



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

REPUBLIQUE DU NIGER
Ministère de la Santé Publique et de la Lutte
Contre les Endémies
SECRETARIAT GENERAL

PAPDS

Programme d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire



PAPDS

RAPPORT ANNUEL 2007

VERSION 02

18.02.2008



Table des matières

Liste d'abréviations.....	5
1 Fiche projet.....	7
2 situation ACTUELLE	8
3 Bilan de la planification des activités.....	10
<i>Aperçu des principales activités 2007.....</i>	<i>10</i>
<i>Analyse de la planification des activités.....</i>	<i>11</i>
4 Bilan des finances	12
4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier.....	12
4.1.1 Selon les plans d'actions 2007 (en F CFA).....	12
4.1.2 Selon les prévisions DTF de 2005 à 2007 (en CFA)	13
4.2 Analyse du planning financier	14
5 Suivi des indicateurs.....	15
<i>Objectif spécifique.....</i>	<i>15</i>
<i>Résultats.....</i>	<i>15</i>
<i>Évolution des indicateurs (graphique).....</i>	<i>15</i>
6 Appréciation des critères de suivi	16
<i>Efficienc</i> e	<i>16</i>
<i>Efficacit</i> é.....	<i>16</i>
<i>Durabilit</i> é.....	<i>16</i>
7 Mesures et recommandations	18
<i>Synthèse des critères d'appréciation.....</i>	<i>18</i>
<i>Recommandations</i>	<i>19</i>
8 NouveAU planNING (année 2008).....	21
<i>Planning des activités (Activités prioritaires planifiées 2008).....</i>	<i>21</i>
<i>Synthèse planning financier de l'année 2008 en CFA</i>	<i>22</i>
9 Conclusions.....	23
<i>Activités et Finances.....</i>	<i>23</i>
<i>Suivi des recommandations</i>	<i>24</i>
9.1 <i>Suivi des recommandations de la dernière la SMCL (planning des activités et financier).....</i>	<i>24</i>
9.2 <i>Suivi des recommandations de l'audit financier 2006 du programme :</i>	<i>25</i>
10 Annexes.....	28

10.1	<i>Sous-programme 1 (Région de Dosso)</i>	28
10.1.1	Situation actuelle.....	28
10.1.2	Bilan de la planification des activités	30
10.1.3	Bilan des finances	43
10.1.4	Suivi des indicateurs	45
10.1.5	Appréciation des critères de suivi.....	50
10.1.6	Mesures et recommandations	51
10.1.7	Nouveau planning 2008	53
10.1.8	Conclusions	54
10.2	<i>Sous-programme 2 (Niamey)</i>	74
10.2.1	Situation actuelle.....	74
10.2.2	Bilan de la planification des activités	74
10.2.3	Bilan des finances	80
10.2.4	Suivi des indicateurs	82
10.2.5	Appréciation des critères de suivi.....	97
10.2.6	Mesures et recommandations	98
10.2.7	Nouveau planning 2008	100
10.3	<i>Sous-programme 3 (Orthopédie traumatologie)</i>	105
10.3.1	Aperçu des activités 2007.....	105
10.3.2	Analyse de la planification des activités	107
10.3.3	Bilan des finances	110
10.3.4	Suivi des indicateurs	114
10.3.5	Appréciation des critères de suivi.....	120
10.3.6	Mesures et recommandations	122
10.3.7	Nouveau Planning 2008	123
10.3.8	Conclusions	128
10.4	<i>Sous-programme 4</i>	129
10.4.1	Bilan des finances SP4	129
<i>Partie 1 : District de santé de Ouallam</i>		131
10.4.2	Situation actuelle.....	131
10.4.3	Bilan de la planification des activités	131
10.4.4	Bilan des finances	133
10.4.5	Suivi des indicateurs	134
10.4.6	Nouveau planning 2008	141
10.4.7	Conclusions	144
<i>Partie 2 : CPADS (Ouallam)</i>		145
10.4.8	Aperçu des activités	145
10.4.9	Analyse de la planification des activités	147
10.4.10	Evolutions des indicateurs.....	148
10.4.11	Evaluation des critères de suivi	149
10.4.12	Mesures et recommandations	151
10.4.13	Nouveau Planning 2008	152
<i>Partie 3 : Autres institutions de formation</i>		155
10.4.14	Aperçu des activités	155
10.4.15	Nouveau Planning 2008	156
<i>Nouveau Planning 2008 SP 4 (Partie 1,2 &3)</i>		157
10.5	<i>Sous-programme 5 (appui institutionnel)</i>	163

10.5.1	Aperçu des activités 2007 sur financement du PAPDS	163
10.5.2	Analyse de la planification des activités	169
10.5.3	Bilan des finances	170
10.5.4	Analyse du planning financier	171
10.5.5	Suivi des indicateurs	172
10.5.6	Appréciation des critères de suivi	174
10.5.7	Mesures et recommandations	175
10.5.8	Nouveau planning 2008	176
10.6	<i>Situation des dépenses au 31/12/2007 Euros.....</i>	<i>178</i>
10.7	<i>Situation des dépenses au 31/12/2007 F CFA</i>	<i>183</i>

LISTE D'ABREVIATIONS

AG	:	Assemblée Générale
AMIU	:	aspiration par manœuvre intra-utérine
AO	:	Appel d'Offre
AQ	:	Assurance Qualité
AT	:	Assistant Technique
AVP	:	Accident de la Voie Publique
BLU	:	Bande Latérale Unique
CAI	:	Cellule d'Appui Institutionnel
CDC	:	Cellule de Coordination
CTB	:	Coopération Technique Belge
CCD	:	Capacitaire en Chirurgie de District
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CNS	:	Comité National de Santé
COGES	:	Comité de Gestion de Santé
CPADS	:	Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
CPN	:	Consultation Prénatale
CPON	:	Consultation Postnatale
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CT	:	Comité Technique
CTNS	:	Comité Technique National de Santé
DEP	:	Direction des Etudes et de la Planification
DES	:	Diplôme d'études spécialisées
DGCD	:	Direction Générale de la Coopération au Développement
DOS	:	Direction de l'Organisation des Soins
DS	:	District Sanitaire
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
DTC3	:	Vaccin anti-Diphtérie, Tétanos, Coqueluche 3 ^{ème} dose
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
EDSN	:	Enquête Démographique et de Santé du Niger
FC	:	Fonds Commun
FS	:	Formation Sanitaire
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
FSP	:	Formation Sanitaire Privée/Publicue
HD	:	Hôpital de District
HNL	:	Hôpital National Lamordé
HNN	:	Hôpital National de Niamey
IMA	:	Indications Maternelles Absolues
IMT	:	Institut de Médecine Tropicale
INS	:	Institut National des Statistiques
IOM	:	Interventions Obstétricales Majeures
ISP	:	Institut de Santé Publique
JICA	:	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JNV	:	Journée Nationale de Vaccination
MCD	:	Médecin Chef de District
MEG	:	Médicament Essentiel Générique

MIG	:	Maternité Issaka Gazobi
MPE	:	Malnutrition Protéino-Energétique
MRR	:	Maternité de Référence Régionale
ONPPC	:	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPM	:	Ouvriers Polyvalents de Maintenance
PAA	:	Plan d'Action Annuel
PAPDS	:	Programme d'Appui au Plan de Développement Sanitaire
PDSR	:	Plan de Développement Sanitaire Régional
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PDS	:	Plan de Développement Sanitaire
PF	:	Planification Familiale
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	:	Prévention, Transmission Mère Enfant du SIDA
PVD	:	Pays en développement
RC	:	Recouvrement des Coûts
SIMR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMCL	:	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base
SONUC	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complémentaire
SP	:	Sous Programme
SPT	:	Stratégie Plainte Traitement
SVCD	:	Service des Volontaires de la Coopération au Développement
TDR	:	Termes de Référence
TNM	:	Tétanos Néonatal et Maternel
TPI	:	Traitement intermittent anti-palustre
TSCGO	:	Technicien Supérieur en chirurgie et Gynéco-obstétrique
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
VAR	:	Vaccin Anti Rougeole

1 FICHE PROJET

**Programme d'appui pour la mise en œuvre du Plan de
développement Sanitaire
N° NER0401711 (19846/11)**

INFORMATIONS DE BASE SUR LE PROJET.

Pays	:	NIGER
Secteur et sous —secteur CAD	:	12110 Santé (Soins et services de santé de base)
Chargée de l'exécution	:	Ministère de la Santé Publique
Agence d'exécution	:	Coopération Technique Belge
Nombre d'experts en coopération internationale de la CTB	:	06
Durée de la prestation (Selon AS/CS)	:	4 années
Date de démarrage de la prestation		
Selon AS/CS	:	1er janvier 2005
Officielle	:	16 février 2005
Effective	:	9 avril 2005
Date de clôture de la prestation		
Selon AS/CS	:	31 décembre 2008
Officielle	:	15 février 2009 (Demande de prolongation en cours)
Modalités de gestion de la prestation	:	en cogestion et régie
Budget total de la prestation	:	18.397 836 euros Dont 11.002.206 euros comme contribution de la Belgique
Période couverte par le rapport	:	1 janvier 2007—31 décembre 2007

2 SITUATION ACTUELLE

L'année 2007 a été marquée par des changements interne et externe ayant influencé la mise en œuvre du programme dans son ensemble. Il s'agit principalement des éléments suivants :

- Des modifications dans les modalités de mise en œuvre du programme à la 3^{ème} SMCL, avec comme résultats :
 - Le changement du profil du coresponsable qui passe de médecin expert en santé publique en expert gestionnaire financier
 - La clarification du niveau d'exécution de la contribution financière Belge avec 3 types de gestion (cogestion, régie et gestion directe au niveau des structures appuyées DS, DRSP)
 - Le conseiller en coopération n'est plus membre de droit à l'assise de la SMCL mais peut être invité comme personne ressource.
 - La définition des mécanismes d'adaptation du DTF ou le MSP et la CTB peuvent entreprendre des amendements justifiés pour l'exécution du programme à condition de le soumettre à l'approbation préalable de la SMCL et d'en informer le conseiller en coopération et la DGCD
 - L'adaptation des indicateurs de performance du PAPDS à ceux de suivi et évaluation du PDS
 - 3^{ème} avenant du DTF
 - l'appui de la CAI à la CDC dans son rôle de coordination des SP et de suivi des AT compte tenu du changement du profil du Coresponsable
- la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé aux groupes cibles vulnérables
- la transformation de plusieurs cases de santé en CSI avec augmentation de la couverture sanitaire
- L'instabilité et la forte mobilité du personnel du programme mais aussi des structures appuyées :
 - La vacance des postes de responsable et coresponsable pendant 6 mois pour le 1^{er} et 8 mois pour le second
 - La vacance du poste de l'AT international de la cellule d'appui institutionnel à partir du 15 décembre 2007
 - Le changement du Ministre de la Santé Publique
 - Le changement des MCD dans 4 DS avec comme conséquence le départ d'agents expérimentés mais surtout formés par le programme engendrant parfois des conflits au sein des nouvelles équipes
 - Le caractère incomplet des équipes du bloc des hôpitaux de certains districts
- de nouvelles réglementations en matière de procédures de passation des marchés publics au Niger

Toutes ces modifications ont eu pour principales conséquences :

- l'augmentation de l'accessibilité géographique et financière de la population aux soins de santé
- le retard ou l'absence de financement de certaines activités 2007
- le retard ou l'absence de mise en œuvre de certaines activités

- l'insuffisance du suivi des AT sur le terrain
- la non-tenue de certaines réunions des instances du programme conformément aux calendriers définis

Malgré certaines insuffisances relevées, l'état d'avancement du programme est jugé satisfaisant.

3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

Aperçu des principales activités 2007

- Appui technique et financier au fonctionnement des structures des zones d'interventions du programme (formations, supervisions, réunions de coordinations, évaluation 2007 et élaboration des PAA 2008 , maintenance...)
- Appui à l'élaboration de documents techniques (guide d'élaboration des PDSD/ PDSR, des PAA...)
- Appui à la mise en place des chefs de file régionaux de la région de Niamey et Dosso
- Fourniture d'équipements et de matériel technique et de la logistique aux structures appuyées (ambulances, motos, véhicules de supervision...)
- Participation à l'élaboration de documents de politiques nationales (sur la gratuité des soins aux populations cibles concernées, la politique de réforme hospitalière, la révision des outils de gestion du recouvrement du coût des prestations de soins dans les secteurs non hospitalier, le document des normes et standard de planification des niveaux régionaux et district, la révision des supports SNIS...)
- Participation et rédaction des rapports des réunions de coordination des PTF avec comme chef de file le conseiller en coopération Belge
- Construction du CSI de Banga-Bana, du local PEV du district sanitaire I de Niamey, de la bibliothèque et du logement du directeur du centre de formation de Ouallam.
- Appui à la prise en charge des démunis à travers le fonds social au CHR de Dosso et à l'hôpital de district sanitaire III de Niamey
- Enseignement et encadrement des stagiaires et étudiants (FSS, DES, CCD, management de district...)
- Appui technique et financier à la réalisation d'une thèse de médecine et 3 mémoires des étudiants de l'ISP
- Prestations directes des soins à l'HNN, au CHR de Dosso, et à l'HD du district sanitaire III de Niamey (chirurgiens et gynécologue)
- Missions d'échanges d'expérience au Burkina-Faso, au Mali, au Maroc et à Bruxelles ont été effectuées sur les thèmes portant sur l'approche sectorielle, la contractualisation, l'orthopédie traumatologie et la santé de la reproduction.
- Réalisation de 2 missions de suivi scientifique par l'IMT.

Analyse de la planification des activités

Les taux de réalisation physique des activités sont satisfaisants (voir par sous-programme)

Les écarts sont dus essentiellement aux éléments suivants :

- Le retard dans l'approbation des PAA au niveau central
- L'insuffisance dans la planification des PAA
- L'instabilité du personnel du PAPDS et des structures appuyées
- La lenteur des procédures des marchés publiques
- La sous-estimation par le DTF du coût de certaines lignes budgétaires (construction HD, fonctionnement CDC, assistance technique...)

4 BILAN DES FINANCES

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

4.1.1 Selon les plans d'actions 2007 (en F CFA)

Sous programmes	Montant budgétisé	Montant décaissé	Taux d'exécution
Sous programme 1	795 421 065	567.407.869	71 %
Sous programme 2	656 582 940	188.918.456	29 %
Sous programme 3	76 545 000	83.223.921	109 %
Sous programme 4	82 780 282	93.664.631	113 %
Sous programme 5	181.798.000	167.400.299	92 %
Total	1 793 127 287	1.100.615.176	61 %

Les dépenses globales 2007 du programme toutes charges comprises (CDC, Régie...) s'élèvent à 1 756 219 239 FCA soit 2 677 338,97 €.

4.1.2 Selon les prévisions DTF de 2005 à 2007 (en CFA)

Sous programmes	Montant budgétisé	Montant décaissé cumulé	Taux d'exécution
Sous programme 1	2 134 697 920	1 076 724 783	50,43 %
Sous programme 2	927 654 389	324 195 622	34,94 %
Sous programme 3	329 185 461	140 855 949	42,78 %
Sous programme 4	530 472 426	303 333 677	57,18 %
Sous programme 5	540 757 832	282 619 539	52,26 %
Total	4 462 768 028	2 127 729 570	47,67 %

Les dépenses globales du programme de 2005 à 2007 toutes charges comprises (CDC, Régie, administrateurs nationaux, bourses...) s'élèvent à 3 918 329 949 FCA soit 5 973 455,50 €.

4.2 Analyse du planning financier

Les taux d'exécution budgétaire au titre de l'année 2007 sont globalement satisfaisants sauf pour le sous-programme 2 qui est à 29 %, ceci étant expliqué par la non-construction de l'HD du district sanitaire I de Niamey. Hormis cet élément, ce sous-programme est à 73,6 % de réalisation financière.

On remarque également que certains taux de réalisation des sous-programmes dépassent les 100 %. Cela est dû d'une part à la non maîtrise de certains paramètres de la planification 2007 et l'insuffisance d'encadrement du processus par la CDC par vacance des postes des responsables pendant l'activité.

Selon les prévisions DTF, en deux années et demie de mise en œuvre du programme, le taux d'exécution financière globale est **de 54 % avec 51 % en cogestion et 64 % en régie.**

On note une faible capacité de consommation de certains budgets sur la prévision du DTF ; d'autres lignes sont par contre en dépassement. Il faut souligner le retard dans le démarrage des activités en 2005.

De plus, certaines lignes budgétaires du DTF sont très insuffisantes (construction de l'HD du district sanitaire I de Niamey par exemple).

Il s'avère nécessaire qu'une prolongation d'au moins 1 an avec une révision budgétaire interne soit décidée compte tenu :

- du taux d'exécution de 54 % à un an de la fin prévue du programme
- de la nécessité d'accompagner le PDS dont la fin est prévue pour 2010
- du risque de rupture de financement des activités de santé dans les zones d'intervention du programme en attendant la nouvelle coopération au développement entre le Royaume de Belgique et la République du Niger.

5 SUIVI DES INDICATEURS

Objectif spécifique

Au vu des résultats obtenus et de la tendance dans l'évolution des indicateurs, nous pouvons affirmer que l'appui Belge au secteur santé à travers le PAPDS contribue à l'atteinte de cet objectif.

Résultats

(Voir par sous-programme)

Évolution des indicateurs (graphique)

(Voir par sous-programme)

6 APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

Efficience

Les actions menées compte tenu des moyens engagés ont été efficaces et ont largement contribué à l'atteinte des résultats enregistrés (voir détails dans les présentations de sous-programmes) par rapport aux résultats attendus.

L'atteinte de l'objectif global du programme est un processus qui prendrait plus de temps car au-delà des interventions menées, plusieurs autres paramètres entrent en jeu dans la réalisation de cet objectif.

La coordination des activités des sous-programmes a contribué à une meilleure efficacité des interventions du programme.

Ces résultats auraient certainement été plus efficaces s'il n'y avait pas l'instabilité et la mobilité du personnel tant du côté du programme que du côté des structures appuyées.

Il faut noter aussi l'insuffisance du personnel selon les normes au niveau des structures appuyées qui réduit l'efficacité de la mise en œuvre de certaines actions au niveau opérationnel

Efficacité

La coordination des interventions à travers les réunions conjointes MSP/PTF au niveau central et régional, a contribué à la recherche de l'efficacité des actions

L'incomplétude des équipes de chirurgie dans les HD, surtout les anesthésistes, a rendu inefficaces les actions de renforcement des capacités de pratique de la chirurgie de district.

Le programme a connu un retard de démarrage et a connu un remaniement des responsables et de certains assistants techniques.

Les ressources financières de certaines lignes budgétaires du programme demeurent insuffisantes pour l'atteinte des résultats planifiés (exemple construction HD du district sanitaire I de Niamey).

Durabilité

De façon générale, on peut affirmer que beaucoup d'actions menées peuvent rester pérennes ; on peut citer :

- La formation au DES chirurgie (41), des CCD (42) et des ECD en management de district et la planification de la relève des AT dans ce domaine à l'HNN à condition que des incitants de leur maintien à l'intérieur du pays soient octroyés.
- Les documents de politiques nationales élaborés et validés
- La formation continue des ECD et DRSP et du reste du personnel
- l'appui technique de proximité aux ECD, DRSP et à certaines directions du MSP

Cependant, l'instabilité, la forte mobilité et la faible gouvernance du personnel à tous les niveaux rendent difficile la pérennité des actions

L'absence d'augmentation du budget de la santé alloué par l'Etat pendant plusieurs années et la forte dépendance vis à vis du financement extérieur n'est pas de nature à assurer la durabilité des interventions.

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS

Synthèse des critères d'appréciation

CONSTATS POSITIFS À ENCOURAGER :

Procédures d'octroi de financement plus flexibles au niveau du PAPDS comparativement à d'autres sources de financement.

Taux d'exécutions financières des sous-programmes globalement satisfaisants.

Appui technique et financier de proximité à travers l'assistance technique et financière à tous les niveaux.

Coordination régulière des sous-programmes à travers les réunions hebdomadaires

Appui direct aux activités de chirurgie au niveau du CHR de Dosso, HNN, et du district sanitaire III de Niamey

Appui technique et financier à la formation des DES en chirurgie et CCD

Élaboration des documents de politique nationale sur la réforme hospitalière, la gratuité des soins, les normes et standard de planification du niveau DRSP et District...

Augmentation générale de l'utilisation des services de santé liée à la mise en œuvre de la gratuité des soins aux populations cibles

Augmentation de la couverture sanitaire avec l'ouverture de nouveaux CSI

Appui aux formations continues et aux voyages d'échange d'expérience à l'extérieur du pays.

Appui à la coordination des PTF au niveau central et régional

CONSTATS DES POINTS À AMÉLIORER :

Insuffisance dans la planification des PAA 2007 des structures (non maîtrise de certains coûts et paramètres, Insuffisance d'analyse des besoins et définition des stratégies, déprogrammation par des activités non planifiées...)

Retard dans l'adoption des PAA 2007 par le niveau central

Instabilité des ECD avec parfois persistance des conflits qui entravent le bon fonctionnement des services.

Insuffisance dans la gestion des conflits des ECD, dans l'organisation des services et des ressources humaines disponibles.

Insuffisance du personnel selon les normes

Insuffisance sur le plan quantitatif et qualitatif des supervisions menées à tous les niveaux.

Rupture au niveau des centrales d'achat de certains produits pharmaceutiques notamment le fer, diazépam, de certaines macromolécules

Rupture de contraceptifs sur le terrain pourtant disponible au niveau de l'ONPPC

Retard dans la transmission des requêtes et du remboursement de fonds de gratuité des soins

Absence de progression des activités de recherches opérationnelles

Insuffisance des résultats jusque-là enregistrés des missions de suivi scientifique comparativement aux TDR de ladite mission.

Insuffisance de l'encadrement des ECD et DRSP par l'assistance technique dans leurs missions de supervisions et d'organisation des services et de gestion des ressources humaines

Insuffisance de l'encadrement de proximité des gestionnaires de districts par la CDC

Insuffisance de tenue des réunions des instances du programme compte tenu de la vacance des postes des responsables.

Absence de supervision technique des activités de chirurgie de district par le niveau central sur l'ensemble du pays malgré la disponibilité du financement

Insuffisances des résultats de chirurgie de district là où le CCD est seul et/ou MCD et/ou l'équipe du bloc est incomplète.

Insuffisance dans la qualité des données pour le suivi des indicateurs (variabilité des données des populations cibles et des sources de ce dénominateur, insuffisance de maîtrise du calcul de certains indicateurs, multitudes d'indicateurs non pertinents à recueillir au niveau terrain)
Absence d'une politique claire en matière de gestion des ressources humaines au niveau central

Recommandations

Niveau MSP

Recueillir au moins l'avis des DRSP avant tout changement des MCD des zones d'interventions du programme
Affecter un anesthésiste à l'HD de Ouallam
Affecter le personnel des CSI selon les normes
Procéder à une révision du KIT de chirurgie dans les hôpitaux de districts et les CHR
Accélérer l'affectation des 2^{ème}s médecins CCD dans les districts.
Mener des réflexions sur la non maîtrise des populations cibles des différentes aires de santé.
Réviser le guide de suivi et évaluation du PDS et former les cadres du terrain à son utilisation
Accélérer l'élaboration de la politique en matière de gestion des ressources humaines.
Assurer des supervisions techniques régulières et de qualité des activités de chirurgie des CHR et districts
Accélérer les réflexions sur les incitants au maintien des CCD en milieu rural

Niveau CDC du PAPDS

Introduire à la prochaine SMCL la requête pour l'octroi d'indemnités de responsabilité au Directeur du CHR.
Introduire l'évaluation des missions de suivi scientifique à la SMCL en vue d'étudier les possibilités d'une meilleure efficacité de l'intervention
Procéder à un encadrement de proximité des gestionnaires des districts des zones d'intervention du programme.
Assister le niveau opérationnel à une meilleure planification des activités sur financement PAPDS
Veiller à une meilleure coordination des activités de suivi post formation des CCD et Management de district par les SP 4 et SP5

Niveau assistance technique du PAPDS

A partir de la coordination régionale des PTF, procéder à un inventaire de la logistique par district et région acquis sur financement des PTF (fonds commun, UNFPA, Plan Niger, Fonds mondial, le PAPDS...) et de l'état afin d'éviter les doublons dans leur octroi et de suggérer un éventuel redéploiement interne au besoin.
Transmettre de façon systématique les rapports de missions effectuées par les AT mais aussi celles du niveau central à l'intérieur comme à l'extérieur du pays.
Encadrer les DRSP et ECD à mener des supervisions de qualité
Encadrer les DRSP et ECD à l'organisation des services et à une gestion plus optimale des ressources humaines disponibles
Encadrer les DRSP et ECD à une meilleure collecte et traitement des données sanitaires
Planifier la relance des activités de formations et d'encadrement des recherches opérationnelles

Niveau DSRP et District

Mener des réflexions sur l'organisation des soins et services et la gestion rationnelle des ressources en vue d'une meilleure efficacité des interventions ; seront particulièrement ciblés :

- ✓ Le travail en équipe
- ✓ les supervisions de qualité (niveau CHR, district et CSI, Cases de santé)

La planification et suivi évaluation des activités

8 NOUVEAU PLANNING (ANNEE 2008)

Planning des activités (Activités prioritaires planifiées 2008)

En perspectives les activités prioritaires suivantes ont été planifiées :

- Planification de la révision budgétaire et la prolongation jusqu'en fin 2009 du programme
- La relance des activités de recherche à tous les niveaux.
- L'appui à la conception de certaines politiques de santé
- L'étude architecturale pour la construction d'un HD à Niamey
- L'appui au fonctionnement des structures appuyées
- Le ravitaillement de ces structures en matériel, logistique et équipement.
- La continuation et le renforcement de l'appui technique de proximité à tous les niveaux.
- La planification de l'après PAPDS

Synthèse planning financier de l'année 2008 en CFA

Sous programmes	Nombre d'activités programmées	Montant budgétisé	Observations
Sous programme 1	140	765 638 790	
Sous programme 2	67	166 329 084	
Sous programme 3	7	123 077 089	
Sous programme 4	30	138 764 000	DS, Centre de Ouallam, FSS
Sous programme 5	25	188 500 000	
Total sous-programmes	269	1 382 308 963	
Frais généraux CDC (+ Assistance Technique)	38	753 806 998	
Total	307	2 136 115 961	

9 CONCLUSIONS

Activités et Finances

Au niveau des activités réalisées, leur nombre inférieur à la planification faite en début d'année est essentiellement dû à une insuffisance de capacité d'absorption du personnel des structures appuyées, d'un manque d'appui de la CDC, mais aussi d'un retard au démarrage des activités annuelles, résultant de l'adoption définitive tardive des PAA.

Au niveau financier, les mêmes conclusions sont à tirer car la disponibilité des fonds étant effective ce facteur n'a pas influencé le taux de décaissement.

Il est à noter, que la réalisation d'activités non planifiées d'une part et le coût supérieur à l'estimation initiale de certaines activités a augmenté sensiblement le montant décaissé, qui autrement, aurait encore été inférieur.

D'une manière générale, l'expérience devrait amener les différents acteurs à plus de réalisme dans les planifications.

Suivi des recommandations

9.1 Suivi des recommandations de la dernière la SMCL (planning des activités et financier)

Activités prévues	Réal	En cours	Non Réa	Commentaires
1. Réviser le manuel de procédure et le faire adopter			1	Reporté à la prochaine SMCL
2. Harmoniser les procédures financières du PAPDS avec celle du Fonds Commun (AFD, BM)		1		
3. Effectuer des sorties régulières d'appui aux gestionnaires des DRSP et Districts		1		Une seule mission a été effectuée
4. Adapter les indicateurs de performance du PAPDS à ceux du PDS ;	1			Les indicateurs de suivi et évaluation du PDS sont utilisés dans les rapports
5. Procéder à une révision budgétaire du programme		1		Introduit à la prochaine SMCL
6. Octroyer un financement direct à chaque structure pour l'achat consommables chirurgicaux et médicaments d'urgence afin d'éviter la rupture vu la lourdeur des procédures de passation des marchés publics	1			Certaines structures n'ont pas pu acheter vu l'incohérence des pro formas transmises
TOTAL	2	3	1	

9.2 Suivi des recommandations de l'audit financier 2006 du programme :

Activités prévues	Réal	En cours	Non Réa	Commentaires
1. établir un organigramme	1			Approuvé à la 5 ^{ème} SMCL
2. procédures : Réviser le manuel de procédure et le faire adopter			1	Reporté à la prochaine SMCL
3. <u>marchés publics</u> :				
1) Recrutement d'un LAF international Coresponsable	1			Approuvé à la 5 ^{ème} SMCL
2) Restructuration de la direction du programme		1		Approuvé à la 6 ^{ème} SMCL
3) Définir et formaliser des procédures en fonction du montant du marché à passer	1			Des procédures de passation des marchés publics existent en cogestion comme en régie, une application stricte des règles est en cours De nouvelles règles de passation des marchés publics en vigueur au Niger
4) Établir une liste minimale de sociétés reconnues pour chaque type de marché pour consultation ou appels d'offres restreints	1			Liste de fournisseurs agréés par type de marché disponible Lettres de demande de pro forma avec mise à concurrence disponible Arrêtés Ministériel portant composition des membres chargés de l'évaluation des offres disponibles Dossiers relatifs aux différentes consultations disponibles et conformes aux procédures

4. procédures d'avances financières aux sous-programmes	1			<p>Nouvelles modalités de mise en œuvre du Programme à la 5^{ème} SMCL avec prise en compte d'un 3^{ème} niveau de gestion avec modalités d'octroi des avances (DS, DRSP)</p> <p>Contrôle de la conformité de demandes d'avances conformément aux PAA validés et aux procédures des marchés publics</p> <p>Lettre d'interpellation des structures appuyées relatives à la justification des fonds</p> <p>Note d'information pour un regroupement des achats à la CDC pour les équipements et les investissements pour 2008 afin d'éviter tout fractionnement de marché</p>
5. classement des pièces comptables	1			Classement par numéro d'AT
<p>6. personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrats d'emplois : mentionner la rémunération brute - intégrer heures supplémentaires dans salaire et dans la base de calcul des cotisations sociales - uniformiser perdiems payés aux fonctionnaires du MSP selon grille CTB - fiscalisation des indemnités payées aux fonctionnaires locaux 	1 1 1		1 1	<p>Cela nécessite la reprise des contrats</p> <p>Arrêté Ministériel portant défiscalisation des primes et indemnités octroyées aux personnel de santé</p>

<p>7. contrôle : Effectuer par les gestionnaires du PAPDS, des sorties régulières d'appui et de contrôle des gestionnaires des DRSP et Districts</p>		1		<p>Une mission vers l'ensemble des structures appuyées a été effectuée en 2007</p> <p>Un programme 2008 est approuvé</p>
<p>8. favoriser les décisions collégiales</p>	1			<p>Réunions hebdomadaires de coordination des SP</p> <p>Relance des réunions des organes du programme</p>
<p>9. organiser un contrôle effectif et régulier par la représentation</p>	1			<p>Clôture mensuelle des comptabilités effectuées après contrôle de la Représentation</p> <p>Contrôle à postériorité des comptabilités effectuées avec feed-back</p>
TOTAL	10	2	3	

10 ANNEXES

10.1 Sous-programme 1(Région de Dosso)

10.1.1 Situation actuelle

Au plan national

L'année 2007 a été marquée par une longue vacance à la cellule de coordination conséquences de l'audit du mois de février 2007. L'équipe n'a été complète qu'en novembre 2007 huit (8) mois après les départs des responsables et coresponsables.

