmes nationaux et qui exprime un accord mutuel entre l'OMS et le Gouvernement sur les domaines de coopération prioritaires et les résultats escomptés des programmes de collaboration.

Nota : cet exemple présenté dans cette section permet de montrer que ce type de démarche peut s'appliquer par exemple dans le cadre d'une mission conjointe entre les services centraux du MSPRH et les directions de santé de wilaya concernées par la mise en place d'un programme. Ce processus donnera lieu à un accord entre les deux parties (contractualisation).

Pour la démarche mise en place par l'OMS présentée au travers de cette étude de cas, il s'agit d'un processus de programmation qui se mettra en œuvre dans le cadre d'un exercice de planification appelé examen conjoint et planification des programmes réalisé à la faveur d'une mission conjointe de revue des programmes. Les objectifs de cet exercice sont :

- examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre des programmes de collaboration entre les deux parties concernées (OMS et pays, ou services centraux du MSPRH et les directions de santé de wilayas concernées) ;
- arrêter, en accord entre les deux parties concernées, les priorités pour la coopération et la réponse attendue de la part du Secrétariat de l'OMS (ou des services centraux) ;
- planifier le(s) programmes concernés.

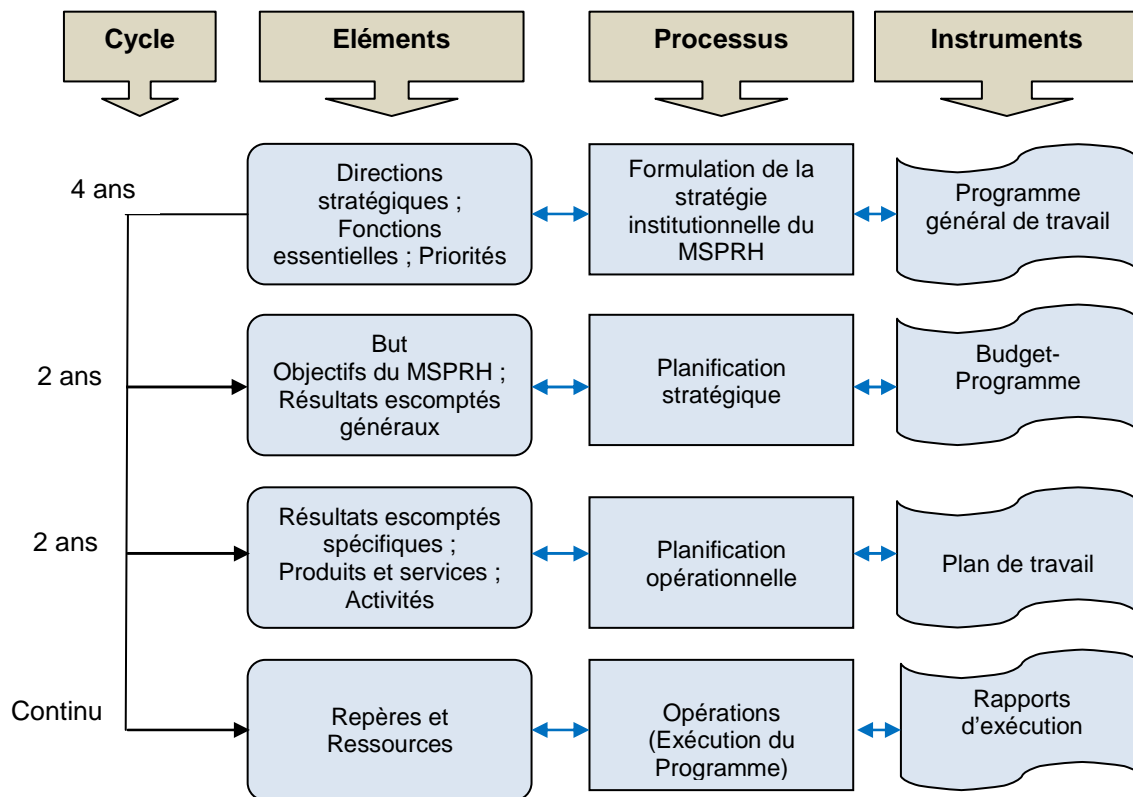
Cet instrument est utilisé par l'OMS pour décliner par région et par pays son Programme général de travail lequel comprend les orientations stratégiques et les fonctions essentielles ainsi que les priorités pour une période déterminée.

Le document après finalisation et approbation par la Direction Régionale devient le plan de travail pour le prochain cycle de planification.

⁵ Cette présentation se base sur le Guide de la Gestion basée sur les Résultats pour l'élaboration des plans Pays au Maghreb/OMS, 2006. Pour mémoire, ce guide concerne la mise en place de méthodes de planifications applicables spécifiquement à l'Algérie, le Maroc et la Tunisie. Des adaptations ont toutefois été faites pour « coller » au mieux à la situation algérienne.

▪ Schéma d'ensemble

Schéma de planification des programmes et de cadre de gestion



Source: d'après OMS, *Guide de GBR pour l'élaboration des plans Pays au Maghreb, 2006*

L'examen conjoint et planification des programmes et cadre de gestion de l'OMS est amorcé par l'envoi par le Bureau Régional de l'OMS des directives pour la préparation des missions conjointes d'examen et de planification des programmes pour le prochain cycle de planification. Celles-ci décrivent et indiquent :

- le cadre directeur ;
- les orientations stratégiques ;
- les fonctions essentielles ;
- les priorités mondiales et régionales ;
- les principes directeurs pour la planification des programmes ;
- et l'enveloppe budgétaire allouée au titre du cycle de planification.

L'équipe chargée de cet examen comprend des membres du Secrétariat de l'OMS et des responsables nationaux parmi lesquels un point focal est nommé. Elle conduit un processus de large consultation et d'information auprès des autorités, des responsables des programmes nationaux centré sur les enseignements à tirer de la période écoulée et sur les priorités à retenir pour le prochain cycle de planification.

▪ Exemple d'orientations stratégiques de budget-programme pour un exercice donné (par exemple sur deux ans)

- Renforcement de la sécurité sanitaire ;
- Accélération des progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

- Capacité de réaction face à la charge croissante des maladies transmissibles (et non transmissibles) et des traumatismes ;
- Promotion de l'équité dans le domaine de la santé ;
- Responsabilisation.
- **Exemple de domaines d'activités pouvant bénéficier de ressources budgétaires supplémentaires (conformément à une résolution ou une directive)**
 - Alerte et action en cas d'épidémie ;
 - Pour une grossesse sans risque ;
 - Santé de l'enfant et de l'adolescent ;
 - Surveillance, prévention prise en charge des maladies chronique non transmissibles ;
 - Lutte antitabac ;
 - Planification, coordination des ressources et surveillance.

A l'issue de sa mission, l'équipe prépare un rapport dont la structure figure dans l'encadré suivant :

Structure du rapport de mission d'examen et de planification des programmes

Structure du rapport de mission	
Chapitre 1 :	Situation nationale en matière de santé et de développement sanitaire
Chapitre 2 :	Principales questions nationales
Chapitre 3 :	Cadre stratégique de coopération
Chapitre 4 :	Programmes nationaux et programmes de collaboration
Chapitre 5 :	Budget pour la période biennale

▪ **Informations contenues dans le plan de travail**

Afin de se conformer aux principes de la gestion basée sur les résultats, l'OMS prescrit un format spécifique des données contenues dans les plans de travail (encadré suivant) :

Informations sur les résultats

Résultat escompté
<ul style="list-style-type: none"> - Titre - Description - Référence à un résultat escompté - Responsables - Partenariats - Valeur de référence et cible (pour chaque indicateur) - Budget approuvé par source de fonds - Coûts totaux planifiés pour les activités - Coûts totaux planifiés pour le personnel

Produits ou services
<ul style="list-style-type: none"> - Titre - Description - Référence à un résultat escompté - Responsables - Dates prévues (début et fin) - Repère(s) - Date butoir pour atteindre chaque repère. - Coûts planifiés des produits ou services - Budget approuvé par source de fonds
Activités
<ul style="list-style-type: none"> - Titre - Description - Référence aux produits ou services correspondants - Responsables - Dates prévues (début et fin) - Coûts planifiés des activités

Cette structure des données exigées dans le plan de travail indique le travail à accomplir en matière de planification ainsi que les spécificités de la GBR.

▪ **Exigences du processus de préparation du plan**

Le processus d'élaboration du plan vise à assurer que les programmes s'inscrivent dans la ligne de la politique de santé nationale et renforcent les capacités nationales pour réaliser les objectifs et les aspirations en matière de santé.

Or, lors des cycles précédents de planification, il y avait peu d'articulation entre ce qui était exposé dans le budget programme stratégique et qui était finalement planifié en termes opérationnels.

Pour les cycles futurs, l'explicitation de la manière dont l'exécution des programmes est liée aux objectifs à court et moyen terme de la coopération et dont cela contribue aux engagements mondiaux et régionaux devient une exigence majeure.

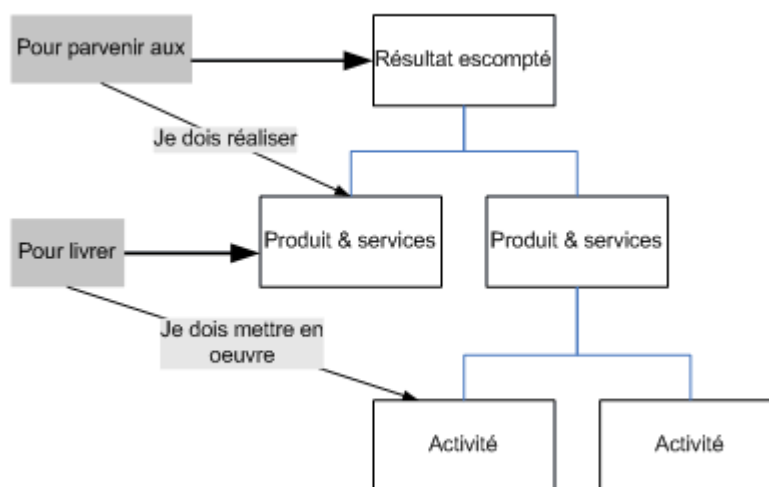
Ceci permet de s'assurer que ces ressources sont utilisées de manière optimale par rapport aux objectifs de la politique de santé.

Au niveau opérationnel – pour le cas spécifique de l'Algérie – ces exigences correspondent à la nécessité de :

- définir les résultats escomptés (RE) du programme à atteindre durant une période de 2 ans sur l'ensemble du territoire national ;
- démontrer la contribution des RE au niveau de chacune des 48 wilayas aux résultats escomptés communs à tout le niveau national et l'ensemble de l'organisation du programme et tels qu'ils sont mentionnés dans le budget programme ;
- spécifier les produits et services nécessaires et suffisants pour obtenir les RE au niveau de chacune des 48 wilayas ;
- refléter dans les plans de travail la relation de cause à effet entre ces éléments.

▪ Relations de cause à effet entre niveaux

Schéma de relations de cause à effet entre niveaux



- définir pour chaque produit ou service un repère qui permettra la surveillance des progrès dans l'exécution ;
- estimer les coûts prévus par activité ;
- définir le budget ;
- préciser le calendrier de mise en œuvre ;
- définir les responsabilités dans la mise en œuvre ;
- se conformer aux modèles de tableaux, rapports, etc. en vigueur.

b) Le Plan Cancer

De façon à donner un aperçu concret de la construction d'un Programme (ou d'un Plan), le présent Guide se base sur le Plan Cancer 2009-2013 en France, à partir duquel des enseignements utiles peuvent être tirés pour la formulation du Plan Cancer en Algérie.

Ce plan est construit autour de 5 axes : Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer⁶.

Le Plan Cancer comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes. Six mesures parmi les 30 ont été identifiées comme « phare ». Le coût total des mesures du Plan Cancer 2009-2013 est d'environ 2 milliards d'euros dont 1,250 milliard au titre de l'Assurance Maladie.

Le Plan Cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 ». La mise en œuvre du Plan Cancer, s'est caractérisée par la consolidation des acquis permis par le plan précédent, mais également par l'initiation d'actions répondant à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du Plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;

⁶ Principales missions des agences sanitaires, Ministère de la Santé (France), mars 2011

- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Un comité de pilotage interministériel présidé par le directeur général de la santé assure le suivi de la mise en œuvre du plan, avec la collaboration de l'Institut National du Cancer (INCa).

L'INCa est le référent en matière de pathologies cancéreuses au sein des entités publiques de l'Etat ou relevant de l'Etat. Il apporte son expertise en cancérologie tant aux administrations de l'Etat, aux caisses d'assurance maladie, qu'aux autres agences ou aux établissements publics à caractère scientifique et technologique. L'INCa assure le suivi des actions du plan grâce à une équipe dédiée.

Le suivi du Plan Cancer 2009-2013, dont la coordination est confiée à l'INCa, comprend trois dimensions, qui constituent les éléments de pilotage de sa mise en œuvre :

- le suivi des indicateurs de résultats
- le suivi de l'avancement des actions
- le suivi de l'exécution budgétaire

Ce triple suivi est retracé pour chaque mesure du Plan Cancer à travers un document de synthèse comprenant 30 fiches mesures, qui sont complétées et actualisées chaque trimestre pour le comité de pilotage.

Au fur et à mesure de la présentation des étapes de construction présentées dans la section suivante sera fait référence au Plan Cancer 2009-2013 proposé, mais aussi au Plan Cancer précédent 2003-2007 dans la mesure où le Plan Cancer 2009-2013 a été élaboré en tenant compte des acquis et des dysfonctionnements de l'exercice antérieur, tels que mis en évidence par la Cour des Comptes, dans le cadre de son rapport public thématique « la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007 »⁷ dont il sera fait largement référence dans la suite de ce Guide.

2.2.4 Etapes de construction

Dans l'étude de cas présentée à la section précédente, nous avons vu comment l'OMS s'était engagée sur la Gestion basée sur les résultats. Dans la mesure où l'Algérie et en particulier le MSPRH s'inscrit clairement dans ce cadre, celui-ci peut être appliqué *mutatis mutandis* pour la formulation et l'exécution des programmes de santé. Ce cadre de gestion met l'accent sur la performance à tous les niveaux de gestion des programmes et sur l'atteinte des objectifs stratégiques en fonction de résultats escomptés, produits et services préétablis et mesurés à l'aide d'indicateurs.

Que faut-il alors faire ici en Algérie pour mettre en œuvre cette approche de GBR dans le processus de planification ? Pour répondre à cette question, le schéma suivant expose et décrit les différentes phases et étapes pour implanter et appliquer ce mode de gestion.

▪ Phase 1 : Identification et planification

- Etape 1 : Préparer l'information nécessaire ;
- Etape 2 : Analyser les problèmes ;
- Etape 3 : Définir la vision, les objectifs, les stratégies et les résultats escomptés ;
- Etape 4 : Définir les produits ou services ;
- Etape 5 : Décrire les activités et les responsabilités ;
- Etape 6 : Vérifier les relations de cause à effet (ou chaîne de résultats) ;
- Etape 7 : Analyser les hypothèses et les risques ;
- Etape 8 : Identifier les indicateurs de performance ;

⁷ Rapport public thématique « la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007 », Cour des Comptes, juin 2008.

- Etape 9 : Elaborer une stratégie d’atténuation des risques.

- **Phase 2 : Budgétisation et contractualisation**

- Etape 10 : Estimer le budget et définir les modalités de gestion ;
- Etape 11 : Définir un calendrier de travail ;
- Etape 12 : Contractualiser les rôles et les engagements de chaque acteur.

- **Phase 3 : Suivi-évaluation des performances**

- Etape 13 : Assurer une capacité de suivi des performances ;
- Etape 14 : Assurer une capacité à rendre compte des résultats.

- **Phase 4 : Formulation et validation**

- Etape 15 : Elaborer la matrice du cadre logique ;
- Etape 16 : Ecrire le programme (fiche programme).

Ces différentes phases et étapes sont détaillées dans le chapitre suivant avec, pour chacune d’elles, les mentions ci-après :

- Objet
- Processus
- Précisions
- Produit de l’étape
- Support et illustration
- Etude de cas : le Plan Cancer

3 CONSTRUCTION DE LA BUDGETISATION PAR PROGRAMME

3.1 Phase 1 : Identification et planification

Lors de cette phase, il s’agit de :

- identifier et analyser les situations problématiques et proposer des solutions de changements.
- analyser et choisir des stratégies d’intervention qui feront l’objet de planification et programmation.

3.1.1 Etape 1 : Préparer l’information nécessaire

• *Objet*

Pour que le BP soit construit sur base d’informations à jour, il peut être nécessaire de s’organiser pour combler les lacunes éventuelles.

• *Processus*

- Définir les besoins en information nécessaires à la construction du BP.
- Inventorier les sources d’information susceptibles de fournir l’information recherchée.
- Faire un bilan de l’information manquante pour justifier et documenter les choix et priorités.

- Décider des moyens pour collecter l'information non disponible (enquête, entrevue, ateliers, etc.)
- Organiser les activités de collecte.
- Valider et partager l'information avec les acteurs concernés.

• *Précisions*

A toutes fins utiles est fourni en annexe un canevas donnant les principales sources d'information et de documentation sanitaire qui peuvent être utiles⁸.

• *Produit de l'étape*

Une information à jour faisant l'objet d'un consensus de tous les acteurs concernés.

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

Pour ce qui concerne l'élaboration du Plan Cancer, il peut être utile de classer les sources d'information en se basant sur les principales rubriques du tableau ci-dessous :

Sources d'information par chapitre

	Chapitres	Rapports d'exécution	Annuaire statistiques	Rapports d'évaluation et audits	Enquêtes	Autres sources
1	Prévention					
2	Dépistage					
3	Soins					
4	Social					
5	Formation					
6	Recherche					
7	Mise en œuvre»					
	Total					

Dans chacune des cases peuvent être indiquées pour mémoire les sources d'information disponibles pour s'assurer qu'il ne manque rien. L'analyse des données doit veiller à la terminologie employée, à commencer par ce qui concerne l'incidence et la prévalence du cancer.