La mise en œuvre de la gratuité des soins des moins de 5 ans décidée par le Ministère de la Santé Publique (MSP) en fin 2005 est en principe une condition favorable pour l'amélioration de l'accès financier aux soins de la population.

En mi décembre 2007 l'assistant technique international de la Cellule d'Appui Institutionnelle (Dr Vanderplaets) qui assurait la fonction de point focal de la région de Dosso a quitté le programme. Il y'a nécessité de se réorganiser pour assurer le suivi rapproché du Sous Programme.

Au plan régional

Des conflits sociaux ont occasionné des arrêts de travaux à répétition pendant près de 5 mois au Centre Hospitalier Régional (CHR).de Dosso (mars à juillet 2007) Cette situation a perturbé les activités.

Contrairement à l'année 2006, la région n'a pas connu d'épidémies de méningite et de choléra. Cependant, l'organisation de deux (2) grandes campagnes de vaccination (contre le tétanos et la poliomyélite) et une campagne de lutte contre les maladies tropicales négligées ont occupé les équipes de santé pendant plusieurs semaines.

La situation générale des moyens logistiques de la région s'est améliorée en 2007. Le MSP avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) tels que le Fonds Commun, l'UNFPA, Plan Niger, le Fonds Mondial a mis à disposition des services de santé des moyens roulants. Les conditions favorables ont ainsi été créées pour l'exécution des supervisions et des activités hors formations sanitaires (foraines).

Sur le plan des ressources financières, il faut noter une mobilisation croissante du budget de l'état par les services de santé qui est passée de 22,3% en 2006 à 32% en 2007.

Des activités importantes de certains districts (supervision, réhabilitation...) prévues sur financement du Fond Commun d'appui à la mise en œuvre du PDS n'ont pu être réalisées en raison de la lourdeur des procédures de déblocage des financements du fonds commun.

A la demande du Sous Programme, l'affectation d'une volontaire de la CTB à profil socio - anthropologique depuis le 8 mars 2007 a permis un renforcement des liens avec les autres projets de coopération à financement belge de la région de Dosso.

Au plan des districts sanitaires

A la fin de l'année, le médecin chef du district sanitaire de Dosso a été muté. Son remplaçant n'est pas formé en management de district. Cette situation avec le départ programmé du chargé de surveillance épidémiologique entrainera un surcroit d'effort pour la mise à niveau de l'équipe cadre de district (ECD).

Le MSP a organisé des missions de supervision des HD et du CHR et des inspections de toutes les structures sur le terrain. Cette tendance positive est à soutenir et capitaliser par un meilleur partage des constats et recommandations.

10.1.2 Bilan de la planification des activités

10.1.2.1 Aperçu des activités

Les principales activités réalisées selon les résultats attendus sont les suivantes :

SP1/R1 : les capacités de la DRSP/LCE de Dosso en matière d'appui aux DS sont renforcées

ACTIONS	Resp	réalisation												commentaires	
		janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept	oct.	nov.	déc.		
Résultat 1: Les capacités de la DRSP de Dosso en matière d'appui aux DS sont renforcées	-														
A1: Elaborer et mettre en œuvre le PDS régional															
élaboration du PDSR et appui à élaboration des PDSD	ECR				1	1									
Revue du PAA 07 et élaboration du PAA 2008	ECR												1		
Réunions de coordination (2AG, 2 comités techniques)	ECR						1						1		
Documentation expérience/Voyage d'études	ECR					1		1					1		2 bulletins d'info AREWA et voyage SR au Burkina
élaboration plans spécifiques (communication, lutte contre les épidémies)	ECR														
A2: Renforcer les capacités d'appui aux Districts Sanitaires	ECR														
Supervision semestrielle des ECD et du CHR	ECR						1							1	2 supervisions sur 2 réalisées
encadrement rapproché des ECD (gyneco-obs, chirurgie, maintenance)	ECR			1			1								2 supervisions CCD, 1 maternité
Formations continues (Amélioration qualité service, SPT, micro planification, maintenance BLU)	ECR						1						1		formation BLU et SPT son réalisée
Formation de 3 agents en management de district de Ouallam	CGC	1													1 agent formé capacité d'accueil centre limité
Assurer la maintenance curative et préventive du matériel	ECR	1													
Equipements audiovisuels	CGC														pas de requête de la DRSP
achat 1 véhicule de supervision 4X4	CGC			1											
Installer un réseau Internet haut débit	CGC						1							EC	1 ligne Dogonay installée sur 3

Légende : 1 réalisé, EC : en cours, en grisé mois de réalisation

Le taux de réalisation physique est de 71%.

La contribution de l'assistance technique (AT) aux principales activités réalisées est :

Dans le cadre de la planification

Le district sanitaire de Douthi a été le district test dans le cadre de l'élaboration des PDS dans la région. L'AT a contribué à l'élaboration des outils de collecte de données de base, élaboration d'un guide des mini-ateliers de diagnostic communautaires et encadrement du processus sur le terrain. Cette activité a constitué une charge de travail pour l'assistance technique pendant près de 6 mois. A présent toutes les structures disposent de plans stratégiques pour la période de 2008-2012.

Dans le cadre de l'appui aux districts sanitaires

Contribution à la rationalisation des outils de collecte de données et l'orientation des réunions vers des débats sur des thèmes prioritaires tels que références contre références, évacuations sanitaires, gratuité des soins, chirurgie de district, stratégie de renforcement des centres de santé intégrés (CSI) et des districts sanitaires.

Appui à la finalisation d'un manuel de formation des agents des CSI en micro planification en collaboration avec la cellule d'appui institutionnelle. (CAI)

Appui à l'organisation d'un voyage d'étude à Ouagadougou au Burkina Faso (DRSP, CHR, DS Douthi) dans un centre d'excellence (CMA du secteur 30) dans le but d'améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence. Cette mission a permis l'amorce d'une amélioration des dossiers cliniques en maternité au CHR Mise en place d'un système de rapportage régulier des données de la maternité du CHR de Dosso et de l'activité des experts du Sous programme (chirurgien et gynécologues affectés au CHR de Dosso)

Appui à la mise en place formelle d'un cadre de partenariat santé en fin septembre 2007 avec pour résultat une meilleure intégration des activités des partenaires dans les Plan d'action annuels 2008 (UNFPA, UNICEF, JICA)

Appui à la formation de 4 CCD au CHR de Dosso et au suivi des trois (3) médecins à capacité de chirurgie de districts de la région (3 supervisions régionales et 2 suivis conjoints avec le Sous Programme 3. Il n'y a pas encore un appui institutionnel systématisé du niveau central à ce processus sur le terrain (supervision, rationalisation des actes, aide à l'acquisition de consommables et d'équipements)

L'encadrement de l'équipe de la DRSP pour la réalisation des supervisions intégrées des districts sanitaires par la mise à disposition d'outils de collecte de données systématiques sur la gratuité et références contre références et la dotation d'un véhicule.

Contribution active à la réflexion sur les districts sanitaires modèles (atelier de Ouallam en avril 2007, identification CSI modèles, évaluation initiale de base ; par l'élaboration de documents de réflexion sur le processus de renforcement des DS modèles).

Dans le domaine de la maintenance

Sur 146 déclarations de panne 121 (83%) ont été pris en charge par les services techniques. Trois (3) missions de maintenance ont été réalisées à la demande du DS de Ouallam pour l'entretien de l'autoclave, et l'appareil de radiographie.

Contribution active du Sous programme au processus de sélection, de formation et d'encadrement des ouvriers polyvalents de Maintenance (OPM) en partenariat avec le projet Santé II FAD (projet financé par la Banque Africaine de Développement).

Test d'une procédure de maintenance (outils de déclaration de panne) à Dosso en voie d'être utilisée sur le plan national. Ces initiatives qui donnent lieu à des perspectives prometteuses sont limitées par une relative faiblesse de la prise en compte des charges de maintenance au niveau des PAA des DS ainsi que les difficultés d'obtention de pièces de rechange.

Poursuite des activités d'encadrement de proximité des équipes cadres de districts (maternités, management, 3 supervisions des médecins en capacité chirurgie de district). Test d'un guide de supervision des médecins CCD.

Le suivi scientifique de l'IMT a contribué à la documentation, l'enrichissement des réflexions sur les thèmes de la chirurgie de district, la recherche action, la mise en place des DS modèles et l'initiation de l'AT international aux techniques de recherche documentaires. Le suivi scientifique plus systématisé et concentré sur quelques thèmes porteurs de synergie au sein du programme (DS modèle dont CCD, et gratuité) serait plus bénéfique¹. Il semble aussi que ses termes de références soient trop ambitieux. L'accès Internet actuel du SP Dosso ne facilite pas une communication aisée à distance (Skype) pour renforcer le suivi des missions de terrain.

L'organisation type actuelle de la DRSP (1994) ne répond plus à sa mission d'encadrement des équipes cadre de districts sanitaires et aux changements institutionnels intervenus depuis lors au MSP. Il y'a urgence à appliquer les dispositions comprises dans les nouvelles normes du MSP pour améliorer les missions d'appui aux ECD.

¹ Les contacts avec l'équipe IMT sont en cours pour la préparation de thèmes de présentation scientifiques de la région aux journées des sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso. (Mise en œuvre de la gratuité, CCD, fonds social du CHR, référence-contre référence)

SP1/R2 : La fonctionnalité du DS de Dosso est renforcée, y compris dans son rôle de recherche et de formation

Résultat 2: Le fonctionnement du DS de Dosso est renforcé, Y compris dans son rôle de recherche et de formation														
-	Resp													
Renforcer l'équipe cadre de District														
élaboration PDSD	ECD				1									
revue PAA 07 et élaboration PAA08	ECD											1		
élaboration plan de lutte contre les maladies	ECD													
achat d'un véhicule de supervision 4X4	CGC												1	non encore livré au district
tenir 3 réunions de coordination	ECD				1		1						1	
Assurer la formation continue du personnel														
Réaliser 3 sessions de formation (SPT, micro planification, monitoring)	ECD													aucune formation réalisée malgré l'acquisition du financement
Former 2 membres ECD à Ouallam	CGC				1									
achat documentation (bibliothèque bleue)	CGC													non réalisé planifié pour 2008
Faire fonctionner l'HD et CSI de façon rationnelle														
travaux de réhabilitation de 8CSI	CGC													dossier Bella Tombokoire lancé
effectuer 3 supervision /CSI (69)	ECD			1			1							2 autres supervisions non financées par FC
achat de consommables de laboratoire	ECD						1							
achat de 6 motos avec casque pour les CSI	CGC				1								EC	4/6 motos livrées
mettre en place 10 organes de participation communautaire	ECD												EC	activité en cours
maintenance des équipements, véhicules, mobiliers	CGC													aucune requête n'a abouti
appui aux activités de santé (dotation gaz, réalisation IEC radio)	ECD													IEC non réalisée pas de requête
achat et installation de 9 radios BLU	CGC													activité non approuvée
Rendre le DS de Dosso fonctionnel comme terrain de stage														
mettre en place 3 CSI modèles	ECD													
élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des CSI modèles	ECD													
appui rapproché des CSI modèles	ECD												1	4CSI identifié, évaluation Mokko et Tessa
primer 6 CSI en rapport avec la maintenance	ECD													pas de requête
appui à la micro planification des CSI	ECD													non réalisée
mettre en place des outils de référence /CR	ECD													requête non conforme

Légende : grisé et 1 réalisé, EC : en cours

Le taux de réalisation des activités est de 50%, les principales contributions de l'assistance technique sont relatives à l'appui et l'encadrement des supervisions intégrées des Centre de Santé Intégrés (CSI), l'appui à l'élaboration des PDSD et la tenue des comités techniques et comité de santé de district.

Dans le cadre de la mise en place d'un district sanitaire modèle dont le binôme CHR/ECD Dosso

Relance de la réflexion sur l'évolution du district sanitaire vers un district modèle. Par le début de l'évaluation des CSI de stages aux plans socio anthropologiques et techniques. Les activités de réhabilitation et d'équipement des CSI dont les dossiers ont été initiés en 2006 n'ont pu être réalisées tant par le FC que pour le PAPDS. . Il faut noter la mise en œuvre d'une tarification préférentielle des patients du DS de Dosso par le CHR.

Les principales activités non réalisées sont expliquées entre autres par l'instabilité de l'ECD causée par les départs en stage (médecin adjoint pour la CCD, 2 membres à Ouallam, stage du MCD en Tunisie etc.) et de graves dissensions internes entre les membres depuis août 2006. Suite à la mutation du médecin chef courant novembre le nouveau MCD a pris fonction le 28/12/07.

SP1/R3 : Le fonctionnement intégré du DS de Douthi est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation

Le bilan des activités réalisées peut être observé sur le tableau récapitulatif suivant. Le taux de réalisation des activités planifiées est de 50%

ACTIONS	Resp.	Réalisation											
		janv.	Fév.	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept	oct.	nov.	déc.
Résultat N° 3: Le fonctionnement intégré du DS de Douthi est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation	-												
Renforcer l'équipe cadre de District													
élaboration PDS	ECD				1								
revue PAA 07 et élaboration PAA08	ECD											1	
élaboration plan de lutte contre les maladies	ECD			1									
achat d'un véhicule de supervision 4X4	CGC												
tenir 3 réunions de coordination et 2 AG	ECD				1			1		1		1	
achat et installation de 4 splits (salle de réunion pharmacie de DS)	CGC												DAO en retard
Assurer la formation continue du personnel													
Réaliser 4 sessions de formation (SONU, micro planification, SPT)	ECD							1		1			micro planification non réalisée
Former 3 membres ECD à Ouallam	CGC				1								
Faire fonctionner l'HD et CSI de façon rationnelle													
travaux de réhabilitation de 6CSI, bloc sanitaire et clôture morgue de l'HD	CGC												DAO en retard
effectuer 4 supervision /CSI (68)	ECD				1			1			1		3/4 réalisées
achat de consommables de laboratoire	ECD					1				1			
achat de 6 motos avec casque pour les CSI	CGC				1								EC 4/6 motos livrées
maintenance des équipements, véhicules, mobiliers	ECD	1											
achat d'une ambulance 4X4	CGC												1 Non
achat et installation de 4 radios BLU	CGC												DAO en retard
réhabilitations de l'HD (réseau oxygène, hospitalisation de chirurgie)	CGC												réseau oxygène annulé, DAO en retard
équipement médical des CSI	CGC												DAO en retard
équipement solaire de 6 CSI	CGC												DAO en retard
équipement médical de l'HD	CGC												DAO en retard
Rendre le DS de Douthi fonctionnel comme terrain de stage													
mettre en place 3 CSI modèles	ECD				1								4 CSI sélectionnés, évaluation
élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des CSI modèles	ECD												dépendant du plan de renforcement
appui rapproché des CSI modèles	ECD												formation micro planification retardée
appui à la micro planification des CSI	ECD												
effectuer 2 monitorages des CSI (68)	ECD												
soutien au fonctionnement du bloc opératoire	ECD												dossier n'a pas abouti

Le taux de réalisation physique est de 50% pour le district sanitaire.

Les principales contributions de l'assistance technique sont l'appui à la planification (PDSD, PAA 2008) au management du district sanitaire avec la tenue des réunions de comité techniques, comités de santé et l'encadrement des supervisions.

Appui à la formation de 5 sages femmes en soins obstétricaux et néonataux d'urgence pour renforcer les CSI sélectionnés et l'HD. La participation du médecin chef adjoint à un voyage d'échange d'expérience au Burkina pour la relance des soins obstétricaux d'urgence. Tous les chefs des Centres de Santé Intégrés sont formés à l'usage du guide de Stratégie Plainte traitement (SPT)². Soutien aux activités des centres de santé par le renforcement du parc de motos et la réparation de l'ambulance de l'HD.

Le développement du DS de démonstration est en cours avec l'appui de la CAI. L'évaluation de base des CSI de stage du DS de Douchi (Douchi Nord, Koiré Mairoua, Matankari, Tibiri) a été faite avec l'appui de la volontaire sociologue belge. L'Equipe Cadre de District (ECD) a décidé de commencer le processus dans la commune de Matankari à titre de test. Un plan de communication multisectoriel dans la commune de Matankari est en cours d'exécution. On note une relative démotivation de l'ECD dans la démarche vers le DS modèle expliquée en partie par les retards des travaux de réhabilitation et d'équipement et des dissensions au sein de l'ECD entraînant une irrégularité de la tenue des réunions ECD.

La permanence des activités du bloc opératoire a été assurée toute l'année. Le Coges a mobilisé des ressources pour remplacer l'anesthésiste pendant ses congés annuels. 257 interventions chirurgicales dont 77 césariennes ont été réalisées. Le taux de césariennes de 0,38 % est loin du niveau national attendu de 1,8% pour 2007.

Les activités non réalisées sont du domaine de la formation (Monitoring, micro planification) de la réhabilitation et de l'équipement des formations sanitaires. L'appel d'offre pour ces acquisitions et travaux a été lancé début janvier 2008.

² Le suivi post formation doit être renforcé car le DS a assuré cette formation sans attendre la révision du guide de formateurs par la région.

SP1/R4 : le fonctionnement des DS de Boboye, Gaya et Loga sont soutenus dans les activités de routine prioritaires

ACTIONS	Resp	Réalisation											
		janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept	oct.	nov.	déc.
Résultat N° 4: le fonctionnement des DS de Boboye, Gaya et Loga est soutenu dans ses activités de routine prioritaires													
Activité 1: Renforcer l'équipe cadre													
appui à l'élaboration des 3 PDSD	ECD					1							
appui à la revue et l'élaboration des PAA 08	ECD											1	
équipement bureau district	CGC						1						achat coffre Boboye
achat de 3 véhicules de supervision 4X4 (1/DS)	CGC			1									
appui à la tenue des cadres de concertation(CT:3/DS, AG: 2/DS)	ECD					1		1			1	1	
appui élaboration plan de lutte contre les épidémies	ECD			1									
Activité 2: Renforcer la formation continue du personnel													
former 2membres ECD/DS au CF Ouallam (6au total)	CGC				1								
supervision des CSI 2/an DS Loga, 4/CSI DS Boboye et Gaya				1									2/2 Loga, 3/4 Gaya boboye
formation continue des agents (Boboye= 2, Gaya:1, Loga:2)	ECD								1			1	non réalisé boboye, réalisé Loga
Activité 3: appuyer le fonctionnement de l'HD et des CSI													
appui aux activités foraines- DS Boboye (60) et Gaya (572)	ECD				1			1			1		
travaux de réhabilitations des CSI	CGC												DAO n'a pas abouti
Travaux de réhabilitations des HD	CGC												DAO n'a pas abouti
Achat équipement médical CSI et HD	CGC												DAO n'a pas abouti
achat de 3 ambulances 4X4 (1/DS)	CGC											1	non encore livré aux DS
achat de 18 motos (6/DS)	CGC			1									EC 12/18 livrées
maintenance des équipements , autos, groupe électrogène	ECD			1									
Achats de médicaments et consommables médicaux	ECD					1					1		
Achat + instal 15 radios BLU pour les CSI(Boboye5,Gaya6, Loga4)	CGC												non approuvé par le PAPDS
appui au monitoring et micro planification des CSI	ECD											1	réalisé pour Loga
Achat de 528 recharges de gaz pour la vaccination Boboye	ECD					1							

Légende : grisé et 1 réalisé, EC : en cours

Les taux de réalisation physiques des activités planifiées sont respectivement de 81% (Boboye), 80% (Gaya) et 72% pour Loga.

Les 3 districts ont été soutenus dans leurs activités prioritaires (planification, formation, dotation en motos et véhicules de supervision). Une faiblesse de coordination des PTF a abouti à la dotation de 3 véhicules de supervision la même année au DS de Loga!³

Les activités en retard sont les réhabilitations des HD de Loga et Boboye et l'achat d'équipements médicaux.

Le bloc opératoire de Gaya a fonctionné en permanence avec un volume d'activités appréciable. En effet l'équipe a réalisé 357 interventions chirurgicales dont 54 césariennes (taux de césarienne de 0,3%); Celui de Loga n'a assuré des services que pendant 7 mois avec 42 interventions dont 21 césariennes. La faible disponibilité des ressources humaines une panne d'autoclave et de circuit de ravitaillement en oxygène sont les principales raisons.

La dernière supervision intégrée de l'ECD du Boboye (décembre 2007) nous avons noté certaines améliorations dans le fonctionnement du DS (mise en place de dossiers médicaux et amélioration de la contre référence). Cette initiative du DS est à soutenir par le PAPDS courant 2008⁴.

³ Cette situation observée pour d'autres types d'équipements met en exergue la faiblesse de maîtrise des inventaires et la difficulté de redéploiement des ressources dans la région.

⁴ Une expérience prometteuse d'autoévaluation est en cours dans les CSI de Birni, Kiota et Fabidji qui méritent l'attention du PAPDS

SP1/R5 : Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation

ACTIONS	Resp.	Réalisation											
		janvier	Fév.	mars	avril	mai	juin	Juil.	août	sept	oct.	nov.	déc.
Résultat 5: Le fonctionnement du CHR est renforcé	-												
Activité 1: Renforcer l'Equipe cadre du CHR	-												
appui à l'élaboration du projet d'établissement/voyage d'étude	CGC									1			élaboration d'un plan quinquennal
installation connexion Internet à haut débit	CGC												non réalisé cf Dogonay DRSP
informatiser le système de gestion du CHR	CGC												requête non introduite
appui à la tenue de 3 réunions de coordination	CHR									1		1	2/3 réalisée, troubles sociaux 5 mois
évaluer le PAA07 et élaborer le PAA 08	CHR											1	
Activité 2: Assurer la formation continue du personnel													
formation de la surveillante des soins à Ouallam	CGC												capacité d'accueil limitée
recyclage en échographie de 2 gynécologues	CHR												activité différée depuis 2 ans
formation des techniciens à la maintenance du Sysmex au labo	CHR												requête non conforme
formation 6 infirmiers prise en charge des urgences chirurgicales	CHR												manque d'accord avec l'HNN
Activité 3: faire fonctionner l'hôpital de manière rationnelle													
achat véhicule de ravitaillement et une ambulance	CGC											1	non encore livré
assurer la maintenance préventive et curative du matériel	CHR												OPM non mis en place
acquisition de médicaments et consommables labo	CGC				1								
travaux de réhabilitation (électricité, 2 salles de catégorie	CGC												DAO non finalisé
documenter le fonds social/suivi évaluation	CHR			1				1				1	organisation archivage, bilan
réorganiser l'unité de traumatologie	CHR	1											86 cas traitement orthopédiques
mettre en service la 2ème salle du bloc opératoire	CHR												DAO non abouti
appui à l'évacuation des patients référés (carburant)	CHR	1											
appui à la prise en charge des malades démunis	CHR	1											
équipement complémentaire du CHR	CGC												DAO non abouti
mettre place un mécanisme de tarification préférentielle pour les référés	CHR					1							

Activité 4: rendre le CHR fonctionnel comme terrain de stage et de formation												
Encadrer 4 médecins stagiaires en CCD	CHR			1								10% de succès
appui à l'encadrement des stagiaires en CCD	CHR			1		1			1			2 missions conjointes avec SP 3
Acquisition documentation scientifique pour les stagiaires	CGC											report 2008 à coordonner avec SP 3 et SP4

Légende : grisé et 1 réalisé, EC : en cours

Appui à l'élaboration du plan quinquennal hospitalier 2008-2012 à toutes les étapes. L'objectif d'élaboration d'un projet d'établissement n'a pu être atteint cette année (document stratégique national de réforme hospitalière en cours d'adoption). L'étude sur les performances du CHR suggérée dans le rapport 2006 aurait permis d'alimenter cette démarche par l'évaluation de l'expérience test de Dosso.

Appui à la rédaction du document de présentation du fonds social et la mise en place d'un système d'archivage des dossiers ; appui technique à l'enquête de satisfaction des usagers au sein du CHR (résultats non encore diffusés). La plupart de ces activités ont bénéficié de l'appui technique de la volontaire belge en poste depuis début mars 2007.

Le CHR de Dosso a réalisé un effort appréciable dans la prise en charge orthopédique des cas de traumatologie avec 84 cas pris en charge localement .39 cas ont été référés à l'Hôpital National de Niamey. Les raisons sont entre autres, la faible capacité d'accueil de l'hospitalisation de chirurgie et la disponibilité d'une seule salle opératoire.

Suite à l'atelier régional de renforcement du système de référence contre référence d'août 2006 à l'égide du PAPDS, les activités ont repris un regain de dynamisme à la maternité, quoique encore insuffisantes (77 contre références documentées sur 919 références des DS ; aucune référence du CHR dans les hôpitaux de Niamey n'a bénéficié d'une contre référence

La présence des experts cliniciens du PAPDS a permis de réaliser 1174 consultations de gynécologie, 399 urgences dont 289 césariennes, 1502 consultations de chirurgie, 227 urgences, leur charge de travail rend difficile leurs tâches d'encadrement au niveau périphérique (HD et des CSI) sans compromettre la permanence de la prise en charge chirurgicales des urgences⁵

En collaboration avec, l'UNFPA la gynécologue du CHR a bénéficié de 2 semaines de stage de perfectionnement en chirurgie de la fistule obstétricale au centre de référence et de formation de Kinshasa, en République Démocratique du Congo. Cette formation a permis la prise en charge autonome de fistules au CHR avec 26 fistules opérées en 2007.

⁵ Il était prévu l'affectation d'un chirurgien et gynécologue nigériens en appui de ceux du programme. Cette condition n'a été remplie que 2 mois pour la gynécologie et 4 mois pour la chirurgie. Il devient donc difficile de mobiliser ces experts pour l'encadrement de proximité des hôpitaux de districts.

10.1.2.2 Analyse de la planification des activités

Les retards de planifications sont en rapport avec plusieurs facteurs :

- Planification trop optimiste, et perturbée par les activités non programmées
- Retard à l'adoption du plan d'action (mars 2007)
- Non maîtrise des procédures par les gestionnaires des structures appuyées
- Retards ou absence de soumission de requêtes
- Les retards survenus dans les réhabilitations et l'équipement des formations sanitaires a une influence négative sur la qualité des services et la motivation des acteurs. Les activités de formation non réalisées sont en cours dans les districts sanitaires⁶.
- Par contre, le retard observé dans la mise en œuvre du district sanitaire modèle nécessite que l'on fixe une priorité sur un seul district sanitaire au cours de la période restante du programme. (DS Douchi).

Tableau N°1 : Réalisations physiques des PAA 2007 de la région sanitaire de Dosso (financement par le PAPDS)

Composantes	nombre d'activités prévues	nombres activités réalisées	en cours	non réalisées	taux réalisation
R1 appui DRSP	31	22	1	8	71 %
R2 appui Dosso	22	11	2	9	50 %
R3 appui Douchi	26	13	1	12	50 %
R4 appui Boboye, Gaya, Loga					
Appui Boboye	16	13	1	2	81 %
Appui Gaya	15	12	1	2	80 %
Appui Loga	18	13	1	4	72 %
R5 appui CHR Dosso	29	14	0	15	48 %
Total activités	157	98	7	52	62%

⁶ La disponibilité de l'équipe régionale n'a pas permis de réaliser la formation des formateurs de districts dans le temps prévu, d'où le retentissement sur les districts

10.1.3 Bilan des finances

10.1.3.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

Le taux moyen de réalisation financière est de 71%

Tableau N° II : réalisations financières des PAA de la Région de l'année 2007 (financements PAPDS)

Composantes	prévisions PAA	Réalisations	taux de mobilisation (%)
R1 appui DRSP	115 494 195	113 400 574	98 %
R2 appui Dosso	81 731 608	55 094 793	67 %
R3 appui Douthi	167 696 579	86 220 753	51 %
R4 appui Boboye, Gaya, Loga	298 375 973	215 008 661	72 %
Appui Boboye	99 221 000		
Appui Gaya	103 138 573		
Appui Loga	96 016 400		
R5 appui CHR Dosso	132 122 710	97 683 090	74 %
Total Budget	795 421 065	567 407 871	71 %

Sources: PAA 2007 et rapports financiers cellule de coordination 2007

10.1.3.2 Analyse du planning financier

Le taux de mobilisation moyen est de 71% des prévisions budgétaires (qui inclus les charges communes tels que les salaires, frais de fonctionnement courant du Sous Programme) est supérieur à celui de 2006 (environ 51%). Cependant, la planification DRSP a été sous estimée.