Pour mémoire, l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observée, en nombre de cas dans une zone donnée pendant une période déterminée, ou en taux, par exemple par 100.000 habitants et par an. En France, l'InVS analyse la prévalence, c'est-à-dire la fréquence de la maladie, avec le nombre ou le taux de personnes atteintes : la prévalence totale dénombre les personnes vivantes et atteintes ; la prévalence partielle à 5 ans est limitée aux cas diagnostiqués dans les cinq dernières années. Il peut y avoir sous-estimation ou surestimation selon les cancers.

En France, comme le précise le rapport⁹, « des statistiques exhaustives de mortalité sont élaborées par l'INSERM (Service d'information sur les causes médicales de décès), en liaison avec l'INSEE. Ce dernier reçoit des mairies des bulletins nominatifs, et sait donc qui est décédé sans connaître les causes médicales du décès, alors que l'INSERM reçoit les certificats médicaux de décès et connaît donc les causes du décès mais pas l'identité de la personne décédée. La localisation des cancers demeure inconnue dans quelque 7 % des cas.

Les chiffres d'évolution que publie l'InVS sont des prédictions, et non pas un recensement. Il les établit par modélisation statistique de données collectées dans les quinze départements couverts par les

⁸ Annexe 3 : Principales sources d'information et de documentation sanitaire en Algérie. Les sources d'informations sont nombreuses, ce qui en même temps, permet constater l'état d'éclatement du système d'information sanitaire.

⁹ Rapport public thématique « la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007 », Cour des Comptes, juin 2008.

registres ; ainsi a-t-il extrapolé son estimation pour 2005, publiée en 2008, à partir de 600 000 cas enregistrés entre 1975 et 2003. Il souligne qu'en conséquence ses prédictions « *pourraient s'avérer finalement plus ou moins éloignées de la réalité* ». Le programme de médicalisation des systèmes d'information (Pmsi) de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) fournit le nombre de patients souffrant d'un cancer ayant été hospitalisés ».

En France, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dénombre, elle, pour le régime général (89% des assurés) les cas exonérés du ticket modérateur au titre d'une déclaration d'affection de longue durée (Ald). Au 31 décembre 2006, elle prenait ainsi en charge plus de 1,5 millions de cas déclarés de cancers. Ses statistiques sont sujettes à divers biais, variables selon les localisations de cancers : les affections de longue durée (Ald) sont déclarées pour obtenir le bénéfice de l'exonération du ticket modérateur ; certains malades s'en abstiennent par souci de confidentialité ou parce qu'ils jugent suffisante leur couverture complémentaire; les rechutes peuvent susciter des doubles déclarations ; les cancers dont l'origine professionnelle est reconnue n'y figurent pas, ni ceux des assurés d'autres régimes (agricole, indépendants).

L'exhaustivité, la représentativité et l'interprétation de ces données connaissent des limites variables. La production de la plupart d'entre elles demeure très tardive : début 2008, on ne disposait pas encore de données corrélables avec la mise en œuvre de mesures du Plan Cancer – en dehors des prédictions 2005 de l'InVS pour le cancer du sein, au regard du dépistage.

Dans l'examen des données épidémiologiques nationales et régionales, il peut être utile de se reporter aux évaluations des plans antérieurs. Ces éléments peuvent en effet fournir en effet des informations clés à prendre en compte pour éviter de reproduire les erreurs du passé. Par exemple, en France, sur l'exercice 2003-2007, le rapport de la Cour des Comptes¹⁰ souligne que le plan n'a guère assuré un accès plus large et plus rapide aux données épidémiologiques nationales et régionales. Leur partage est demeuré insuffisant et très tardif. Pour les registres, le progrès a été significatif en termes de financement, mais le gain a été marginal en termes de représentativité. Compte tenu des enjeux et de l'insuffisante mise en œuvre des recommandations formulées par la Cour en 2000 et 2003, ce rapport recommandait que l'État pourrait utilement demander au Haut conseil de la santé publique d'éclairer, lors de son évaluation du Plan Cancer, les décisions à prendre pour accélérer la production des données, ainsi que renforcer l'efficacité et l'efficacités des registres¹¹.

3.1.2 Etape 2 : Analyser les problèmes

• *Objet*

Cette étape a pour objectif d'identifier les problèmes de santé prioritaires à traiter. Bien analyser ces problèmes consiste dans la capacité de l'équipe chargée de la planification à démontrer et à expliciter le lien étroit entre le(s) problème(s) à résoudre et les activités, les produits/services, et les résultats escomptés planifiés dans le BP.

Il s'agit, en premier lieu, d'identifier une situation négative et de l'analyser avec les acteurs concernés. Pour ce faire, on peut utiliser un arbre à problèmes inspiré de la méthode de planification d'interventions par objectif (PIPO). Dans le cadre de la GBR, l'analyse des problèmes se fait à plusieurs niveaux. On débute par l'identification du problème central suivie d'une analyse des causes

¹⁰ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

¹¹ A toutes fins utiles pour l'Algérie, il convient de veiller si les dispositions suivantes sont prises : (i) rendre obligatoire et rapide la transmission des données épidémiologiques par les établissements et les professionnels de santé concernés, aux organismes désignés par le MSPRH, avec des sanctions en cas de manquement ; (ii) améliorer la collecte de données épidémiologiques, instaurer la transmission des certificats de décès nominatifs aux registres du cancer, et faire en sorte que soient inclus ces registres dans le champ d'évaluation du Plan Cancer ; (iii) renforcer la connaissance des causes de cancers, des facteurs de risque et des expositions à ces facteurs ainsi que l'évaluation des liens de causalité entre les actions menées et l'évolution des comportements.

et sous-causes de celui-ci. Viennent s’y ajouter les conséquences négatives du problème central. Ce dernier doit être relativement précis et constituer une priorité aux yeux du groupe cible bénéficiaire.

Il s’agit subséquemment de proposer des solutions au problème. Diverses questions peuvent alors se poser concernant la capacité des partenaires locaux de mettre en œuvre la solution : dans quelle mesure cette mise en œuvre exige un renforcement des capacités des partenaires locaux ; des obstacles existent-ils quant à la mise en place des solutions ? Ces questions permettent de cerner le contexte et le bien-fondé du projet.

• **Processus**

- Recenser les problèmes de santé à résoudre.
- S’informer sur chaque problème et le poser.
- Rechercher les causes probables de chaque problème.
- Déterminer les causes réelles de chaque problème.
- Inventorier les difficultés et obstacles contribuant à chacun des problèmes.
- Etablir le consensus avec toutes les parties concernées (internes et/ou externes) sur la nature et les déterminants des problèmes.
- Classer les problèmes par ordre de priorité.
- Identifier les problèmes par rapport auxquels l’entité concernée a une capacité et le mandat d’intervenir.

• **Produit de l’étape**

Les problèmes prioritaires à résoudre sont définis par consensus afin de guider le choix des actions à mener par l’entité concernée.

• **Support et illustration**

Le QQQQCP permet de poser le problème sous tous ses aspects :

Quoi ?	Que fait-on ?	Pourquoi le fait-on ?
Qui ?	Qui le fait ?	Pourquoi cette personne ?
Où ?	Où le fait-on ?	Pourquoi là ?
Quand ?	Quand le fait-on ?	Pourquoi à ce moment ?
Comment ?	Comment le fait-on ?	Pourquoi de cette façon ?

Guide pour faire des recherches d’informations sur les problèmes

Quoi ?	Quelle est la nature du problème ? Quelles en sont les conséquences, les quantités et les coûts impliqués ?
Qui ?	Qui est concerné par le problème ? Qui le subit ?
Où ?	En quel lieu le problème apparaît-il ? Quelle est son origine ?...
Quand ?	A quel moment le problème a-t-il été découvert ? Quelle est la fréquence de son apparition ?
Comment ?	De quelle façon arrive le problème ? Quels sont les matériels, matières ou procédures concernés ?
Pourquoi ?	C’est l’interrogation que l’on doit se poser après chacune des autres questions. Elle permet de confirmer chacune des réponses

Grille d'identification des problèmes prioritaires à traiter

Intitulé du problème :	Élevé	Moyen	Faible
Importance du problème (ampleur / prévalence)			
Fardeau que constitue le problème (en termes de mortalité et morbidité)			
Caractère structurel du problème			
Caractère conjoncturel du problème			
Pourcentage de la population concernée par le problème			
Engagement politique national par rapport à ce problème			
Intérêt international			
Disponibilité de partenaires locaux pour traiter ce problème			
Disponibilité de partenaires internationaux pour traiter ce problème			
L'intervention ne contredit pas les valeurs qui prévalent			
Rapport coût / bénéfice du contrôle du problème			
Disponibilité de personnel professionnel qualifié suffisant			

• Etude de cas : le Plan Cancer

A titre illustratif, il peut être intéressant de se reporter aux analyses faites en France sur le degré d'exécution de la Mission Interministérielle de Lutte contre le Cancer (MILC), telles que formulées par la Cour des Comptes¹² tel qu'il ressort dans le tableau ci-après :

Mise en œuvre du Plan Cancer 2003-2007 par la MILC

Prévisions	Réalisations / Commentaires
<i>1° la MILC s'assure du respect des objectifs et des délais fixés par le plan de lutte contre le cancer.</i>	Cette mission fut largement remplie, en termes de communication. Le respect des délais porta plus sur le lancement des actions que sur leur conduite.
<i>2° Elle fait appel, en tant que de besoin, aux administrations centrales et de l'État, à ses services (...), à ses établissements publics ainsi qu'aux agences régionales d'hospitalisation. Elle coordonne les travaux.</i>	La mission a réuni mensuellement ministères et agences, plus sur le lancement que le suivi. Ses réunions régionales ont contribué à catalyser les énergies : 48 réunions, entre novembre 2003 et juin 2005.
<i>3° Elle assure avec les professionnels et les associations représentatives des patients (...) la concertation nécessaire à la mise en œuvre du plan (...).</i>	La mission a assuré de nombreux contacts.
<i>4° Elle recueille les informations relatives à la mise en œuvre du plan (...), à l'utilisation des moyens (...) et au respect des objectifs (...). Elle en assure la synthèse.</i>	Cette tâche a été assurée de manière parfois diffuse, selon le calendrier et les compétences des chargés de mission. La synthèse des données a été assurée, sans validation systématique, dans les bilans annuels. Cf. chapitre II ci-après.

¹² Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

Prévisions (suite)	Réalisations / Commentaires
5° Elle peut confier à des personnalités (...) des missions complémentaires (...)	Cette mission n'a pas soulevé de difficultés, mais peu de traces en subsistent. Un état des lieux en psycho-oncologie a été réalisé.
6° Elle prépare, sur le plan administratif et technique, la mise en place de l'Institut national du cancer.	La mission, parfois court-circuitée par les plus hautes autorités de l'État et leur principal conseiller, n'a pu assurer avec la rigueur souhaitable la mise en place prévue. Cf. plus loin.
7° Jusqu'à la création de l'INCa, elle coordonne le dispositif d'évaluation.	Dispositif non mis en place.
8° Elle rend régulièrement compte au Premier ministre.	Uniquement par la compilation du bilan annuel.

Source : Cour des comptes

3.1.3 Etape 3 : Définir la vision, les objectifs, les stratégies et les résultats escomptés

• *Objet*

Comme indiqué *supra*, l'articulation des produits et services aux résultats escomptés du programme est une exigence majeure. Cette étape consiste à définir les réalisations attendues du programme pour les x années du programme et exprimant sa contribution au résultat escompté au niveau national.

Cette étape passe par une analyse des acteurs et l'identification des bénéficiaires.

L'analyse des acteurs (groupes cibles, bénéficiaires et intervenants¹³) concernés impose de les citer selon les catégories auxquelles ils appartiennent, les établir en fonction de leurs domaines d'intervention, leurs compétences et leurs apports. Il faut spécifier les acteurs institutionnels que sont les instances locales, les délégations ministérielles, etc., et les groupes cibles, bénéficiaires futurs du changement.

• *Processus*

- Procéder à une analyse des acteurs et l'identification des bénéficiaires¹⁴.
- Définir la vision et les principes devant guider l'ensemble des actions du Programme en fonction des problèmes de santé à résoudre.
- Préciser les résultats escomptés du programme nécessaires pour contribuer au résultat escompté sur l'ensemble du territoire algérien.
- Vérifier qu'ils constituent des réponses aux priorités nationales telles définies par la politique de santé pour le prochain exercice fixé (par exemple pour les 3 ans du programme) ainsi qu'aux problèmes nationaux prioritaires (ayant le score le plus élevé) identifiés lors de l'étape 2.
- S'assurer que chacun des résultats escomptés décrit un changement précis et mesurable.
- S'assurer que les intervenants du programme sont directement responsables et/ou redevables de ces résultats.
- Vérifier que ces résultats sont atteignables à la fin de l'exercice fixé.

• *Précisions*

Pour ce qui concerne l'analyse des acteurs et l'identification des bénéficiaires, il est important de tenir compte du rayonnement. Le rayonnement est un concept important dans la GBR. Il a pour but de faire ressortir la dimension humaine des résultats du projet. Il décrit les bénéficiaires de l'atteinte de l'impact, des effets et des extrants prévus. En progressant dans la chaîne de résultats, le rayonnement devient plus difficile à évaluer.

¹³ Le groupe cible désigne le type et la catégorie de l'ensemble de la population ciblée par le projet. Les bénéficiaires directs sont ceux à qui le projet profite directement. Ils font partie des groupes cibles. Les bénéficiaires indirects font également partie du groupe cible. Soit ils profitent également du projet d'une façon indirecte, soit ils en subissent les retombées.

¹⁴ Voir précisions ci-dessous relatives au rayonnement.

Les questions clés pour déterminer le rayonnement d'un programme sont les suivantes :

- Qui sont les bénéficiaires directs et indirects de l'atteinte des résultats à chaque maillon de la chaîne ?
- Combien de personnes sont susceptibles de bénéficier du projet ? Combien de bénéficiaires sont des femmes et combien sont des hommes ? Combien d'entre eux sont des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées ? Combien vivent dans des régions rurales, urbaines ou périurbaines ?
- Quelles sont les principales caractéristiques de ces personnes ? Comment peut-on les décrire en termes de situation économique, sociale, culturelle, religieuse, scolaire ou physique ? Sont-elles victimes de conflits, de catastrophes naturelles ou d'origine humaine ? Sont-elles déplacées ou aux prises avec l'insécurité alimentaire ?
- Comment le projet va-t-il toucher les populations bénéficiaires ? Quels sont les effets positifs et négatifs sur ces dernières ?

Les questions suivantes sont utiles pour déterminer les responsabilités :

- Comment les responsabilités seront-elles partagées ?
- Comment les ressources nécessaires à l'atteinte des résultats seront-elles affectées ?
- Qui est responsable de l'atteinte de quels résultats ?
- Quelles sont les ressources nécessaires à la mise en œuvre ?
- Quelle est la contribution attendue de chaque partenaire d'exécution ?

• *Produit de l'étape*

La formulation d'une vision, d'objectifs et de résultats escomptés du programme articulés avec les résultats escomptés au niveau de l'ensemble constituant des solutions aux problèmes de santé prioritaires qui se posent en Algérie et qui concernent les acteurs et les bénéficiaires identifiés.

• *Support et illustration*

L'identification des bénéficiaires se matérialise par la production du tableau suivant :

- Définition des catégories : femmes, hommes, enfants ;
- Définition des nombres et des situations socio-économiques : populations vulnérables, autres segments ;
- Cartographie : zones urbaines, rurales, désertiques etc ;
- Estimation des propensions des bénéficiaires à contribuer à résoudre le problème identifié (capacité de financement essentiellement).

Caractéristiques d'un résultat bien formulé

Spécifique	Identifie la nature des changements escomptés, les groupes cibles, la zone cible, etc.
Mesurable	Peut être mesuré d'une certaine façon.
Atteignable	Est réaliste au regard des ressources potentiellement disponibles.
Pertinent	Répond aux besoins ou défis identifiés et en conformité avec un mandat.
Temporellement dans le temps	Peut être atteint dans le temps convenu ou une période spécifique de planification

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

Pour la formulation du Plan Cancer en Algérie, il peut être utile de se référer aux principes et aux Recommandations de l'OMS en matière de lutte contre le cancer. La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a en effet adopté une position claire et volontariste en soulignant que le fait que la réduction des inégalités de santé doit être un effort sur le long terme et ne devait pas être un prétexte pour sans cesse reporter l'action des pouvoirs publics.

Certains principes d'action relevés dans le rapport de l'OMS peuvent parfaitement s'appliquer au futur Plan Cancer algérien, tout comme ils l'ont été pour le Plan Cancer en France.

- « Pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire. » Ainsi, comme le souligne le rapport Grünfeld, il est important que l'impact sur la santé publique de décisions prises dans d'autres domaines ministériels, comme l'environnement, l'économie, le social, soit correctement évalué a priori. En outre, à l'intérieur même du champ sanitaire, le système d'agences sanitaires tel qu'il a été conçu rend nécessaire une coordination accrue dans la prise de décision car les acteurs sont multiples ;
- « Sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile, le secteur du bénévolat et le secteur privé est un pas essentiel vers l'action pour l'équité en santé. ». en France, souligne ce rapport, « notre tradition républicaine a parfois du mal à impliquer le monde associatif et le secteur privé dans les décisions des pouvoirs publics. Or, ces acteurs sont essentiels car ils sont très proches du terrain » ;
- Enfin « Faire de la santé et de l'équité en santé des valeurs communes à tous les secteurs ». La lutte contre les inégalités a déjà été appliquée au cancer dans d'autres pays européens comme les Pays-Bas ou le Royaume Uni. Ce dernier a lancé deux plans de lutte contre les inégalités de santé, l'un en 1999 « Health une-qualityies : an action report » et l'autre en 2003 « Tackling Health Inequalities : A programme for Action ». La réforme stratégique en cours sur le cancer « Cancer Reform Strategy – NHS – 2007 » intègre totalement cette dimension. De notre point de vue, une revue des textes et plans élaborés par ailleurs ne peut être que bénéfique pour l'Algérie.

Sur ces bases, dès cette étape, il est nécessaire de faire le point des acquis enregistrés lors des 2 étapes précédentes en formulant quelques axes de réflexions utiles à la poursuite des travaux. A titre d'exemple, le rapport Grünfeld a formulé huit propositions générales pour le prochain Plan Cancer¹⁵.