Les écarts seraient plus importants si tous les investissements prévus avaient été réalisés (supérieurs à 130%). Il faut cependant signaler une relative faible capacité d'absorption des structures en rapport avec l'adoption tardive de PAA (fin mars 2007) et d'une sollicitation très poussée des acteurs non planifiée. La faiblesse de l'estimation des coûts des certaines activités a nécessité beaucoup d'ajustement au cours de l'année (cas de l'élaboration des PDSD)

Planification insuffisamment concertée (entre Sous Programme et CdC), les erreurs d'estimation des besoins au moment de la planification, la non prise en compte de certaines charges de fonctionnement de l'Assistance technique dans les PAA des structures appuyées (cas de la DRSP et du CHR).

10.1.4 Suivi des indicateurs

10.1.4.1 Objectif spécifique

Les activités mise en œuvre contribuent à l'atteinte de l'objectif spécifique.

10.1.4.2 Résultats

Sur la base du suivi des indicateurs du PDS collectés en routine au niveau régional (tableau III)

Tableau N° III : Comparaison des principaux indicateurs du PDS de la région de Dosso de 2006 à 2007

Indicateurs	Niveau atteint en 2006	Niveau atteint en 2007	écart	niveau attendu national 2007
1. Pourcentage des centres de santé menant des activités foraines avec paquet d'activités	48,8%	98%	49%	20%
1B. Pourcentage de HD pratiquant les soins obstétricaux d'urgence complets	0,0%	75%	75%	40%
2. Taux de Couverture en structures SONUB	28,6%	43%	14%	85%
3. Taux de Couverture en structures en SONUC	40,0%	80%	40%	40%
4. Pourcentage de cases de santé fonctionnelles	86,3%	93%	7%	83 %
Proportion du budget de la santé alloué à la région et ses districts		ND	ND	9%
5. Taux d'exécution des budgets	26,2%	64%	38%	60%
6. Pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes (CSI, HD)	30,2%	22%	-8%	70%
Pourcentage de DS disposant d'un atelier polyvalent fonctionnel	0,0%	100%	100%	40%

7. Pourcentage de professionnels (fonctionnaires et contractuels) par rapport aux besoins identifiés par la gestion prévisionnelle du personnel	6,8%	44%	37%	75%
8. Pourcentage des centres de santé disposant d'un incinérateur fonctionnel et utilisé pour bien gérer les déchets médicaux	2,3%	10%	7%	40%
9. Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI et HD	4,7%	10%	-6%	inférieur 10%
10. Taux de réalisation des activités foraines avec paquet d'activités	28,0%	52%	24%	40%
11. Pourcentage des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge	28,0%	40%	12%	30%
12. Taux de réalisation des supervisions des ECD par la DRSP	50,0%	100%	50%	70%
12. Taux de réalisation des supervisions CSI par ECD	50%	62%	12%	70%
13. Taux de réalisation des activités des plans d'actions	50,0%	66%	16%	60%
14. Taux de réalisation des réunions de coordination	50,0%	100%	50%	60%
15. Pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel	0,0%	48%	48%	50%
16. Pourcentage de comité de santé fonctionnel	69,2%	73%	4%	40%
17. Pourcentage de structures sanitaires gérées selon l'approche basée sur la performance	0,0%	100%	100%	50%
18. Pourcentage de structures sanitaires ayant signé un contrat de performance	100,0%	100%	0%	50%
19. Pourcentage de population ayant accès aux centres de santé offrant le PMA (0-5 km)	39,5%	41%	2%	60%
20. Taux d'utilisation des soins curatifs	19,8%	26%	6%	0 %

21. Taux de couverture CPN	49,1%	71%	22%	50%
22. Taux de couverture CPON	14,6%	18%	4%	50%
23. Taux de prévalence contraceptive	5,3%	8%	3%	10%
24. Taux d'admission dans les hôpitaux	0,3%	1%	0%	1,3%
25. Taux de césariennes	0,4%	1%	0%	1,80%
26. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	13,0%	16%	3%	20%
27. Taux de couverture DTC3	100,0%	77%	-23%	90%
28. Taux de couverture VAR	94,0%	75%	-19%	90%
29. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un traitement intermittent contre le paludisme	18,0%	67%	49%	55%
30. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu du fer	11,9%	55%	43%	50 %
31. Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire simple ou imprégnée	enquête	Enquête		
32. Taux de prévalence du VIH/SIDA	enquête	Enquête		
33. Taux de mortalité maternelle	enquête	Enquête		
34. Taux de mortalité infanto juvénile	enquête	Enquête		
35. Pourcentage des utilisateurs des services satisfaits par rapport aux prestations	enquête	Enquête		
36. Taux de guérison des tuberculeux	72,0%	74,4%	2,4%	68%
37. Taux de déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA)	19,7%	76,8%	57,1%	55%
38. Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	0,0%	0,1%	0,1%	< 1,6 %
39. Taux de mortalité périnatale intra hospitalière	0,1%	0,3%	0,2%	< 6 %

40. Taux de récupération des MPE	46,3%	48,5%	2,2%	40%
41. Pourcentage des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2,5 kg	1,0%	0,3%	-0,7%	11%
Pourcentage des enfants de 24 à 59 mois souffrant de retard de croissance	3,7%	3,5%	-0,2%	ND

SOURCE : données du système d'information sanitaire DRSP (SPIS)

La faible disponibilité des ressources humaines

La situation s'est dégradée en 2007 avec l'ouverture de nouveaux CSI qui n'étaient pas planifiée par les ECD.⁷ Malgré cela on note une augmentation sensible de l'utilisation des services curatifs (6%) et prénatale (22%) en partie due à la gratuité des soins mis en œuvre à la fin du premier trimestre 2007.

L'utilisation des services

En raison du faible accès des populations aux services de santé (41%), le Programme a soutenu les activités hors formations sanitaires (foraines) par une dotation des CSI en motos et l'octroi de carburant pour les DS de Gaya et Boboye. malgré un nombre croissant de CSI menant ces activités force est de constater l'irrégularité des sorties (36% et 45% de réalisation respectivement pour les DS de Dosso et Gaya), expliquant en partie la faible couverture vaccinale (-23% et -18% respectivement pour le DTC3 et le VAR.

La prise en charge des urgences chirurgicales (annexe 2)

L'affectation des médecins à capacité de chirurgie de district en janvier 2007 a permis de mettre en service tous les blocs opératoires de la région. Le programme a assuré la permanence des services au CHR par le remplacement des chirurgien et gynécologue pendant leurs congés. il faut signaler que le Coges de Douthi a pris une initiative similaire lors du congé de l'anesthésiste. L'activité des CCD a permis de réaliser 155 césariennes et 340 interventions viscérales (hernies péritonites) avec une faible mortalité (1,4%). Cependant le taux de césarienne de 1% est en deçà du niveau attendu en 2007 de 1,8%. La faible couverture en accouchements assistés (16%) explique en partie cette situation.

Les contraintes relatives à la chirurgie de district sont en rapport avec la faible disponibilité des ressources humaines, les ruptures en consommables et équipements chirurgicaux, et la faible disponibilité des superviseurs. Le nombre élevé de ruptures utérines commande le renforcement du suivi des équipes opératoires et des maternités en 2008 (tableau V).

La faible couverture en centre assurant les urgences obstétricales de base (43%) est liée en partie, à la non-disponibilité du matériel destiné à l'aspiration manuelle intra utérine. (AMIU)

⁷ Le programme spécial a mis aux normes de CSI des cases de santé alors tenus par des agents de santé communautaires dans tous les districts sanitaires. Leur mise en fonction consomme des ressources humaines déjà précaires pour les CSI fonctionnels en début d'année (moins de 30% des CSI de la région disposent d'un agent qualifié).

dans les CSI. Cette situation est très préjudiciable pour la qualité des soins et la motivation des acteurs.

Les supervisions ont noté une insuffisance notoire d'application des principes de prévention des infections dans les formations sanitaires (absence d'incinérateur, insalubrité etc.)

Disponibilité des médicaments.

La situation s'est détériorée en 2007 dans la région (+ 6% de rupture).⁸ Si ce taux est inférieur au seuil de tolérance nationale, il faut signaler cependant une menace sur le système lié à des ruptures de médicaments sensibles comme le diazépam, le fer, les contraceptifs, les macromolécules. Les stocks des pharmacies de districts sont à la baisse ainsi que les avoirs des Coges liées au retard de remboursement des frais liés à la gratuité (cas de Dosso).

Les supervisions à tous les niveaux ne sont pas réalisées avec la régularité et la qualité requise.

Annexe 2 : Rapport d'activités chirurgicales des Hôpitaux de Districts de la Région de Dosso année 2007

Types d'interventions	HD Doutchi	HD Gaya	HD Loga	Total
Gynéco-obstétriques				
césariennes	77	44	19	140
Grossesse extra utérine	0	0	1	1
Rupture utérine	0	12	2	14
autres	44	2	2	48
Viscérales				0
hernie inguinale	49	155	11	215
hernies ombilicales	26	11	1	38
péritonites	16	5	2	23
occlusions	4	2	0	6
appendicites	3	1	1	5
autres	37	119	0	156
Traumato				0
plâtre	1	6	2	9
Tractions	0	0	0	0
autres	0	0	1	1
Total	257	357	42	656

⁸ Plusieurs raisons peuvent expliquer cette contre performance : la non maîtrise des consommations moyennes mensuelles des médicaments liés à la gratuité, l'introduction tardive des nouveaux médicaments anti paludiques (juillet aout 2007)

10.1.5 Appréciation des critères de suivi

10.1.5.1 Efficience

Les résultats observés sont encourageants aux plans organisationnel et managérial des services de santé. Des soins spécialisés chirurgicaux et gynéco obstétricaux sont offerts aux populations. Cependant, les indicateurs de santé ont une évolution très lente. On peut néanmoins observer un transfert de compétence progressif des capacités d'encadrement vers les équipes régionales et de districts en rapport avec les formations reçues et l'encadrement régulier par l'assistance technique⁹. Ces contributions qui relèvent du « soft » ne peuvent être évalués par des indicateurs d'utilisation de services.

Une des suppositions importantes du programme relatif à la disponibilité en ressources humaine en quantité et en qualité reste encore non satisfaite.

Le programme a connu un retard de démarrage (fin 2005) et beaucoup de remaniements tant de l'assistance technique que des acteurs de terrain. Il semble que les ressources financières disponibles ne permettraient pas d'atteindre tous les résultats dont beaucoup sont tributaires d'autres interventions.

La philosophie de l'approche programme qui prône un renforcement des capacités locales exige un soutien à moyen et à long terme pour générer des effets escomptés.

10.1.5.2 Efficacité

Les activités menées contribuent bien à l'atteinte de l'objectif spécifique. Cependant une part non importante des ressources est affectée au renforcement institutionnel au détriment des prestations de soins.

10.1.5.3 Durabilité

L'intégration du programme aux structures d'exécution offre une possibilité accrue que transfert de compétence. Cette situation est tributaire du maintien en poste des acteurs¹⁰ ! Le programme devra travailler à mettre en place des procédures à tous les niveaux pour minimiser les effets de la mobilité du personnel.

⁹ Ce constat empirique reste à être objectivé par une évaluation formelle du programme

¹⁰ La quasi totalité des médecins chefs présents au début de l'intervention ont été mutés de leur district sanitaire.

10.1.6 Mesures et recommandations

10.1.6.1 Synthèse des critères d'appréciation

10.1.6.2 Recommandations

Au plan opérationnel

- Assurer un plaidoyer pour obtenir des stages de formation de 2 cadres de la DRSP sur les thèmes de la recherche essentielle en santé et la gestion des services de Santé de la reproduction.
- Assurer un encadrement de proximité plus soutenu des ECD par les AT et des ECD par la DRSP.
- Assurer l'encadrement de proximité du district de démonstration de Douthi avec l'appui de la CAI
- Prendre des mesures en vue du respect des principes de prévention des infections dans les formations sanitaires (par exemple construction d'incinérateurs, formation du personnel, suivi de la production locale de javel etc.)
- Rechercher des ressources pour l'acquisition d'une ambulance pour le DS de Dosso en vue du remplacement de celle en service (vétuste)
- Centrer les interventions sur un seul district qui présente le meilleur potentiel en termes de développement. (Révision à la baisse des ambitions pour les résultats 2 et 5)
- Affecter des ressources humaines par le MSP afin de permettre le fonctionnement optimal des CSI de stage

Au plan financier

- Renforcer le plan d'encadrement de proximité des gestionnaires des Districts sanitaires et la DRSP. par la Cellule de coordination.
- Assurer un suivi régulier des dossiers d'appel d'offres et requête financières au niveau local et cellule de coordination.

Au plan organisationnel

- Envisager la possibilité d'un accord de partenariat avec des centrales d'achats de consommables et équipements chirurgicaux (centralisation des besoins et utilisation du circuit des organismes des Nations Unies,...)

- Mettre en place un mécanisme de contre référence des cas de traumatologie et des références gynéco obstétricales du CHR à Niamey
- Assurer une intégration et une coordination efficace des actions en faveur de la chirurgie de district (fonctionnement du comité, intégration des activités SP3 et SP4 sous la coordination de l'AT du SP3)
- Renforcer l'encadrement de proximité des centres assurant les soins obstétricaux d'urgences et hôpitaux de district par une réorganisation de la supervision nationale des programmes de santé de la reproduction et la mise à contribution formelle de l'AT chirurgical de Niamey au renforcement de l'équipe régionale.
- Assurer un suivi des acteurs formés en management de district sur le terrain, responsabilités actuellement partagées entre Sous programme 4 et SP 5 (l'encadrement de proximité des ECD et DRSP) non encore assumée suffisamment.

Au plan institutionnel

- Réaliser une évaluation participative (impliquant d'avantage les acteurs des DS) du processus de suivi scientifique afin de le rendre plus efficace
- Mener des réflexions concertées avec le MSP pour la conduite de l'élaboration du projet d'établissement du CHR de Dosso. L'évaluation du processus de réforme en cours au CHR depuis 2004 permettrait de nourrir la politique nationale (organisation du binôme CHR-DS Dosso, coexistence entre CHR et Centre mère enfant etc.)
- Conduire une réflexion sur la définition d'une stratégie régionale de maintenance et le soutien à l'évolution possible de la transformation des services techniques de la DRSP en centre régional de formation en maintenance.

10.1.7 Nouveau planning 2008

10.1.7.1 Planning des activités de l'année 2008

Activités prévues par résultat année 2008

Structure	Activités prévues	coût (CFA)	observations/commentaires
R1 appui à la DRSP	21	143 765 375	Y inclus charges de l'assistance technique et les frais de bureau
R2. appui au DS de Dosso	23	69 085 334	
R3 ; appui au DS de Doutchi	23	149 979 013	
R4. appuis aux DS de Boboye	21	57 590 000	
R4.appui au DS de Gaya	18	56 960 000	
R4 appui au DS de Loga	12	49 544 068	
R5. appui au CHR de Dosso	22	238 715 000	Gros travaux d'électricité au CHR et charges assistance technique. Montant de 52 millions destiné à la réforme hospitalière (DOS)
Total	140	765 638 790	

Sources : Plan d'actions annuel 2008 des structures d'exécution examinés au comité technique national de santé les 19 au 22 février 2008 au Palais des Congrès à Niamey.

140 activités ont été planifiées en 2008

10.1.7.2 Synthèse planning financier de l'année 2008

La prévision financière pour les activités prévues dans les plans d'action annuels 2008 des structures d'exécution est d'un montant de six cent quarante sept millions neuf cent quatorze mille sept cent quatre vingt dix francs CFA (657.914.790 FCFA) confère tableau ci-dessous.

En tenant compte des charges de fonctionnement du sous programme le montant prévisionnel de dépenses est de Sept cent cinquante cinq millions six cent trente huit mille sept cent quatre vingt dix francs CFA (765. 638. 790 FCFA) confère tableau ci-dessus.

10.1.8 Conclusions

Le programme est pertinent et contribue à l'amélioration du système de santé au Niger et conforme à l'esprit du PDS Des difficultés institutionnelles et organisationnelles ont influencé les résultats obtenus jusque là. La durabilité ne peut être obtenue sans une stabilisation et une masse critique de ressources humaines qualifiées et une action durable dans le temps. La mise en œuvre des recommandations pourrait améliorer les activités et justifier une prolongation pour renforcer les acquis.

DS BOBOYE

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
1.1 : L'accessibilité des services de santé a augmenté	1.1.3 Doter le district en 4 motos tout terrain	x				8.000.000	ECD	PAPDS	Nbre de motos disponible	Invest	Procedure en cours	A_04_03
	1.1.5 Remplacer les équipements et matériels obsolètes au niveau de 5 CSI (Koygolo, Haoulawall, Fabidji, Falmei, Bellandé)					1.350.000	ECD	PAPDS		Invest		A_04_03
	1.1.7 Renouveler ou réparer le parc de véhicules	x				5.000.000	ECD	PAPDS	parc auto en état	Fonct	Réparation du parc auto/moto PAPDS/CTB	A_04_03
2.2 L'accouchement assisté par un personnel qualifié est amélioré	2.2.3 Equiper (renouveler) les maternités des HD et des CSI 2 en matériel nécessaire notamment les tables et les boîtes d'accouchement	x				1.350.000	ECD	PAPDS	matériels HD dispo	Invest		A_04_03
2.3 : La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est renforcée	2.3.1 Réhabilitation de locaux au niveau de l'HD	x				8.000.000	ECD	PAPDS	Maternité réhabilitée	Invest	Réhabilitation de la maternité HD (dossier en cours)	A_04_03
						4.000.000	ECD	PAPDS	Labo réhabilité	Invest	Extension (dossier en cours)	A_04_03
	2.4.2 Elaborer et mettre en place les outils pour la référence contre référence	x				1.000.000	ECD	PAPDS	Fiches de RCR dispon	Fonct	Reprographie de 5000 fiches de RCR	A_04_01

3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Appuyer la planification au niveau du district PAA	x				4.950.00 0	ECD	PAPDS	Nbre de réunions tenues	Fonct	4 réunions du comité technique	A_04_01
	3.1.2 Organiser 4 sessions de formations en intégrant les programmes verticaux					1.750.00 0		PAPDS		Form	Micro planification	A_04_02
						1.500.00 0		PAPDS		Form	SPT	A_04_02
						1.500.00 0		PAPDS		Form	SNIS	A_04_02
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Former 2 membres ECD en management de district	x		x		2.600.00 0	ECD	PAPDS	Nbre de membres formés	Form		A_04_02
4.1 : Les comités de santé sont fonctionnels	4.1.4 Organiser 2 réunions du comité de santé du district		x		x	4.000.00 0	ECD	PAPDS	Nbre de réunions tenues	Fonct		A_04_02
4.2 : Une micro-planification des activités est appliquée au niveau CSI par les comités	4.2.1 Appuyer l'élaboration de micro plans par les CSI	x				690.000	ECD	PAPDS	document disponible	Fonct	Déplacement de l'ECD vers les CSI pour l'appui	A_04_02
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.1 Superviser trimestriellement les CSI	x				4.800.00 0	ECD	PAPDS	Nbre de sorties effectuées	Fonct	104 sorties de supervision prévue des CSI, HD et privé	A_04_02
	5.3.4 Réaliser le monitoring au niveau de 3 CSI pilotes (Birmi, Fabirgi et Kiota)	x	x	x		1.500.00 0		PAPDS		Fonct	encadrement proximité CSI	A_04_02
5.4 : Un système performant d'information sanitaire et de gestion est utilisé à tous les niveaux	5.4.1 Rendre disponibles les supports SNIS	x				PM	DRSP	PAPDS	Supports SNIS dispo	Fonct		A_04_01
	5.4.2 Assurer le paiement des factures internet	x				600.000	ECD	PAPDS	Internet dispo	Fonct		A_04_01
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x				2.000.00 0	ECD	PAPDS	Contrat signé	Fonct	Groupe électrogène (y compris les pièces)	A_04_03

PAPDS Rapport annuel **2007**

		x				500.000	ECD	PAPDS	Contrat signé	Fonct	Matériels informatiques y compris photocopieurs	A_04_01
	7.1.2 Assurer la maintenance du matériel médical et des matériels d'exploitation	x				2.500.000	ECD	PAPDS	Maintenance assurée	Fonct		A_04_03
						57.590.000						

DS DOUTCHI

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
1.1 : L'accessibilité des services de santé a augmenté	1.1.4 Réhabiliter les CSI de Dogonkiria, Doumega, Makourdi, Doubalma, Tibiri et Matankari			x		21.194.321	ECD	PAPDS		Invest		A_03_03
	1.1.5 Renouveler les motos de 4 CSI		x			8.000.000	ECD	PAPDS	Nbre de moto fournies	Invest		A_03_03
	1.1.7 Réaliser une étude sur la demande en soins de santé		x			8.500.000		PAPDS		Fonct	Epilepsie et Fonds social	A_03_04
1.2 : La qualité des soins est acceptable pour les populations	1.2.1 Introduire l'approche centrée sur le patient dans les soins de santé			x		5.000.000		PAPDS		Fonct		A_03_02
	1.2.2 Doter 5 CSI ruraux en énergie solaire pour améliorer les conditions de travail et motiver les agents : éclairage, ventilation, réfrigérateur			x		15.000.000	ECD	PAPDS		Invest		A_03_03
1.7 : Les programmes de lutte contre la maladie sont renforcés	1.7.2 Dotation de 3 CSI en incinérateurs		x			2.700.000	ECD	PAPDS		Invest		A_03_03
2.2 L'accouchement assisté par un personnel qualifié est amélioré	2.2.3 Equiper (renouveler) les maternités des HD et des CSI 2 en matériel nécessaire notamment les tables et les boîtes d'accouchement			x		11.000.000	ECD	PAPDS		Invest		A_03_03
2.3 : La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est renforcée	2.3.1 Travaux complémentaires au niveau de l'HD (bloc opératoire et maternité)					45.407.049	ECD	PAPDS		Invest		A_03_03
	2.3.2 Equipements complémentaires au niveau de l'HD (y compris 30 matelas)			x		4.500.000		PAPDS		Fonct		A_03_03

	2.3.3 Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie (HD)	x				5.865.980	ECD	PAPDS			Fonct	A_03_03	
	2.3.7 Doter le district en carburant de transport de l'équipe du bloc opératoire pour les urgences	x				700.000	ECD	PAPDS			Fonct	A_03_01	
3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Organiser 4 sessions de formations/an intégrant les programmes verticaux			x		3.400.000		PAPDS			Forma	SNIS	A_03_02
		x				980.765	ECD	PAPDS			Forma	RX BLU	A_03_02
	3.1.3 Mettre en place un district modèle	x				3.592.700		PAPDS			Fonct		A_03_04
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadres de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Former 1 membre de l'ECD en management du District à Ouallam			x		1.300.000	ECD	PAPDS			Forma		A_03_02
4.1 : Les comités de santé sont fonctionnels	4.1.5 Faire participer l'ECD aux AG des CSI	x				1.140.000	ECD	PAPDS			Fonct		A_03_02
4.2 : Une micro-planification des activités est appliquée au niveau CSI par les comités	4.2.1 Appuyer l'élaboration de micro plans des CSI				x	690.000	ECD	PAPDS			Fonct		A_03_02
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.1 Superviser trimestriellement les CSI			x		3.026.010	ECD	PAPDS			Fonct		A_03_02
	5.3.2 Assurer un suivi rapproché des CSI choisis	x	x	x	x	1.500.000	ECD	PAPDS			Fonct		A_03_02
	5.3.3 Effectuer 2 monitorages des CSI et de l'HD				x	2.543.098	ECD	PAPDS			Fonct		A_03_02
5.4 : Un système performant d'information sanitaire et de gestion est utilisé à tous les niveaux	5.4.2 Prendre en charge le règlement des factures du raccordement Email	x				600.000	ECD	PAPDS			Fonct		A_03_01
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x				1.850.000	ECD	PAPDS			Fonct	Photocopieur	A_03_01

7.1.2 Assurer la maintenance du matériel biomédical et d'exploitation	x					1.489.090	ECD	PAPDS			Fonct	A_03_03
						149.979.013						

DS Dosso

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
1.1 : L'accessibilité des services de santé a augmenté	1.1.4 Réhabiliter 1 CSI dans le DS (Tombokoirey et Sambera)	x				9.299.970	ECD	PAPDS		Invest.		A_02_03
	1.1.6 Renouveler ou réparer le parc de véhicules	x				5.379.000	ECD	PAPDS		Fonction.	Assurer la maintenance du matériels roulant du District	A_02_01
	1.1.9 Délimiter les aires de santé des CSI à travers la micro planification	x				3.360.000	ECD	PAPDS	nbre de carte diponible	Fonction.	Edition des carte par aire de santé	A_02_01
1.2 : La qualité des soins est acceptable pour les populations	1.2.1 Introduire l'approche centrée sur le patient dans les soins de santé	x				5.000.000	ECD	PAPDS		Formation		A_02_02
	1.2.5 Transformer 4 CSI et le District de Dosso en formation sanitaires modèles					5.000.000	ECD	PAPDS		Invest.		A_02_03
	1.2.7 Former les agents en instructions opérationnelles pour l'exécution du PMA		x			4.675.000	ECD	PAPDS		Formation		A_02_02
	2.4.2 Elaborer et mettre en place les outils pour la référence contre référence	x				900.000	ECD	PAPDS		Fonction.		A_02_01

2.6 : Les activités en planification familiale sont renforcées	2.6.4 Former 9 sages femmes en pose et retrait norplan et DIU (Former /Recycler les sages femmes en insertion du DIU et des implants)				x				PM	DRSP	PAPDS		Formation	Centralisée au niveau de la DRSP	
2.8 : Les soins curatifs et préventifs pour les enfants sont renforcés	2.8.8 Doter le District en 10 consignes de gaz butane	x						250.000	ECD	PAPDS			Fonction.		A_02_03
3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Appuyer la planification au niveau du district PAA	x						7.200.000	ECD	PAPDS			Fonction.		A_02_01
	3.1.3 Organiser 4 sessions de formations en intégrant les programmes verticaux SIMR, SPT, MICROPLANIFICATION, SUPPORTS SNIS	x						2.475.000	ECD	PAPDS			Formation	25 en SPT	A_02_02
		x						1.396.364	ECD	PAPDS			Formation	Micro planification	A_02_02
		x						1.500.000	ECD	PAPDS			Formation	SNIS	A_02_02
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Former Un membre ECD (MCD) en management de district (Ouallam)	x						1.300.000	MCD	PAPDS			Formation		A_02_02
4.1 : Les comités de santé sont fonctionnels	4.1.6 Organiser 2 réunions du comité départemental de santé	x						4.200.000	ECD	PAPDS			Fonction.		A_02_02
	4.1.7 Participer aux réunions des comités de CSI	x						840.000	ECD	PAPDS			Fonction.		A_02_02
4.2 : Une micro-planification des activités est appliquée au niveau CSI par les comités	4.2.1 Appuyer l'élaboration de micro plans par les CSI (30.000 FCFA et par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).cf 1.1.26	x						840.000	ECD	PAPDS			Fonction.		A_02_02

5.2 : Les capacités de conception et de gestion du MSPLCE sont renforcées	5.2.7 Doter le district en frais d'impressions d'imprimés généraux	x				1.220.000		PAPDS	Nbre de véhicule assuré	Fonction.	Assurances et vignette des autos et motos PAPDS	A_02_01
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.1 Effectuer 112 missions de supervision intégrées des CSI et formations sanitaires privées					3.000.000	MCD	PAPDS		Fonction.	Supervision intégrée avec les programmes verticaux	A_02_02
	5.3.2 Effectuer 2 monitorages des activités des CSI DES CSI MODELES	x				3.550.000	ECD	PAPDS		Fonction.		A_02_04
5.4 : Un système performant d'information sanitaire et de gestion est utilisé à tous les niveaux	5.4.3 Payer les factures Internet du District	x				600.000	ECD	PAPDS		Invest.		A_02_01
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x				5.000.000	ECD	PAPDS		Fonction.	entretien du matériel informatique	A_02_01
	7.1.2 Développer une culture de maintenance à tous les niveaux			x	x	600.000	ECD	PAPDS		Fonction.		A_02_03
	7.1.3 Assurer la maintenance du matériel d'exploitation et matériel biomédical	x				1.500.000	ECD	PAPDS		Fonction.		A_02_03
						69.085.334						

DS GAYA

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
1.1 : L'accessibilité des services de santé a augmenté	1.1.3 Renouveler 4 motos des CSI	x				8.000.000	ECD	PAPDS	Nbre de motos disponibles	INV		A_04_03
	1.1.4 Renouveler ou réparer le parc de véhicules	x				2.500.000	ECD	PAPDS	Parc auto moto fonctionnel	FONC		A_04_01
	1.1.5 Chaque CSI organise 1 activité foraine par mois sur la base de la stratégie avancée	x				700.000	ECD/CSI	PAPDS	Nbre de sorties de consultations effectuées	FONC		A_04_03
2.3 : La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est renforcée	2.3.1 Effectuer les travaux complémentaires au niveau de l'HD (bloc opér.)	x				12.000.000	ECD/DRSP	PAPDS	Travaux réalisés	INV	Maternité HD	A_04_03
	2.3.2 Doter en médicaments et consommables de chirurgie l'HD (bloc opér.)	x				5.000.000	ECD	PAPDS	Equipement du bloc complet	INV		A_04_03
3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Appuyer la planification au niveau du district PAA	x				4.500.000	ECD	PAPDS	Nbre de réunions cotech tenues	FONC		
	3.1.2 Organiser 4 sessions de formations en intégrant les programmes verticaux	x				2.380.000		PAPDS		FORMATION	SPT	
				x			2.380.000	ECD	PAPDS	Nbre d'agents formés	FORMATION	SNIS
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Former 1 membre de l'ECD en management de district à Ouallam	x				1.300.000	DRSP	PAPDS	Membre ECD formé	FONC		A_04_02

4.1 : Les comités de santé sont fonctionnels	4.1.6 Tenir 2 assemblées générales des COSAN				5.400.000	ECD/CO GES	PAPDS	2 AG tenues	FONC		A_04_0 2
	4.1.7 Faire participer l'ECD aux AG des CSI	x			700.000	ECD	PAPDS	Nbre de participation	FONC		A_04_0 2
5.2 : Les capacités de conception et de gestion du MSPLCE sont renforcées	5.2.8 Assurer le payement des vignettes et assurances				PM		PAPDS	Assurance, vignettes prises	FONC	Assurance, vignettes	A_04_0 1
	5.3.1 Superviser trimestriellement les CSI	x			3.000.000	ECD	PAPDS	Nbre de supervisions effectuées	FONC	Supervisions intégrées	A_04_0 2
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.4 Effectuer 2 monitorages des CSI et HD				2.500.000	ECD	PAPDS	Nbre de monitorages effectués	FONC		A_04_0 2
	5.4.3 Prendre en charge les factures d'abonnement à l'internet	x			600.000	ECD	PAPDS	Abonnement effectué	FONC		A_04_0 1
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x			2.500.000	ECD	PAPDS	Un contrat disponible	FONC	Photocopieur, Ordinateurs, motos	A_04_0 1
	7.1.2 Assurer la maintenance du matériel biomédical et d'exploitation	x			1.500.000	ECD	PAPDS	Maintenance du matériel assuré	FONC		A_04_0 3
8.3 : Le secteur de la biologie médicale est renforcé	8.3.1 Doter l'HD en réactifs et consommables	x			2.000.000	ECD	PAPDS	Disponibilité des réactifs de labo	FONC		A_04_0 3
					56.960.000						

DS LOGA

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
1.1 : L'accessibilité des services de santé a augmenté	1.1.3 Renouveler ou réparer le parc de véhicules (dont achat 2 motos pour CSI)	x				8.500.000	ECD	PAPDS	parc auto entretenu	FONC		A_04_03
2.3 : La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est renforcée	2.3.1. Travaux complémentaires au niveau de 4 HD (bloc opér.)	x				17.644.068	ECD	PAPDS	Maternité réhabilité	FONC	rehabilitation de la maternité	A_04_03
	2.3.2 Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie (HD)		x			5.000.000		PAPDS		FONC	recharge oxygene	A_04_03
3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Appuyer la planification au niveau du district PAA					2.300.000		PAPDS		FONC		A_04_01
	3.1.2 faire 2 sessions de formation (SNIS, PEV) et 4 supervisions Palu					3.400.000		PAPDS		FORM	support SNIS; gestion PEV;	A_04_02
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 former 2 membres ECD en management du district	x				2.600.000	ECD	PAPDS	nbre formés	FORM		A_04_02
	4.1.1 Mettre en place les comités de santé	x				2.000.000	ECD	PAPDS	nbre de comité mis en place démocratiquement	FONC		A_04_03
	4.1.6 tenir 2 réunions du comité de santé		x		x	3.000.000	ECD	PAPDS	nbre de réunions tenus	FONC		A_04_02
	4.1.7 appui des ECD au AG des comités de santé des CSI	x				1.000.000	ECD	PAPDS	nbre d'AG des CSI appuyé	FONC		A_04_02
5.4 : Un système performant d'information sanitaire et de gestion est utilisé à	5.4.3 doter le district d'une ligne internet	x				600.000	ECD	PAPDS	district connecté au réseau internet	FONC		A_04_01

tous les niveaux											
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x			2.000.000	ECD	PAPDS	matériel informatique et groupe électrogène entretenu	FONC	groupe électrogène; matériel informatique	A_04_03
	7.1.2 assurer la maintenance du matériel d'exploitation et biomédical	x			1.500.000	ECD	PAPDS	matériel entretenu	FONC		A_04_03
					49.544.068						

CHR

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
	1.2.3 Assurer l'entretien des 2 véhicules PAPDS (ambulance/4x4)		x	x		2.400.000	CHR	PAPDS	Nbre véhicules entretenus	fonct		A_05_01
1.3 : Les maternités de référence et les CHR offrent des soins spécialisés de qualité selon les normes et sont accessibles	1.3.1.1 Elaborer le projet d'établissement du CHR		x			10.000.000	DOS	PAPDS	Projet élaboré	fonct		A_05_01
	1.3.1.2 Elaborer la carte hospitalière					30.000.000	DOS	PAPDS	Carte hospitalière élaborée	fonct		A_05_01
	1.3.1.3 Assurer la reproduction					7.000.000	DOS	PAPDS	Documents réforme reproduits et diffusés	fonct		A_05_01
	1.3.1.4 mettre en place le réseau Hospitalier					5.000.000	DOS	PAPDS	Réseau hospitalier fonctionnel	fonct		A_05_01
	1.3.3 Elaborer les DAO et exécuter les marchés/travaux et fournitures (CHR+Mat Ref)					100.200.000		PAPDS		invest	rampe oxy, réseau élect, bloc op	A_05_03
	1.3.5 Former 8 agents en échographie et en prise en charge des urgences		x	x		2.320.000		PAPDS		Form		A_05_03
	1.4 : Les centres de référence nationaux et régionaux sont rendus accessibles	1.4.2 Apporter un appui à la PEC des malades démunis	x				4.800.000	CHR	PAPDS	Nbre cas sociaux pris en charge	fonct	
1.4.5 Installer 3 panneaux d'information et d'indication aux portails et à 800 m du CHR			x			600.000	CHR	PAPDS	Nbre de panneaux installés	invest		A_05_03
2.3 : La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est renforcée	2.3.1 Assurer la formation des médecins à la chirurgie de district en 9 mois		x			PM	CHR	PAPDS	Nbre de médecins formés en CCD	form		A_05_03

6.1 Le personnel est rendu disponible selon les normes	6.1.2 Assurer le remplacement du chirurgien et de la gynécologue en cas de congé (AT)					x	2.000.000		PAPDS			fonct		A_05_03	
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x					2.045.000	CHR	PAPDS	% contrat d'entretien		fonct	groupe élect, automate	A_05_03	
8.1 : Les ME et les dispositifs médicaux sont disponibles dans les FS	8.1.1 Evaluer les expériences en cours pour les pharmacies de cession (étude)	x					1.500.000	CHR	PAPDS	expérience évaluée avec rapport disponible		fonct		A_05_03	
8.3 : Le secteur de la biologie médicale est renforcé	8.3.2 Doter le CHR en réactifs et consommables de laboratoires						4.500.000		PAPDS			fonct		A_05_03	
							199.715.000								

PAA 2008 DRSP DO

Résultats Attendus	Activités	T 1	T 2	T 3	T 4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP	Remarques	Code budget
1.1 : L'accessibilité des services de santé a augmenté	1.1.2 Renouveler ou réparer le parc de véhicules	x				3.000.000	DRSP	PAPDS		Fonctionnement		A_01_02
	1.1.3 Appuyer les DS à la délimitation des aires de santé des CSI à travers la micro planification	x				120.000	DRSP	PAPDS	Nombre d'appuis réalisés	Fonctionnement		A_01_01
1.4 : Les centres de référence nationaux et régionaux sont rendus accessibles	1.4.1 Faire respecter les systèmes de référence (fiches et ateliers)	x				1.498.765	DRSP	PAPDS	Nombre d'outils révisés et mis en place	Fonctionnement	atelier de révision des outils de RCF, 4 réunions du comité de suivis	A_01_02
1.7 : Les programmes de lutte contre la maladie sont renforcés	1.7.5 Appuyer les activités d'Hygiène et assainissement		x			1.000.000	DRSP	PAPDS	1 kit réceptionné	Investissement	Dotation en Dosimètre	A_01_02
	1.7.7 Doter la région du matériel audio visuel pour la diffusion des messages d'IEC		x			4.200.000		PAPDS	Matériels audio visuels livrés	Investissement		A_01_02
3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Appuyer la planification au niveau des districts et CHR (PAA)		x		x	3.350.000	DRSP	PAPDS	Nombre de réunions tenues	Fonctionnement		A_01_02
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Renforcer l'encadrement de proximité des ECD	x				15.000.000	DRSP	PAPDS	Nombre de missions d'encadrements réalisés	Fonctionnement		A_01_02
	3.2.2 Appuyer les activités de recherche au niveau des districts		x			3.000.000	DRSP	PAPDS	Nombre d'appuis réalisés	Fonctionnement		A_01_01
	3.2.3 Former 2 membres du staff de la DRSP au DF de Ouallam	x				2.600.000	DRSP	PAPDS	Nombre d'appuis réalisés	Formation		A_01_02
	3.2.4 Organiser un voyage d'étude de 3 membres de staff de la DRSP pour participer aux journées régionales de santé à Bobodjoulasso (BF)				x		4.000.000	DRSP	PAPDS	Nbre de voyage d'étude organisé	Fonctionnement	

4.1 : Les comités de santé sont fonctionnels	4.1.1 Renforcer les compétences des membres des comités de santé en connaissance des outils de base pour améliorer l'utilisation et la gestion des fonds générés par le recouvrement des coûts	x				0	DRSP	PAPDS	Nombre d'appuis réalisés	Fonctionnement		A_01_02
	4.1.2 Consolider le Recouvrement des Coûts (RC)			x		4.329.690	DRSP	PAPDS	Nombre d'étude réalisée	Fonctionnement	Recherche action y compris supervision des comités	A_01_02
	4.1.3 Tenir deux réunions du comité régional de santé		x		x	6.096.920	DRSP	PAPDS	Nombre de réunions tenues	Fonctionnement		A_01_02
5.1 : Les compétences institutionnelles du MSP/LCE sont renforcées	5.1.1 Organiser des réunions périodiques des PTF	x				200.000	DRSP	PAPDS	Nombre de réunions organisées	Fonctionnement		A_01_01
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.1 Superviser semestriellement les ECD (Toutes les supervisions y compris les prog.)		x		x	4.646.000	DRSP	PAPDS	Nombre de supervisions réalisées	Fonctionnement	y compris supervisions des programmes verticaux	A_01_02
	5.3.2 Installer une connexion Internet à haut débit	x				7.000.000	DRSP	PAPDS	Connexion installé	Investissement		A_01_02
	5.3.6 Participer aux réunions mensuelles du comité technique du PAPDS y compris ravitaillement	x				1.500.000	DRSP	PAPDS	Nombre de réunions participées	Fonctionnement		A_01_02
5.4 : Un système performant d'information sanitaire et de gestion est utilisé à tous les niveaux	5.4.3 Editer 4 bulletins de retro information (Aréwa Info)	x				2.000.000	DRSP	PAPDS	Nombre de bulletins édités	Fonctionnement		A_01_02
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Etablir un système de contrat pour les services de maintenance lourde	x				5.000.000	DRSP	PAPDS	1 contrat de maintenance établi	Fonctionnement	Maintenance du matériel informatique et photocopieur	A_01_02
	7.1.2 Elaborer la carte sanitaire	x				500.000	DRSP	PAPDS	Carte sanitaire élaborée	Fonctionnement		A_01_01
	7.1.3 Assurer la maintenance du matériel d'exploitation et biomédical de la DRSP	x				6.000.000	DRSP	PAPDS	Nombre de maintenance préventive et curative effectuées	Fonctionnement		A_01_02

75.041.375

DS BOBOYE	57.590.000
DS	149.979.013
DOUTCHI	69.085.334
DS Dosso	56.960.000
DS GAYA	49.544.068
DS LOGA	199.715.000
CHR	75.041.375
PAA 2008 DRSP DO	657.914.790
Frais de fonctionnement	107.724.000
	765.638.790

10.2 Sous-programme 2 (Niamey)

10.2.1 Situation actuelle

10.2.2 Bilan de la planification des activités

10.2.2.1 Aperçu des activités sur financement PAPDS

Résultat 1: Les capacités d'appui de la DRSP sont renforcées

Activités prévues	Réal	En Cours	Non Réa	Commentaires
R1/A1 : Elaborer et Mettre en œuvre un plan de couverture sanitaire au niveau de la CUN de Niamey				
R1/A1/1. <u>Appui à la planification</u> - Appui à l'élaboration du PDSR (plan de développement régional) - Appui à la revue annuelle 2007 et élaboration PAA 2008	1 1			Le PDSR 2008-2012 a été élaboré et remis au MSP fin 2007 Le PAA 2007 a été évalué et le PAA 2008 a été élaboré conformément aux canevas du MSP
R1/A1/2. <u>Appui au développement des DS de la CUN</u> - Mise à jour de la carte sanitaire (impression des cartes) - Réunions de concertations entre la DRSP et les Formations sanitaires privées	1 1 (50%)			- 273 cartes sanitaires ont été imprimées (cartes de la région et carte de chacune des 5 communes) - Une réunion sur les 2 prévues a eu lieu
R1/A2 : Renforcer les capacités d'appui aux DS				
R1/A2/1 <u>Renforcement des compétences de la DRSP</u> - Appui à la formation de 12 formateurs régionaux en Assurance Qualité - Organisation d'un forum régional sur les méfaits de l'accouchement à domicile - Formation informatique de 10 membres de la DRSP - Appui à la formation de 2 sessions des agents du privé en supports SNIS - Edition d'un bulletin d'information sanitaire de la région (1/trim) - Recherche active de l'information sanitaire auprès des formations du privé - Recrutement physique du personnel	1 1 1 1 (50%) 1 (50%)		1 1	- La formation a eu lieu mais avec du retard (en décembre au lieu du début d'année) → conséquence pour la mise en place de AQ au DS III - Le Forum a eu lieu en novembre avec 50 participants - La formation informatique sur les logiciels de base pour 7 personnes, et sur 3 logiciels plus perfectionnés pour 3 autres personnes - Une seule formation a eu lieu regroupant 30 agents du privé - Ce bulletin n'a pu être réalisé - Cette recherche a été réalisée par 2 missions sur 4 - Le recrutement physique aura lieu en janvier 2008 au lieu du 3° trimestre prévu
R1/A2/2 <u>Appui à l'encadrement des DS</u> - Appui à 2 supervisions intégrées des ECD et du CHR - Appui à 2 missions de suivi des FS privées - Appui à 2 réunions de coordinations	1 (50%) 1 (50%) 1			- 1 supervision sur les 2 prévues a été réalisée - 1 seule mission sur les 2 prévues a eu lieu - Les 2 réunions de coordinations ont eu lieu
R1/A2/3 <u>Appui au fonctionnement-</u>	1			Vu la remise d'une photocopieuse par le FC, il a été acheté 3 ordinateurs à

Activités prévues	Réal	En Cours	Non Réa	Commentaires
Achat d'une photocopieuse				la place de la photocopieuse
R1/A2/3 Prime de responsabilité	1			Elle a été payée à chaque trimestre
TOTAL ACTIVITES R1 (DRSP)	14	0	2	Parmi les 14 activités réalisées, 5 le sont à moitié

Activité réalisée non planifiée : 1° réunion de coordination régionale des PTF régionaux en octobre (= mise en place du cadre de concertation)

Résultat 2: Le District Sanitaire III Niamey fonctionne de façon intégrée (Commune V)

Activités prévues	Réal	En Cours	Non Réa	Commentaires
R2/A1 : Renforcer les capacités de l'équipe cadre de district				
R2/A1/2. Renforcement des capacités				
- Voyage d'étude sur la santé urbaine à Lomé - Rencontres d'échanges d'expérience avec les DS de Dosso et Tahoua - Appui à l'élaboration du PDSD - Appui à l'évaluation du PAA 2007 et à l'élaboration du PAA 2008	1 1		1 1	- Le voyage d'étude, tout comme les rencontres d'échanges avec les autres DS n'ont pas eu lieu par suite de changement de médecin chef au cours de l'année et de dissensions qui s'en est suivi au sein de l'équipe cadre - Le PDSD a été élaboré et envoyé au MSP - le PAA 2007 a été évalué et celui de 2008 élaboré
R2/A1/3. : Equipement et véhicule				
Achat d'un véhicule 4x4 de supervision		1		Le véhicule a été acheté par la CGC et sera remis début 2008 au DS
R2/A1/4 Fournitures et Entretien				
- Entretien des véhicules, matériel de bureau, bâtiment, téléphone ...		1		Le DS a pu entretenir son parc auto –moto selon ses demandes. Un retard a été constaté dans la demande d'entretien du matériel, du rétablissement des lignes téléphoniques qui se fera début 2008
R2/A1/5 Prime de responsabilité				
	1			Elle a été payée à chaque trimestre
R2/A2 : Assurer la formation continue du personnel				
R2/A2/3/1 : Formation du personnel paramédical				
- Introduire l'approche qualité dans 2 CSI			1	- L'approche qualité sera introduite début 2008, le retard est du au retard de la formation régionale réalisée en décembre 2007
- Former 2 agents en échographie			1	- La formation en échographie devrait avoir lieu début 2008
- Former 4 agents en microscopie tuberculose	1			- La formation en microscopie a été réalisée par un autre partenaire
- Mener une recherche opérationnelle sur le faible taux d'utilisation des services dans les CSI			1	- La recherche opérationnelle n'a pu avoir lieu malgré les inputs AT et IMT
- Former 3 instrumentistes pour la chirurgie	1			- La formation de 3 instrumentistes a eu lieu
R2/A2/3/2 Réunions de coordinations au niveau du DS				
- Appui à 4 réunions de coordinations (comité technique de santé)	1 (50%)			- 2 réunions de coordination sur les 4 ont pu se tenir
- Appui à 2 réunions du comité de santé (AG)	1 (50%)			- 1 AG sur les 2 prévues a eu lieu
R2/A2/3/3 Supervision régulière des CSI				
- Supervision trimestrielle des CSI	1 (50%)			- Tous les CSI ont été supervisés 2 fois au lieu 4 prévus

Activités prévues	Réal	En Cours	Non Réa	Commentaires
- Supervision mensuelle des 2 cases de santé	1 (50%)			- Les 2 cases de santé ont été supervisées tous les mois à partir mi 2007 environ
R2/A3 Rationaliser le fonctionnement de l'HD et des CSI				
R2/A3/1 : <u>Développement du service de la chirurgie et d'urgence</u>				
- Fournitures pour le bloc chirurgical		1		- Les consommables pour le bloc chirurgical ont été achetés pour 3 trimestres sur les 4 prévus, l'achat pour le 4° trimestre est en cours. Le bloc opératoire a réalisé 617 interventions en 2007 (496 en 2004, 504 en 2005, 398 en 2006)
- Prendre en charge 990 évacuations sanitaires de l'HD tous services confondus vers les structures nationales de référence	1			- Il y a eu 391 évacuations enregistrées de l'HD vers une structure de niveau supérieur (MIG, HNN, HNL)
- Doter le service de chirurgie de 120 kits de césariennes		1		- Il a été réalisé 42 césariennes en 2007. Vu le stock de kits de césariennes obtenus fin 2006, cette activité est seulement en cours de réalisation.
- Doter le bloc d'un appareil de réanimation et de bistouri		1		- Cette activité n'a pas été réalisée par mauvaise appréciation de l'activité lors du PAA
- Doter la pharmacie de cession et celle du dépôt d'un réfrigérateur		1	1	- Les 2 réfrigérateurs sont en cours d'achat
R2/A3/5 <u>Fonds social pour indigents</u>	1			Il a été pris en charge 50 cas d'indigents en 2007 sur le budget du fonds social reçu en 2006 par une ONG.. Cette activité a donc eu lieu sans incidence financière.
R2/A4 Améliorer la couverture sanitaire des CSI				
R2/A4/2 <u>Construction et équipement des CSI</u>				
- Construction et équipement du CSI Bangabana		1		- La construction du CSI Bangabana a commencé début 2007, la réception provisoire est prévue d'ici peu. Les équipements sont en cours de lancement d'AO
- Réhabiliter le CSI Kirkissoye pour mettre en place une salle d'accouchement et l'équiper		1		- Vu que ce CSI appartient à l'archevêché, les discussions sont en cours de finalisation pour le démarrage de la construction de la salle d'accouchement puis de son équipement.
- Doter les CSI et l'HD en divers matériel technique		1		- Divers petits matériels techniques ont été achetés mi 2007 et sont en cours pour le reliquat prévu.
R2/A5 <u>Appuyer la mise en place d'un terrain de stage modèle</u>	1			- Formation pratique des médecins CCD à raison de 4/ mois durant leur formation théorique de 3 mois à Niamey puis de 2 médecins durant leur stage de 9 mois
				- Formation pratique des TSGCO (techniciens supérieur en chirurgie et gynéco obstétrique) de 1° et 2° année, environ 20 techniciens/an
				- Encadrement du médecin chef CCD diplômé en déc. 06
				- Encadrement des TSGCO diplômés
				NB : Activité sans incidence financière spécifique.
TOTAL ACTIVITES R 2 (DS III)	12	8	6	Parmi les 12 réalisées, 5 le sont à moitié

A noter qu'une volontaire du SVCD appuie le DS 3 pour la gestion financière, surtout la gestion du recouvrement des coûts de la population. Elle a apporté un appui technique important pour la mise en place de la « gratuité »

Activités réalisées non planifiées

Certaines activités ont été réalisées suite à des besoins identifiés et des fonds disponibles par non réalisation de certaines activités:

- achat d'un aspirateur pour nouveau –né,
- paiement des vignettes et assurances des véhicules/motos du DS III
- achat de divers matériel pour le bloc

Résultat 3: Le District Sanitaire I Niamey est rendu progressivement fonctionnel (Communes I et II)

Activités prévues	Réal	En Cours	Non Réa	Commentaires
<u>R3/A1 : Renforcer les capacités de l'équipe cadre de district</u>				
<u>R3/A1/1. Renforcement des capacités</u> - Appui à la planification (= appui au PDS car PAA inclus dans réunions coordinations) - Echange d'expériences avec d'autres districts (3 membres à Lomé) - Forum communal pour améliorer l'accueil	1 1	 1		- le PDS a été élaboré et transmis au MSP. Le PAA 2007 a été évalué et le PAA 2008 a été élaboré - Ce voyage d'étude à Lomé s'est déroulé en janvier 2008 - Ce forum a eu lieu en décembre et a regroupé 40 participants du DS
<u>R3/A1/2. : Réhabilitation ou construction de locaux administratifs pour ECD</u> Construction d'un local PEV Construction et équipement d'une salle de réunion	1	1		- La construction du local PEV a été finalisée en 2007 et est fonctionnel depuis mi 2007 - La construction et l'équipement de la salle de réunion sont en cours de préparation d'AO
<u>R3/A1/3 : Equipement et véhicules</u> - achat d'une moto de ECD - achat d'un véhicule de supervision	1	1		- Une moto a été fournie à l'ECD début 2007 - Un véhicule a été acheté par la cellule de gestion et de coordination et sera remis d'ici peu au DS
<u>R3/A1/4 Fournitures et Entretien</u> - Entretien des véhicules et matériel de bureau ... <u>R3/A1/5 Prime de responsabilité</u>	1			Le DS a pu entretenir son véhicule et ses matériels informatiques Elle a été payée à chaque trimestre
<u>R3/A2 : Assurer la formation continue du personnel</u>				
<u>R3/A2/1 : Formation de 4 membres de l'ECD en management de DS à Ouallam</u>	1 (50%)			- 2 personnes de l'ECD ont pu être formées à Ouallam fin 2007. Les critères de recrutement n'ont pas permis à 4 personnes d'être formées ;
<u>R3/A2/2/1 : Formation du personnel paramédical</u> - Former 8 personnes en AMIU - Former 30 agents en remplissage supports SNIS - Mettre en place les fiches de référence contre référence	1 1 1			- Les 8 personnes ont été formées - La formation de 25 agents en supports SNIS a eu lieu en novembre 2007 - Les fiches de Ref-Contre référence ont été mises en place en août 07
<u>R3/A2/2/2 Réunions de coordinations au niveau du DS</u> - Appui à 4 réunions de coordinations (comité technique de				- 2 réunions de coordination sur les 4 ont pu se tenir

santé)	1 (50%)			
<u>R3/A2/3/3 Supervision régulière des CSI</u>				
- Superviser trimestrielle des CSI	1 (50%)			- Tous les CSI ont été supervisés 2 fois au lieu 4 prévus
- Recenser les FS privées	1			- Le recensement des formations sanitaires privées a pu être réalisé
- Assurer le suivi des FS privées (1/semestre)	1 (50%)			- Le suivi des FS privées a été réalisé une fois sur les 2 prévues
- Organiser une rencontre /semestre avec les promoteurs des FS privées	1(50%)			- Une rencontre avec les FS privée a été réalisée sur les 2 prévues
<u>R3/A3 Rendre fonctionnel les premiers éléments de l'HD</u>				
<u>R3/A3/1 : Infrastructure</u>				
- Réhabilitation ou construction des premiers bâtiments hospitaliers		1		- Un groupe de travail ad hoc (DRSP, DIE, DS) a élaboré le programme architectural de l'HD. un appel d'offre pour l'élaboration du plan directeur de l'HD et son devis a été lancé mi 2007. Un cabinet d'architecte a été recruté et devrait démarrer son travail début 2008
				- De plus une consultance spécifique dans le cadre de l'équipe de suivi de l'IMT a été effectuée. Ses propositions sont toujours en cours d'analyse au niveau central du MSP
<u>R3/A3/4 : Achat et mise en route d'un service d'ambulance</u>	1			- Une ambulance achetée par la CGC a été remis au DS I mi 2007. Elle sert d'ambulance pour les évacuations sanitaires des maternités périphériques du DS vers la maternité centrale
<u>R3/A4 Améliorer la couverture sanitaire des CSI</u>				
<u>R3/A4/1 Construire /réhabiliter et équiper les CSI</u>			1	
- Doter les CSI en divers matériel technique selon les normes				Divers matériels techniques ont été achetés pour le 1° et 2° trimestre. Un autre achat est en cours sur le reliquat
<u>R3/A4/3 Achat de 2 motos pour 2 CSI prioritaires</u>	1			Les 2 motos ont été achetées par la CGC et devraient remises d'ici peu au DS pour 2 CSI ;
TOTAL ACTIVITES R3 (DS I)	16	5	0	Parmi les 16 activités réalisées, 5 l'ont été à moitié
TOTAL ACTIVITES SP NIAMEY	42	13	6	Parmi les 42 activités réalisées, 15 l'ont été à moitié

Le taux de réalisation physique des activités des PAAs des 3 structures sous financement PAPDS est de 69 %

10.2.2.2 Analyse de la planification des activités

Il y a un grand retard par rapport aux prévisions du DTF en terme d'investissement, le DTF était sans doute trop optimiste, voire non réaliste. Citons quelques exemples:

- la construction, équipement et mise en route des premiers éléments de l'HD dès la 3^e année du PAPDS
- la construction et l'équipement du CSI de Bangabana dès la 1^{re} année du projet
- la notion que le DS 3 avait déjà atteint un niveau de développement proche du « DS modèle » et qu'il pouvait déjà servir de terrains de stage modèles

Pour les 3 résultats du Sous Programme (SP), l'activité principale de cette année a été l'élaboration et l'adoption des Plans de Développement sanitaire des districts et de la région pour les 5 années à venir (2008 – 2012). Ce travail a consommé beaucoup de temps à tous et a été étalé sur 6 mois, cela explique en partie la non réalisation d'autres activités.

Résultat 1: Les capacités d'appui de la DRSP sont renforcées

Les principales activités d'appui à la DRSP ont été réalisées.
La non réalisation de certaines activités vis-à-vis des formations sanitaires privées provient du départ du responsable de ces FS privées qui n'a pas été remplacé à ce jour.

Résultat 2: Le District Sanitaire III Niamey fonctionne de façon intégrée (Commune V)

L'hôpital de district a mis en place un service de garde d'urgence chirurgicale depuis avril/mai 07, ce dernier a fonctionné presque régulièrement depuis cette date. Aussi la prise en charge des urgences gynéco obstétricales 24H/24 est devenue effective.

Par contre la non réalisation d'un nombre significatif d'activités est due au changement de leader de l'ECD et au non remplacement d'un des 5 membres de l'ECD. Tout ceci a entraîné beaucoup de dysfonctionnements au sein de l'équipe qui a été en partie occupée à gérer ces dissensions et n'a pas créé les conditions pour la réalisation de certaines activités.

La mise en route d'un fonds social pour indigents à l'Hôpital de district en février 07 a permis de prendre en charge environ 50 patients indigents. Vu la gratuité qui a démarré pour certains groupes cibles depuis juillet 07, le nombre d'indigents pris en charge par ce fonds social a été moins important que prévu. Néanmoins une évaluation est en cours afin de proposer d'éventuelles modifications de conditions d'accès.