- 1. Développer une recherche transversale et pluridisciplinaire autour du cancer, de la plus fondamentale à la plus appliquée.
- 2. Encourager une recherche sur les déterminants des inégalités de santé face au cancer, et proposer des solutions pour les corriger.
- 3. Soutenir la recherche et l'action sur les causes comportementales et environnementales des cancers.
- 4. Dans les domaines de la prévention et du dépistage, privilégier les actions de proximité et d'éducation pour la santé, ciblées vers les populations les plus vulnérables.
- 5. Améliorer la coordination des soins et le lien avec le secteur médico-social, autour du médecin traitant et le plus tôt possible dans le parcours des soins.
- 6. Être attentif aux professions dont la situation démographique est fragile : les professionnels de la radiothérapie et les anatomo-cyto-pathologistes.
- 7. Poursuivre et approfondir encore la collaboration avec les associations de patients et les associations caritatives, dans l'accompagnement et le soutien médico-social au service des personnes malades.
- 8. Prévoir et organiser le « vivre après le cancer » qui va de la prise en charge des séquelles éventuelles, au soutien psychologique et à la reprise de l'activité professionnelle.

De notre point de vue, ces propositions doivent être débattues par les entités en charge de la formulation du Plan Cancer en Algérie. Cette réflexion peut utilement être complétée par un examen des priorités stratégiques de l'INCa¹⁶

¹⁵ Rapport au Président de la République, Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013, « Pour un nouvel élan », Professeur Jean-Pierre Grünfeld, février 2009.

Priorités stratégiques de l'INCa (mai 2007, résumé)

- 1- **Mieux prévenir le cancer** par l'expertise objective des facteurs de risque et l'observation de nouveaux paramètres intégrés, la mobilisation des acteurs.
- 2- **Aller vers des diagnostics et traitements plus précoces** par l'intégration de la science, de la vision analytique de la santé et du système de soins.
- 3- **Définir la prise en charge** par des programmes intégrés.
- 4- **Améliorer les soins des malades dans un souci d'équité** par des critères de qualité, (...) et l'accès à l'innovation.
- 5- **Stimuler une recherche compétitive** par l'accélération de la recherche de transfert, l'orientation de la connaissance vers les soins des patients, les cancéropôles.
- 6- **Développer les orientations des cancéropôles**, nouveau départ en 2007.
- 7- **Agir à travers la recherche** par des appels d'offre compétitifs, avec une évaluation collégiale et mieux intégrée entre Santé et Recherche.
- 8- **Le développement des relations avec les établissements publics** à caractère scientifique et technologique.
- 9- **L'instauration d'une politique de « Faire Faire »** par des appels d'offres répétitifs, afin de développer des équipes de grande qualité.
- 10- **Les partenariats avec les associations.**

3.1.4 Etape 4 : Définir les produits ou services

• *Objet*

Il s'agit de définir les produits ou services que les équipes des programmes sont directement tenues d'accomplir et permettront de résoudre les causes principales des problèmes identifiés lors de l'étape 2.

• *Processus*

- Préciser les produits et services pour accomplir le résultat escompté.
- Vérifier que ces produits et services constituent des réponses aux causes des problèmes identifiés comme prioritaires.
- S'assurer que chacun des produits et services est indépendant de l'autre et qu'ils constituent des réalisations observables et tangibles.
- S'assurer que les différents programmes sont directement responsables et/ou redevables de ces résultats.
- Examiner que ces produits et services sont atteignables à la fin de l'exercice fixé.
- S'assurer que ces produits/services sont bien de la responsabilité des intervenants du programme.

• *Produit de l'étape*

Réalisations descriptibles ou mesurables résultant, dans une relation de cause à effet, des activités qui seront entreprises.

3.1.5 Etape 5 : Décrire les activités et les responsabilités

• *Objet*

Définir la façon ou la stratégie dont l'équipe chargée du produit et/ou service défini envisage d'œuvrer et la façon dont les responsabilités dans l'atteinte des résultats est répartie entre les différentes parties prenantes.

¹⁶ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

• *Processus*

- Définir par produit/service les activités-clés à mettre en œuvre et dans l'ordre afin de produire les produits/services attendus.
- Ajouter d'autres activités identifiées à l'issue d'une analyse supplémentaire des potentialités et risques dans la situation donnée. Il s'agit, par exemple, d'effectuer des études additionnelles, des discussions avec les parties prenantes (par exemple lors d'un atelier de planification), en tenant compte des intérêts spécifiques des groupes sous-représentés.
- Contrôler :
 - 1) que les activités sont toutes nécessaires et suffisantes,
 - 2) qu'elles décrivent la stratégie nécessaire pour arriver au produit/service,
 - 3) qu'elles incluent les travaux de base que doit accomplir l'équipe de projet pour bien gérer le projet.
- Elaborer une matrice d'activités qui permet d'ordonner les activités programmées entre elles et de répartir les responsabilités entre les différents intervenants. Cette matrice permet d'avoir une vision synthétique de la programmation des activités, des intrants et des responsabilités (organisation, en détail, des moyens, méthodes et procédures pour atteindre l'objectif).
- Valider le plan d'action auprès de toutes les parties prenantes.

• *Produit de l'étape*

Une série d'actions spécifiques et identifiables par produit/service montrant ce que l'équipe de programme accomplira pour fournir le produit et/ou service défini et comment les responsabilités seront distribuées entre les différents acteurs.

La matrice des activités et des responsabilités est utile pour : 1) ordonner les activités entre elles, c'est-à-dire planifier chacune des activités par rapport à l'autre en fonction de la règle de précedence (dans cette exemple l'activité C peut commencer indépendamment des autres alors que l'activité D ne peut avoir lieu que lorsque B, C sont achevées) et 2) définir les responsabilités par activités.

Matrice des activités et des responsabilités

Code de l'activité	Activité	Durée (en semaines)	Soumise à l'activité	Responsable
A	Activité 1	1	-	Responsable 1
B	Activité 2	3	A	Responsable 2
C	Activité 3	1	-	Responsable 1
D	Activité 4	2	B,C	Responsable 3
E	Activité 5	4	-	Responsable 1
F	Activité 6	2	-	Responsable 1
G	Activité 7	1	D,E	Responsable 1
H	Activité 8	1	E	Responsable 2
N	Activité N	N	N	Responsable 1

3.1.6 Etape 6 : Vérifier les relations de cause à effet (ou chaîne de résultats)

• *Objet*

Cette étape consiste à s'assurer que les résultats obtenus à chaque niveau développé, contribuent directement à l'obtention des résultats au niveau supérieur. En effet, il est très important de démontrer que (i) les résultats des différents niveaux sont reliés les uns avec les autres, (ii) forment une chaîne de résultats et (iii) qu'aucun niveau de résultats n'a été négligé.

En d'autres termes, il s'agit de définir le cadre de performance, c'est-à-dire d'élaborer le projet en exposant les intervenants à une suite de questions (qui ont été déjà posées lors des étapes précédentes mais qu'il faut se reposer encore une fois lors de cette vérification pour s'assurer de la cohérence d'ensemble) :

- Quel est le but du projet ?
- Quels résultats à atteindre en fonction des ressources investies ?
- Quels seront les bénéficiaires du programme ?
- Quelle est la manière la plus adéquate pour la mise en œuvre du programme ?

• *Processus*

- Vérifier les liens de causalité entre chaque niveau de résultats.
- S'assurer qu'en mettant les activités en œuvre, on obtient les produits et services planifiés.
- Examiner si l'ensemble des produits et services mènent à la réalisation au résultat escompté correspondant ;
- Contrôler si le résultat escompté du niveau intermédiaire contribue au résultat escompté au niveau supérieur.

• *Produit de l'étape*

Le lien de cohérence et de cause à effet est vérifié entre chaque niveau de résultats planifiés dans le plan de travail.

Support et illustration :

Le cadre de rendement exprime une chaîne de résultats servant à clarifier les liens existants entre les diverses activités. La chaîne indique le parcours d'une situation actuelle vers une vision de changement à atteindre :

Ressources/ moyens	→	Activités	→	Résultats immédiats « Extrants »	→	Résultats intermédiaires « Effets »	→	Résultats finaux « Impact »
<i>Ce que le programme investit</i>	→	<i>Quoi et comment le travail du programme est réalisé</i>	→	<i>Biens et services/ produits des activités du programme</i>	→	<i>Conséquences des résultats immédiats</i>	→	<i>Conséquences finales ou à long terme</i>

La détermination du cadre de rendement revient à établir des liens de cause à effet entre les activités, le public visé et les retombées sur le plan du développement à l'instar de la détermination de la logique d'intervention verticale dans la méthode du cadre logique examinée par ailleurs.

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

Comme indiqué par ailleurs, le Plan Cancer comporte 5 Axes : « Recherche », « Observation », « Prévention – Dépistage », « Soins » et « Vivre pendant et après un cancer »¹⁷.

¹⁷ Plan cancer 2009-2013, Institut National du Cancer, Paris, 2008.

Chaque axe est organisé en « mesures », elles mêmes subdivisées en objectifs et en actions.

Par exemple, l'Axe : « Recherche », intitulé « Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades » comporte 5 mesures et 26 actions :

- Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.
- Mesure 2 : Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire.
- Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.
- Mesure 4 : Dynamiser la recherche clinique.
- Mesure 5 : Faire de la France une référence internationale

Les actions sont organisées à partir des mesures. Pour les définir, le Plan énonce d'abord le contexte propre à chaque mesure, puis les objectifs, puis les actions.

Par exemple, pour l'axe 1, la mesure 2 « Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire », énonce 5 objectifs :

- Mobiliser la communauté des chercheurs qui explorent ces inégalités pour développer une recherche pluridisciplinaire intégrant la biologie (génétique, immunologie, carcinogénèse, etc.), l'environnement, l'épidémiologie, la santé publique et les dimensions économiques, sociales, culturelles et psychologiques.
- Mettre en œuvre des expérimentations pour évaluer sur le terrain des actions de santé publique visant à réduire les inégalités.
- Analyser, par la recherche, l'impact de ces politiques sur la réduction des inégalités ou les obstacles rencontrés.
- Étendre à la population française les mesures ayant un impact avéré.

De ces objectifs découlent des actions, comme par exemple, pour la mesure 2, les actions sont :

- 2.1 Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités.
- 2.2 Mobiliser les cancéropôles pour animer et développer des programmes de recherche sur les déterminants géographiques des inégalités avec les acteurs scientifiques, les acteurs de santé publique et de santé.

Pour chaque action est indiqué la raison d'être, ainsi que le pilote, le(s) co-pilote(s) éventuel(s) et les partenaires.

Par exemple, pour l'action 2.1, le Plan Cancer précise que « ces projets pluriannuels (études expérimentales, suivi et évaluation des actions) favoriseront le développement de travaux multidisciplinaires, et doivent mobiliser de manière stable les chercheurs sur ces thématiques et accroître la pertinence des travaux ». Ensuite, le Pilote de l'action est indiqué (INCa, en l'occurrence) et que cette action se fait en partenariat avec les acteurs concernés.

Enfin, pour renforcer la cohérence de l'ensemble, le Plan Cancer prévoit 3 thèmes transversaux qui structurent et irriguent la stratégie du plan. Ils y sont priorisés et se retrouvent dans chaque axe à travers des mesures et des actions spécifiques. Ils représentent en soi de nouveaux défis auxquels doit faire face la lutte contre les cancers. Ils visent (i) à mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ; (ii) à stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie et (iii) à renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

3.1.7 Etape 7 : Analyser les hypothèses et les risques

• *Objet*

Toute action planifiée est soumise à des aléas. Il importe que toutes les parties prenantes dans un programme soient conscientes et mentionnent dès la planification les risques qui peuvent diminuer les

chances que les résultats planifiés soient atteints conformément aux indicateurs de performances définis.

• **Processus**

- Spécifier les pré-conditions, qui constituent les préalables au démarrage d'un programme, requises au niveau des activités.
- Définir au niveau des activités les principaux risques hors contrôle de l'équipe des programmes qui risquent de compromettre l'atteinte des produits/services.
- Déterminer au niveau des produits / services les principaux risques hors contrôle de l'équipe des programmes qui risquent de compromettre l'atteinte des résultats escomptés.
- Mesurer la probabilité que ces risques se produisent en utilisant l'échelle de faible à élevé.
- Evaluer l'impact des risques, s'ils se produisent, sur l'investissement.

Si certains risques ont une forte probabilité de se produire et qu'ils ont un impact élevé, il y a lieu et/ou de revoir la planification et d'élaborer une stratégie de d'atténuation des risques (voir étape 9).

• **Précisions**

Les hypothèses indiquent les conditions nécessaires qui doivent exister si l'on veut que les relations de cause à effet entre les niveaux de résultats fonctionnent. Elles représentent les conditions positives externes et internes importantes dans l'atteinte des résultats du programme.

Les risques sont les facteurs négatifs externes et internes qui affectent la bonne atteinte des résultats du programme. Cela revient à déterminer le risque que certaines hypothèses déterminées soient fausses.

Dès lors, chaque fois qu'est définie l'existence d'une hypothèse pour la réussite d'un programme, il faut analyser le risque qu'elle soit absente.

Des facteurs de risques internes peuvent être : la capacité en matière de ressources humaines, la transparence, la structure d'autorité, etc.

Des facteurs de risques externes peuvent être politiques, économiques, sociaux ou encore techniques.

Les hypothèses et les risques doivent être définis pour chaque niveau de résultats.

Le risque serait plus faible au cours du passage de l'activité à l'extrant, moyen en passant de l'extrant à l'effet et élevé pendant le passage à l'impact. Les hypothèses prévues au niveau de la réalisation des activités ont plus de chance de se réaliser que celles qui relient l'effet à l'impact.

L'expérience montre que plus on avance dans le cadre du rendement, moins on a de contrôle sur ces facteurs externes, et la capacité de contrôler efficacement les risques devient de plus en plus difficile.

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

• **Produit de l'étape, support et illustration**

Les risques associés à la réalisation des résultats et produits sont anticipés, évalués et partagés entre les différentes parties prenantes. Ils sont matérialisés dans le cadre logique mais peuvent aussi figurer sur une matrice de gestion des risques destinée à permettre le suivi des risques et faciliter la prise de mesures préventives et/ou palliatives.

La matrice de gestion des risques peut aider à intégrer le suivi des risques au fonctionnement du programme et à garantir que les ressources indispensables sont consacrées à la mise en œuvre de la stratégie d'analyse des risques.

Cette matrice de gestion des risques insère les facteurs de risque identifiés, les indicateurs de risque, les sources d'information, les méthodes de collecte de données, la fréquence de la collecte ainsi que les personnes chargées de recueillir l'information.

Matrice de gestion des risques

	Chapitres	Risques	Niveau de risque (*)	Indicateurs de risque	Sources d'information	Méthodes de collecte des données	Fréquence de la collecte	Responsables de la collecte
1	Prévention	Risque 1 :						
		Risque 2 :						
		Risque 3 :						
2	Dépistage	Risque 1 :						
		Risque 2 :						
		Risque 3 :						
3	Soins	Risque 1 :						
		Risque 2 :						
		Risque 3 :						
4	Social	Etc						
5	Formation							
6	Recherche							
7	Mise en œuvre							

(*) De façon à s'assurer que tous les risques sont pris en compte et estimés à leur juste proportion, il peut être utile de les sérier comme suit de « 1 » (élevé) à « 3 » (faible).

Nota, cet outil - qui est présenté ici dans le domaine de la lutte contre le cancer, mais qui peut très bien se décliner en fonction du programme par adaptation de la colonne « chapitre » - fera l'objet d'un examen plus détaillé ci-dessous, lors de l'étape 9 consacrée à la stratégie d'atténuation des risques.

• **Etude de cas : le Plan Cancer**

Sans rentrer dans une énumération de l'ensemble des risques pouvant survenir dans la mise en œuvre du Plan Cancer en Algérie, il peut être utile de mettre en évidence en particulier les risques d'échec liés à une mauvaise perception de la situation en termes de prévalence.

En France, comme le souligne le rapport de la Cour des Comptes¹⁸, certains risques sont liés aux dysfonctionnements observés dans l'examen des registres du cancer :

- « Incomplétude et rétention de données : ce rapport précise que « le recueil des données n'est toujours pas systématique, malgré l'accord de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) : de 1 % à 33 % des établissements hospitaliers, selon les départements, ne répondent pas. Les registres s'efforcent d'obtenir directement les données, démarche onéreuse en temps. Certains établissements ou laboratoires d'anatomopathologie refusent de communiquer les données en l'absence de rémunération. La DHOS, saisie de longue date, ne les a pas amenés à les fournir. (...) »
- Certificats non nominatifs : les registres reçoivent les certificats de décès de manière non nominative. Jusqu'à plus de 10 % des données leur échapperaient de la sorte. La tutelle n'a pas levé l'obstacle, législatif, alors que la certification électronique (décret n° 2006-938) le permettrait.
- Sous-représentativité : Deux nouveaux registres prévus par le plan n'étaient pas encore opérationnels mi-2008 (...). D'autres ont été qualifiés mais pas tous. L'objectif d'améliorer la représentativité géographique n'aura donc guère été atteint. Entre autres conséquences, la restructuration du secteur chirurgical en cancérologie (...) ne bénéficiera de données précises que dans la douzaine de départements jusqu'ici couverts, les extrapolations étant malaisées. L'INCa reconnaît que ses tentatives pour améliorer la surveillance des cancers par les registres « ont été modestes », même s'il leur a attribué depuis 2006 quelques subventions.

¹⁸ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

- Retards dans le recours au Pmsi : En 2007, un taux significatif d'erreurs subsistait, et le chaînage restait limité à deux années, suite à un changement de format. Le Pmsi n'identifie pas les dossiers individuels examinés dans les réunions de concertation pluridisciplinaire (Rcp) évoquées plus loin. Le plan prévoyait par ailleurs le « codage Pmsi pour la radiothérapie libérale d'ici 2005, afin d'obtenir l'exhaustivité du Pmsi sur les différentes thérapeutiques du cancer » : cela a été limité à une expérimentation en 2006.
- Non-coordination de la sécurité physique et informatique : La sécurisation des locaux d'un registre conditionne celle des dossiers : dans un site visité par la Cour, elle était défaillante et n'avait pas de norme nationale à respecter.
- Les progiciels et techniques de cryptage ne sont guère mutualisés, ce qui n'en améliore pas les rapports coût/performance ».