Résultat 3: Le District Sanitaire I Niamey est rendu progressivement fonctionnel (Communes I et II)

Une bonne partie des activités ont été réalisées.
Néanmoins l'équipe cadre n'a jamais été au complète durant l'année (MCA en formation de capacité de chirurgie pendant 9 mois, formation à Ouallam de 2 membres pendant 2 mois ½, formation à Ouidah d'un membre pendant un mois). Ce fait explique la non réalisation de certaines activités de routine.

Les préparatifs de construction l'HD sont en cours, mais il y a une ambiguïté entre

- les résultats de la consultance
- les préparatifs du plan directeur tel que prévu à ce jour.

Une décision du niveau central est attendue afin de pouvoir faire avancer ce dossier dans de bonnes conditions.

10.2.3 Bilan des finances

10.2.3.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

Les dépenses représentent à peine 30% des prévisions de l'année 2007 (cf tableau ci-dessous) avec des grandes disparités selon les résultats (17% pour l'appui au DS I, 71,8% pour l'appui au DS III, 68,8% pour l'appui à la DRSP)

Tableau des dépenses 2007 par rapport au planning financier 2007 (en F CFA)

Résultats	Prévisions 2007 (basé sur les PAAs 2007 et le reliquat accordé 2006 non exécuté)	Réalisations (selon le FIT clôturé pour 2007)	% de réalisation physique	% de réalisation physique exclus construction HD
R1 : Appui DRSP	34 655 460	23 766 299	68,8 %	68,8%
R2 : Appui DS III	130 000 000	93 453 326	71,8%	71,8%
R3 : Appui DS I	491 927 480 dont 400 000 000 pour HD	71 698 330	17%	78%
TOTAL	656 582 940	188 918 456	28,8 %	73,6 %

Les dépenses depuis le début du PAPDS sont de 34,9% alors qu'il ne reste qu'une année 1/3 sur les 4 années du PAPDS (cf tableau ci-dessous)

Tableau des dépenses du SP depuis le début du PAPDS par rapport au planning financier du PAPDS (en F CFA)

Résultats	Prévisions selon le DTF	Réalisations (selon le FIT clôturé pour 2007)	% de réalisation physique	% de réalisation physique exclus construction HD
R1 : Appui DRSP	38 589 950	55 107 715	142,8 %	142,8 %
R2 : Appui DS III	268 063 388	159 845 032	59,6%	59,6%
R3 : Appui DS I	621 001 051 dont 426 000 000 pour HD	109 242 875	17,6%	55,8%
TOTAL	927 654 389	324 195 622	34,9 %	64,6%

10.2.3.2 Analyse du planning financier

La principale raison des faibles dépenses en 2007 comme sur l'ensemble des dépenses depuis le début du PAPDS est due à la non réalisation de la construction de l'HD au résultat 3 (appui au DS I) dont le montant prévisionnel est de 426 millions. Si l'on retire ce montant:

- Pour 2007, le taux de réalisation financière du DS I serait de 78% (au lieu de 17%) et celui de l'ensemble du SP de 73,6% (au lieu de 28,8%).
- Depuis le début du PAPDS, le taux de réalisation financière du DS I serait de 55,8% (au lieu de 17,6%) et celui de l'ensemble du SP de 64,6% (au lieu de 34,9%)

Les autres raisons de non dépenses sont plus complexes et variées

- retard d'envoi des TDR par les structures bénéficiaires, elles mêmes sollicitées par d'autres activités
- décalage entre une activité planifiée et sa réalisation financière, surtout vrai pour les investissements
- des changements d'approches d'approbation des TDR par la CDC au dernier trimestre 2007 ;

10.2.4 Suivi des indicateurs

10.2.4.1 Objectif spécifique

Les indicateurs de l'Objectif spécifique du PAPDS sont à rédiger globalement pour le PAPDS et non par SP,

Néanmoins pour permettre de calculer le 1^o indicateur (Nombre de membres formés à Ouallam), il y a eu à ce jour 3 personnes formées à Ouallam pour le SP Niamey

- Une personne de la DRSP actuellement affectée au Centre de Formation de Ouallam
- Deux personnes du DS I fin 2007, retournées dans leur DS
- Zéro personne du DS III

Pour permettre de calculer le 2^o indicateur (nombre de DS avec médecins en CCD), sur le seul HD des 2 DS du SP Niamey, l'HD a un médecin en CCD depuis début 2007.

10.2.4.2 Indicateurs de Résultats

Il avait été décidé à la 2^o SMCL que le PAPDS devait suivre les indicateurs de Suivi Evaluation du PDS. Ci-dessous sont présentés les indicateurs obtenus pour la région de Niamey en 2006 et 2007 et leur progression, tels que présentés par la région au Comité National Technique de la Santé en février 08.

Région Niamey

Indicateurs	2006	2007	Progression
1. Pourcentage des centres de santé menant des activités foraines	0%	25,71%	+ 25,71%
2. Pourcentage d'hôpitaux de district pratiquant les soins obstétricaux d'urgence complets	0%	100%	+ 100%
3. Couverture en structures SONUB	0%	28,57%	+28,57%
4. Couverture en structures SONUC	0%	100%	100%
5. Pourcentage de cases de santé fonctionnelles	66,66%	83,83%	+ 16,66 %
6. Proportion du budget de la santé alloué à la région et ses DS			
7. Taux d'exécution des budgets au niveau régional	43,7%	29,95%	- 13,80%
8. Pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes (CSI, HD, CHR)	94,87 %	97,56%	+ 2,7 %
9. Pourcentage de professionnels (fonctionnaires et contractuels) par rapport aux besoins identifiés par la gestion prévisionnelle du personnel	86,36%	-	-
10. Pourcentage de DS qui disposent d'un atelier polyvalent fonctionnel	0%	100% * (OPM présent)	+ 100%
11. Proportion des centres de santé et des	25,64%	31,70%	+6 %

Indicateurs	2006	2007	Progression
hôpitaux disposant d'un incinérateur fonctionnel et utilisé pour bien gérer les déchets médicaux			
12. Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI,	0,05%	0%	-
HD	0%	0%	-
CHR	0 %	9,58%	+9,58%
13. Pourcentage des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge	44,05%	58,72%	+14,67%
14. Taux de réalisation des ECD par la DSRP	100%	50%	- 50%
15. Taux de réalisation des activités du plan d'action de la DRSP	49%	52%	+3%
16. Taux de réalisation des réunions de coordination	100%	100%	-
17. Pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel	35,71%	33,33%	-2 ,28%
18. Pourcentage de comités de santé fonctionnels	21,42%	44,44%	+23 %
19. Pourcentage de structures sanitaires gérées selon l'approche basée sur la performance	100%	100%	
20. Pourcentage de population ayant accès aux centres de santé offrant le PMA 0-5 km	64,73%	64,73%	0%
21. Taux d'utilisation des soins curatifs	22,23%	29,97%	+ 7,74%
22. Taux de couverture CPN	68,76%	72,89%	+ 4,13%
23. Taux de couverture CPON	10,28%	14,02%	+ 3,06%
24. Taux de prévalence contraceptive	12,47%	19,12%	+ 6,35%
25. Taux d'admission dans les hôpitaux	1,05%	1,11%	+ 0,06%
26. Taux de césarienne	0,42%	1,33%	+ 0,89%
27. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	50,47%	64,28%	+ 10,69%
28. Taux de couverture DTC3	78,90%	85%	+ 6,1%
29. Taux de couverture VAR	70,12%	75%	+ 4,88 %
30. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un traitement intermittent contre le paludisme	71,58%	96,19%	+15 %
31. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu du fer	68,42%	95,68%	+27
32. Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire simple ou imprégnée	enquête	Enquête	
33. Taux de prévalence du VIH/SIDA	enquête	Enquête	
34. Taux de mortalité maternelle	enquête	Enquête	

Indicateurs	2006	2007	Progression
35. Taux de mortalité infanto-juvénile	enquête	Enquête	
36. Pourcentage des utilisateurs des services satisfaits par rapport aux prestations	enquête	Enquête	
37. Taux de guérison des tuberculeux BK+	57,21%	52,09%	- 5,12 %
38. Taux de déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA)	70,16%	53,38%	+ 16,42%
39. Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	0,05%	0,21%	- 0,16 %
40. Taux de mortalité périnatale intra hospitalière	1,23%	3,39%	- 2,16 %
41. Taux de récupération des MPE	58,34 %	36,16%	+ 22,18%
42. Pourcentage des enfants dont le poids de naissance est < à 2,5 kg	10,44%	11,17%	+0,73 %

Nous attirons l'attention que pour une demande d'harmonisation avec le SP Dosso, nous ne présentons que les indicateurs de la région de Niamey. Mais le PAPDS SP Niamey n'appuie que les Districts I et III, et non le District II et le Centre Hospitalier Régional. Les indicateurs de la région sont donc à prendre avec les considérations liés à ce fait. Les données des indicateurs des districts I et III 2006 et 2007 se trouvent en annexe.

Indicateurs du Suivi-Evaluation 2006-2007 des DS III et I

Ci-dessous sont présentés les indicateurs de suivi-évaluation du PDS 2006 et 2007, tels que présentés par chaque district à la région

District Sanitaire III

Indicateurs	2006	2007
1. Pourcentage des centres de santé menant des activités foraines	0%	100%
2. Couverture en structures SONUB	0%	100%
3. Couverture en structures SONUC	0%	100%
4. Pourcentage de cases de santé fonctionnelles	67%	67%
5. Taux d'exécution des budgets au niveau district	56%	31,88%
6. Pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes (CSI, HD,)	71%	85,71%
7. Pourcentage de professionnels (fonctionnaires et contractuels) par rapport aux besoins identifiés par la gestion prévisionnelle du personnel	23%	100%
8. Proportion des centres de santé et des hôpitaux disposant d'un incinérateur fonctionnel et utilisé pour bien gérer les déchets médicaux	28%	28,57%
9. Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI, HD	0%	0%
10. Taux de réalisation des activités foraines avec paquet d'activités	0 %	25%
11. Pourcentage des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge	96%	112%
12. Taux de réalisation des supervisions (CSI par ECD)	75%	50%
13. Taux de réalisation des activités du plan d'action	75%	55%
14. Taux de réalisation des réunions de coordination	100%	50%
15. Pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un microplan annuel	0%	0%
16. Pourcentage de comités de santé fonctionnels	13%	11%
17. Pourcentage de structures sanitaires gérées selon l'approche basée sur la performance	0%	0%
18. Pourcentage de population ayant accès aux centres de santé offrant le PMA 0-5 km	89%	94%
19. Taux d'utilisation des soins curatifs	14,3%	24,81%
20. Taux de couverture CPN	62,68%	100,85%
21. Taux de couverture CPON	14%	22,52%
22. Taux de prévalence contraceptive	19,31%	20,25%
23. Taux d'admission dans les hôpitaux	3,19%	1,86 %
24. Taux de césarienne	0%	1,08%
25. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	45,59%	81,71%
26. Taux de couverture DTC3	81,12%	134,66%

Indicateurs	2006	2007
27. Taux de couverture VAR	81,97%	126,32%
28. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un traitement intermittent contre le paludisme	15,57%	97,10%
29. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu du fer	90,5%	100%
30. Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire simple ou imprégnée	enquête	Enquête
31. Taux de prévalence du VIH/SIDA	enquête	Enquête
32. Taux de mortalité maternelle	enquête	Enquête
33. Taux de mortalité infanto-juvénile	enquête	Enquête
34. Pourcentage des utilisateurs des services satisfaits par rapport aux prestations	enquête	Enquête
35. Taux de guérison des tuberculeux BK+	56,52%	47,83%
36. Taux de déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA)	100%	51,31%
37. Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	0%	0,08%
38. Taux de mortalité périnatale intra hospitalière	3,31%	0,39%
39. Taux de récupération des MPE	36,98%	42,13%
40. Pourcentage des enfants dont le poids de naissance est < à 2,5 kg	11,5%	14,33%

Le DS III a utilisé les proportions des groupes cibles de INS/SNIS, ce qui explique des taux supérieurs à 100% et probablement les augmentations très importantes de taux d'accouchement (cf explication point 5.3.)

District Sanitaire I

Indicateurs	2006	2007
1. Pourcentage des centres de santé menant des activités foraines	0%	20%
2. Couverture en structures SONUB	0%	100%
3. Couverture en structures SONUC	NA	NA
4. Pourcentage de cases de santé fonctionnelles	100%	100%
5. Proportion du budget de la santé alloué à la région et ses DS	27%	NA
6. Taux d'exécution des budgets au niveau district	98%	99,6%
7. Pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes (CSI)	100%	100%
8. Pourcentage de professionnels (fonctionnaires et contractuels) par rapport aux besoins identifiés par la gestion prévisionnelle du personnel	NA	NA
9. Proportion des centres de santé et des hôpitaux disposant d'un incinérateur fonctionnel et utilisé pour bien gérer les déchets médicaux	33%	40%
10. Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI	0%	0%
11. Taux de réalisation des activités foraines	0%	25%
12. Pourcentage des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge	88%	51%
13. Taux de réalisation des supervisions (CSI par ECD)	50%	62%
14. Taux de réalisation des activités du plan d'action	45%	67%
15. Taux de réalisation des réunions de coordination	50%	75%
16. Pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel	0%	0%
17. Pourcentage de comités de santé fonctionnels	0%	6%
18. Pourcentage de structures sanitaires gérées selon l'approche basée sur la performance	0%	0%
19. Pourcentage de population ayant accès aux centres de santé offrant le PMA 0-5 km	50%	39%
20. Taux d'utilisation des soins curatifs	21%	26,39%
21. Taux de couverture CPN	70%	75,21 %
22. Taux de couverture CPON	20%	24 %
23. Taux de prévalence contraceptive	14,36%	19,43%
24. Taux d'admission dans les hôpitaux	NA	NA
25. Taux de césarienne	NA	NA
26. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	46%	49%
27. Taux de couverture DTC3	81%	81%
28. Taux de couverture VAR	74%	73%
29. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un	93%	90%

Indicateurs	2006	2007
traitement intermittent contre le paludisme		
30. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu du fer	90%	91%
31. Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire simple ou imprégnée	enquête	Enquête
32. Taux de prévalence du VIH/SIDA	enquête	Enquête
33. Taux de mortalité maternelle	enquête	Enquête
34. Taux de mortalité infanto-juvénile	enquête	Enquête
35. Pourcentage des utilisateurs des services satisfaits par rapport aux prestations	enquête	Enquête
36. Taux de guérison des tuberculeux BK+	52%	53%
37. Taux de déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA)	NA	NA
38. Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	0%	0%
39. Taux de mortalité périnatale intra hospitalière	2,19%	2,18%
40. Taux de récupération des MPE	35%	32,17%
41. Pourcentage des enfants dont le poids de naissance est < à 2,5 kg	11%	18%

Le DS 1 a utilisé pour les taux de couverture vaccinale (enfants de 0-11 mois) la population DI 2007 et sa proportion PEV de 4,25%, et non la population et les proportions INS/SNIS

Données du bloc opératoire et des urgences chirurgicales de l'hôpital du district III
(2000-2007)

Types de pathologies opérées à HD GAWEYE – DS III par année

Actes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hernie Inguinale	59	121	196	249	206	221	162	175
Hernie Ombilicale	2	5	13	19	15		11	44
Hernie Ligne blanche	3	6	10	18	16		30	17
CPV (canal périnéo-vaginal)		14	20	18	8			29
Hydrocèle	21	14	17	63	70	50	37	44
sclérothérapie		31	53	3				
gangrène scrotale	2			2				
lithiase vésicale	3	6	15	11	20	17	7	11
circoncision	5	5	14	11	19	21	16	105
cryptorchidie	1	1	1	3				
orchidectomie			1	2	2		4	6
Elephantiasis			2					
Kyste cordon		5	1	4	5			2
varicocèle	1	1						
autres urologie						9		
éventration	1	5	5	3	8		2	1
fistule pariétale	1							
verrues	3	4		3				
tumeurs diverses	16	26	59	42	57	58	44	39
lipome	4	9	1	10	11		12	
kyste synovial	1							
chéloïde	2							6
plaie	1	2		3	7			
frein langue		3		2				
abcès		2	3	14	18	46	35	17
amputation		2	3	3	3		3	6
rétraction post brulures		1	1	3			7	5
fistule anale	6	3	8	6	5		5	9
hémorroïdes	1	1	2	1				
greffe peau			1		1			
?? C.T.	1			2	1		2	1
bec lièvre								
ongle incarné							1	
brulure	1							
mycétome	2							
ostéite	7	4	6		4			3
#		1	2					
tendon		1						
divers non uro						34		
Appendicectomie			2	1		4	2	4
exploration abdominale		2		1	2			2
abcès psoas				1				
résection grêle				1			3	2
subocclusion/adhérence				1				
abcès sus péritonéal				1				
splénectomie				1				
péritonite/perf grêle					1		3	

double volvulus					1			
épiploon en voie d'abcès				1				
cholécystectomie				1				
péritonite typhique						1		2
autres laparotomies						4		1
hystérectomies	4	3	12	17	7	12	4	5
myomectomies	2	4	7	2	5	6	1	8
tumeur/kystes ovariens	5	4	9	3	9	11	3	3
cystocèle	1	2	2					1
réparation périnée	2	6	5	1	1			
tumeur/nodule sein	7	15	12	17	19	10	9	24
Salpingite	1			1			1	1
ligatures trompes:/plastie tubaire		1						4
prolapsus		3	9		1			
FVV		1	4		3			
exploration vaginale/ curetage		2						7
exploration anale		1						
mammectomie			6	2	1		3	2
GEU						1	1	1
césarienne			1	1				42
TOTAL	166	317	503	548	526	505	408	629

Types d'anesthésie au bloc opératoire de HD Gaweye – DS III par année

Types Anesth.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anesthésie .Locale	58	173	184	98	78	115	70	126
Rachi anesthésie	85	127	172	304	295	243	197	248
Anesthésie Générale	8	20	81	103	123	146	131	243
TOTAL	151	320	437	505	496	504	398	617

Types d'urgences chirurgicales à HD Gaweye depuis 2005

URGENCES en 2005	3 Urgences viscérales	Appendicite Péritonite sur perforation typhique hernie inguino scrotale étranglée
URGENCES en 2006	8 Urgences viscérales	1 occlusion (hernie et grêle) 3 appendicectomies 4 hernies étranglées (2 inguinales (1 inguinale avec résection) (1 ombilicale avec résection)
URGENCES en 2007	9 Urgences viscérales	4 appendicites 2 invaginations iléo-caecales 2 perforations typhiques 1 perforation pylorique
	50 urgences obstétriques	42 césariennes 1 GEU 7 curetages

Types d'urgences chirurgicales ambulatoires à HD Gaweye depuis 2006

Sce Urgence chir porte	2006	2007
AVP	129	144
Bagarre	96	61
Domestique	86	172
Rétention Urinaire	8	16
Abcès	24	45
Morsure Piqure	19	27
Brulure	2	0
Epistaxis		2
Trauma Oculaire		7
TOTAL	364	474

Des 364 urgences en 2006, 18 transferts à HNN (5%) pour

Fractures	3
Trauma crâniens	5
Trauma oculaires	2
???	2
Morsure enfant anémié	1
Plaie vaginale	1
Corps étranger bras	1
Corps étranger oreille	1
Corps étranger gorge	1
Epistaxis	1

Référence à HNN en 2007 (exhaustif ?)

Fractures	7
Tendons	1
Lux clavicule + Fr crane	1
Trauma oculaire	1
Morsure serpent	1
trauma face	1
Hématémèse	1
Dégradation état général	1
Hernie étranglée et Mauvais EG	1
Ascite suite opération hernie ombilicale	1

10.2.4.3 Évolution des indicateurs (graphique)

Lors des présentations, 10 indicateurs clés parmi ceux ci-dessus ont été sélectionnés par le MSP. Aussi il semble cohérent de suivre et d'analyser plus précisément ces 10 indicateurs clés, auquel nous rajoutons celui lié à la chirurgie à l'HD du DS III.

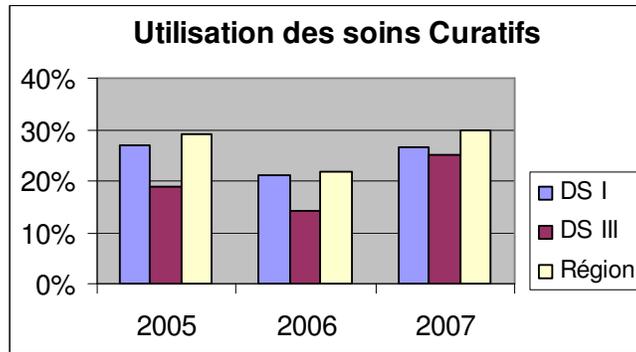
Les indicateurs clés du MSP montrent une amélioration par rapport à 2006 qui avait été caractérisée par une baisse par rapport à 2005. Deux éléments sont à prendre en compte pour l'analyse de l'évolution de ces indicateurs.

- La base du chiffre de la population (dénominateur) et les proportions des populations cibles ont changé chaque année. Bien qu'il soit toujours extrapolé à partir du dernier recensement de la population de 2001, les chiffres fournis par l'Institut National des Statistiques (INS) changent. Aussi fin 2007 le SNIS a communiqué à toutes les régions un chiffre de base de la population de Niamey et de chaque DS pour 2007 « Données démographiques 2007, réactualisation INS) Ces chiffres sont inférieurs à ceux donnés pour la population de 2006. Par ailleurs la proportion d'enfants 0-11 mois et de femmes enceintes varie selon les districts selon cette dernière source INS/SNIS. Il est de 3,5% pour la région de Niamey, à comparer au taux de 4,9% pour l'ensemble du pays. Si l'on utilise ce taux de 3,5% pour les taux de couverture vaccinale, le taux de couverture devient supérieur à 100%. Aussi la région et certains districts ont utilisé le chiffre de base de la population fourni par INS/SNIS 2007 mais avec la proportion PEV 2007 pour les enfants de 0-11 mois (taux de 4,52%)
- La "gratuité" depuis juillet 07 pour certaines populations cibles (soins curatifs aux 0-5 ans, CPN, césarienne, PF) a entraîné une augmentation de la fréquentation réellement constatée en termes de consultants dans les centres. En même temps, le mode de tarification pour les plus de 5ans a changé, passant d'un système « éclaté » (paiement de chaque acte et des médicaments séparément) à un système de paiement forfaitaire (paiement unique tout inclus)

Ces 2 éléments sont une cause de la meilleure performance des indicateurs. Laquelle des 2 est la plus responsable de cette amélioration ? Il semble difficile de le dire. Si la base de la population ne change plus, nous pourrions alors vraiment analyser 2008 en le comparant à 2007.

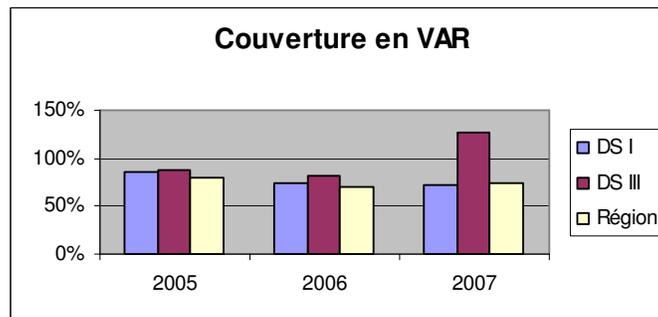
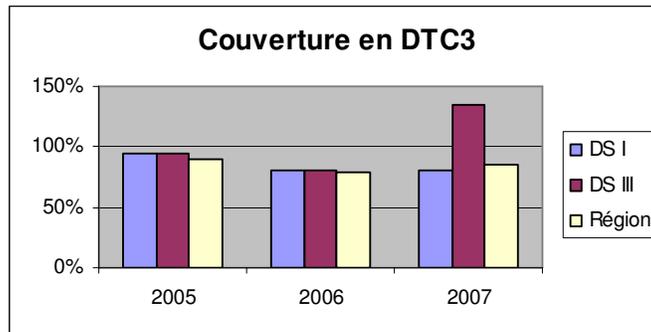
Le taux d'utilisation des soins curatifs a nettement progressé par rapport à 2006. Les causes potentielles sont :

- i. changement de base du chiffre de population
- ii. gratuité pour tous les soins aux enfants 0-5 ans depuis juillet 07 au DS 3 et août 07 dans les 2 autres DS
- iii. d'autres facteurs ?



Les couvertures vaccinales DTC 3 et VAR ont nettement progressé pour atteindre presque les 100%.

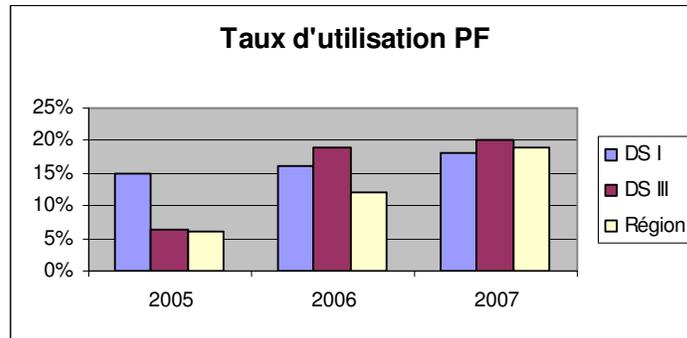
Vu que la vaccination a toujours été gratuite, on peut penser que le changement de base de la population et des différentes proportions de groupes cibles ainsi que les efforts de renforcement du PEV expliquent cette augmentation.



Le taux d'utilisation de la Planification Familiale (PF) a progressé en 2007. Les causes potentielles sont :

- iv. changement de base du chiffre de population et de la proportion de femmes en âge de procréer
- v. gratuité pour toutes les consultations de PF depuis juillet 07 au DS 3 et août 07 dans les 2 autres DS
- vi. d'autres facteurs ?

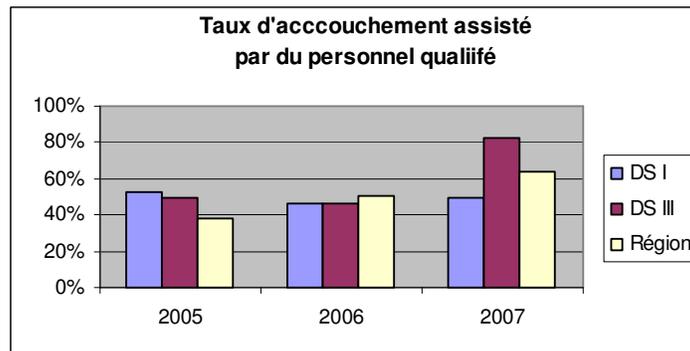
et ceci, malgré les ruptures de stock du contraceptif injectable assez fréquentes au niveau des formations sanitaires ;



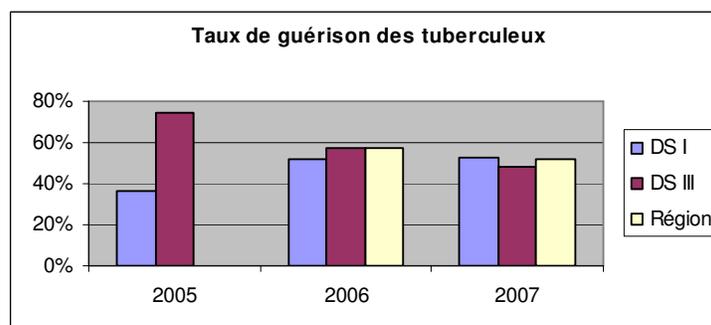
Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est en progression. Vu que l'accouchement est toujours payant et que le tarif n'a pas changé, les causes de cette augmentation potentielles sont

- * le changement de base du chiffre de population et de la proportion de femmes enceintes
- * des meilleures conditions d'accueil,
- * une meilleure sensibilisation de procréer

Mais à noter que beaucoup d'accouchements ont aussi lieu à la Maternité centrale qui n'envoie pas ses données à la région. L'enquête EDSN 2006 avait trouvé un taux d'accouchement par un personnel qualifié de 70 % pour la région de Niamey, ce taux est sûrement plus proche de la réalité que celui fourni par la région sanitaire.