3.1.8 Etape 8 : Identifier les indicateurs de performance

• *Objet*

Il est important que les différents niveaux de la pyramide sanitaire algérienne, les partenaires, le personnel des programmes puissent déterminer si ce qu'ils entreprennent et réalisent est susceptible de produire et produit effectivement les résultats énoncés. Cette étape consiste précisément à mettre en place l'information nécessaire et suffisante de nature à permettre des activités de suivi et d'évaluation des performances des programmes.

Il s'agit donc de définir des indicateurs pour chaque niveau dans la chaîne des résultats (impact, effet et extrant) en s'assurant qu'ils permettront de 1) vérifier et de mesurer que les activités permettront d'atteindre les résultats escomptés, 2) de montrer en détail que les résultats escomptés aux niveaux intermédiaires produiront le changement formulé dans les résultats escomptés au niveau de l'ensemble du programme.

Ces indicateurs fournissent des informations sur les intrants, les processus et les rendements destinés à permettre de mesurer qualitativement et/ou quantitativement 1) le niveau des ressources utilisées et 2) l'ampleur du rayonnement et des retombées du programme.

• *Processus*

- Définir des indicateurs les plus pertinents, qui répondent le mieux aux critères de : 1) Validité (mesurent-ils le résultat ?), 2) Sensibilité (lorsque le résultat change, les indicateurs sont-ils sensibles à ce changement ?), 3) Fiabilité (permettent-ils une mesure uniforme dans le temps ?), 4) Simplicité (sera-t-il facile de recueillir et d'analyser l'information ?), 4) Utilité (l'information sera-t-elle utile à la prise de décision, l'auto-évaluation et à l'apprentissage ?) et Abordabilité (le programme aura-t-il les moyens de recueillir l'information ?).
- Vérifier que les indicateurs identifiés répondent bien aux critères énoncés ci-dessus en s'assurant tout particulièrement à ce qu'il sont bien 1) pratiques (en mesurant ce qui est important), 2) faciles (à collecter et à confectionner), 3) indépendants, 4) objectifs et 5) ciblés (quantité, qualité, délai, lieu).
- Définir le cadre de mesure de rendement se composant 1) des indicateurs tels que définis ci-dessus, 2) des sources de vérification, 3) de la méthode de collecte d'informations, 4) de la fréquence de cette collecte des données et enfin 5) de la responsabilité de la mesure.

• *Produit de l'étape*

L'information nécessaire pour déterminer dans quelle mesure les résultats énoncés du programme seront bien mesurables et interprétables pour la prise de décision avant le début du programme (au moment de la formulation) et lors de la mise en œuvre.

• *Précisions*

Dans la mesure où la question des indicateurs fait partie des priorités du MSPRH et que le PASS fournit un appui dans ce domaine, il est suggéré de se reporter aux travaux correspondants (en cours).

Ceci étant, il est nécessaire de rappeler que la détermination des « mesures du cadre de rendement » au niveau de la GBR, correspond à la détermination des IOV au niveau de la matrice du cadre logique.

Il peut s'agir d'indicateurs techniques (formations, etc.), d'indicateurs économiques (ressources financières, matérielles et humaines), d'indicateurs de fonctionnement ou d'organisation qui permettent de suivre la capacité de gestion de l'action et/ou encore d'indicateurs sociaux qui permettent de suivre les effets positifs de l'action sur les bénéficiaires et leur environnement.

L'élaboration des indicateurs nécessite des objectifs et résultats attendus clairement définis dans un lien de causalité et non susceptibles d'interprétation.

Pour sélectionner les indicateurs de rendement, il est conseillé de constituer une liste exhaustive.

L'approbation des indicateurs choisis doit se faire en concertation avec tous les acteurs.

Comme spécifié ci-dessus, une fois les indicateurs choisis, il s'agit de déterminer les sources de vérification (c'est-à-dire les supports d'information permettant de vérifier les indicateurs). Une source d'information peut être un document écrit, visuel, etc. L'observation directe constitue également une source de vérification puisqu'elle permet d'observer l'évolution des indicateurs sur le terrain.

La façon de se fournir les informations peut tenir en des fiches de suivi, groupes de discussion, sondages, témoignages, etc (certaines méthodes de collecte des données nécessitent d'élaborer certains outils. Il est, par exemple, nécessaire de préparer des questionnaires si la méthode de sondage est retenue).

Il faut ensuite, d'une part, estimer la fréquence de collecte de l'information (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle,...) et d'autre part, définir les responsabilités de chacune des tâches (qui s'occupe de la collecte, de l'analyse des informations ou des prises de décisions ?)

Supports et illustration :

Le cadre de mesure de la performance reprend les différents éléments abordés jusqu'à ce stade et se présente de la manière suivante :

Cadre de mesure de la performance

Indicateurs de rendement	Sources de vérification	Méthode de collecte des informations	Fréquence	Responsabilités
Impact				
Effets				
Extrants				
Activités				
Rayonnement				
Ressources				

Au préalable, une matrice des extrants et des activités, outil de planification, peut être élaborée afin de préciser la stratégie d'exécution. Elle permet de réduire le risque d'oublier une étape essentielle à la réalisation du programme. Elle aide également à constituer le budget du programme en déterminant les intrants indispensables (personnels, matériels, équipements, frais de déplacement, salles de réunion, traduction, les indemnités journalières, etc.) pour exécuter chacune des tâches.

Matrice des extrants et activités

Effets/extrants/activités	Intrants		Responsabilités
	Actions précises nécessaires	Ressources	

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

A titre d'exemple, sont fournis ci-après les indicateurs de la première des 6 mesures « phare » du Plan Cancer¹⁹

Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Indicateurs de résultats	Valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés	0	31/12/2010	5	évaluation des projets soumis en mai 2011
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (p/2008)	29 %	30/06/2010	50 %	28 200 patients inclus en 2009 21 750 patients inclus en 2008

De son côté, le rapport de la Cour des Comptes précité²⁰ fournit des commentaires utiles sur le suivi des indicateurs prévus par la loi, et ce, à partir d'une analyse du cas des indicateurs du projet annuel de performance du Plan Cancer.

« Intervenant après la LOLF, le grand chantier présidentiel que constituait le Plan était une occasion d'en illustrer les principes et leur utilité. Le bilan est sur ce point décevant. Au plan financier, l'indicateur inscrit initialement en annexe des lois de finances, « ventilation en % des dépenses du Plan Cancer par nature par rapport aux objectifs du plan », a été supprimé en conférence de performance en 2006, faute de moyens pour l'établir. Cela a confirmé que le Plan Cancer était un plan d'objectifs et non pas un plan de moyens dont il serait exactement rendu compte.

Au plan sanitaire, le rapport de la Cour sur les résultats et la gestion budgétaire de l'État pour 2006 a évoqué les quatre indicateurs devant rendre compte du plan dans le projet annuel de performance (Pap) du programme 204, « Santé publique et prévention », action 03, « Pathologies à forte morbidité/mortalité ». Ces indicateurs de performance, limités à un seul des six chapitres (le dépistage) n'étaient pas encore fiabilisés fin 2007, et des données dont il était facile de déceler qu'elles étaient en partie inexactes ont été transmises au Parlement.

S'agissant de la définition de l'indicateur n° 1 relatif au taux de dépistage, modifiée au fil des ans, la DGS reconnaît une « confusion entre le taux de couverture (tous modes de dépistages réunis), et le taux de participation au programme (dépistage organisé seul) ». Le ministère a noté dès la première édition de son recueil de 100 indicateurs que l'assurance maladie ne décomptait pas encore les mammographies de diagnostic ou de suivi (qui ne constituent pas un dépistage). Malgré les observations anciennes de la Cour, des données détaillées n'ont été produites par la CNAMTS que depuis l'année 2006. Cela a rendu également inopérant l'indicateur « 50-74 ans, ratio : nombre de mammographies de dépistage organisé par rapport au nombre de mammographies de dépistage individuel et de dépistage organisé » : les prévisions avaient été de 50 % en 2004, 64 % en 2005, 70 % en 2006 et 90 % en 2007, mais les données ne pouvaient pas être calculées. (...) ».

Par ailleurs, il peut être utile de mentionner le Tableau synthétique de suivi des indicateurs du Plan Cancer précédent, permettant de donner une vision des résultats atteints en fin de Plan²¹ tel que fourni par le rapport Cour des Comptes.

¹⁹ Synthèse des données de pilotage du Plan cancer 2009-2013, bilan trimestriel, Institut National du Cancer, Paris, mars 2011.

²⁰ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

²¹ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

Tableau de suivi des 15 indicateurs clés du Plan Cancer, à fin 2007

Chapitres	Source	Évaluation	Suivi INCa
1. Prévention			
1.1 Tabagisme : baisse de 30 % chez les jeunes	OFDT	non atteint	Non
1.2 Tabagisme : baisse de 20 % chez les adultes	OFDT	non dispo.	Non
1.3 Alcool : moins 20 % d'adultes dépendants	Sans	n.d.	Non
2. Dépistage			
2.1 Stratégies cohérentes	Mult.	En cours	De fait
2.2 Dépistage du cancer du sein : 80 % des 50-74 ans	InVS	49 % (2006)	Oui
2.3 D. ^{agc} du cancer du col de l'utérus : 80 % des 25-69 ans	InVS	59,6 %	Oui
2.4 D. ^{agc} du cancer colorectal : stratégie généralisable	Sans	Str. adoptée	Oui
3. Soins			
3.1 100 % de programmes personnalisés de soins	INCa	n.d.	Oui
4. Accompagnement			
4.1 Information régionale de qualité pour tous	Sans	Variable	Non
4.2 Annonce du diagnostic améliorée pour tous	INCa	Variable	Oui
4.3 Accompagnement psychologique amélioré pour tous	Sans	Faible	Non
5. Recherche			
5.1 Système de surveillance général des cancers	Sans	Inégal	De fait
5.2 Niveau d'excellence international	Sans	n.d.	De fait
5.3 10 % des patients en essais cliniques	INCa	n.d.	Oui
5.4 Base d'analyse de 100 000 tumeurs	INCa	Fait	Oui

Source : Cour des comptes, d'après sources citées.

Enfin, les remarques suivantes sont fournies avec l'idée que cela puisse permettre aux responsables algériens en charge de la formulation du Plan Cancer de prendre les dispositions *ad hoc* pour éviter de reproduire les mêmes erreurs que leurs collègues français. Comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes, « le plan avait été structuré de manière à permettre un suivi détaillé des mesures et une évaluation des résultats, mais les indicateurs et les tableaux de bord n'ont été ni complets ni toujours fiables. Faute que leur faisabilité ait été préalablement assurée, les séries de données ou les ressources humaines nécessaires pour les établir n'ont pas toutes été mises en place. Les délais, fort longs, de production et d'analyse des données épidémiologiques n'ont guère été réduits. La connaissance des moyens effectivement et durablement mis en place a été fragmentaire.

Quant aux indicateurs disponibles, y compris ceux communiqués au Parlement, leur significativité était variable, et parfois nulle.

La Cour avait mis en garde dès 2000 contre ces dernières défaillances. Ses recommandations n'ont pas été suivies d'effet, alors que le plan a reposé sur des indicateurs parfois complexes ou onéreux en ressources humaines nécessaires pour les établir. La présente enquête a incité le ministère et l'INCa à accroître leurs efforts en ce domaine, mais ce redressement a été tardif et partiel, ce qui a rendu inaccessible un bilan en termes d'économie (objectifs-moyens), d'efficacité (objectifs-résultats) comme d'efficience (résultats-moyens).

Aussi, les indicateurs relatifs aux moyens et à leur coût sont-ils souvent imprécis ou tardifs. N'ont ainsi pas été distingués :

- les simples changements d'étiquette, créditant le Plan Cancer de moyens déjà financés par ailleurs (« Hôpital 2007 » notamment) ;
- les mesures déjà envisagées et qui ont bénéficié, sans accélération significative de leur calendrier, d'un effet d'aubaine ;
- et l'apport véritable du plan : ce qui, sans lui, n'aurait pas été entrepris au cours des années 2003 à 2007 ».

3.1.9 Etape 9 : Elaborer une stratégie d'atténuation des risques

• *Objet*

Après avoir éventuellement remanié la planification pour éliminer les risques qui menacent de nuire à la validité de la chaîne de résultats décrite plus haut, il y a lieu d'élaborer un plan d'action ou une approche pour atténuer les risques que l'équipe de formulation des programmes a décidé de garder à chaque niveau de résultats.

• *Processus*

- Définir pour chaque risque les activités et moyens pour réduire son impact et sa probabilité de se produire en distinguant entre les risques sur lesquels on veut agir pour les réduire et ceux que l'on décide de mettre en surveillance et prendre la décision en conséquence.
- Elaborer un plan d'action spécifique définissant les activités, le rôle de chaque partenaire dans l'atténuation de ce risque ainsi que les ressources nécessaires.
- Surveiller régulièrement la mise en œuvre ce plan d'action.

• *Produit de l'étape*

Un plan d'action en vue d'atténuer l'effet des risques qui ont un impact potentiel sur l'atteinte des résultats.

• *Support et illustration*

Illustration d'un plan d'action d'atténuation des risques



• *Etude de cas : le Plan Cancer*

L'action sur les facteurs de risque a été analysée de façon assez exhaustive par le rapport de la Cour des Comptes²², notamment au chapitre relatif à la prévention, lequel consacrait 17 mesures à la prévention primaire (éviter l'apparition d'une maladie), pour réduire les facteurs de risque. « Le ministère indique que la France est en situation très défavorable pour les causes de décès que pourraient éviter des modifications des comportements à risque notoirement cancérigènes, tels que le tabagisme et l'alcoolisme. L'objectif de ce volet du plan était donc de réduire les conduites à risque, pour prévenir ces cancers évitables. La plupart de ces mesures préexistaient et ont simplement été développées : le mérite du plan a surtout été d'amplifier la notoriété des facteurs de risques de cancers et des moyens de les réduire, tout en associant prévention, dépistage, soins et recherche. Leur

²² Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

financement n'a jamais été totalisé et n'a manifestement représenté qu'une part extrêmement faible des dépenses annuelles de prévention sanitaire.

L'impact d'une mesure de prévention n'est toutefois pas toujours proportionnel à son coût : les mesures juridiques « tabac » (...) ont eu un coût direct très faible, alors que leur fort impact devrait modérer à terme l'augmentation des dépenses d'assurance maladie découlant de ce facteur cancérigène.

Parmi les 15 indicateurs clés du plan, trois concernaient la prévention : diminution de 30 % du tabagisme des jeunes, de 20 % du tabagisme des adultes et de 20 % du nombre d'adultes dépendant de l'alcool. Le ministère et l'INCa n'ont pas établi de tableau de bord de ces indicateurs ».

De même, le rapport a souligné les carences de l'Etat face aux cancers professionnels et environnementaux, telles que l'absence d'un système de surveillance des cancers professionnels²³, l'insuffisante coordination face au radon, l'inefficacité du Plan Cancer face à l'alcool, etc.

Cette analyse de situation des facteurs de risque a logiquement débouché sur une série de recommandations qui sont ci-après dans la mesure où les promoteurs du Plan Cancer peuvent en tirer des enseignements :

- renforcer la lutte contre l'alcool sur le modèle de ce qui a été accompli contre le tabac ;
- étendre l'identification des causes de cancers professionnels et les prendre pleinement en compte dans la politique de santé publique, afin notamment de mieux cibler leur prévention et leur dépistage ;
- donner aux autorités sanitaires le droit d'accès aux anciens sites industriels non reconnus comme installations classées pour la protection de l'environnement, pour les études de risques de cancer.
- examiner l'opportunité de mettre un terme au remboursement du dépistage individuel du cancer du sein dans la tranche d'âge visée, les spécialistes le jugeant moins fiable que le dépistage organisé.
- faire évaluer régulièrement les nouveaux tests et moyens de dépistage afin d'adopter dans les meilleurs délais ceux présentant le meilleur rapport performance/coût, notamment pour le dépistage du cancer colorectal.
- optimiser le dispositif départemental de gestion des dépistages, ainsi que les multiples applications informatiques, y compris par des regroupements.
- inviter plus fermement les professionnels de santé à généraliser la prescription des dépistages, comme celle des mesures de prévention à toutes les étapes (prévention primaire, secondaire et tertiaire).
- s'assurer du strict respect, par les professionnels de santé, des cahiers des charges relatifs à la réalisation des dépistages.

²³ A ce titre, le rapport mentionne qu'une origine professionnelle est suspectée dans 4 à 8,5 % des cas de cancer, soit entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an. De 2,3 à 5 millions de salariés, selon les sources, seraient exposés en France à des agents cancérigènes. Plus des deux tiers sont des ouvriers ; le taux de mortalité par cancer est dix fois plus élevé chez ces derniers et chez les employés que chez les cadres et dans les professions libérales, toutes causes confondues.

Le délai entre exposition professionnelle à un facteur cancérigène et apparition d'un cancer peut atteindre plusieurs décennies : le nombre réel de cancers professionnels est ainsi sous-estimé, les médecins et les patients ne faisant pas toujours le rapprochement avec un tel risque ancien. Cela contribue à la prise en charge par l'assurance-maladie de dépenses qui relèvent en fait de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (At-Mp). Mais, à la différence de certains pays, la France n'a pas de système de surveillance des causes de décès au sein des professions, ni de statistiques nationales de mortalité par cause, profession et secteur d'activité. Surtout, la transmission et l'exploitation des données d'anatomopathologie, déterminantes pour détecter les cancers aux causes encore mal identifiées, restent à améliorer. L'InVS et, seulement depuis mi-2007, l'INCa, tentent de remédier à ces carences, dont la gravité doit être soulignée ».

- réduire le risque de redondances entre les missions assumées par de multiples agences et celles de l'INCa.

Ces mesures palliatives destinées à réduire les risques ne sont qu'une partie de l'ensemble des mesures préconisées par la Cour des Comptes. Il serait utile que le rapport soit étudié dans son intégralité afin de prendre les dispositions adéquates ici en Algérie, sachant que comme le souligne le rapport précité, « on ne pouvait infléchir en quelques années des tendances anciennes et lourdes ; leur redressement ne sera assuré qu'à long terme et au prix d'efforts persistants ».

3.2 Phase 3 : Budgétisation et contractualisation

3.2.1 Etape 10 : Estimer le budget et définir les modalités de gestion

• *Objet*

Le budget est une composante essentielle dans la planification qui donne lieu généralement à des négociations complexes lors de l'élaboration du programme et qui oblige l'équipe de planification à détailler d'une manière fine ses besoins, collecter et mettre en forme l'information nécessaire pour justifier la demande en allocation de ressources financières en fonction de modèles de présentation fixés. Cette demande en allocation budgétaire doit être basée sur une estimation des ressources nécessaires à l'accomplissement des résultats énoncés.

• *Processus*

- Estimer les besoins.
- Développer – et ce, pour chaque produit / service – la grappe d'activités nécessaires et suffisantes pour l'atteindre (voir étape 5).
- Décider les activités pour lesquelles il faudra établir un coût à proposer pour financement dans le cadre de la contractualisation entre les parties prenantes (par exemple : convention Gouvernement/PTF ou contrat-programme Wilaya/niveau central MSPRH.)
- Collecter et compléter l'information sur les coûts en demandant des devis aux prestataires, fournisseurs et/en utilisant toute autre source d'information.
- Majorer pour tenir compte de l'inflation si les prix des intrants risquent de changer durant les 2 prochaines années.
- Répartir les rubriques de coûts entre celles à prendre en charge par chacune des parties (par exemple : Programme/ménages ou Gouvernement/PTF.
- Définir les modalités de gestion (prévoir de rédiger un manuel de procédures dès la validation du programme)

• *Précisions*

Dans la mesure où la budgétisation implique une totale maîtrise de l'estimation des besoins, il est nécessaire de se reporter aux méthodes spécifiques applicables à chaque programme.

A titre d'exemple, il existe pour le Programme Elargi de Vaccination trois méthodes distinctes pour estimer les besoins qui sont :

- La méthode basée sur la population cible,
- La méthode empirique, basée sur les consommations,
- La nouvelle méthode recommandée par l'OMS et l'UNICEF basée sur l'offre des services.

Produits de l'étape :

- Un budget par activité liée au produit / service
- Un budget consolidé par produit / service.

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

La question des coûts et de la maîtrise des dépenses est au cœur de la mission de la Cour des Comptes qui a fait apparaître dans son rapport²⁴ que « les administrations n’ont pas suivi avec exactitude les dépenses correspondant au Plan Cancer. Les objectifs budgétaires du plan étaient eux-mêmes très succincts, et aucun indicateur financier n’avait été établi. La Cour estime que le total des dépenses de l’Etat et de l’assurance maladie a été augmenté par le Plan Cancer d’environ 4% ». La Cour a également mis en évidence qu’en matière de prévention et de dépistage, un doublement des crédits, à 150 M€/an a été observé. L’examen de ce rapport montre que « la première catégorie de dépenses a été celle des subventions pour la prévention et le dépistage (Etat, assurance maladie). Le plan avait prévu de les augmenter de « *près de 70%* ». Mais il n’avait précisé ni la base de calcul ni le montant. La Cour estime néanmoins que les crédits notifiés ont doublé entre 2002 et 2007, et ont atteint plus de 150 millions € financés en 2007 ». De leur côté, les soins ont été marqués par une hausse de + 3 % par rapport aux prévisions : « S’agissant des soins cancérologiques, les dépenses d’assurance maladie sont estimées à 15 milliards € par an. Les mesures nouvelles autorisées par l’Etat et financées par l’assurance maladie via les agences régionales de l’hospitalisation qui ont bénéficié aux établissements hospitaliers et, marginalement, aux réseaux de soins ont atteint un montant cumulé proche de 500 M€/an à partir de 2007. L’objectif du plan était de porter ces mesures à 640 millions d’euros par an en 2007, par rapport à 2002. Au demeurant, la mise en œuvre de la tarification à l’activité (T2A) ne permet plus de suivre par pathologie l’affectation des mesures nouvelles dans les établissements de soins.

En ce qui concerne l’INCa, la Cour a chiffré à 100 M€/an le coût de cet Institut. « La création de l’Institut national du cancer a été l’une des mesures durables du plan. Les ressources annuelles de l’INCa sont de l’ordre de 100 M€. Elles proviennent pour près de la moitié du ministère de la santé (contribution incluse dans les 150 M€ cités plus haut), et pour près de l’autre moitié de l’agence nationale de la recherche (ANR) ».

La corrélation entre les coûts et les résultats atteints est une dimension fondamentale de la budgétisation par programme, d’où la nécessité de documenter cet aspect, car au regard des coûts plus élevés que prévus, il est utile de remarquer que les résultats escomptés n’ont pas été observés. Le rapport de la Cour des Comptes souligne en effet que « l’objectif du plan n’a sans doute pas été atteint. Le rôle du plan et de l’INCa a été faible. Les inégalités de mortalité entre départements demeurent considérables (de même que, en aval du dépistage, les disparités entre les types d’interventions chirurgicales, avec des « *pratiques non conformes aux recommandations* » qui dépassent 14 % des 34.157 séjours hospitaliers de 2004 examinés par une équipe de l’INCa) ».

Toujours au chapitre des coûts, il est utile de donner un aperçu sur les questions de productivité, en prenant à titre d’exemple, le cas de la mammographie numérique : Dans son rapport, la cour rappelle qu’un arrêté du 24 janvier 2008 a introduit la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein, en faisant observer que « cette technique a une productivité quadruple : quelque 10.000 examens par an, contre environ 2.500 en radiographie analogique. Ce gain de productivité devrait conduire à écarter toute revendication de revalorisation de l’acte. La lecture assistée par ordinateur peut aussi porter sur des images analogiques mais digitalisées, mais avec le risque d’accroître les « faux positifs ». Les modalités de son contrôle de qualité ont été fixées par décision de l’AFSSAPS publiée au Journal officiel du 11 mars 2006. Seule une étude médico-économique (estimation du surcoût pour les radiologues et pour les centres de gestion par rapport au bénéfice attendu) permettra de maîtriser l’impact du numérique sur le coût du dépistage organisé, à condition de vérifier rigoureusement les gains de productivité. Les réalisations étrangères ne sont pas totalement concluantes ».

A partir d’un autre exemple, celui du service téléphonique, la Cour a mis en exergue son caractère dispendieux : « la mesure 39 comprenait un *agenda-information-cancer* régional, abandonné, des *kiosques d’information* (seulement 11 furent lancés par la MILC, sans indicateurs d’activité ; 6 autres

²⁴ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

ont été ouverts avec l'aide de l'INCa en 2006-2007, et 3 autres étaient prévus en 2008) et surtout «*Cancer Info Service*®» (Cis). Le ministère et la MILC avaient confié ce service de téléphonie sociale en 2003 à la Ligue nationale contre le cancer, qui avait l'expérience d'un service de ce type. La Ligue nationale contre le cancer a reçu pour ce faire 10,18 M€ de 2004 à 2006 de la DGS puis de l'INCa ; mais elle n'a traité que 69.187 appels en trois années. Le coût de traitement de l'heure de communication avait atteint le niveau extravagant de 812€ en 2004, avant de baisser aux niveaux encore élevés de 462€ en 2005 et 386€ en 2006, selon la Ligue nationale contre le cancer. Par appel traité, le coût unitaire, dépenses de publicité comprises, a été de 147€, avec 14 minutes en moyenne. L'INCa, à qui la gestion de ce service a été transférée en mars 2007, indique l'avoir réduit à 19 € par appel de 5 minutes en moyenne. La Ligue nationale contre le cancer souligne que « *les pics d'appel (...étaient) obtenus de façon intermittente par des pics de communication eux-mêmes très coûteux* ». Cette dernière a encaissé l'intégralité des subventions reçues, en dépit d'une activité inférieure aux prévisions budgétaires ».

Enfin, il est nécessaire de signaler qu'à cette étape de confection du budget doit nécessairement être réfléchi la question des procédures de gestion. Dès la formulation du plan (voir étape 16), il sera impératif de rédiger un manuel de procédures, ceci afin d'éviter des confusions et des gaspillages de temps et de ressources. A titre illustratif sont donnés ci-après les problèmes de gestion de subventions par la DGS, extraites du rapport de la Cour des Comptes précité, pour montrer toute l'importance qu'il faut accorder sur ce point :

- « Notifications tardives » : pour que le cabinet du ministre puisse octroyer des subventions tard dans l'année, la DGS a notifié les subventions « *en cours ou en fin d'année, rendant la gestion de ces actions peu simple* », comme le souligne la Ligue nationale contre le cancer, qui, ayant reçu 1 799 000€ à la signature d'une convention du 27 octobre 2003, n'en avait dépensé que 22 776€ en fin d'année.
- Dossiers incomplets : dans le dossier de la Ligue nationale contre le cancer susvisé manquaient quatre ans plus tard des pièces essentielles (comptes et budgets...). Le contrôle budgétaire et comptable rejeta en 2004 un autre dossier, le compte-rendu d'utilisation de la précédente subvention n'étant « *pas suffisamment précis pour pouvoir appréhender la nature des dépenses réellement effectuées* ».
- Commande irrégulière : pour une rencontre parlementaire sur le Plan Cancer, une agence de communication notifia au directeur général de la santé, par lettre du 10 février 2003, qu'elle avait « *été désignée pour assurer le secrétariat général à hauteur de 10 000€* », par l'Assemblée nationale. Le directeur général accepta par erreur ce devis dans une lettre du 13 mars au lieu d'engager la commande, qui ne fut régularisée que six mois plus tard.
- Absence de caractère incitatif : comme la Cour l'a déjà observé à propos de plusieurs subventions de la DGS à des organismes faisant appel à la générosité du public, le caractère incitatif de certaines subventions est limité quand elles concernent des projets déjà engagés et même parfois achevés.
- Retards d'exécution : une fédération a obtenu 36 000 € en 2005 pour des actions d'information. Un mois après l'expiration de la convention, en septembre 2006, seul un « *pilote* » avait été réalisé. La subvention avait été versée à la signature, sans clause de restitution en cas d'inexécution partielle. Absence de compte-rendu d'exécution: une fondation reçoit 800 000€ pour 2004, mais trois ans plus tard, le rapport prévu sur le service d'accueil téléphonique ainsi financé ne figure toujours pas au dossier ; la Ligue nationale contre le cancer, principale bénéficiaire des subventions DGS de cette période, a de même omis de produire les rapports d'exécution et financiers pour plusieurs millions d'euros, sans que la DGS les réclame avant l'octroi des subventions suivantes.
- Justifications mal fondées : les justifications ne sont souvent que des salaires, dont le calcul est invérifié. La Cour a ainsi conclu que « *le caractère sincère des budgets prévisionnels établis par la Ligue au soutien de ses demandes de subvention de budgets prévisionnels n'est pas*

établi». La Ligue nationale contre le cancer reconnaît qu'elle n'assure pas « *un suivi analytique du temps de travail des salariés. (...II) est évalué en fin d'année* ».

3.2.2 Etape 11 : Définir un calendrier de travail

• *Objet*

En décrivant lors de l'étape 5 les activités, les engagements pris ont été clarifiés afin d'atteindre les produits / services planifiés. En élaborant un calendrier de travail, la faisabilité des engagements permettra d'être confirmée après détermination des détails précis d'exécution permettant de les tenir.

• *Processus*

- Décomposer chaque activité définie (étape 5) en tâches dans la mesure où elle peut être réalisée par une même entité (ou un groupe d'individus) et qu'une fois entreprise, elle peut être menée à son terme par la ressource de manière continue sans l'intervention d'un tiers.
- Regrouper les tâches définies en lots de tâches, qui devraient décrire un ensemble d'actions pilotées par une même entité d'intervention.
- Définir pour chaque tâche la durée minimum pour l'accomplir, puis la durée maximum et à l'intérieur de cette fourchette estimer une durée moyenne nécessaire à sa bonne exécution.
- Arrêter les dates de début et de fin de chaque tâche en contrôlant au préalable le calendrier des jours fériés ou de vacances.
- Décrire les liens de dépendance chronologique en distinguant entre les tâches qui se déroulent en suite logique de celles qui doivent être précédées par d'autres enfin de celles qui peuvent avoir lieu simultanément.
- Elaborer un organigramme des tâches.

• *Produit de l'étape*

Calendrier de travail.

Support et illustration :

Voir en page suivante le schéma d'illustration d'organigramme des tâches.

Illustration d'organigramme des tâches

	ID	Nom de tâche	Début	Terminer	Durée	2005
						Q3
Produit/service	1	Produit 1.1. Cliniques pour les jeunes) offrant les services de FP aux femmes/ hommes des régions cibles.	23/09/2005	22/11/2005	43j	
Activité	2	Activité 1.1. Formation additionnelle sur la PF pour le personnel dea clinique.	23/09/2005	22/11/2005	43j	
Bloc de tâches	3	1.1.1. Élaborer le contenu	23/09/2005	13/10/2005	15j	
Tâche	4	Définir les besoins en formation	23/09/2005	26/09/2005	2j	
	5	Concevoir les modules	23/09/2005	13/10/2005	15j	
	6	Valider les modules	27/09/2005	28/09/2005	2j	
	7	1.1.2. Choisir le prestataire de formation	14/10/2005	22/11/2005	28j	
	8	Envoyer le cahier des charges aux prestataires	14/10/2005	14/10/2005	1j	
	9	Réunir la commission pour traiter les devis	14/10/2005	14/10/2005	1j	
	10	Informé le prestataire choisi	14/10/2005	14/10/2005	1j	
	11	Envoyer le planning de formation à au Bureau de l'OMS	23/11/2005	23/11/2005	1j	
	12	Organiser les sessions de formation	23/09/2005	17/11/2005	40j	
	13	Evaluer les sessions de formation	18/11/2005	21/11/2005	2j	
	14	Envoyer le rapport technique à l'OMS	22/11/2005	22/11/2005	1j	

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

Comme pour la question des coûts examinée à l'étape précédente, la question des délais est également fondamentale car la maîtrise des délais conditionne l'efficacité des actions, d'où la nécessité de procéder à une estimation juste des temps nécessaires à l'atteinte des résultats afin d'éviter tout dérapage. L'examen du calendrier de réalisation des priorités du Plan Cancer par la Cour des Comptes²⁵ montre à titre illustratif les faits suivants :

- Dépistage du cancer du sein : le dispositif programmé pour fin 2004 n'a été stabilisé que deux ans plus tard.
- Pôles régionaux de cancérologie : prévus en 2004, ils n'étaient pas encore pleinement développés trois ans plus tard.
- Réseaux de cancérologie, centres de coordination en cancérologie, programmes personnalisés de soins : ils n'étaient pas encore tous en place fin 2007.
- Consultations d'annonce : leur généralisation était incomplète fin 2007.
- Agrément des établissements : la procédure a comme prévu été adoptée en 2007, mais ne devrait être pleinement appliquée que fin 2012
- Renforcement des matériels IRM, scanners, TEP et de radiothérapie : ce volet s'achèvera vers 2009 au lieu de mi-2007.
- Evolution de la formation médicale et soignante : les mesures qui devaient être en place fin 2006 n'ont que partiellement été mises en œuvre ».

3.2.3 Etape 12 : Contractualiser les rôles et les engagements de chaque acteur.

• *Objet*

En instaurant la GBR, l'idée est de renforcer une réelle appropriation du plan de travail à tous les niveaux et à encourager la consultation et la collaboration entre les parties prenantes des programmes. Ces deux principes supposent que chaque acteur ou entité concerné(e) par un produit ait un rôle précis. Cette étape vise précisément à formaliser les relations de manière à ce que chacun tient toute sa place mais rien que sa place et chacun aide et soutient les autres autant qu'il le peut.

• *Processus*

- Définir pour chaque partenaire le lot de tâches qu'il doit piloter et / ou exécuter.
- Préciser ce dont il est responsable.
- Définir les limites à la liberté de choix par rapport à chaque activité.
- Préciser les informations qu'il doit transmettre et à qui ?

• *Produit de l'étape*

Une répartition des rôles clarifiée entre différents partenaires qui concourent pour l'obtention d'un produit / service.

• *Précisions*

Dans la mesure où la question de contractualisation est un élément important de la problématique de la GBR – et que celle-ci fait également partie des priorités du MSPRH – il peut être utile de se reporter à la documentation existante – et notamment au niveau de l'OMS – qui fournit de nombreux modèles fixant les objectifs, les obligations respectives de chacune des parties et les modalités de travail²⁶.

²⁵ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

²⁶ Pour mémoire est fourni dans le Manuel de construction de budgétisation par programme un modèle de Contrat-Programme entre l'administration centrale du Ministère de la santé du Maroc et une de ses directions régionales.

• **Etude de cas : l'Institut national de Veille sanitaire**

A titre d'exemple, un modèle d'outil de contractualisation est donné dans le contrat entre l'InVS et l'Etat²⁷ fixant notamment l'objet du contrat d'objectifs et de performance (article 2) et les engagements réciproques (article 3).

Pour ce qui concerne l'objet du contrat d'objectifs et de performance, le contrat fixe les sept orientations stratégiques suivantes, conformément aux missions confiées à l'Institut :

- « Renforcer les capacités d'alerte et de réponse.
- Élaborer et mener à bien une stratégie scientifique adaptée aux missions de l'Institut.
- Renforcer les programmes de surveillance prioritaire et les articuler avec les objectifs et les plans nationaux de santé publique.
- Développer la connaissance et la surveillance épidémiologique des risques professionnels.
- Développer le maillage territorial et la régionalisation, dans le cadre des missions confiées aux agences régionales de santé, afin d'améliorer la veille et l'alerte sanitaires.
- Contribuer au développement de la surveillance, de l'expertise et de l'alerte sanitaires aux niveaux européen et international.
- Améliorer l'efficience ».

Les objectifs et les indicateurs associés à chaque orientation stratégique sont détaillés dans le contrat.