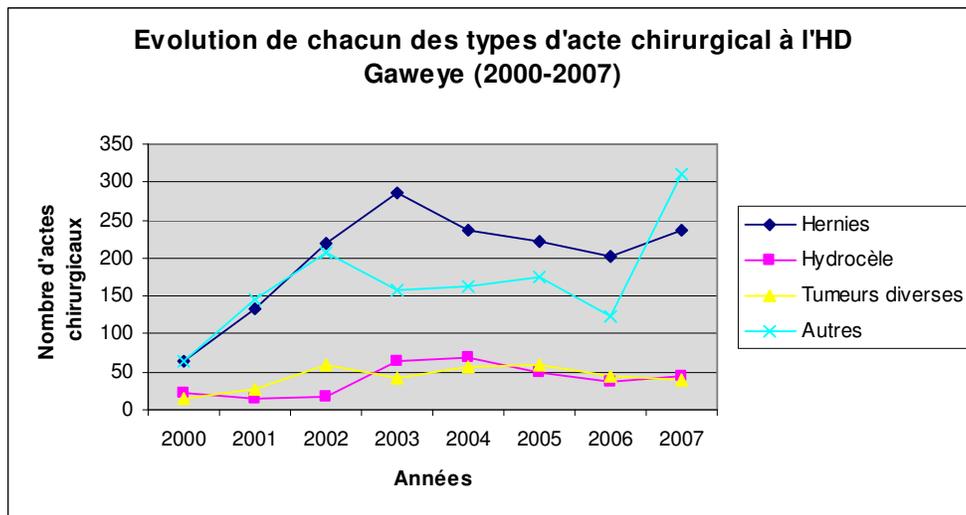
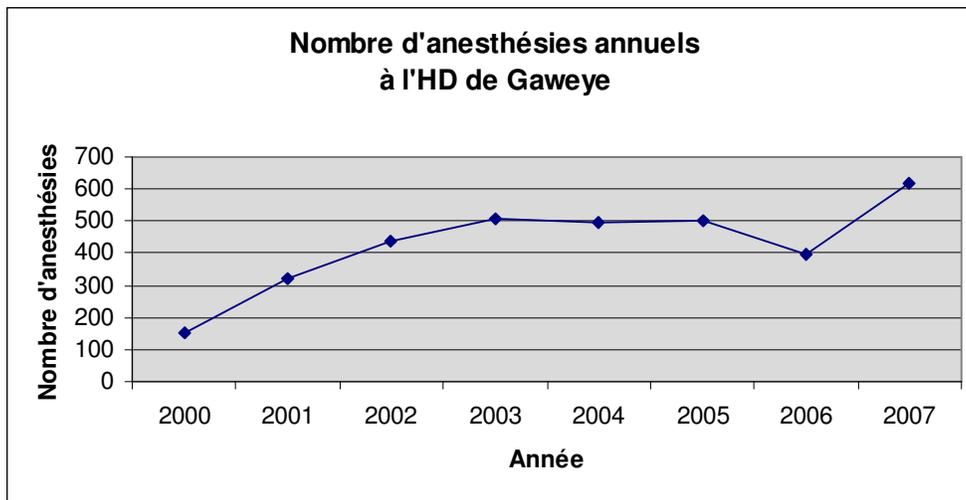
Le taux de guérison des tuberculeux est bas et ne semble pas s'améliorer. Ce taux est souvent utilisé pour refléter la qualité d'un service. Dans le cas de Niamey, si on veut l'utiliser dans ce but, il faut prendre beaucoup de précautions. En effet il faut avoir à l'esprit la non décentralisation du dépistage des tuberculeux dans les CSI. Aussi un malade dépisté dans la structure nationale (CNAT) aura plus de difficulté à accepter de suivre le traitement jusqu'au bout dans un autre centre et va souvent au CNAT à la fin de son traitement.

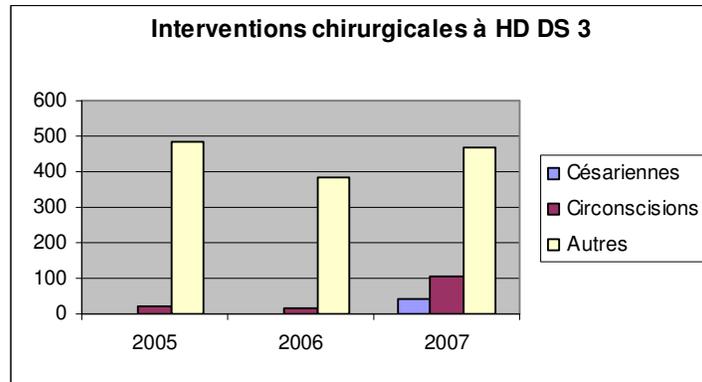


Le nombre d'interventions chirurgicales a nettement progressé en 2007 (augmentation de 20% par rapport aux « meilleures » années (200 » à 2005).

Les raisons principales sont :

- L'effet « gratuité des 0-5ans » et le passage du système de paiement à l'acte + médicaments au système forfaitaire depuis juillet 2007: ces 2 raisons sont importantes puisqu'on a enregistré 105 circoncisions au lieu de 16 l'an dernier, 44 hernies ombilicales au lieu de 11 en 2006. la circoncision n'a été pratiquée que chez des enfants 0-5 ans ainsi que la majorité des hernies ombilicales. (Voir détails en annexe)
- Le démarrage de la prise en charge des urgences gynéco obstétricales depuis avril-mai 07 avec entre autre la réalisation de 42 césariennes sur l'année contre 0 en 2006
- La présence d'un gynécologue et d'un médecin CCD (formé en capacité de chirurgie) depuis le 2° trimestre 2007, en plus de l'équipe habituelle dont l'AT PAPDS chirurgienne





Ainsi **le taux de césarienne** est passé de

- 0% en 2006 à 1,08% en 2007 pour la population du DS 3 (données de HD)
- 0,42% en 2006 à 1,33% en 2007 pour la population de Niamey (données HD +CHR).

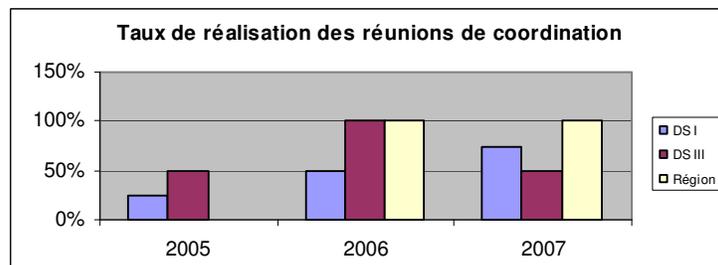
Au niveau régional on s'approche du taux attendu national de 1,8% pour 2007 (cf guide de suivi évaluation du PDS).

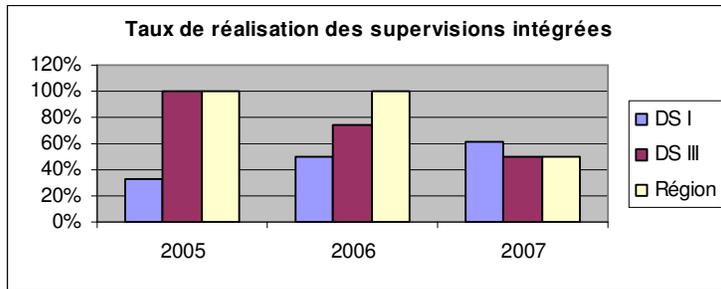
Si on rajoute les césariennes effectuées à la maternité centrale (sans distinction de provenance), le taux de césarienne est de 7 % pour la région de Niamey (données SNIS au CNTS février 08)

Le taux de réalisation des réunions de coordination et celui des supervisions intégrées

Les 2 réunions annuelles de coordination régionale ont toujours eu lieu. Par contre les 4 réunions de coordination par district sont rarement réalisées quelque soit l'année considérée.

De même pour les supervisions intégrées, la région n'a réalisé qu'une supervision sur les 2 prévus en 2007, et les districts ont effectué environ la moitié à 2/3 des supervisions prévues. Il ne faut pas oublier qu'il y a les autres supervisions spécifiques plus ou moins régulières (PEV, Tuberculose, PTME, SIMR).





10.2.5 Appréciation des critères de suivi

10.2.5.1 Efficience

Par rapport aux moyens réellement mobilisés, les actions ont été assez efficaces sur l'année 2007.

Néanmoins il y a un retard par rapport à la prévision annuelle. Les raisons sont une combinaison de plusieurs facteurs :

- Le manque de direction complète au sein de la CGC pendant une grande partie de l'année qui a eu des répercussions sur les appels d'offre mais aussi sur le suivi et le renforcement des capacités gestionnaires des structures bénéficiaires
- Les changements de leader au niveau des 2 équipes cadres de district, leur composition incomplète durant toute l'année,
- Les difficultés persistantes par les structures bénéficiaires de présenter des requêtes de financement à temps et d'emblée correctes.

Les activités d'investissement nécessiteront plus de temps que prévu, l'appropriation de la conception de district « modèle » ou de « formation » mettra plus de temps que prévu tant au niveau périphérique qu'au niveau intermédiaire et central du MSP.

10.2.5.2 Efficacité

Les indicateurs de suivi sont le résultat de plusieurs facteurs, non seulement du programme mais aussi des autres programmes de la santé et de tout l'environnement en général. Le fait de suivre les indicateurs de suivi du PDS au lieu de ne suivre que les indicateurs du DTF permettra une comparaison dans le temps et est tout à fait cohérent.

La mise en place de la gratuité pour certains groupes cibles, « gratuité » décidée par le MSP a eu des effets positifs sur les taux d'utilisation des services, le programme a su s'adapter et promouvoir cette nouvelle directive du MSP.

Les bénéficiaires directs du programme (les 3 structures du MSP appuyées) ont accès aux résultats directs du projet, comme leurs propres plans de développement, leurs plans d'action mais aussi les missions de suivi de l'IMT, la consultation spécifique sur le système hospitalier à Niamey, les thèses des étudiants appuyés par le projet.

L'exécution répond aux besoins

- des bénéficiaires directs puisque le sous programme appuie leurs plans d'action

- des bénéficiaires finaux indirectement ou directement selon les activités (construction d'un CSI, interventions chirurgicales, matériel technique....). Elle couvre l'ensemble de la population de Niamey qui fréquente ces structures de santé.

10.2.5.3 Durabilité

Les 3 structures bénéficiaires du programme participent de manière active

- aux prises de décisions
- au planning de leurs activités
- à la mise en œuvre du projet
- à la gestion des ressources humaines, matérielles
- à la gestion des ressources financières pour les montants qui lui sont transférés. Pour les dépenses d'investissement, c'est le niveau central du MSP qui est concerné.

Le programme et en particulier le SP est intégré dans le MSP, et toutes les activités sont planifiées dans le plan d'action de ces 3 structures.

Globalement on peut dire que ce programme et en particulier le SP de Niamey s'inscrit dans la durabilité au sens de capacité par le partenaire à préserver et reproduire les bénéfices de l'intervention. L'appui au DS 3 a certes démarré il y a environ 10 ans, mais celui à la région et au DS I a commencé en 2005. Le renforcement des capacités des équipes de région et de district ne peut se concevoir en quelques années et devra durer encore plusieurs années.

De plus le projet n'est pas qu'un appui technique mais également financier, et cette partie doit être également prise en compte. L'appui financier concerne les 2 aspects traditionnels de l'appui financier : celui de l'investissement et celui du fonctionnement. A ce jour il n'est pas prévu que l'état prenne en charge les dépenses de fonctionnement actuellement supportées par le programme. Or sans cet appui au fonctionnement de ces structures, les acquis disparaîtront très vite.

10.2.6 Mesures et recommandations

10.2.6.1 Synthèse des critères d'appréciation

10.2.6.2 Recommandations

Certaines recommandations du SP Dosso s'appliquent aussi à Niamey → renforcement/organisation de la DRSP, appui gestionnaire de la CDC, suivi des requêtes de financement, suivi IMT

Ci-dessous sont décrites les recommandations spécifiques au SP Niamey.

- Décider si le DS 3 doit se développer comme DS modèle /de formation ? Si oui pour quelle (s) catégorie(s) de personnel stagiaire?
 - o Si c'est pour la formation en CCD et en TSCGO : affecter un chirurgien DES en remplacement de l'AT chirurgienne dont le contrat s'arrête début avril 2008, ou prolonger son contrat jusqu'à l'arrivée d'un chirurgien DES.
 - o Si c'est pour la formation en management de district et/ou de tous les stagiaires des écoles d'infirmiers et des étudiants en médecine → se donner les moyens humains pour sa réalisation
- Prendre une décision sur la conduite à tenir pour la suite de la « construction de l'HD »
 - o Par rapport au plan directeur que le cabinet d'architecte va préparer : selon le programme architectural initialement proposé (74 lits dont 60 hospitalisation) ou selon les recommandations de la consultance IMT (100 lits d'hospitalisation avec une vision de 200 lits)
 - o Par rapport à sa construction et fonctionnement ensuite.

- Mettre en place un cadre de concertation entre les structures nationales et la DRSP Niamey (contre référence, données statistiques de la population de Niamey fréquentant les structures nationales, formation continue des agents)
- Revoir les critères de sélection des stagiaires pour Ouallam de façon à permettre aux ECD de Niamey d'être formées conformément à leurs plans d'action et au DTF.

10.2.7 Nouveau planning 2008

10.2.7.1 Le planning des activités

Le planning des activités par mois de 2008 se retrouve dans le tableau ci-dessous.

10.2.7.2 Le planning financier par mois

Le planning financier par mois de 2008 se retrouve dans le tableau ci dessous.

Code Budget	janv-08	févr-08	mars-08	avr-08	mai-08	juin-08	juil-08	août-08	sept-08	oct-08	
	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA					
Sous programme 2	39.692.296	19.858.696	21.393.746	15.894.856	10.396.156	3.555.736	5.710.556	5.515.156	28.170.496	5.289.156	
Les capacités d'appui de la DRSP de Niamey aux districts sont renforcées	A_06	3.647.526	6.451.166	555.526	3.240.526	1.998.026	1.090.526	951.266	555.526	1.905.526	1.890.000
Elaborer et mettre en œuvre progressivement un plan de couverture sanitaire au niveau de la CU de Niamey	A_06_01	992.000	4.569.900	0	550.000	0	0	50.000	0	0	550.000
Appui à la planification (PDSD & PAA régionaux)	R1/A1/1	360.000									
Appui à revue annuelle PAA 2007 et élaboration PAA 2008	1/2		1.977.900								
Mise à jour de la carte sanitaire de la C.U. de Niamey (impression des cartes)	2/1		1.041.000								
Réunions de concertation pour établir un plan de référence – contre référence et des priorités d'implantations nouvelles inclus Réunions du comité de concertation entre DRSP , FSP et ONG/ASS	2/2		1.551.000		500.000						500.000
Appui au développement progressif du DS de la Commune I	2/3										
Formation du secrétaire en secrétariat de Direction à ENA	2/4	582.000									
Organisation de réunions périodiques de PTF	2/5	50.000			50.000			50.000			50.000

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Renforcer les capacités d'appui aux DS	A_06_02	2.655.526	1.881.266	555.526	2.690.526	1.998.026	1.090.526	901.266	555.526	1.905.526	1.340.000
Réunions de Cogepi régional effectives	1/8				160.000						160.000
Recensement physique du personnel	1/10		480.000								
Formation de 6 fomateurs régionaux en SONU	1/11	1.500.000									
Appui système SNIS régional en intégrant les données des structures nationales (formation, suivi ...)	1/12	600.000					600.000				
Appui à 2 supervisions intégrées des ECD et des CHR/HC	2/2/1				1.350.000					1.350.000	
Amélioration du guide de supervision local	2/2/3		500.000								
Organisation des réunions semestrielles de coordination au niveau de la DRSP	2/3					1.442.500					
Evaluer le système de Référence Contre Référence	2/5				625.000						625.000
Encadrement de proximité du DS III (DS modèle)	2/6	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000		65.000	65.000	65.000	65.000
Assurer le suivi et l'évaluation du RC	2/7		345.740					345.740			
Prime de responsabilité	R1/A2/5	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
Chauffeur	R1/A2/6/1	115.526	115.526	115.526	115.526	115.526	115.526	115.526	115.526	115.526	115.526
Frais de fonctionnement AT (Voiture, divers)	R1/A2/6/2	275.000	275.000	275.000	275.000	275.000	275.000	275.000	275.000	275.000	275.000

Résultat SP2/R2 : Le district sanitaire de la Commune NIAMEY III fonctionne de façon intégrée (Commune V)	A_07	24.339.480	5.953.990	2.879.430	3.679.750	2.616.090	1.136.670	3.905.750	2.906.090	25.436.430	1.881.000
Renforcer les capacités de l'Equipe Cadre de District	A_07_01	7.565.560	100.000	100.000	129.560	100.000	710.480	129.560	100.000	100.000	129.560
Evaluer le PAA actuel et élaborer le PAA suivant	2/3/2						610.480				
Réunions de concertations avec les FS privés (1 fois /trimestre)	2/4	29.560			29.560			29.560			29.560
Equipement en matière de reprographie / informatique	3/2	4.000.000									
Entretien des véhicules, du matériel de bureau et des bâtiments, inclus rétablissements lignes téléphoniques CSI, installation Internet	4/1	3.436.000									
Prime de responsabilité	R2/A1/5	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000

Assurer la formation continue du personnel	A 07 02	202.320	2.084.720	32.320	1.808.320	884.720	32.320	2.632.320	1.174.720	32.320	608.320
Formation de l'ECD en management à Ouallam	R2/A2/1							2.600.000			
Former 4 agents pour 2 CSI en microscopie au CNAT --> matériel BO	3/1/3		1.200.000								
Mener une recherche opérationnelle sur la faible utilisation des services dans les CSI	3/1/4				1.200.000						
Former des instrumentistes pour la chirurgie à l'HNN (3 en 2007, 1 en 2008)	3/1/5								290.000		
Sessions d'apprentissage AQ	3/1/6				576.000						576.000
Réunions trimestrielles de coordination au niveau du district	3/2		620.000			620.000			620.000		
Supervision régulière des CSI (1/trimestre)	3/3/1	170.000	232.400			232.400			232.400		
24 sorties de supervision des cases de santé (Sagua)	3/3/2	32.320	32.320	32.320	32.320	32.320	32.320	32.320	32.320	32.320	32.320
Abonnements, achats de livres et de matériel didactique	R2/A2/4										

Rationaliser le fonctionnement de l'HD et des CSI	A 07 03	3.506.870	1.229.370	1.135.110	1.729.870	1.069.370	381.870	1.131.870	1.069.370	24.675.110	1.131.870
Fournitures pour le bloc chirurgical, radiologie et laboratoire	1/2	750.000		300.000	750.000			750.000			750.000
Prendre en charge les évacuations sanitaires (transport du DS à HNN/MIG ou des CSI à l'HD ou la sortie pour aller chercher le personnel de garde)	1/3	169.333	169.333	169.333	169.333	169.333	169.333	169.333	169.333	169.333	169.333
Doter le service de chirurgie de kits de césariennes ou apporter le complément au remboursement des kits	1/4		687.500			687.500			687.500		
Renouveler l'équipement de la maternité	1/7	2.215.000									
Achat d'une ambulance	R2/A3/3									24.000.000	
Fonds Social pour indigents à l'HD	R2/A3/5	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000
Forum sur l'accueil des malades dans les Formations Sanitaires	R2/A3/6				598.000						
Evaluer le système de référence -contre référence	R2/A3/7			293.240						293.240	
Chauffeur	R2/A3/8/1	132.537	132.537	132.537	132.537	132.537	132.537	132.537	132.537	132.537	132.537
Frais de fonctionnement AT (Voiture, divers)	R2/A3/8/2	160.000	160.000	160.000							

Améliorer la couverture sanitaire des CSI	A_07_04	13.052.730	2.527.900	1.600.000	0	550.000	0	0	550.000	617.000	
Achat de motos pour les CSI (2)	R2/A4/1			1.600.000							
Construction et équipement d'un nouveau CSI (CSI Banga Bana)	2/1	13.052.730									
Réhabiliter le CSI de Kirkissoye pour mettre en place une salle d'accouchement inclus l'équipement	2/3		1.977.900								
Doter les CSI et l'HD en matériel technique	2/4		550.000			550.000			550.000		
Appui aux comités de santé	R2/A4/3									617.000	

Appuyer la mise en place d'un terrain de stage modèle	A_07_05	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000
Encadrement des CSI modèles	R2/A5/3	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000

Le district sanitaire de la Commune Niamey I est rendu progressivement fonctionnel (Communes I et II)	A_08	11.705.290	7.453.540	17.958.790	8.974.580	5.782.040	1.328.540	853.540	2.053.540	828.540	1.517.000
Appuyer la mise en place d'un terrain de stage modèle	A_08_01	9.662.500	2.900.000	8.437.500	825.000	100.000	600.000	825.000	100.000	100.000	825.000
Appui à la planification (PDS & PAA du DS)	1/1						500.000				
Elaborer un plan de redéploiement du personnel	1/4	500.000									
Elaborer les critères de performance	1/5		800.000								
Réhab ou construction de locaux adm pour l'ECD (local PEV début 2007 sur budget acquis en 2006 et construction et équipement salle réunion ECD en 2007)	R3/A1/2	8.337.500		8.337.500							
Equipement en matière de reprographie / informatique	3/2	500.000			500.000			500.000			500.000
Equipemetrn de la pharmacie de district	3/3		2.000.000								
Entretien des véhicules et matériel de bureau	4/1	225.000			225.000			225.000			225.000
Entretien du matériel de bureau, (annulé car cumulé avec ligne ci dessus)	4/3	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
Prime du responsable du sous programme	R3/A1/5										

Rationaliser le fonctionnement de l'HD et des CSI	A_08_02	28.540	3.053.540	728.540	316.810	453.540	728.540	28.540	453.540	728.540	316.810
--	---------	--------	-----------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------

Formation de l'ECD à Ouallam	R3/A2/1		2.600.000								
Réunions trimestrielles de coordination au niveau du district	2/2			700.000			700.000			700.000	
Supervision régulière des CSI (1/trimestre)	2/3/1		425.000			425.000			425.000		
Organiser une rencontre par semestre avec les promoteurs des FSP	2/3/4				288.270						288.270
Superviser mensuellement les cases de santé	2/3/5	28.540	28.540	28.540	28.540	28.540	28.540	28.540	28.540	28.540	28.540
Abonnements, achats de livres et de matériel didactique	R3/A2/3										

Améliorer la couverture sanitaire des CSI	A_08_03	1.864.250	0	5.592.750	7.832.770	3.728.500	0	0	0	0	375.770
Réhabilitation ou construction des premiers bâtiments hospitaliers	1/1	1.864.250		5.592.750	7.457.000	3.728.500					
Evaluer une fois par semestre le système de référence -contre référence	3/3				375.770						375.770
Achat et mise en route d'un service d'ambulances (achat 1 ambulance pour 4 maternités)	R3/A3/4										

Appuyer la mise en place d'un terrain de stage modèle	A_08_04	150.000	1.500.000	3.200.000	0	1.500.000	0	0	1.500.000	0	
Doter les FS actuels publics en matériels techniques selon les normes	1/1	150.000	1.500.000			1.500.000			1.500.000		
Achat de motos pour les CSI (2 motos pour 2 CSI prioritaires)	R3/A4/3			3.200.000							

10.3 Sous-programme 3 (Orthopédie traumatologie)

10.3.1 Aperçu des activités 2007

Sur financement PAPDS

Résultat 1 : L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée

Activités prévues	Réal	E n co ur s	No n Ré a	Commentaires
R1/A1 Doter le département d'un chirurgien	1			3 chirurgiens sont dotés
R1/A2 Fournir le matériel chirurgical complémentaire				Le SP3 est le seul appui en matériel pour le département OT
R1/A2/1 Acheter l'équipement chirurgical	1			
R1/A2/2 Acheter un véhicule			1	Le SP disposait déjà d'un véhicule du projet antérieur
R1/A2/3 Acheter d'autres équipements	1			
R1/A3 Appuyer le fonctionnement du département				
R1/A3/1 Acheter les consommables chirurgicaux	1			
R1/A3/2 Acheter des médicaments	1			
R1/A3/3 Faire fonctionner (bureau, véhicule, communications)	1			
TOTAL ACTIVITES R 1	7		1	

Résultat 2 : La relève de l'AT au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée.

Activités prévues	Réalisée	En cours	Non Réalisée	Commentaires
R2/A1 Former un successeur à l'AT chirurgien		1		
R2/A2 Planifier la relève		1		Il est indispensable que les chirurgiens formés restent à l'HNN
TOTAL ACTIVITES R 1		2		

Résultat 3 : La spécialisation DES de chirurgie est appuyée par le département de chirurgie OT.

Activités prévues	Réalisée	En cours	Non Réalisée	Commentaires
R3/A1 Assurer la formation théorique et pratique des médecins en spécialisation de DES de chirurgie				
R3/A1/1 Assurer la formation théorique des DES		1		Un module écrit OT a été confectionné
R3/A1/2 Assurer la formation pratique des DES		1		
R3/A2 Supporter les bourses à l'intérieur et à l'extérieur				
R3/A2/1 Supporter les bourses internes		1		
R3/A2/2 Supporter les bourses à l'extérieur		1		2 DES sont revenus de Tunisie pour la 4 ^{ème} année à l'étranger
TOTAL ACTIVITES R 3		4		

Résultat 4 : La formation en chirurgie de district est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique.

Activités prévues	Réalisée	En cours	Non Réalisée	Commentaires
R4/A1 Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	1			
R4/A2 Donner des cours aux étudiants en chirurgie de district	1			
R4/A3 Participer à l'encadrement des hôpitaux de district en matière de chirurgie		1		
TOTAL ACTIVITES R 4	2	1		
TOTAL ACTIVITES SP 3	9	7	1	

Activité « hors cahier de charge » :

Enseignement et encadrement des étudiants en médecine :

- Cours théoriques d'orthopédie traumatologie au sein de l'université aux étudiants de 5^{ème} année de médecine
- Encadrement des stages à l'HNN.

10.3.2 Analyse de la planification des activités

Résultat 1 : L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée

Les activités opératoires ont été assurées (voir annexe 01 SP3)

La fourniture de matériel a subi quelque retard à cause des problèmes de dysfonctionnement que le programme a connu. Ces problèmes n'ont été résolus que vers la fin 2007.

Résultat 2 : La relève de l'AT est planifiée.

Cette relève a été prévue en vue d'une *continuation éventuelle sans assistance technique* du financement de l'appui au département d'orthopédie et de traumatologie de l'HNN et au DES de chirurgie par la Belgique. Deux chirurgiens, dans l'équipe actuellement en place, ont été identifiés qui devraient remplacer l'AT.

Résultat 3 : Le DES de chirurgie est appuyé.

La formation a une durée de 5 ans, 4 ans au Niger et 1 an (la 4^{ème} année dans un pays de la sous région, Maroc, Tunisie)

L'appui au DES de chirurgie générale consiste en la mise à disposition de 6 bourses-projet, des cours théoriques et de la formation pratique en OT, avec attention particulière sur l'aspect que les chirurgiens doivent être polyvalents à la sortie (chirurgie viscérale, urologie, obstétrique).

Nombre total de médecins actuellement en spécialisation de chirurgie générale (DES) :

18 DES auront été formés dès janvier 2008

23 DES sont actuellement en formation.

D'ici 4 ans le nombre de chirurgiens aura passé de 6 à 47.

Résultat 4 : La formation en chirurgie de district est appuyée (cours théoriques et pratiques)

Structure	Niveau	Nombre
Dosso	CHR	2
Gaya	HD	2
Doutchie	HD	1
Loga	HD	1
Tera	HD	1
Niamey III	HD urbain	1

Conclusions des supervisions des HD :

- 1) La façon dont les activités chirurgicales des CCD ont débuté semble satisfaisante dans l'ensemble des HD de la région de Dosso et à Niamey.**
- 2) Au vu des activités opératoires réalisées, la formation reçue semble avoir les effets escomptés**
- 3) Quelques observations en matière de durabilité nécessitent tout de même notre attention :**

Respect de la pyramide sanitaire :

Il n'est pas cohérent que le CHR soit moins pourvu de personnel que les HD. Comme il n'est pas logique que le niveau III ne soit pas soutenu par les bailleurs de fonds. Un 2^{ème} chirurgien est indispensable au CHR de Dosso, ainsi que des aides chirurgien.

Principe d'engager des spécialistes cliniciens nationaux :

L'évaluation de ce principe en soi ne ressort pas de l'objectif de la mission. Par contre, il est à conseiller que, lorsque ce principe est appliqué, il faut obligatoirement en engager 2 de la même discipline. Si deux spécialistes sont actifs dans la même structure hospitalière, et qu'on en paie un des deux 5 fois plus que l'autre, il est prévisible que le deuxième, qui est moins payé, quitte son lieu de travail ; c'est ce qui s'est passé aussi bien avec la chirurgie qu'avec la gynéco obstétrique, avec comme résultat 1 seul spécialiste qui est tout le temps de garde, situation qui s'avère intenable pour lui et peu rentable pour la structure hospitalière concernée.

Principe d'assurer les soins chirurgicaux 24H/24H :

Il ne nous semble pas normal que lorsqu'on s'engage envers la population à assurer des soins chirurgicaux constants et urgents, le médecin devant assurer cette continuité, s'absente régulièrement pour des formations ou autres réunions, sans laisser de remplaçant sur place. Le fait que le CCD est en même temps médecin-chef adjoint ne devrait pas mener à de telles situations de vide. Il est important de souligner que cette formation en CCD a été élaborée afin qu'il y ait des soins cliniques de façon continue et qu'on ne doit pas quitter son hôpital si on n'est pas remplacé. Le fait de ne pas suivre ce principe risque de mener au discrédit et à la persistance d'évacuation non pertinente. Si le 3^{ème} niveau, en l'occurrence l'HNN, ne suivait pas ce principe, où irions-nous ?

Le même principe doit également être appliqué à tous les niveaux, même au niveau « manœuvre ». Comment peut-on pratiquer des interventions chirurgicales, si la salle d'opération n'est pas nettoyée, faute de manœuvre ?

Rôle du CHR :

Un des rôles d'un CHR, en l'occurrence le CHR de Dosso, est également la prise en charge des traumatismes. Ceci n'a pas lieu actuellement à cause du manque de personnel (chirurgien, aide-chirurgien), la non fonctionnalité d'une deuxième salle d'opération.

Principe d'allocation de primes :

A l'avenir le principe d'allocation de primes devrait être décidé avec prudence et circonspection. Une fois mis en application, son impact peut se révéler contraire et inattendu. Au lieu d'obtenir une meilleure rentabilité de la part du receveur, les primes risquent notamment de mener pour des raisons d'iniquité à une situation de mécontentement de la part de ceux qui n'en perçoivent pas. Il ne faut également pas perdre de vue qu'octroyer des primes signifie un travail supplémentaire de la part de celui qui l'octroie. Par définition, une « prime » correspond à une rémunération majorée afin d'encourager et d'obtenir une augmentation de l'output en quantité et/ou en qualité, ce qui entraîne obligatoirement une

activité de contrôle de la part de celui qui accorde la prime, en l'occurrence le PAPDS. Elle ne doit pas être considérée comme un salaire majoré automatiquement à chaque fin du mois, comme cela semble être le cas actuellement. Tout ceci sans aborder le problème d'iniquité au niveau national que ce principe entraîne.