Pour ce qui concerne les engagements réciproques, l'Institut s'engage à :

- prendre en compte pour l'élaboration de son programme de travail les objectifs fixés par la loi et les plans de santé publique, ainsi que les demandes spécifiques que lui adresse le ministère de la Santé ;
- respecter et mettre en œuvre les orientations stratégiques définies dans le contrat ;
- atteindre les objectifs opérationnels décrits par ailleurs dans la mesure des moyens qui lui seront alloués chaque année à cet effet et rendre compte annuellement de la réalisation de ces objectifs, notamment au regard des indicateurs figurant dans le contrat ;
- informer en temps utile le ministère chargé de la Santé sur les difficultés éventuelles que l'Institut aurait à exercer, en tout ou partie, certaines de ses missions ;
- appliquer les procédures définies avec l'État pour organiser leur relation opérationnelle ;
- rechercher les moyens de mettre à la disposition des acteurs publics et privés son patrimoine immatériel de connaissances, dans le respect des règles de confidentialité qui s'appliquent à certaines données, et dans la perspective éventuelle de diversification des ressources propres de l'Institut ;
- prendre en compte dans l'organisation de son activité, les politiques du gouvernement portant notamment sur la modernisation du service public et la recherche d'efficience dans l'action publique.

De son côté, l'État s'engage à :

- contribuer financièrement à la mise en œuvre du présent contrat de performance, et notamment assurer le financement de l'ensemble des emplois exprimés en équivalent temps plein travaillé (ETPT) prévus par le plafond fixé annuellement en concertation avec la direction du budget, et prendre en considération le cas échéant dans la détermination des moyens de l'Institut, la mise en œuvre des missions nouvelles qui pourraient lui être confiées ;
- étudier, avec l'Institut, les moyens de diversifier et de développer ses --ressources propres, notamment par la valorisation de son patrimoine immatériel ;
- favoriser toute mesure d'ordre organisationnel et/ou juridique --facilitant l'accomplissement des missions confiées à l'Institut, notamment en ce qui concerne les systèmes d'information ;

²⁷ Contrat d'objectifs et de performance 2009-2012, Institut de Veille Sanitaire, 2009.

- proposer à l'Institut une formalisation de leur relation opérationnelle, --notamment pour les situations d'urgence, tenant compte de la mise en place des Agences régionales de santé, puis appliquer les procédures définies conjointement ;
- transmettre à l'Institut sans délai toutes les informations pour lui --permettre de remplir ses missions, notamment celles nécessaires à la surveillance et l'évaluation de risques sanitaires ;
- suivre les projets d'investissement de l'Institut sur la base d'un plan --pluriannuel d'investissement (PPI). L'équilibre financier de ce PPI devra être assuré par la capacité d'autofinancement de l'Institut, sans toutefois empêcher l'examen de situations particulières ou exceptionnelles, qui pourraient justifier notamment le recours à l'emprunt pour le financement des projets immobiliers.
- Ces engagements s'entendent compte tenu de la loi de finances annuelle votée par le Parlement.

3.3 Phase 3 : Suivi-évaluation des performances

3.3.1 Etape 13 : Assurer une capacité de suivi des performances

• *Objet*

L'approche GBR considère que pour réussir une intervention donnée et lui assurer sa pérennité, il est nécessaire de collecter l'information sur le rendement et d'utiliser cette information pour rendre compte de ses activités et prendre des décisions éclairées qui intègrent les enseignements tirés de l'expérience. Cette étape est donc essentielle pour suivre l'atteinte des résultats, confronter l'évolution par rapport aux conditions initiales que le programme avait but d'améliorer.

• *Processus*

- Reprendre le produit de l'étape 8 qui définit pour chaque niveau de résultat les indicateurs de performance correspondants.
- Décrire les données nécessaires pour calculer chaque indicateur.
- Préciser les données initiales qui serviront de référence. (Voir étape 1).
- Identifier pour chaque indicateur les sources d'information nécessaire pour le produire.
- Définir le type d'information non disponible qui devra être produite pour les besoins du suivi des performances.
- Préciser quelle méthode et outil de collecte seraient les plus économiques pour produire l'information.
- Indiquer qui sera chargé de recueillir l'information.
- Définir à quelle fréquence il sera nécessaire de mettre à jour les données pour être en mesure de calculer les indicateurs de performance.

• *Produit de l'étape*

Matrice de mesure de la performance

• Support et illustration

Produit / Service	Cliniques pour les jeunes offrant les services de dépistage aux femmes / hommes des régions cibles.
Indicateur	Qualité des cliniques remises en état et pleinement équipées intégrant efficacement les services de dépistage.
Source de données	Association x des cliniques privées Direction de l'équipement.
Méthode de Collecte	Dépouillement de registres
Fréquence	Annuel
Responsabilité	INCa

• Etude de cas : le Plan Cancer

Lors de la conception du Plan Cancer algérien, il sera nécessaire de prévoir un dispositif de pilotage, de suivi / évaluation et d'audit rigoureux, en s'inspirant par exemple de ce qui a été prévu en France (cas du Plan Cancer 2009-2013).

Selon ce qui est indiqué dans ce plan²⁸, « le dispositif de suivi et d'évaluation du plan est assuré selon des modalités fondées sur les recommandations faites dans le rapport Grünfeld et dans le rapport du Haut conseil de la santé publique.

Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du plan sont séparés de l'évaluation du plan.

▪ Le pilotage de la mise en œuvre du plan

Il est assuré par le comité de pilotage interministériel présidé par le directeur général de la santé ou son représentant qui doit être en mesure de mobiliser les administrations centrales, les services déconcentrés et les agences impliquées dans la mise en œuvre des mesures du plan au premier rang desquelles l'Institut national du cancer (INCa) ».

Le Plan indique ensuite la composition du comité de pilotage²⁹ et précise que « le comité de pilotage se réunit tous les trimestres. Sa principale mission est de suivre la mise en œuvre des mesures du plan. Il peut proposer des adaptations de la mise en œuvre du plan en fonction de l'évolution du contexte ou à la lumière du rapport d'évaluation prévu à mi-parcours. Il établit un état des lieux semestriel remis au Président de la République et aux ministres concernés. Il s'appuie sur le suivi de la mise en œuvre des mesures du plan qui ont été construites dans une logique de santé publique avec des objectifs, des interventions ou actions et des indicateurs de suivi dont ceux de leur exécution budgétaire réalisé par l'Institut national du cancer dont la mission est de coordonner les opérateurs de la lutte contre le cancer.

▪ Le suivi des actions du plan

L'Institut national du cancer assure le suivi des actions du plan grâce à une équipe dédiée, responsable devant le comité de pilotage du plan.

Celle-ci est spécifiquement chargée :

- de suivre la mise en œuvre des actions du plan, notamment à l'aide des indicateurs de chaque action. À ce titre, elle collecte les données nécessaires au suivi des indicateurs auprès de chaque pilote d'action ;

²⁸ Plan cancer 2009-2013, Institut National du Cancer, Paris, 2008.

²⁹ A savoir le directeur général de la santé ou son représentant, président du comité de pilotage ; le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant ; le directeur général de la recherche et de l'innovation ou son représentant ; le directeur général de l'action sociale ou son représentant ; le directeur général du travail ou son représentant ; le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ; le président de l'Institut national du cancer ou son représentant ; le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant ; Jean-Pierre Grünfeld, personnalité qualifiée ; le président du collectif inter associatif de la santé (CISS) ou son représentant.

- d'identifier les difficultés rencontrées par les pilotes d'actions dans la mise en œuvre de ces actions et d'alerter si nécessaire le président du comité de pilotage.

Elle associe la Direction générale de la santé à ce suivi afin de préparer les réunions du comité de pilotage interministériel.

Par ailleurs, et conformément aux missions que la Loi confie à l'INCa au titre de la coordination des opérateurs de la lutte contre le cancer, l'Institut présente annuellement l'état d'avancement du plan à ses instances. Il organise, à cet effet, un séminaire annuel de son conseil d'administration, ainsi qu'un séminaire conjoint de son comité des malades, des proches et des usagers et de son comité consultatif des professionnels de santé.

L'implication des instances de l'INCa permet d'associer les acteurs et les usagers de la cancérologie à l'avancement des mesures prévues par le plan. L'articulation avec le COPIL du plan est assurée par le président du conseil d'administration de l'INCa, qui en est membre.

- L'évaluation du plan

L'évaluation du Plan Cancer 2009-2013 est sous la responsabilité du Haut conseil de la santé publique et de l'AERES, pour les mesures de l'axe «Recherche». Ceux-ci peuvent solliciter des prestataires externes recrutés sur appels d'offres. Deux évaluations sont prévues : l'une à mi-parcours à la fin 2011 et l'autre à la fin du plan en 2013. Les rapports de synthèse de ces évaluations sont remis au Président de la République et aux ministres concernés.

3.3.2 Etape 14 : Assurer une capacité à rendre compte des résultats

• *Objet*

Cette étape est essentielle dans la mesure où elle permet à tous les intervenants de mettre à jour l'information dans les plans de travail qui reflète les changements réels sur le terrain. Elle se matérialise par différents type de rapports : rapport d'étape, rapport annuel ou rapport de bilan de la période biennale.

• *Processus*

- Présenter les résultats réels obtenus par rapport aux résultats escomptés pour les différents niveaux de la chaîne de résultats.
- Commenter les principales activités entreprises pendant la période visée, qui ont favorisé l'obtention des résultats et tout écart par rapport au plan de travail approuvé.
- Faire un bilan des contributions et des apports financiers et en nature.
- Faire le bilan des risques recensés et des plans d'atténuation pour les risques élevés.
- Recenser les nouveaux risques qui ont des effets ou qui peuvent avoir des effets sur l'obtention des résultats.
- Proposer (s'il y a lieu) des modifications à apporter aux résultats escomptés du programme ou programme, et au plan d'affectation des ressources;
- Proposer des modifications recommandées au plan de travail annuel approuvé.
- Tirer les enseignements en fonction des principaux facteurs de réussite : obtention des résultats, efficacité des résultats en termes de coûts, pertinence des résultats, durabilité des résultats.
- Recommander des mesures correctrices.
- Analyser le degré de durabilité des résultats sur une période de temps donnée.

• *Produit de l'étape*

Des données sur les performances des activités antérieures et les enseignements à prendre en compte pour les actions futures.

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

La structuration du rapport d'exécution du Plan Cancer est la suivante³⁰

- I. Indicateurs des 6 mesures phares
- II. Synthèse de l'exécution budgétaire
- III. Récapitulatif de l'état d'avancement des actions
- IV. Suivi des mesures
 - Axe 1 Recherche
 - Axe 2 Observation
 - Axe 3 Prévention/Dépistage
 - Axe 4 Soins
 - Axe 5 Vivre pendant et après le cancer
- V. Exécution budgétaire détaillée
- VI. Lexique

Il est important de noter que ce rapport doit nécessairement comporter une partie technique et une partie financière. Ces deux éléments sont indissociables et permettent de se faire une idée sur les actions menées et leur coût.

Pour ce qui est de l'exécution budgétaire du Plan, le rapport³¹ fournit des éléments chiffrés se présentant comme suit :

Financiers	Budget 2009-2013 du Plan	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	682 848 000 €	136 321 200 €	20,0 %	141 077 000 €	96 %
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
Total	1 945 589 000 €	531 148 056 €	27,3 %	556 801 000 €	95,4 %

Les dépenses des ministères chargés de la santé et de la recherche figurent hors dotations versées aux opérateurs participant également au financement du Plan (INCa, INPES, InVS)

Nota, ici, les dépenses figurent non pas suivant les axes, mais suivant les financeurs.

Pour parfaire l'analyse de situation, il est en fait nécessaire de se reporter au tableau d'exécution budgétaire par axe (en veillant à ce que la dernière ligne est bien identique sur les deux tableaux).

Cette information par « axe » et « mesure » est donné dans l'analyse des axes, comme suit :

Mesure 1 : « Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire »

Exécution budgétaire mesure 1 :

Financiers	Budget 2009-2013 du Plan	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	30 100 000 €	4 309 500 €	14,3 %	4 800 000 €	89,8 %
INCa	39 132 000 €	13 098 753 €	33,5 %	9 247 000 €	141,7 %
Total	69 232 000 €	17 408 253 €	25,1 %	14 047 000 €	123,9 %

³⁰ Synthèse des données de pilotage du Plan cancer 2009-2013, bilan trimestriel, Institut National du Cancer, Paris, mars 2011.

³¹ Synthèse des données de pilotage du Plan cancer 2009-2013, bilan trimestriel, Institut National du Cancer, Paris, mars 2011.

Ces éléments constituent la synthèse du tableau d'ensemble qui doit nécessairement faire apparaître les réalisations par rapport aux prévisions, et ce, action par action, en distinguant les sources de financement. Ceci apparaît sous la forme suivante :

Exécution budgétaire détaillée, Budget de l'Axe Recherche, au 31/12/2010

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
1.1	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 600 000	3 200 000	6 300 000	8 600 000	10 400 000	30 100 000
		Réalisé	1 625 600	2 683 900	na	na	na	4 309 500
	INCa	Budgété	1 869 000	4 204 000	6 635 000	8 500 000	9 000 000	30 208 000
		Réalisé	2 618 177	4 149 188	na	na	na	6 767 365
1.2	INCa	Budgété	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
		Réalisé	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
Total budgété sur l'axe			53 600 000	60 654 000	75 981 000	83 452 000	89 600 000	363 287 000
Total réalisé sur l'axe			48 984 856	60 436 429	na	na	na	109 421 285
Taux de réalisation			91%	100%	na	na	na	30%

Une fois les données financières fournies, il est également nécessaire de faire un récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan. Ce récapitulatif se présente comme suit³² :

Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan Cancer										
(Situation au 31/12/2010)										
N°	Mesures	Actions	Etat courant	2010			2011			
				T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire	1.1	planning respecté							
		1.2	non commencée							
		1.3	achevée	///	///	///				
		1.4	retard important							
		1.5	retard mineur							
2	etc.									

Source : Synthèse des données de pilotage du Plan cancer 2009-2013, bilan trimestriel, Institut National du Cancer, Paris, mars 2011

Après cette présentation sous forme de barres de couleur est donné un commentaire d'ensemble et les recommandations. Cet ensemble est assorti d'un tableau de situation des indicateurs se présentant comme suit :

Indicateurs de résultats de la mesure 4 du Plan Cancer

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (p/2008)	29%	30/06/2010	Nombre de patients inclus en 2009 : 28.200 (mise à jour au 30/6/2010) ; Nombre de patients inclus en 2008 : 21.751 - Taux d'augmentation : $(28200-21751)/21751=29,7\%$
	27%	21/05/2010	enquête 2008 : 21.751 patients inclus enquête 2009 : 27.700 patients inclus
Etc.			

Enfin, il est utile de documenter le degré de mise en œuvre par chapitre et mesures, à l'instar de ce qui a été établi par la Cour des Comptes³³

Degré de mise en œuvre par chapitre et mesures

³² Synthèse des données de pilotage du Plan cancer 2009-2013, bilan trimestriel, Institut National du Cancer, Paris, mars 2011.

³³ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

Chapitres	Mise en œuvre des mesures					
	Abandonnée	Faible/ incertaine	Modérée/ variable	Élevée	Complète	Total
1. Prévention	1	4	7	6	2	20
2. Dépistage	0	3	2	3	0	8
3. Soins	2	6	7	10	0	25
4. Social	0	5	1	1	0	7
5. Formation	0	3	1	1	0	5
6. Recherche	0	1	2	1	1	5
Sous total Plan	3	22	20	22	3	70
«Mise en œuvre»	2	0	2	0	3	7
Total	5	22	22	22	6	77

Source : Cour des Comptes

3.4 Phase 4 : Formulation et validation

3.4.1 Etape 15 : Elaborer la matrice du cadre logique

• *Objet*

La GBR repose sur une chaîne de résultats qui peut être parcourue de la manière suivante : On réalise des activités grâce aux ressources disponibles. Les activités produisent des résultats immédiats «extrants» qui permettent d'effectuer le changement «effet» grâce à l'utilisation de ces «extrants». Si l'on atteint l'effet, c'est que les résultats intermédiaires sont atteints. Celui-ci contribuant à son tour, à l'atteinte des résultats finaux.

• *Processus*

- Définir la vision, les objectifs (généraux et spécifiques), les stratégies, les résultats escomptés, les actions/activités et les moyens (en se basant sur les éléments produits lors de l'étape 3)
- Indiquer les éléments de contrôle et de vérification des résultats escomptés
- Recenser les risques et hypothèses propres à chacune des actions (ou de groupes d'actions), (en se basant sur les éléments produits lors des étapes 7 et 9)

Comme indiqué, les tâches réalisées lors de cette étape ne font que reprendre les résultats des travaux des étapes antérieures

• *Produit de l'étape*

Cette relation de cause à effet entre les différents éléments énoncés ci-dessus constitue une logique d'intervention appelée « cadre logique axé sur les résultats » ou « cadre logique d'intervention ». Il présente un format assez semblable au cadre logique utilisé plus communément dans la gestion de cycle de programme.

• *Support et illustration*

Le tableau suivant montre la correspondance entre les différentes formulations.
(voir page suivante)

Tableau de logique d'intervention

Logique d'intervention selon le cadre logique « classique »		Logique d'intervention selon la GBR	
Objectif global	→	Résultats finaux	→ Impact
↑		↑	
Objectif (s) spécifique (s)	→	Résultats intermédiaires	→ Effets
↑		↑	
Résultats	→	Résultats immédiats	→ Extrants
↑		↑	
Actions/Activités	→	Actions/Activités	
↑		↑	
Moyens	→	Ressources	

La matrice du Cadre logique, qui fournit un instantané de la logique qui sous-tend le programme, comprend les objectifs, les résultats, les activités, les moyens/ressources, les indicateurs et leurs sources de vérification ainsi que les hypothèses et risques.

Cette matrice saisit la logique verticale ou chaîne de résultats (c'est-à-dire, pour rappel, la façon dont les activités mèneront à des « extrants », les « extrants » à des « effets », et dont les effets auront un impact positif sur le problème concerné) ainsi que la logique horizontale, à savoir les indicateurs des résultats prévus, les bénéficiaires et les risques inhérents à la mise en place du programme.

La matrice se présente suivant le modèle présenté ci-après.