Situation géographique des HD :

« L'HD qui fonctionnera le mieux est celui qui ne peut référer ». Le contraire est également vrai. Lorsqu'on sait qu'à 50 ou 100km, un centre fonctionne qui prend toutes les pathologies en charge 24H/24H, on a vite tendance à référer. Delà, une réflexion sur la distribution géographique s'impose. Des HD, comme Birni (Boboye), qui sont situés à une trentaine de kilomètres du CHR de Dosso, doivent-ils disposer d'un bloc opératoire avec tout le personnel, tout le matériel que cela comporte ? Une bonne ambulance s'avèrera nettement moins chère et plus fonctionnelle, l'histoire a déjà confirmé cette affirmation. La discussion pourrait s'élargir sur les HD urbains, dont l'existence n'est pas remise en cause, mais bien le fait d'exiger qu'ils fassent des gardes. Ceci requière beaucoup plus de personnel infirmier, surtout du personnel compétent en soins pré- et postopératoires et qui s'avère tellement rare.

Nous proposerions de d'abord faire fonctionner correctement ce qui existe déjà et qui vient de débiter en matière d'activités chirurgicales ; trop diluer les activités pourrait s'avérer néfaste et insoutenable !

Répartition du personnel :

La mission a été impressionnée par le nombre important de TSARs dans les HD urbains de Niamey, tandis qu'à Ouallam, il n'y en a toujours pas.

Problème des missions sans impact :

La crédibilité des missions est en jeu : le personnel sur place se plaint du fait que les missions précédentes n'aient eu que si peu d'impact.

Technicien RX :

Le rôle du technicien RX n'est pas clair. Ce technicien est prévu dans chaque HD, et le fait qu'il n'y en ait pas, peut paralyser totalement certaines activités, p. ex. le traitement des traumatismes à l'HD de Douthi. D'un autre côté à l'HD « District Urbain Niamey 5 », il y a un technicien RX pour un appareil RX qui ne fonctionne plus depuis 3 ans.

Apprendre à faire des RX de base n'est pas compliqué et peut s'apprendre en quelques jours. Normalement une petite formation en la matière a été prévue dans la formation des CCD.

L'absence de technicien RX ne devrait donc pas empiéter sur le fonctionnement.

10.3.3 Bilan des finances

10.3.3.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

Analyse du planning financier

PAPDS	Code Budget	Budget total CO1	Dépenses 2007	Dépenses Cumul fin 2007	% de réalisation
		F CFA	F CFA	F CFA	F CFA
Sous programme 3		329.185.461	83.223.921	140.855.949	42,79%
L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	A_09	133.644.679	45.917.403	70.330.981	52,63%
Doter le département d'un chirurgien : verser une indemnité au responsable du sous programme	A_09_01	1.967.871	605.002	1.210.005	61,49%
	SP3/R1/A1				

Fournir l'équipement chirurgical complémentaire	A_09_02	59.062.368	15.801.158	26.088.295	44,17%
Achat équipement chirurgical	R1/A2/1				
Achat de véhicule	R1/A2/2				
Achat autre équipement (bureau, informatique)	R1/42/3				

Appuyer le fonctionnement du département	A_09_03	72.614.440	29.511.243	43.032.681	59,26%
Consommables chirurgicaux	R1/A3/1				
Médicaments	R1/A3/2				
Fais de fonctionnement (bureau, véhicule, communications,...)	R1/A3/3				
Imprévus	R1/A3/4				

La relève de l'A.T. au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	A_10	16.136.542	518.396	4.116.852	25,51%
Former un successeur à	A_10_01	0	0	507.606	0,00%

I'AT					

Planifier la relève de l'AT	A_10_02	16.136.542	518.396	3.609.246	22,37%

La spécialisation en DES de chirurgie est appuyée par le département de chirurgie OT	A_11	173.369.435	34.682.119	63.592.971	36,68%
Assurer la formation des médecins en spécialisation (DES de chirurgie)	A_11_01	41.128.504	10.897.971	13.629.481	33,14%
Assurer la formation théorique des médecins en spécialisation (DES de chirurgie)	R3/A1/1				
Achat de matériel didactique	1/1				
Impression et diffusion de documents didactiques	1/2				
Participation à Congrès	1/3				
Imprévus	1/4				
Assurer la formation pratique et l'encadrement des médecins en spécialisation	R3/A1/2				
Indemnités au personnel d'appui	2/1				
Achat de matériel de bureau, didactique,...	2/2				
Achat d'équipement chirurgical d'enseignement	2/3				
Frais de fonctionnement de bureau	2/4				
Frais d'entretien d'autres matériels (équ. chirur.)	2/5				
Frais de formation et réunion des formateurs	2/6				
Imprévus	2/7				

Supporter les bourses des étudiants	A_11_02	132.240.931	23.784.148	49.963.490	37,78%
Supporter les bourses internes					
Indemnités gestionnaire					
Indemnités boursières					
Frais divers locaux					
Supporter les bourses à l'extérieur					
Indemnités boursières à l'étranger					
Billets d'avion					
Frais divers à l'étranger					

La formation en chirurgie de district est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique	A_12	6.034.804	2.106.002	2.815.144	46,65%
Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	A_12_01	0	0	0	0,00%

Donner les cours aux étudiants en chirurgie de district	A_12_02	0	0	47.203	0,00%

Participer à l'encadrement des HD	A_12_03	6.034.804	2.106.002	2.767.942	45,87%

10.3.4 Suivi des indicateurs

10.3.4.1 Objectif spécifique

Mesure dans laquelle l'objectif spécifique de la prestation a été atteinte en fonction des indicateurs retenus.

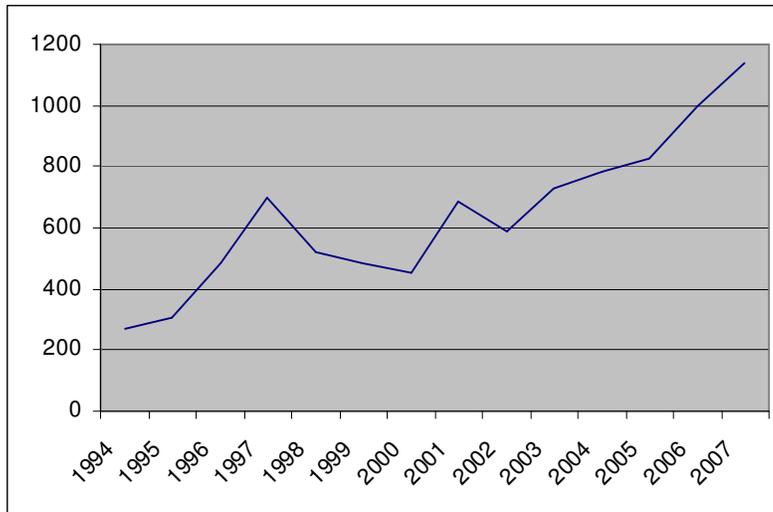
Objectif Spécifique : Le département d'Orthopédie Traumatologie (OT) de l'HNN joue efficacement son rôle :

- 1°/ de 3^e niveau de référence
- 2°/ de formation.

1°/ de 3^e niveau de référence :

Le département d'OT de l'Hôpital National de Niamey (HNN) est le service où toutes les urgences traumatologiques sont référées pour tout le pays. Aussi bien du point de vue capacité (matérielle et humaine) que qualité (bons résultats), il remplit sa fonction d'hôpital de référence efficacement.

Indicateur : Nombre et types d'interventions OT effectuées



Evolution du nombre d'interventions OT pratiquées à l'HNN

Le nombre d'interventions OT a quintuplé en 13 ans.

2°/ de formation :

Le département d'OT joue un rôle important de formation :

- en chirurgie générale :

- Nombre de médecins qui obtiennent leur *DES en Chirurgie* :
 - 5 boursiers du projet ont terminé leur formation, le 6^{ème} la termine en janvier 2008 (dès janvier 2008 18 DES auront été formés, 23 DES sont actuellement en formation)
- Nombre de médecins qui obtiennent leur *certificat en capacité de district* :
 - (Médecins généralistes formés à la chirurgie) :
 - 21 CCD ont été formés et 21 sont en formation

- des étudiants en médecine :

- Nombre *d'étudiants formés à la FSS* : en moyenne 100 étudiants en médecine sortent par an.

10.3.4.2 Résultats

Mesure dans laquelle les résultats intermédiaires de la prestation ont été atteints, en fonction des indicateurs retenus.

Indicateurs	
Augmentation du nombre d'actes chirurgicaux réalisés	De 271 interv. majeures à 1141 en 13 ans (421%)
Taux d'infection postopératoire	< 1%
Affectation d'un homologue chirurgien OT	100%
Nombre d'actes chirurgicaux réalisés par l'homologue	250
Nombre de médecins ayant bénéficié d'un encadrement du département OT dans le cadre du DES	Au total : 41
Nombre d'heures de cours donnés par an	50 heures
Nombre de sorties d'encadrement	6
Nombre de médecins ayant bénéficié d'un encadrement du département OT dans le cadre de la chirurgie de district	Au total : 42

Résultat 1 : L'unité d'Orthopédie et Traumatologie (OT) de l'HNN est appuyé et fonctionne

Indicateur :

Matériel investi : aussi bien au plan investissement que fonctionnel en moyenne 75 000€ par an ont été investi pour faire fonctionner le service d'OT.

Résultat 2 : La spécialisation en chirurgie générale est assurée dans le cadre du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de chirurgie.

Indicateurs :

- Nombre d'interventions faites par/avec les médecins en spécialisation sur nombre total d'interventions : 100%
- Nombre de médecins en spécialisation de chirurgie générale (DES) :
 - o 18 DES auront été formés dès janvier 2008
 - o 23 DES sont actuellement en formation.

Résultat 3 : La formation en OT est assurée à l'HNN, à la FSS et dans les hôpitaux de district.

a) HNN et Faculté des Sciences de la Santé :

Nombre d'heures de cours OT donnés par l'AT: 30 heures par an
 L'AT du projet a donné les cours d'orthopédie et de traumatologie depuis 15 ans à la faculté de médecine (basé sur un module écrit qu'il a élaboré)

b) Appui OT aux Hôpitaux de District

- Formation : Nombre de médecins en formation en chirurgie de base :
 - 21 CCD ont été formés et 21 sont en formation
- Appui aux HD : par des missions régulières d'appui et de supervision.

10.3.4.3 Évolution des indicateurs (graphique)

Causes des écarts par rapport aux résultats attendus.

De grands écarts ne sont pas à signaler :

- le service d'OT de l'HNN fonctionne très correctement
- la spécialisation en chirurgie générale (DES) a lieu avec des chirurgiens bien formés comme aboutissement
- la formation en OT a lieu et une relève est disponible
- les hôpitaux de district ont commencé leurs activités en matière de chirurgie ; à noter que certains HD ne fonctionnent pas chirurgicalement dû à des équipes incomplètes, en particulier d'aide-anesthésistes.

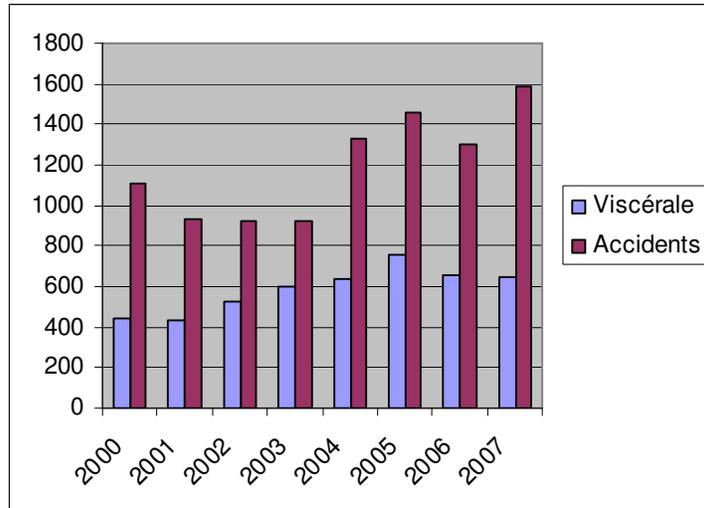
Problèmes majeurs qui ont influencé l'exécution de la prestation et comment la prestation a-t-elle tenté de les résoudre ?

A. Surcharge du service d'OT/HNN entraînant un surcoût en matériel.

Le nombre d'interventions orthopédiques et traumatologiques a encore augmenté de 9,5%, comparé à l'année 2004 ; comparé à l'année 1994, il a triplé.

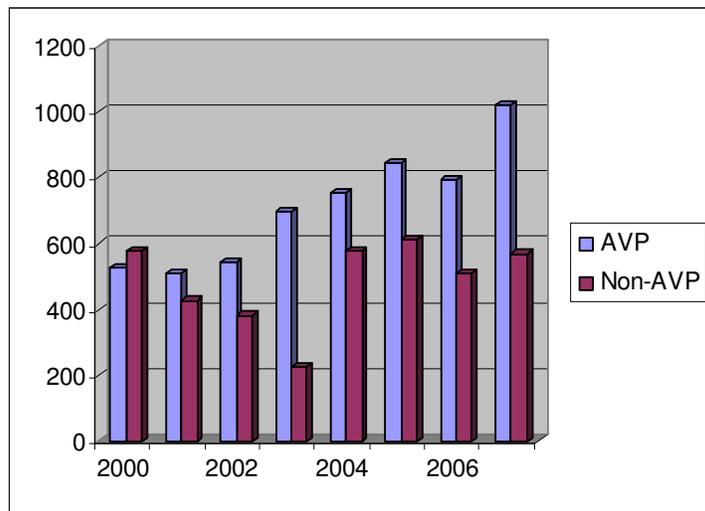
Le nombre d'urgences majeures reçues à l'HNN a augmenté de 45% en 5 ans. Soixante six pourcent (66%) de ces urgences sont des accidents. Cinquante huit pourcent (58%) des accidents sont des accidents de la voie publique (AVP). En 5 ans les AVP ont augmenté de 60%. Dans 33% des AVP des piétons ont été renversés. Les collisions entre voitures ne représentent que 4% des AVP, tandis que les voitures qui sortent de la route représentent 19% des AVP, ceci probablement suite à des vitesses trop élevées sur les grands axes routiers.

Les accidents s'avèrent être prépondérants dans les pathologies urgentes reçues à l'HNN.



Urgences à l'Hôpital National de Niamey.

Le nombre d'accidentés suite à un accident de la voie publique (AVP) augmente constamment et a dépassé le nombre d'accidents d'autre origine



Evolution des accidents à l'Hôpital National de Niamey

Une augmentation des AVP de 100% a eu lieu sur une période de 8 ans. Le nombre d'interventions chirurgicales effectuées pour des traumatismes a quintuplé en 13 ans.

Les traumatismes engorgent le service d'OT, ne laissant que peu de possibilité d'opérer des affections orthopédiques. Les patients atteints d'affection orthopédique se retrouvent sur des listes d'attente qui peuvent aller jusqu'à 1 an d'attente avant de pouvoir se faire opérer.

Quatre-vingt six pourcent des interventions sont des opérations pour cause de fracture, seul 14% sont des opérations traitant des affections orthopédiques.

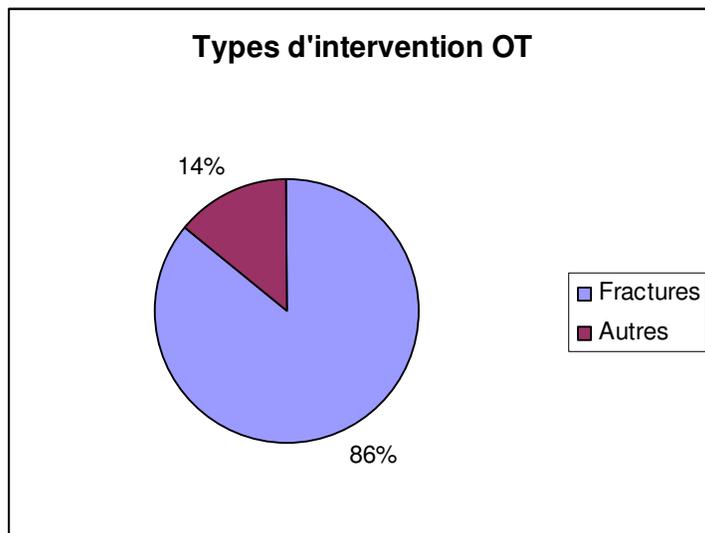


Fig 5 : Types d'interventions chirurgicales OT.

Solutions utilisées par le projet :

- tâcher dans la mesure des moyens d'*informer* la population et les autorités de la problématique des accidents, en particulier ceux causés par les accidents de la voie publique (AVP) et d'attirer l'attention sur la nécessité d'une prévention routière.
- *augmenter l'efficacité en matière de commandes de matériel* : l'achat dans d'autres pays en développement (Inde, p ex) permet d'obtenir des prix 4 à 5 fois moins chers et d'une qualité comparable à celle de l'Europe.

B. La tendance des spécialistes formés à rester dans la capitale.

Il s'ensuit que les accidentés ne sont pas opérés en périphérie, en particulier les fractures. Cette tendance des spécialistes formés à rester dans la capitale est un phénomène qui n'est pas distinctif uniquement au Niger et qu'on retrouve dans tous les PVD. Cela est très compréhensible vu le très faible niveau d'instrumentation en périphérie engendrant des conditions de travail précaires avec découragement et frustration à la clé, sans parler du manque de perspectives de carrière et des faibles rémunérations. Même au niveau de l'HNN, il y eut à un moment une tendance de fuite des spécialistes vers le « privé ».

Solutions utilisées par le projet :

- instauration d'un système de « *public-private mixed* » au sein de l'HNN avec l'appui de la direction ; ceci comprend l'autorisation pour les spécialistes à faire du « privé » l'après-midi, à condition qu'ils fassent du « public » le matin.
- influencer sur les autorités nationales, afin que la *gestion des ressources humaines* se fasse de façon plus équitable, que des plans de carrière soient élaborés, que des programmes de formation continue permettent aux affectés en périphérie de maintenir leur niveau professionnel, que des incitants soient octroyés.
- essayer d'influencer sur les autorités nationales et les bailleurs afin de *promouvoir le travail clinique et les investissements en matériel sur le terrain* ; ceci s'est avéré très difficile car **la politique de santé publique globale** de gestion de la santé en PVD prend peu en compte cette problématique de base. Une conscientisation du problème semble avoir lieu actuellement engrangeant une amélioration timide vers des politiques plus pratiques.

C. Lourdeur des procédures de commandes

Ne pouvant prévoir à l'avance quels types de patients seront à traiter, il est *impossible de faire des commandes extensives* (ce qui a été reproché par la cour des comptes). De plus, en suivant les règles actuellement d'application (CTB + nationale), le *délai de réception* d'une commande à partir du jour zéro de la prise d'initiative est *entre 6 et 8 mois*, ce qui rend extrêmement difficile à gérer un service de chirurgie OT.

D. Gestion des ressources humaines imparfaite

Certains hôpitaux de district ne disposent pas d'équipe de chirurgie complète, malgré la disponibilité du personnel au plan national : par exemple l'HD de Ouallam ne dispose toujours pas d'aide anesthésiste depuis le début des activités chirurgicale (février 2007), malgré un nombre suffisant d'aide anesthésistes disponibles.

E. Tendances des DES en formation à faire des stages en Europe :

Les DES en formation ont de plus en plus tendance et l'opportunité de faire le stage prévu en 4^{ème} année à l'étranger en France, au lieu de dans un pays de la sous-région (Maroc, Tunisie).

L'avantage que la formation au Maroc ou en Tunisie présente est, dans un contexte de haute technologie, la possibilité d'avoir affaire aux mêmes pathologies qu'ils rencontrent au Niger, tout en pouvant pratiquer bon nombre d'interventions, ceci à l'inverse d'un stage en Europe.

10.3.5 Appréciation des critères de suivi

10.3.5.1 Efficience :

Une recherche en matière d'achat de matériel est une politique constante du sous-programme, elle est pratiquée à 3 niveaux :

- choix du matériel adapté aux pathologies courantes
- achat du matériel dans d'autres pays en développement (Inde, Pakistan, ...) en tenant compte de la qualité (certification CE)
- inventaires réguliers

10.3.5.2 Efficacité

- Prise en charge des accidentés : *diminution de l'invalidité, diminution du nombre de patients ayant recours aux tradipraticiens* (auparavant par semaine au moins 1 enfant devait être amputé suite à un traitement traditionnel, actuellement cela s'est transformé en une rareté)

L'HNN est l'hôpital de référence du Niger. En dehors de la capitale, la prise en charge chirurgicale des accidentés est quasiment inexistante. Ceci explique le nombre important de victimes qui ont recours à un traitement traditionnel, avec fréquemment des conséquences catastrophiques, allant souvent jusqu'à l'amputation d'un membre (voir photo).



- **Prise en charge des patients indigents** qui présentent une pathologie urgente : comme le projet prend en charge le fonctionnement du service, cela permet à l'hôpital de prendre en charge les patients qui ne peuvent payer pour leur soins (ceci à l'opposé de nombreux autres PVD où le « cash and carry » se pratique, c. à d. que si le patient ne peut acheter le matériel requis, il n'est pas soigné.
- **Augmentation au plan national du nombre de chirurgiens** : d'ici 4 ans le nombre de chirurgien aura augmenté de 6 à 47.
- **Formation des étudiants en médecine** en OT faite
- **Protocoles chirurgicaux** mis en place
- **Modules écrit** pour le DES de chirurgie
- **Module écrit** pour étudiants et école d'infirmiers (ères)
- **Hôpitaux de District** démarrés

10.3.5.3 Durabilité

Avec l'aide des collègues nationaux, un service d'OT a été **créé**, a été rendu **fonctionnel**, a ensuite **formé des chirurgiens**, certains maintenant reprennent un service fonctionnant à un niveau de qualité très correct, d'autres seront affectés en périphérie afin de faire fonctionner d'autres services de chirurgie.

Performance du projet : Création → Fonctionnement → Formation → Restitution

Perception de la part des groupes cibles :

Le service rendu semble très **apprécié des populations**, un argument étant que même des patients des pays environnants viennent se faire traiter au service OT de l'HNN.

Il est à noter que la majorité des patients n'est pas consciente du service rendu par la coopération belge. Ils ne savent pas que le matériel est fourni par un bailleur. **Un manque de visibilité est à déplorer de la part de la coopération belge.**

10.3.6 Mesures et recommandations

10.3.6.1 Synthèse des critères d'appréciation

10.3.6.2 Recommandations

Recommandations pour la consolidation et l'appropriation de l'après projet.

Une des conditions sine qua non pour la continuation du projet sans AT est de *disposer d'un minimum de personnel « stable »*, en d'autres termes de personnel, aussi bien médical que paramédical, qui peut être assuré de pouvoir rester de nombreuses années dans la même fonction. *Une gestion des ressources matérielles efficace et efficiente* pour qu'il n'y ait pas de rupture de matériel est également un requis, en plus ces commandes doivent également être efficaces, vu les budgets limités.

D'autres *centres OT doivent être créés dans le pays*, car l'HNN ne pourra supporter davantage la pression des patients : il est à noter qu'il y a beaucoup de « wishful thinking » dans l'élaboration des plans de développement avec des frais de fonctionnement généralement trop élevés. En ce qui concerne la chirurgie OT et toute forme de chirurgie d'un niveau de difficulté élevé, il est indispensable de penser plutôt à centraliser au lieu de *décentraliser à outrance*. Il est illusoire de penser que tous les traumatismes pourront être traités un jour dans les HD ou même dans les CHR. Le matériel d'investissement et de fonctionnement est trop cher et les spécialistes trop peu nombreux. *Il faut investir dans ces centres et financer des moyens d'évacuations* rapides. Cela s'est avéré la seule solution durable et financièrement supportable dans les pays riches, et nous ne voyons pas comment ce qui n'a pas marché dans les pays industrialisés qui disposent de gros moyens financiers marcherait dans des pays pauvres, à moins qu'on décide de délaissier les traumatisés graves. Par contre, ceux-ci ne pourront être ignorés car ils ne font qu'augmenter en nombre et sont source d'une mortalité importante sinon d'une invalidité grave.

Il est absolument nécessaire d'*atténuer la « théorisation de la médecine » en PVD* qui est à la source d'une carence en financement en matériel pour pratiquer la chirurgie. Cette « théorisation » avec ses planifications, pourtant bien nécessaires, mais qui mobilisent tant de personnel et d'argent, ses ateliers où on prend surtout en compte ce qui est enseigné et non ce qui est retenu par les participants, les frais de fonctionnement importants qu'elle entraîne avec comme résultat qu'une infime partie des budgets alloués trouvent leur chemin vers les soins des patients, pourtant objectif principal des soins de santé par définition. On ne peut aspirer à créer et faire fonctionner des systèmes sans que toutes les composantes de ces systèmes ne soient fonctionnelles et sous contrôle.

Les formations devraient beaucoup plus *viser la pratique de la médecine clinique* et remettre à jour les connaissances spécifiques pour certains types de pratique médicale.

Il est indispensable enrayer l'augmentation spectaculaire du nombre d'accidents de la circulation, une *prévention routière* efficace s'avère plus que nécessaire.

10.3.7 Nouveau Planning 2008

PAPDS	Code Budget	janv-08	févr-08	mars-08	avr-08	mai-08	juin-08	juil-08	août-08	sept-08	oct-08	nov-08	déc-08	Total 2008
	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA
Sous programme 3		11.018.490	15.573.509	7.703.509	6.303.509	15.073.509	18.303.509	4.453.509	6.303.509	6.183.509	19.573.509	5.783.509	6.803.509	123.077.089
L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	A_09	435.000	10.405.000	435.000	435.000	10.405.000	10.435.000	405.000	435.000	435.000	14.405.000	435.000	435.000	49.100.000
Doter le département d'un chirurgien : verser une indemnité au responsable du sous programme	A_09_01	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	660.000
	SP3/R1/A1	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	55.000	660.000
														0
Fournir l'équipement chirurgical complémentaire	A_09_02	30.000	10.000.000	30.000	30.000	0	10.030.000	0	30.000	30.000	9.000.000	30.000	30.000	29.240.000
Achat équipement chirurgical	R1/A2/1		10.000.000				10.000.000				9.000.000			29.000.000
Achat autre équipement (bureau, informatique)	R1/42/3	30.000		30.000	30.000		30.000		30.000	30.000		30.000	30.000	240.000
														0

Appuyer le fonctionnement du département	A_09_03	350.000	350.000	350.000	350.000	10.350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	5.350.000	350.000	350.000	19.200.000
Consommables chirurgicaux	R1/A3/1					10.000.000					5.000.000			15.000.000
Médicaments	R1/A3/2	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	600.000
Fais de fonctionnement (bureau, véhicule, communications,...)	R1/A3/3	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	1.200.000
Imprévus	R1/A3/4	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	2.400.000
														0

La relève de l'A.T. au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	A_10	2.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	500.000	1.000.000	180.000	1.000.000	180.000	1.000.000	180.000	1.000.000	10.040.000
Former un successeur à l'AT	A_10_01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
														0

Planifier la relève de l'AT	A_10_02	2.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	500.000	1.000.000	180.000	1.000.000	180.000	1.000.000	180.000	1.000.000	10.040.000
		2.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	500.000	1.000.000	180.000	1.000.000	180.000	1.000.000	180.000	1.000.000	10.040.000
														0

La spécialisation en DES de chirurgie est appuyée par le département de chirurgie OT	A_11	8.283.490	3.868.509	5.968.509	4.568.509	3.868.509	6.868.509	3.868.509	4.868.509	5.568.509	3.868.509	4.868.509	5.068.509	61.537.089
Assurer la formation des médecins en spécialisation (DES de chirurgie)	A_11_01	1.610.000	610.000	2.710.000	1.310.000	610.000	3.610.000	610.000	1.610.000	2.310.000	610.000	1.610.000	510.000	17.720.000
Achat de matériel didactique	1/1	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	1.200.000
Impression et diffusion de documents didactiques	1/2	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	1.200.000
Participation à Congrès	1/3			1.000.000			1.000.000			1.000.000				3.000.000
Indemnités au personnel d'appui	2/1	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	3.000.000
Achat de matériel de bureau, didactique,...	2/2	100.000	100.000	200.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000			1.100.000
Achat d'équipement chirurgical d'enseignement	2/3	1.000.000			700.000		1.000.000			700.000		100.000		3.500.000
Frais de fonctionnement de bureau	2/4	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	600.000
Frais d'entretien d'autres matériels (équ. chirur.)	2/5	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	120.000
Frais de formation et réunion des formateurs	2/6			1.000.000			1.000.000		1.000.000			1.000.000		4.000.000
														0

Supporter les bourses des étudiants	A_11_02	6.673.490	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	3.258.509	4.558.509	43.817.089
Supporter les bourses internes														0
Indemnités gestionnaire		82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	82.000	984.000
Indemnités boursières		650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	650.000	7.800.000
Frais divers locaux													1.300.000	1.300.000
Indemnités boursières à l'étrange		1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	1.646.509	19.758.108
Billets d'avion		3.414.981												3.414.981
Frais divers à l'étranger		880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	880.000	10.560.000
														0

La formation en chirurgie de district est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique	A_12	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	0	0	0	0	300.000	300.000	300.000	2.400.000
Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	A_12_01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Donner les cours aux étudiants en chirurgie de district	A_12_02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Participer à l'encadrement des HD	A_12_03	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	0	0	0	0	300.000	300.000	300.000	2.400.000
		300.000	300.000	300.000	300.000	300.000					300.000	300.000	300.000	2.400.000

10.3.8 Conclusions

10.3.8.1 Activités et Finances

Le SP OT/HNN s'avère être un *projet pertinent*, entre autre dans le cadre de la réduction de la pauvreté, qui, en collaboration avec les autorités de l'HNN et nationales, est fonctionnel et a permis jusqu'à ce jour d'opérer plus de **15 000 patients, patients indigents confondus**, en majorité victimes d'accidents, mais également des patients atteints d'affections orthopédiques. Le *rôle curatif* de l'intervention est accompagné d'une fonction de *formation et d'encadrement*, en particulier la *formation de chirurgiens généralistes*. Il soutient également la mise en place et le fonctionnement de la chirurgie de base à visée niveau *district*.