Tableau de présentation du cadre logique											
No	Objectif / Résultat / Activité	Indicateurs / livrables	Calendrier	Ressources			Marchés	Événements		Budgets estimés	Commentaires / Suppositions
				(hommes jours)				Participants nationaux	Jours		
Code											
Objectif Général											
Résultat attendu 1											
Sous-Résultat attendu-1.1											
Activité 1.1.1											

Nota : a côté de ce modèle, il existe une variante se limitant aux colonnes suivantes : (i) objectifs/résultats/activités, (ii) indicateurs, (iii) sources de vérification, (iv) calendrier et (v) hypothèses et risques.

L'objectif global s'exprime généralement en « contribution à ».

Les résultats doivent être SMART – comme cela a été vu lors des étapes 3 et 8. Les caractéristiques d'un résultat bien formulé sont les suivantes :

- Spécifiques : ils répondent à la question « Quel domaine/nature spécifique de changement ? Quels bénéficiaires ?, Où ? » ;
- Mesurables : Combien ? (mesure du changement) ;
- Atteignables : Peuvent être réalisés ;
- Réalistes : la solution est cohérente et pertinente par rapport à la réalité défavorable à changer ;
- Temporels : peuvent être atteint dans la durée du programme.

• Etude de cas : le Plan Cancer

Pour mémoire, le Plan Cancer français ne comporte pas de cadre logique, mais il semble que c'est une lacune. Il serait utile que les rédacteurs du Plan Cancer algérien prévoient d'en établir un, car c'est utile, même si le travail de confection est relativement ingrat.

3.4.2 Etape 16 : Ecrire le programme (fiche programme)

• *Objet*

Cette étape thésaurise toutes les décisions qui ont été prises durant les étapes précédentes. Il s'agit de développer une base écrite autour du programme en détaillant les informations concernant la raison d'être du programme, la pertinence, faisabilité et viabilité des solutions proposées, les modalités d'exécution, de suivi et évaluation du programme, la budgétisation et la gestion financière du programme.

• *Processus*

- Recenser l'ensemble des résultats obtenus lors des étapes antérieures.
- Passer en revue ces résultats et s'assurer qu'il existe bien une cohérence d'ensemble.

• *Produit de l'étape*

Un document de synthèse : le programme

• *Support et illustration*

Une fiche de programme peut se présenter de la façon suivante :

1. Identification de l'organisation (nom de l'organisation, organigramme de l'organisation, nombre et fonctions des permanents, moyens matériels et financiers, coordonnées) ;
2. Objectifs du programme ;
3. Résumé du programme (titre, localisation, bénéficiaires, durée, financement, les partenaires du programme et leurs coordonnées, les personnes responsables à contacter) ;
4. Description du programme
 - 4.1 Intitulé (utiliser des mots-clés signalant l'action, les bénéficiaires, le lieu et l'objectif)
 - 4.2 Localisation (région, ville, quartier)
 - 4.3 Historique du programme (comment le programme a émergé ?)
 - 4.4 Bénéficiaires
 - 4.5 Acteurs responsables
 - 4.6 Exposé de la problématique abordée par le programme
 - 4.7 Objectifs, résultats escomptés, activités programmées, indicateurs et sources de vérification
 - 4.8 Hypothèses et risques
 - 4.9 Échéancier d'exécution des activités
 - 4.10 Ressources humaines et moyens matériels nécessaires pour la réalisation du programme
 - 4.11 Budget chiffré
 - 4.12 Viabilité et durabilité (mettre en avant la capacité du projet à avoir un impact durable, montrer que le projet est faisable, réaliste et efficace)
 - 4.13 Système et modalités de suivi et d'évaluation.

• *Etude de cas : le Plan Cancer*

L'organisation du Plan Cancer 2009-2013 ³⁴ en France est la suivante :

- Plan Cancer 2009-2013 : 5 Axes, 6 Mesures « Phare », 30 Mesures, 118 Actions, 3 Thèmes transversaux
- Les dépenses sur la durée du plan

³⁴ Plan cancer 2009-2013, Institut National du Cancer, Paris, 2008.

- Les 5 Axes :
 - Axe Recherche
 - Axe Observation
 - Axe Prévention – Dépistage
 - Axe Soins
 - Axe Vivre pendant et après un cancer
- Les 6 Mesures « Phare »
- Les 30 Mesures du plan par axe
 - Axe : « Recherche »

Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades, 5 mesures – 26 actions
 - Axe : « Observation »

Mieux connaître la réalité des cancers en France, 4 mesures – 12 actions
 - Axe : « Prévention – Dépistage »

Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité, 8 mesures – 37 actions
 - Axe : « Soins »

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace, 7 mesures – 27 actions
 - Axe : « Vivre pendant et après un cancer »

Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion, 6 mesures – 16 actions

Comme on le voit, la structuration n'est pas exactement celle qui figure ci-dessus, mais sa compilation montre que toutes les informations mentionnées y figurent, d'une manière ou d'une autre.

Il appartiendra aux équipes algériennes de définir leur propre canevas, en veillant à utiliser le plus possible un canevas commun, quitte à l'adapter au cas par cas pour tenir compte des spécificités des programmes respectifs.

Pour cette étape, qui constitue la phase ultime de la faisabilité, il est nécessaire d'adopter une méthodologie rigoureuse. A cet effet, il peut être utile de rappeler la méthodologie d'élaboration du Plan Cancer 2009-2013 en France :

Comme cela figure dans ce document, « ce Plan est la déclinaison opérationnelle du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 »³⁵.

Son élaboration a été pilotée par le ministère de la santé et des sports en association avec le ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur et le ministère du travail. Sa préparation coordonnée par la DGS a étroitement associé la DHOS, la DGRI, la DSS, la DGT, la DGAS et l'Institut national du cancer (INCa).

Le Pr Jean-Pierre Grünfeld a suivi personnellement l'avancement des groupes de travail élaborant les mesures et actions du plan. Les membres de la commission réunie auprès du Pr Jean-Pierre Grünfeld ont été associés à mi-parcours et ont pu réagir aux mesures et actions proposées par les groupes de travail. A cet effet, la commission a été élargie aux fédérations hospitalières.

Le Haut conseil de la santé publique et l'Agence d'évaluation de la recherche scientifique ont fait part de leurs observations et recommandations sur la version proposée du plan.

Une attention particulière a été portée :

³⁵ Plan cancer 2009-2013, Institut National du Cancer, Paris, 2008.

- à l'articulation du Plan Cancer avec les autres plans de santé publique qui l'impactent ou auxquels il s'associe (tels que le PNSE2, le PNNS, le Plan soins palliatifs, le Plan santé au travail...);
- à la structuration du pilotage des mesures pour en garantir au mieux la mise en œuvre et sa future évaluation externe (en intégrant dès le début le principe d'une évaluation d'étape à mi-parcours);
- à la mise en cohérence de l'action avec les évolutions de la structuration du système de santé, d'enseignement supérieur et de recherche ».

Pour mémoire, on a vu en étape 4 comment a été organisée l'architecture du Plan :

Chacun des 5 Axes : « Recherche », « Observation », « Prévention – Dépistage », « Soins » et « Vivre pendant et après un cancer » est organisé en « mesures », elles mêmes subdivisées en objectifs et en actions.

Les actions sont organisées à partir des mesures. Pour les définir, le Plan énonce d'abord le contexte propre à chaque mesure, puis les objectifs, puis les actions.

Pour chaque action est également indiqué la raison d'être, ainsi que le pilote, le(s) co-pilote(s) éventuel(s) et les partenaires.

Enfin, pour renforcer la cohérence de l'ensemble, le Plan Cancer prévoit 3 thèmes transversaux qui structurent et irriguent la stratégie du plan. Ils y sont priorisés et se retrouvent dans chaque axe à travers des mesures et des actions spécifiques. Ils représentent en soi de nouveaux défis auxquels doit faire face la lutte contre les cancers.

Une fois le programme formulé, il sera nécessaire – comme indiqué lors de l'étape 10 – de rédiger un manuel de procédures, ceci afin d'éviter des confusions et des gaspillages de temps et de ressources. Ce manuel sera élaboré à partir d'un canevas d'ensemble applicable à tous les programmes, et adapté aux spécificités propres à chacun.

A l'issue de cette présentation des étapes, il peut être utile de garder en mémoire les conclusions et recommandations formulées par la Cour des Comptes³⁶. Ce rapport conduit à deux séries de conclusions, l'une sur le Plan Cancer, et l'autre plus générale sur ce que l'on peut appeler l'ingénierie de tels plans.

« D'une part, les objectifs financiers globaux du plan ont vraisemblablement été atteints. Ils l'ont toutefois été de manière contrastée : des moyens significatifs ont ainsi bénéficié à l'INCa, alors que la progression des crédits affectés aux autres volets du plan a été variable. Le foisonnement des circuits, des procédures, et les approximations dans le suivi des crédits ont été tels que le plan s'est achevé en l'absence de chiffrage exact de son coût et parfois de certitude quant aux dates de mise en œuvre des activités ou des équipements financés.

Cette défaillance a été accompagnée d'une pénurie d'indicateurs, de contrôles internes et d'analyses économiques. Les objectifs n'ont pas été atteints sur ce point, en dépit des amples moyens de la MILC puis de l'INCa. Des données plus complètes, et décrivant de manière fiable la situation de départ en 2003, étaient pourtant nécessaires afin que puisse être évalué ultérieurement l'impact – en termes d'incidence, de taux de survie ou de mortalité – d'une augmentation des ressources allouées à une telle politique de santé. L'INCa devra y remédier, ainsi qu'il en a récemment exprimé la volonté, en accordant aux bilans et évaluations la priorité qu'aurait dû imposer d'emblée sa mission statutaire d'observation et d'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, et que ses moyens financiers permettent.

La volonté d'accélérer le lancement du plan a eu des effets positifs, et la MILC a conféré au cours de sa brève existence une bonne visibilité au plan. Mais l'INCa a ensuite percuté frontalement l'architecture du système de santé, voire de la recherche. Le prix en difficultés relationnelles, en démobilisation d'équipes et en retards dus à la précipitation a été élevé – prix payé, en dernière analyse, par les patients en attente de meilleurs actes de prévention, de dépistage et de soins.

³⁶ Rapport public sur la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007, Cour des Comptes, *op. cit.*

Cela a gravement obéré pendant plus de deux ans l'efficacité du plan comme celle de l'INCa. La création de ce dernier, sa spécificité tutélaire découlant des interventions de la présidence de la République et l'étendue de son champ d'action ont largement dépossédé la DGS, la DHOS, et, à un moindre degré, d'autres intervenants, de leurs responsabilités en ce domaine. L'administration n'en conservait pas moins ses responsabilités transversales en matière réglementaire, contentieuse et budgétaire. Elle n'en avait cependant pas toujours les moyens humains ni, parfois, politiques quand a pris fin le Plan Cancer.

(...) La Cour relève donc que l'information et les indicateurs nécessaires à la poursuite d'une politique structurée de lutte contre le cancer, et en l'espèce à l'évaluation du Plan Cancer, ne présentent pas un niveau suffisant de fiabilité, de précision et d'actualité, s'agissant notamment des données épidémiologiques, de leur coordination et de l'exploitation des informations existantes, même si l'InVS les a fait progresser.

D'autre part, il conviendrait de tirer, de ce plan comme d'autres plans récents de santé publique, des leçons en termes d'ingénierie. L'Etat devra renforcer les approches en termes d'économie (objectifs-moyens), d'efficacité (résultats-moyens), et, certes souvent à long terme, d'efficacité (objectifs-résultats). Cela concerne l'élaboration d'un plan, les structures et les outils nécessaires à sa mise en œuvre et aux contrôles, tant internes qu'externes, et enfin son évaluation et le calendrier de celle-ci. Un effort particulier en termes de planification et de suivi budgétaire s'impose, y compris au sein de l'assurance maladie ».

Après ce constat très sévère qui montre que les dysfonctionnements observés pèsent *in fine* sur les populations et sur la solidarité nationale, ce rapport énonce les recommandations suivantes (adressées à l'Etat) qui peuvent également être utiles aux personnes en charge de la formulation du Plan Cancer en Algérie :

- mettre en oeuvre pour la lutte contre le cancer, et pour tout plan de santé publique, un dispositif durable, doté de moyens de coordination et de suivi, précisant notamment les responsabilités de chaque opérateur, le suivi du calendrier ainsi que les aspects budgétaires et économiques ;
- accompagner tout plan de santé publique d'indicateurs de situation initiale, d'objectifs, de moyens, de produits et de résultats qui soient mesurables, ainsi que de la désignation des responsables de leur suivi ;
- instaurer des fonctions d'audit interne au sein du ministère et de l'INCa, ainsi qu'auditer les organismes subventionnés par eux ;
- tirer les leçons des problèmes de gestion comme de liquidation de la MILC et de gestion des subventions attribuées par la DGS, en termes d'organisation administrative et de contrôles internes en pareil cas ;
- charger l'INCa d'établir un bilan périodique des initiatives issues des structures et plans régionaux traitant de la cancérologie ;
- prendre en compte la déclinaison sur le terrain des missions de l'INCa dans toute évolution de l'organisation régionale de la santé ».

Ces six recommandations ne sont qu'une partie de celles qui figurent dans ce rapport qu'il faut consulter dans son intégralité pour se faire une idée des enjeux. De notre point de vue, ces recommandations sont au cœur du propos de ce Guide, et doivent être considérées comme partie constitutive fondamentale de la règle de conduite applicable à n'importe quel programme ou plan.

4 MISE EN ŒUVRE ET MESURES CONNEXES

Cette section est destinée à donner un aperçu synthétique des actions à entreprendre pour mettre en place la GBR en Algérie.

4.1 Étapes de mise en œuvre de la budgétisation par programme

4.1.1 Au niveau institutionnel

- Diagnostic du système budgétaire et financier portant sur les modalités et la qualité des processus (préparation, exécution, contrôle et reddition des comptes) ;
- Décret instituant la mise en place d'un cadre de réforme de la Gestion basée sur les résultats ;
- Décision / Instruction d'expérimenter la mise en place de budgets programmes avec quelques ministères pilotes (par exemple : Santé Publique, Education Nationale, Agriculture, Transports et Travaux Publics, Environnement) ;
- Mise en place d'une Equipe Technique d'Appui à la Réforme Budgétaire chargée de faire les interfaces avec les ministères pilotes ;
- Instruction aux ministères pilotes (dont le MSPRH) de l'obligation de présenter les propositions budgétaires sous forme de budget classique et de budget-programme ;
- Lancement des actions de mise en œuvre des budgets-programmes au niveau des ministères pilotes (dont le MSPRH) (*voir détail ci-dessous*) ;
- Evaluation des actions de mise en œuvre des budgets-programmes et définition des mesures correctrices éventuelles ;
- Généralisation progressive par intégration de deux à trois ministères en moyenne par an.

4.1.2 Au niveau du MSPRH

- Mise en place d'un Comité de pilotage d'appui à la réforme budgétaire au sein du MSPRH ;
- Mise en place d'une Cellule de Suivi-évaluation de la performance ;
- Mise en place d'une équipe de points focaux dans chacune des principales directions concernées (notamment Direction générale de la Prévention, Direction des Finances et Moyens et Direction des Services de santé) pour :
 - Elaborer les documents de gestion et contractuels (plan d'opérationnalisation, plan de passation des marchés, lettres de mission contrats de performance ...) ;
 - Assurer les actions de formation au bénéfice des agents du MSPRH en charge des questions de planification et de budgétisation ;
 - Animer le dispositif de suivi-évaluation ;
 - Organiser périodiquement les séances de monitoring ;
 - Participer à l'élaboration des rapports périodiques d'exécution (trimestriels) et le rapport de performance ;
 - Réaliser les audits de performance par des auditeurs intervenant annuellement – et la Cour des Comptes chaque fois que de besoin ;
 - Faire le diagnostic des domaines de compétence du MSPRH (problématique, atouts, contraintes...)
 - Faire des propositions en vue de recentrer la mission du MSPRH et faire évoluer la politique et les stratégies du MSPRH (cohérence avec les stratégies nationales)
 - Activer les actions d'identification, de formuler et de lancement des programmes :
 - objectifs généraux, objectifs spécifiques, objectifs opérationnels,
 - stratégies,
 - résultats attendus activités, ressources, indicateurs
- Mettre en place les outils :
 - cadres logiques,
 - tableaux de suivi,

- tableau des indicateurs,
- tableau du mode de calcul des indicateurs,
- tableau d'évaluation financière,
- tableau de financement,
- tableau de passage du budget classique au budget-programme,
- calendrier d'exécution du budget programme,
- manuel d'exécution.

4.2 Perspectives et mesures d'accompagnement

4.2.1 Résultats escomptés

- Mise en œuvre des réformes,
- Réalisation d'une meilleure articulation des allocations entre les dépenses ordinaires et les dépenses en capital (dépenses en capital et coûts récurrents),
- Amélioration des indicateurs globaux relatifs aux délais de passation des marchés et aux délais de paiement,
- Meilleure allocation des ressources tenant mieux compte des priorités nationales et sectorielles
- Introduction d'une culture d'exécution guidée par le souci d'efficacité et d'efficience pour plus d'impact de la dépense
- Situation d'exécution financière appréhendée plus facilement surtout pour les dépenses financées sur ressources intérieures
- Mise en place d'un système de suivi-évaluation performant
- Amélioration du reporting et de la transparence
- Augmentation de la performance
- Responsabilisation des ministères sectoriels auxquels incombe l'imputabilité des résultats
- Redistribution des rôles entre acteurs. Désormais :
 - le gestionnaire est responsabilisé en tant qu'acteur central de la dépense et des recettes,
 - l'ordonnateur est recentré sur des fonctions de pilotage,
 - le contrôleur financier est garant de la soutenabilité budgétaire,
 - le comptable public est garant de l'exhaustivité et de la sincérité des informations.

4.2.2 Difficultés à prévoir

- techniques
 - Manque de repère ou de modèle,
 - Faible capacité à maîtriser et à utiliser les outils.
- organisationnelles / institutionnelles
 - Administration du MSPRH non adaptée à la GBR,
 - Dysfonctionnements liés à des problèmes administratifs et de gestion des finances publiques,
 - Faible adhésion du sommet stratégique au bien fondé de la GBR,
 - Coordination de la réforme chancelante.
- humaines
 - Manque de ressources humaines qualifiées et motivées,

- Mobilité des cadres,
- Résistance au changement.

4.2.3 Défis à relever

- Acquérir une meilleure maîtrise des coûts pour la budgétisation des budgets programmes et leur exécution,
- Réaliser l'exhaustivité des ressources et des dépenses,
- Combler le manque d'informations des responsables nouvellement affectés au poste, du fait de la mobilité des cadres,
- Poursuivre les réflexions sur les chantiers de la GBR :
 - projet de Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) adapté à la GBR,
 - nomenclature,
 - contrôle interne,
 - audit,
 - comptabilité publique
- Favoriser une plus grande autonomie des responsables de programme et organiser un véritable contrôle de leur gestion,
- Assurer plus de prévisibilité dans la mobilisation des ressources extérieures et améliorer la coordination des PTF,
- Maintenir une trésorerie favorable à la mise en œuvre des réformes en finances publiques,
- Continuer le renforcement des capacités des acteurs,
- Améliorer le dialogue entre le ministère des finances et les ministères sectoriels, et en particulier en l'occurrence le MSPRH.

5 ANNEXES

Annexe 1 : Bibliographie

Bibliographie générale

- **Textes officiels**

- Loi de Finances 2012, Journal Officiel de la République Algérienne n° 72 du 4 Safar 1433 (29 décembre 2011).
- Décret exécutif n°11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 (21 novembre 2011) portant organisation de l'administration centrale du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

- **Partenaires Techniques et financiers**

- BAD, Note de Dialogue avec l'Algérie, 2011-2012, Mai 2011
- Banque mondiale, RDP 2007
- Commission européenne : Fiche action Algérie : modalité de l'appui de la politique sectorielle de l'Union européenne en Algérie
- OMS, Guide de La Gestion basée sur les Résultats Pour l'élaboration des plans Pays/OMS, 2006

- **Autres sources bibliographiques**

- Grangaud Jean-Paul, IPEMED, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, études et analyses, Les Notes, n ° 13, avril 2012, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Farid Chaoui, Michel Legros, Grangaud Jean-Paul, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim.
- Mesbah S, Sur le front des émergences Maladies infectieuses émergentes et réémergentes : le risque et la riposte en Algérie.
- de Souza, Frédéric, Secrétaire Technique d'Appui à la Réforme Budgétaire, « L'expérience des budgets programmes au Bénin ».

- **Sites internet**

- Banque mondiale : www.banquemondiale.org/
- Programme des Nations Unies pour le développement : www.undp.org/french
- Organisation mondiale de la Santé : www.who.int/fr/
- UNICEF : www.unicef.org/french
- OCDE : Engagements de partenariat et indicateurs figurant dans la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement :
http://www.oecd.org/topic/0,2686,en_2649_3236398_1_1_1_1_37413,00.html);
- Union européenne :
 - Orientations pratiques sur la façon d'intégrer l'égalité hommes-femmes :
http://ec.europa.eu/comm/europeaid/projects/gender/toolkit_en.htm
 - Orientations pratiques pour l'intégration des questions environnementales :
http://ec.europa.eu/comm/development/body/theme/environment/env_integ/env_integration/index1.html

- ARIVA : <http://www.ariva.bf/>
- Ministère des Finances :
http://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_organique_relative_aux_lois_de_finances#Logique_de_performance

Bibliographie spécifique relative à la lutte contre le cancer

- Plan cancer 2009-2013, Institut National du Cancer, Paris, www.e-cancer.fr, 2008
- Rapport public thématique « la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007 », Cour des Comptes, juin 2008
- Dossier de presse, « la mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007 », Cour des Comptes, juin 2008
- Contrat d'objectifs et de performance 2009-2012, Institut de Veille Sanitaire, 2009
- Rapport au Président de la République, Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013, « Pour un nouvel élan », Professeur Jean-Pierre Grünfeld, février 2009
- Principales missions des agences sanitaires, Ministère de la Santé (France), mars 2011
- Synthèse des données de pilotage du Plan cancer 2009-2013, bilan trimestriel, Institut National du Cancer, Paris, mars 2011
- Rapport financier 2010, Association de Recherche sur le Cancer, mai 2011
- Rapport du commissaire aux comptes sur l'exercice 2010 de l'Association de Recherche sur le Cancer, Ernst et Young, avril 2011

Annexe 2 : Glossaire

- **Programme** : Un programme est défini comme un ensemble d'actions ou d'activités coordonnées dans le temps et dans l'espace destinées à atteindre des résultats objectivement vérifiables. Le temps ici, c'est le moyen terme c'est-à-dire 3 ans à 5 ans.
- **Budget-programme** : Le budget programme est un document explicatif joint au projet de loi de finances précisant les objectifs du ministère, les programmes qui y concourent et les moyens qu'il y consacre. C'est aussi un cadre de dépenses sectoriel à court et moyen termes liant les ressources aux résultats attendus des divers centres de responsabilité d'une organisation. C'est enfin un outil de planification et de gestion qui, à terme, participera au but recherché (assainissement des finances publiques, amélioration des indicateurs de couverture sanitaire, réduction de la pauvreté, etc.)
- **But** : Objectif de développement global auquel le programme va contribuer à travers la réalisation de ses objectifs.
- **Objectif du programme** : Ce que l'équipe programme s'engage collectivement (Direction / sous-Direction / intervenants du MSPRH et opérateurs) à réaliser à moyen terme s'engage ou contribue à réaliser pour atteindre les buts assignés.
- **Résultat escompté au niveau de l'ensemble** : Résultat souhaité, achèvement dont l'équipe programme est redevable comme conséquence des produits et services réalisés et dont la responsabilité incombe aux gestionnaires du programme.
- **Produit** : Résultat final et observable d'une activité ou d'une combinaison d'activités.
- **Service** : Prestation continue et résultat identifiable en tant que conséquence d'une activité ou d'une combinaison d'activités visant à former un appui et des orientations politiques et techniques.
- **Activité** : Ensemble d'actions conduites pour transformer les ressources (input) en produits et/ou services (outputs).
- **Tâche/composante** : Action pouvant être réalisée par un individu (ou groupe d'individus) et qu'une fois entreprise, peut être menée à son terme par le même individu de manière continue sans l'intervention d'un tiers. La composante est un élément d'une activité qui peut être individuellement identifié et budgétisé.
- **Lot de tâches** : Regroupement de tâches pouvant être pilotées et/ou exécutées par un même acteur et aboutissant à un livrable attendu de celui-ci.
- **Chaîne de résultats** : Enchaînement entre terme de cause à effet entre les différents niveaux de résultats et qui permet de vérifier que la relation entre les niveaux de résultats est logique.
- **Indicateur de performance** : Mesure objective et vérifiable, pouvant être utilisée de façon répétitive pour mesurer l'atteinte d'un résultat.
- **Repère** : Une activité ou un évènement qui marque un progrès significatif dans la mise en œuvre d'un plan de travail.
- **Hypothèse** : Formulation, énoncé d'une ou plusieurs conditions (hors contrôle immédiat du programme ou de l'initiative du projet) nécessaires à l'atteinte d'un résultat.
- **Risque** : Evènement ou circonstance (hors contrôle immédiat du programme ou de l'initiative du programme) pouvant affecter potentiellement l'atteinte d'un résultat.

Annexe 3 : Principales sources d'information et de documentation sanitaire

1. Les sources nationales

Comme l'indiquent les éléments ci-après, les sources d'informations sont nombreuses, ce qui en même temps, permet de constater l'état d'éclatement du système d'information sanitaire.

- **Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière**

Le MSPRH dispose d'un site auquel il est possible d'accéder : www.sante.gov.dz

- **Les statistiques sanitaires de la Direction des Etudes et de la Planification**

La DEP du MSPRH publie, en principe annuellement, les statistiques sanitaires.

- **L'Institut National de Santé Publique (INSP)**

Cette institution a été une des premières institutions mise en place dans le système de santé algérien. Sa mission était de « *de réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé* ». Ses statuts ont été modifiés en 1993 par le décret exécutif 93-05 qui lui conférait une triple mission de recueil de l'information épidémiologique, de formation des personnels de santé et de recherche.

L'INSP enregistre régulièrement les maladies à déclaration obligatoire et ces données sont publiées depuis 1979 par un bulletin épidémiologique, puis depuis 1989, par le « *relevé épidémiologique mensuel* ».

L'INSP a des unités spécialisées (registre du cancer, causes de décès...) et dispose de plus d'un site internet www.ands.dz/insp/insp-accueil.htm qui relaie les informations, à des fins de rétro-information.

Cette structure est largement dépendante de la collaboration des structures du terrain, et notamment, des services de médecine et d'épidémiologie préventive (SEMEP) dont la mission est de recueillir l'information sanitaire sur le terrain et de la transmettre au niveau central.

- **L'Agence Nationale pour la Documentation en Santé (ANDS)**

Le site de cette Agence est : www.ands.dz.

- **L'Office National des Statistiques (ONS)**

Le site de cette Agence est : www.ons.dz.

- **Les enquêtes nationales**

Ces enquêtes sont menées soit par l'INSP sur demande du ministre, soit par l'une des directions centrales du MSPRH. Certaines de ces enquêtes peuvent être réalisées en collaboration avec d'autres structures, telles que l'Office national des statistiques (ONS) ou, encore, à l'initiative d'agences internationales (OMS, UNICEF, etc – voir ci-dessous au point 2.).

- **Les programmes nationaux de santé**

Ces programmes nationaux, dont les premiers ont été mis en place en 1966 et dont le nombre s'est fortement accru au fil des années, sont administrés par une direction centrale du ministère (direction de la population, direction de la prévention) qui désigne un chef de programme et est assistée d'un comité technique. Une grande partie de ces programmes sont régulièrement évalués, ce qui permet d'avoir une certaine connaissance de la morbidité et de la mortalité.

2. Les sources internationales

• Les agences internationales et les partenaires techniques et financiers

- Banque mondiale : www.banquemondiale.org/
- Programme des Nations Unies pour le développement : www.undp.org/french
- Organisation mondiale de la Santé : www.who.int/fr/
- UNICEF : www.unicef.org/french
- OCDE : Engagements de partenariat et indicateurs figurant dans la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement :
http://www.oecd.org/topic/0,2686,en_2649_3236398_1_1_1_1_37413,00.html;
- Union européenne :
 - Orientations pratiques sur la façon d'intégrer l'égalité hommes-femmes :
http://ec.europa.eu/comm/europeaid/projects/gender/toolkit_en.htm
 - Orientations pratiques pour l'intégration des questions environnementales :
http://ec.europa.eu/comm/development/body/theme/environment/env_integ/env_integr ation/index1.html

• Les institutions nationales et établissements spécialisés en France

A titre indicatif, sont cités ici les principales institutions nationales et établissements spécialisés en santé (France), aux compétences variées, susceptibles de fournir des informations utiles au MSPRH.

- Ministère de la Santé et ses services : www.sante.gouv.fr

Le ministère de la Santé publique n'a été créé qu'en 1930. Selon les époques, la santé a été prise en charge par un ministère autonome ou rattachée à un ministère plus vaste (Affaires sociales, Solidarité).
- Direction Générale de la Santé (DGS) : www.sante.gouv.fr/

La Direction Générale de la Santé est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre la politique relative à la prévention, à l'environnement sanitaire, à la maternité, à l'enfance et aux actions spécifiques de santé, à la gestion des risques sanitaires, ainsi qu'à l'organisation et à la formation des professions médicales et paramédicales.
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : www.sante.gouv.fr/

La direction générale de l'offre de soins est chargée de la programmation de l'offre de soins et des investissements hospitaliers, de la gestion des statuts et de la formation des personnels hospitaliers, ainsi que de l'organisation des établissements hospitaliers.
- Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) : www.sante.gouv.fr/

La Direction générale de l'action sociale pilote la mise en œuvre des politiques d'action sociale en direction des personnes ou des groupes en difficulté sociale, des enfants et des adultes handicapés, des personnes âgées ainsi que des familles, des enfants et des adolescents. Elle coordonne les interventions des ministères compétents en matière de minima sociaux, élabore et veille à l'application de la réglementation relative à l'aide sociale, au revenu de solidarité active (RSA), à la prestation de compensation du handicap (PCH), à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et à l'allocation de parent isolé (API). Par ailleurs, elle définit le contenu de la formation des professions sociales, ainsi que les conditions d'exercice et les règles déontologiques du travail social. Elle élabore également la législation relative à la création et au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Enfin, elle veille au respect des droits des usagers et des salariés de ces établissements et services.

- Inspection générale des affaires sociales (IGAS) : www.igas.gouv.fr/

L'Inspection générale des affaires sociales assure une mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre de l'ensemble des politiques publiques dans les domaines de la santé, de la protection et de l'action sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle exerce le contrôle de tous les services, établissements ou institutions qui interviennent dans ce champ.
- Haute autorité de santé (HAS) : www.has-sante.fr

La Haute autorité de santé créée en 2004, est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie, de mettre en œuvre la certification des établissements de santé et de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : www.anesm.sante.gouv.fr

Créée en 2007, l'ANESM établit les référentiels de qualité pour les professionnels et est chargée de l'évaluation des prestations offertes dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Institut de Veille Sanitaire : www.invs.sante.fr/

L'Institut de veille sanitaire (InVS), établissement public placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, mis en place en 1999, est aux avant-postes dans le dispositif de veille et de sécurité sanitaire en France. Il est chargé de surveiller l'état de santé de la population et d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé. Il contribue à la gestion des situations de crise sanitaire en proposant aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire. Il met en œuvre cette mission dans tous les domaines de la santé publique, notamment les maladies infectieuses, les maladies chroniques, les traumatismes, la santé-environnement, la santé au travail.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : www.inpes.sante.fr/

Les missions de l'INPES, revues en 2004, sont les suivantes : (i) mettre en œuvre le volet « prévention et éducation pour la santé » des programmes de santé publique, (ii) exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, (iii) assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire, (iv) participer, à la demande du ministre, à la gestion des situations d'urgence ou de crise sanitaire et (v) établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.
- Agence de la Biomédecine : www.agence-biomedecine.fr

L'Agence de la biomédecine est chargée de contrôler les activités de prélèvement, greffe, procréation assistée, embryologie et génétique humaine.
- Institut National du Cancer (INCa) : : www.e-cancer.fr

Cet Institut a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan cancer, pour pérenniser une politique nationale coordonnée de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, il fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France. Son ambition est de contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.
- Comité consultatif national d'éthique : www.ccne-ethique.fr

Ce Comité a un rôle de réflexion sur toutes les approches éthiques des prises en charge de la santé en général et des activités de recherche en biologie et en médecine, en particulier.

- Établissement français du sang : www.dondusang.net
Cet établissement a pour responsabilité l'organisation de la collecte de sang et de la transfusion sanguine, ainsi que le contrôle des thérapeutiques utilisant le sang et ses dérivés.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) : www.afssaps.fr
Cette Agence a été créée par la loi du 1er juillet 1998 instituant un dispositif de veille et de sécurité sanitaire pour mieux répondre à la complexité croissante des problématiques de santé publique, aux interrogations des professionnels et aux demandes des citoyens. Sa compétence s'applique à tous les produits de santé destinés à l'homme : médicaments et matières premières, dispositifs médicaux, dispositifs de diagnostic in vitro, produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire), produits thérapeutiques annexes, produits cosmétiques...

Il existe également un certain nombre d'autres agences ou organismes impliqués dans la sécurité sanitaire :

- Agence de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) ;
- Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) ;
- Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) ;
- Comité national de la sécurité sanitaire (CNSS) ;
- Commission nationale de matériovigilance (CNM) ;
- Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) ;

Par ailleurs, il convient de citer les deux organismes suivants :

- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) ;
- Comité National de la Santé Publique (CNSP).

Les institutions décentralisées les plus importantes sont :

- Agences régionales de santé : www.ars.sante.fr
Créées en 1996, sous forme de groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes d'assurance maladie, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avaient pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, d'en fixer les ressources et d'en contrôler le fonctionnement.
Depuis le 1^{er} avril 2010, elles sont remplacées par des Agences régionales de santé (ARS), dont les compétences ont été élargies aux professionnels libéraux et aux maisons de retraite. Les ARS sont en charge de la déclinaison et de la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, de la définition d'une politique régionale de santé, de l'organisation des soins, de la veille et de la sécurité sanitaire, ainsi que de la prévention dans leur région.
Les ARS intègrent en leur sein plusieurs structures, dont elles reprennent les missions : les ARH, les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), les Urcam, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les missions régionales de santé, ainsi que le pôle sanitaire des Caisses régionales d'Assurance maladie (Cram).

- Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

Les directions régionales (DRASS) et départementales (DDASS) des affaires sanitaires et sociales sont les services déconcentrés des ministères chargés de la Santé, de l'Action sociale et de la Protection sociale. Une part importante des missions des DDASS - et notamment le contrôle budgétaire des établissements hospitaliers - a été transférée aux agences régionales de l'hospitalisation.

Les missions des Drass concernent principalement (i) l'observation et l'analyse des besoins sociaux, (ii) la planification et la programmation, ainsi que l'allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires et médico-sociales (à l'exclusion des compétences transférées aux ARH).

Les missions des Ddass consistent en : (i) la mise en œuvre des politiques d'intégration, d'insertion et de solidarité, (ii) les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, (iii) la tutelle et le contrôle des établissements sanitaires et médico-sociaux, par délégation des ARH, (iv) l'animation des acteurs locaux

- Conférences régionales de santé et de l'autonomie

Ces conférences analysent les besoins de santé spécifiques à la population considérée, en cohérence avec les orientations de la Conférence nationale de santé. Elles interviennent dans les champs sanitaire et médico-social et évaluent le respect des droits de l'utilisateur ainsi que l'égalité d'accès à la santé et la qualité de la prise en charge. Lors de la première décentralisation de 1982-1983, puis de celle de 2004, des compétences exercées jusqu'alors par l'État ont été transférées aux collectivités territoriales.

Au niveau des départements, les conseils généraux de chaque département ont reçu compétence pour :

- l'aide et l'action sociale en faveur des personnes âgées (APA) ;
- l'aide et l'action sociale en faveur des adultes handicapés (Maison départementale des personnes handicapées, mise en œuvre de la PCH) ;
- l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- la protection maternelle et infantile (PMI) ;
- la lutte contre l'exclusion (RSA, fonds d'aide aux jeunes...).

A cette liste, il convient de rajouter la documentation relative aux plans et programmes internationaux