10.4 Sous-programme 4

10.4.1 Bilan des finances SP4

PAPDS	Code Budget	Budget total CO1	Dépenses 2007	Dépenses Cumul fin 2007	% de réalisation
		F CFA	F CFA	F CFA	F CFA
		530.472.426	93.664.631	303.333.677	57,18%
Sous programme 4					
Le DS de Ouallam fonctionne comme un DS modèle et assure la formation en management de DS	A_13	319.857.752	88.461.521	257.560.014	80,52%
Renforcer le centre de formation en management de DS de Ouallam	A_13_01	150.896.348	70.313.021	178.045.208	117,99%
Renforcer les capacités de l'ECD de Ouallam	A_13_02	77.029.031	7.699.781	40.685.123	52,82%
Assurer la formation continue du personnel du DS	A_13_03	22.355.015	5.049.104	5.584.503	24,98%
Renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI	A_13_04	69.577.359	5.399.615	33.245.180	47,78%
Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées	A_14	117.376.946	4.064.998	43.482.753	37,05%
Aménagement d'une salle de formation pour chirurgie DS	A_14_01	15.021.415	0	17.139.855	114,10%
Appuyer l'équipement en matériel didactique, informatique et de reproduction	A_14_02	19.678.710	3.015.001	14.965.226	76,05%
Appuyer la fourniture de matériels et consommables chirurgicaux	A_14_03	55.690.749	0	8.066.900	14,49%
Suivre les stagiaires en chirurgie de district et en management après la formation	A_14_04	19.442.565	1.049.997	3.099.895	15,94%
Appuyer la documentation	A_14_05	7.543.506	0	210.877	2,80%
Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	A_14_06	0	0	0	0,00%

Appuyer l'intégration de la formation Ouallam dans le programme d'enseignement de la FSS	A_14_07	0	0	0	0,00%
Les institutions de formation sont appuyées	A_15	93.237.728	1.138.112	2.290.910	2,46%
Mettre en place des terrains de stage modèles aux DS de Ouallam, Commune III, Dosso et Doutchi	A_15_01	0	0	0	0,00%
Encadrer les étudiants des institutions de formation pour leurs thèses	A_15_02	13.119.140	0	72.798	0,55%
Donner certains cours dans les institutions de formation	A_15_03	0	0	0	0,00%
Appuyer les institutions de formation ENSP et ISP selon les besoins identifiés, notamment pour le suivi des stagiaires sur les terrains de stage	A_15_04	65.595.700	0	1.080.000	1,65%
Suivre les stagiaires en chirurgie de sistrict et en management après la formation	A_15_05	14.522.888	1.138.112	1.138.112	7,84%

Partie 1 : District de santé de Ouallam

10.4.2 Situation actuelle

10.4.3 Bilan de la planification des activités

10.4.3.1 Aperçu des activités 2007

Sur financement PAPDS du district sanitaire de Ouallam

Résultat 1: le district de Ouallam fonctionne comme un district modèle et assure la formation pratique en management de district.

Activités prévues	Réalisée	En cours	Non réalisée	Observations
SP4/R1/A2 : renforcer les capacités de l'équipe cadre du district				
1- Appui à l'élaboration du PDSD	1			- Le PDSD a été élaboré
2- Appui à l'évaluation du PAA 2007 et à l'élaboration du PAA 2008	1			- le PAA 2007 a été évalué et celui de 2008 élaboré - 12 mois de primes ont été octroyés
3- Octroi de prime de responsabilité	1			
4. Mener une recherche action sur l'amélioration de la qualité des soins			1	- seule une réunion de prise de contact a été faite
5- Réhabiliter et Equiper la salle de réunion de l'ECD			1	- Par manque de financement
6- Assurer l'entretien et la réparation des véhicules et motos			1	- Par manque financement
7-Doter le district en consommables et fournitures de bureau			1	- Par manque financement
8-Doter le district d'un ordinateur portable			1	- Par manque financement
R1/A3 : Assurer la formation continue du personnel				
1- Former 2 membres de l'ECD en management	1			- 2 membres ECD ont été formés
2- Supervision trimestrielle des CSI et UF de l'HD	1			- Le PAPDS a financé une seule supervision, les autres trimestres ont été financés par santé FADII.
3- Organiser un atelier pour la relance des instructions opérationnelles procédurales			1	- atelier non réalisé par manque de financement
4- Poursuivre les missions d'encadrement des CSI en vue d'améliorer la qualité des soins.			1	- non réalisé par manque de financement
5- Organiser un atelier de formation sur la micro				

Activités prévues	Réalisée	En cours	Non réalisée	Observations
planification des CSI.		1		- activité en cours de réalisation.
R1/A4 : renforcer les capacités de l'hôpital de district et des CSI				
1- Former un médecin en échographie			1	-Non réalisé car pas d'échographe, reprogrammer en 2008
2- Reprendre le circuit électrique du bloc opératoire	1			
3- Doter 05 CSI en motos DT125			1	-Circuit du bloc opératoire repris
4- Doter le district d'une ambulance			1	- Motos non livrés, activité reconduite en 2008
5- Organiser une mission d'évaluation des performances réalisées au niveau des CSI conformément au système de motivation institué en 2006.	1			- ambulance non disponible, activité reconduite en 2008
6- Doter le district sanitaire d'un Data show et d'une photocopieuse			1	- mission effectuée et quatre CSI ont primés (Ouallam ; Banné ; Simiri et Harigana)
7- Doter le bloc en MEG et consommables	1			- matériels non livrés
8- Doter le laboratoire en consommables et réactifs	1			- Le bloc a bénéficiés de MEG et consommables
9- Réparer deux réfrigérateurs solaires (Tilola et Tizégrou)			1	- Dotation régulière en réactifs et consommables
			1	- Les réparations ont pu être fait grâce au projet Santé FADII.
10-compléter l'équipement mobilier de 5 CSI site de stage				- Non réalisée

10.4.3.2 ANALYSE DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES 2007

Activités prévues	Activités réalisées	Activités réalisées non	Taux de réalisation physique
23	9	13	39 %

10.4.4 Bilan des finances

10.4.4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning effectué

Trimestre	Montant prévu	Montant alloué	Montant dépensé	Ecart	Taux de réalisation
T1	9 549 282	988 470	988 470	- 8 559 312	10,35%
T2	3 345 000	3 393 927	3 393 927	+ 48 927	101,46%
T3	3 345 000	5 454 422	5 454 422	+ 2 109 422	163,06%
T4	3 345 000	5 107 830	5 107 830	+ 1 762 830	152,70%
TOTAL	19 584 282	14 944 649	14 944 649	- 4 638 133	76,30%

10.4.4.2 Analyse du planning financier

Le premier trimestre a connu un très faible taux de réalisation financière contrairement aux trois trimestres suivant de l'année. Deux raisons principales expliquent cela :

- le retard dans la validation du PAA
- les perturbations de gestion qu'a connu le PAPDS surtout au premier trimestre. Il y a eu la suspension des responsables, cela a beaucoup handicapé

Ainsi, la majorité des fonds prévus pour le 1^{er} trimestre n'ont pu être débloqué que dans les 3^{ème}s et 4^{ème}s trimestres.

Le taux de réalisation financière est de **76,30%**. Cependant plusieurs actions prioritaires non pas été financé en particulier celles concernant les équipements et l'entretien de la logistique. Le montant alloué pour l'année 2007 est nettement en deçà de nos ambitions. Il faut octroyer un budget plus conséquent en 2008 pour la réalisation effective des activités prioritaires.

10.4.5 Suivi des indicateurs

10.4.5.1 Résultats

Résultat SP4/R1 : Le district sanitaire de Ouallam fonctionne comme un district modèle et assure la formation en management de district :

Le district assure sa fonction de terrain de démonstration pour les participants à la formation en management.

Parmi les activités prévues dans le cadre de **la revitalisation des centres de santé intégrée** devant servir de site de stage seul l'achat des 5 motos DT 125 a été réalisé

- les autres motos programmées sur financement du Fonds Commun n'ont pas été achetées

Les autres activités n'ont pas été financées à savoir :

- Compléter l'équipement mobilier de 5 CSI sites de stage du CPADS de Ouallam.
- Assurer la maintenance préventive et curative des Radios BLU (contrat). Cette activité a été réalisée par le concours du Projet Santé FAD II.
- Poursuivre les missions d'encadrement des CSI en vue d'améliorer la qualité des soins.
- Doter les CSI et l'HD en produit et matériel d'entretien

Les termes de références relatives à ces activités ont été transmis au cours du premier trimestre de l'année 2007 mais sans suite pour des raisons indiquées dans l'analyse financière.

Cependant, la supervision rapprochée de ces centres a pu être réalisée lors des deux sessions de formation en management qui ont eu lieu dans le centre de perfectionnement des agents des districts sanitaire de Ouallam. (CPADS)

Il faut aussi noter que le nombre de CSI site de stage a passé de 5 à 9. Les nouveaux sites sont : Dingazi, Dabré, Guinéo Bangou et Tondikiwindi ; à ce titre le PAPDS doit octroyer le financement nécessaire prenant en compte ces nouveaux sites dans les futures programmations.

Résultat SP4/R1/A2 : renforcer les capacités de l'ECD

En ce qui concerne **la formation en management des membres de l'ECD** : tous les membres de l'ECD ont été formés sauf le gestionnaire.

Cela a accru considérablement les capacités gestionnaires des membres formés et leur permet également d'apporter un appui constant dans la planification des activités et l'encadrement des stagiaires sur le terrain lors des sessions de formation au CPADS. Cette formation a également renforcé l'esprit d'équipe au sein de l'ECD et la capacité de management des ressources humaines, matérielles et financières du district.

L'appui financier et technique à l'élaboration du PDS du district a été effectué ainsi que l'évaluation des activités 2007 et la planification 2008.

Il faut signaler la promotion de l'actuel MCD du district comme DRSP de Tillabéri et son remplacement par l'adjoint CCD.

Les missions d'encadrement et de supervision de l'ECD par la DRSP ont été réalisées.

Résultat SP4/R1/A3 : assurer la formation continue du personnel du DS

Actuellement le MCD est un CCD; le 2^{ème} médecin vient de finir en 2007 sa formation en CCD aussi et est en attente d'être réaffecté au DS.

Une supervision sur 4 prévues a été financée par le PAPDS.

Deux missions de supervision des activités du bloc ont été effectuées.

Résultat SP4/R1/A4 : renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI

Dans le cadre de la **revitalisation des unités hospitalières**, on note :

- le ravitaillement régulier du bloc, de la radio et laboratoire MEG, réactifs et consommable.
- la reprise du circuit électrique
- mais l'ambulance n'est toujours pas disponible

Il faut noter que le bloc opératoire n'a pas été pleinement opérationnel malgré la présence depuis janvier 2007 d'un médecin capacitaine en chirurgie de district.

En effet, malgré toutes les démarches entreprises, les deux aides anesthésistes affectés au district ont refusé de rejoindre leur poste pendant plus de 7 mois pour le deuxième et toute l'année pour le premier. Le district a écrit à deux reprises à la DRSP pour noter ce problème crucial de manque d'aide anesthésiste.

10.4.5.2 Evolutions des indicateurs du PDS

Indicateurs de suivi du PDS	Niveau atteint par le DS en 2006	Niveau atteint par le DS en 2007	Niveau attendu par le niveau central
% de population ayant accès aux centres de santé offrant PMA ¹¹	26%	32%	60%
Taux d'exécution des activités ¹²	50%	45%	60%
Taux d'exécution des budgets ¹³	38%	44%	60%
% des FS disposant du personnel selon les normes	63%	38%	70%
Taux de rupture de six molécules par niveau	0%	0,42%	10%
Taux d'utilisation du curatif ¹⁴	18%	31%	30%
Taux couverture CPN ¹⁵	65%	82%	50%
Taux de couverture CPoN	14%	24%	32%
Taux accouchements assistés par personne qualifiée ¹⁶	9%	12%	20%
Taux Prévalence PF ¹⁷	6 %	8 %	10%
Taux couverture DTC3 ¹⁸	81%	85 %	60%
% des centres de santé menant des activités foraines avec PMA	100%	80%	20%

¹¹ 4 nouveaux CSI ont ouverts au cours de l'année 2007.

¹² Objectifs largement en deçà des prévisions. Cela s'explique par le retard dans la validation et le financement des PAA ainsi que la déprogrammation. En effet, au cours de l'année le district a eu à réaliser trois activités majeures non prévues (distribution à base communautaire des médicaments contre les maladies tropicales négligées, 1^{er} et 2^{ème} passages des TNM).

¹³ Retard et insuffisance des financements des PAA. Non respect des engagements par l'Etat et les partenaires.

¹⁴ Le taux a plus que doublé entre 2006 et 2007 : effet gratuité ; ouverture de 04 nouveaux CSI sur financement programme spécial et le FICOD

¹⁵ Effet gratuité.

¹⁶ Au cours de l'année il y a eu une mission de plaidoyer financé par Santé FAD II.

¹⁷ Taux pouvait être plus élevé s'il n'y avait pas la rupture de la forme injectable (Depoprovera) pendant les 3 premiers trimestres de l'année.

¹⁸ Malgré la rupture au niveau national, le district a un taux de couverture très satisfaisant. Trois raisons principales explique cela : il n'y a pas eu de rupture au niveau district, régularité des sorties foraines et la réalisation de trois relances PEV.

Taux de couverture en structures SONUB	33%	33%	85%
Taux de couverture en structures SONUC	100%	100%	40%
% des cases de santé fonctionnelles	90%	100%	83%
% des centres disposant d'un* incinérateur fonctionnel	81%	70%	40%
Taux de césarienne ¹⁹	0,01%	0,2%	1,8%
Taux de réalisation des activités foraines	54%	72%	40%
Taux de couverture VAR	84%	78%	65%
Taux de réalisation des réunions de coordination	33%	67%	60%
Taux de réalisation des supervisions	67%	71%	70%
% des structures gérées selon l'approche basée sur la performance	6%	5%	50%
Taux de déficit en IOM pour IMA	98%	86%	55%
% des femmes ayant reçu un traitement intermittent contre le palu (SP)	0%	33%	45%
% des femmes enceintes ayant reçu du fer	15%	15%	50%
Taux de guérison des tuberculeux	60%	81%	68%
Taux de mortalité maternelle intra hospitalière	1%	0,38%	1,6%
Taux de récupération des MPE	86%	35%	52%
% des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2.5 kg	4%	9%	11%

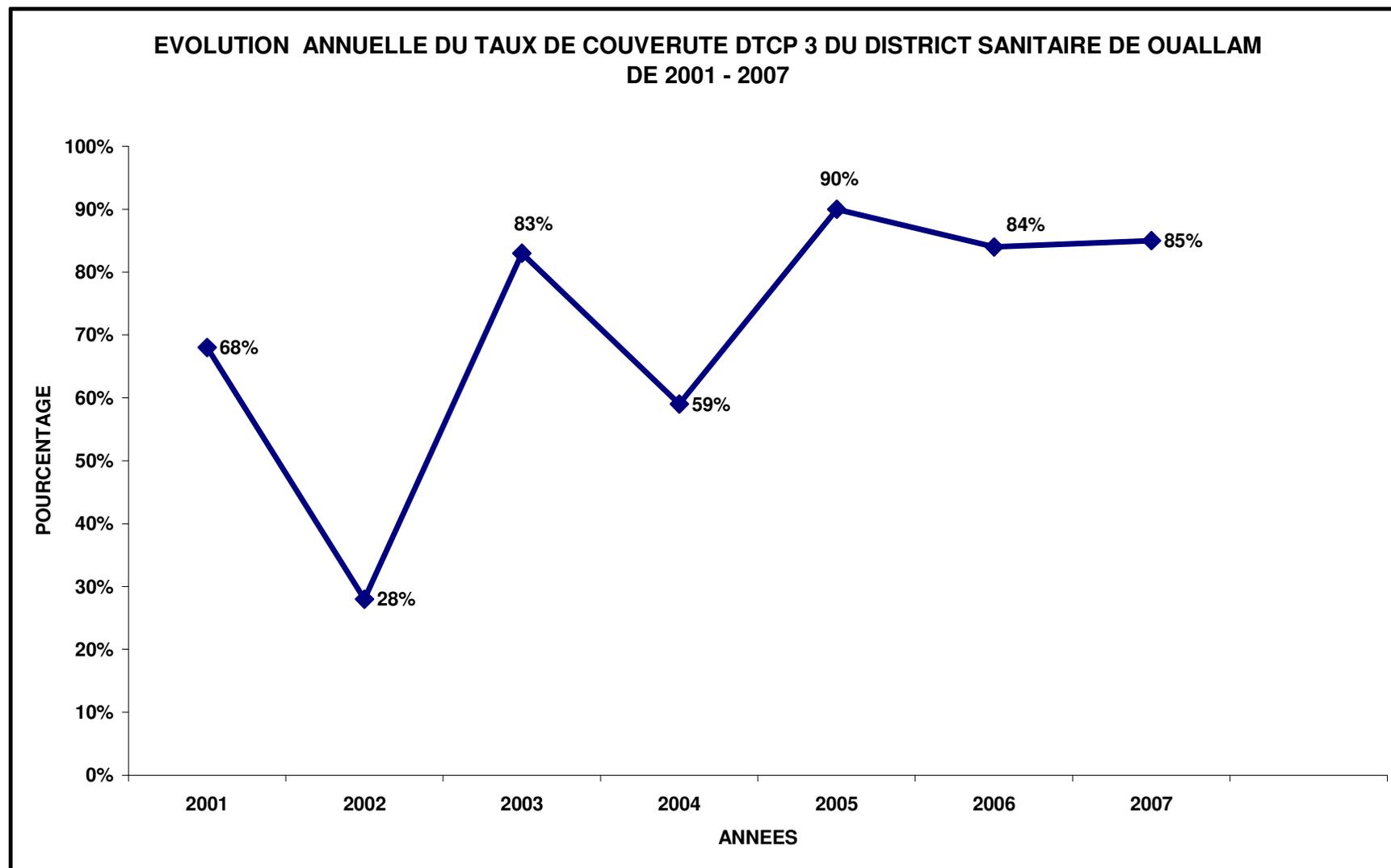
NB:

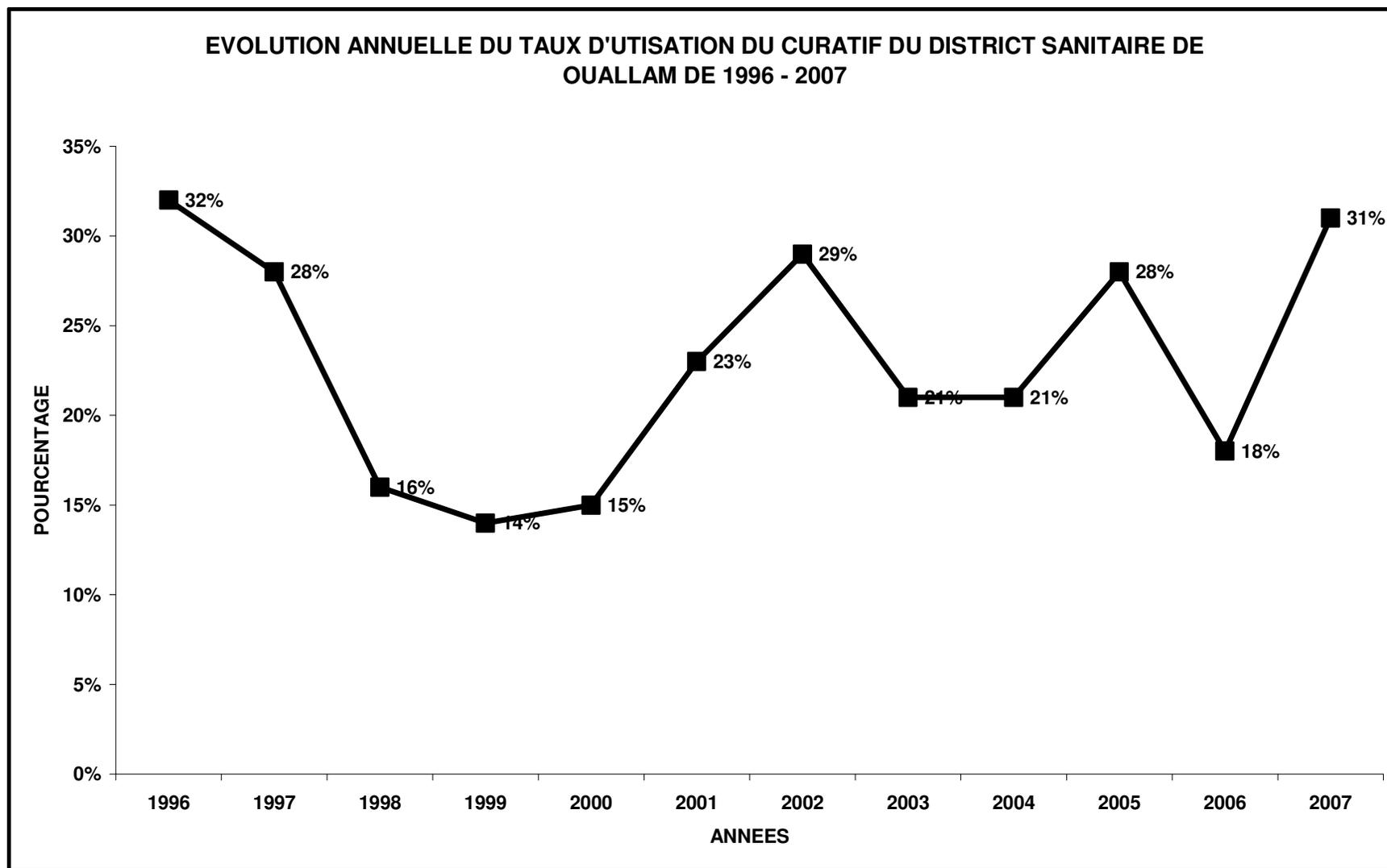
- Population utilisée: RGP 2001 réactualisée.
- Les 10 indicateurs clés sont colorés en bleu dans le tableau.

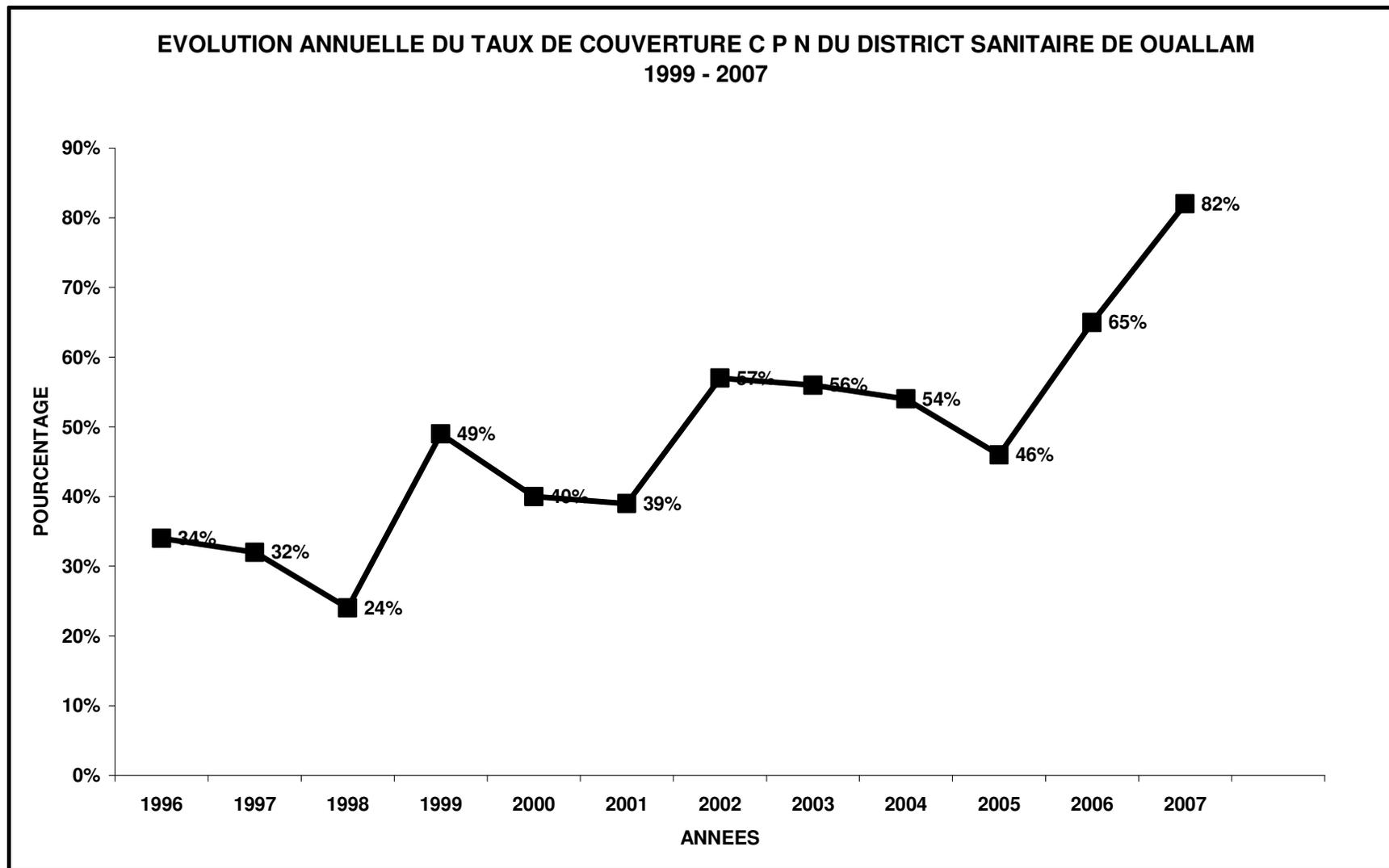
¹⁹ Le manque d'anesthésiste pendant pratiquement toute l'année n'a pas permis l'atteinte des objectifs malgré la disponibilité des MEG et consommable du bloc (financement PAPDS), des kits césariennes (Financement Unicef).

* Les 04 nouveaux CSI n'ont pas d'incinérateur.

10.4.5.3 EVOLUTION DE QUELQUE INDICATEURS (graphique)







10.4.6 Nouveau planning 2008

10.4.6.1 Programmation des activités 2008 sur financement PAPDS pour le district sanitaire de Ouallam

Activités prévues	T 1	T 2	T 3	T 4	Observations
SP4/R1/A2 : renforcer les capacités de l'équipe cadre du district					
1- Octroi de prime de responsabilité	x	x	x	x	Capacités gestionnaires de l'équipe cadre renforcées
2. Mener une recherche action sur l'amélioration de la qualité des soins					
3- Réhabiliter et Equiper la salle de réunion de l'ECD		x			
4- Assurer l'entretien et la réparation des véhicules et motos	x	x	x	x	
5-Doter le district en consommables et fournitures de bureau	x	x	x	x	
6-Doter le district d'un micro-ordinateur + les accessoires et d'un ordinateur portable	x				
7- Appui à l'évaluation du PAA 2008 et à l'élaboration du PAA 2009				x	
8- Reproduction les supports SNIS		x	x	x	
R1/A3 : Assurer la formation continue du personnel					
1- Former 2 membres de l'ECD en management		x			- 2 membres ECD formés - Non réalisé par manque de financement
2- Poursuivre les missions d'encadrement des CSI en vue d'améliorer la qualité des soins.	x	x	X	x	
3- Former le médecin-chef en recherche en santé			x		
R1/A4 : renforcer les capacités de l'hôpital de district et des CSI					
1- Former un médecin et une sage femme en échographie			x		- 2 agents formés - 5 Motos livrés pour 5 CSI sites de stage - Système d'évacuation rendu performant - Mission effectuée et trois CSI primés
2- Doter 05 CSI en motos DT125	x				
3- Doter le district d'une ambulance	x				
4- Organiser une mission d'évaluation des performances réalisées au niveau des CSI conformément au système de motivation institué en 2006.		x			
5- Doter le bloc en MEG et consommables	x	x	x	x	- Dotation régulière en MEG et consommable - Dotation régulière en réactifs et consommables - 5 CSI équipés
6- Doter le laboratoire et la radio en consommables et réactifs	x	x	x	x	
7- Compléter l'équipement mobilier de 5 CSI site de stage		x			

DS Ouallam

Résultats Attendus	Activités	T1	T2	T3	T4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP
1.1 L'accessibilité des services de santé a augmenté.	1,1.9 Doter 05 CSI en motos DT 125	X				8.750.000	MSP	PAPDS	5 CSI dotés en motos	INV
2.3 Les MEG sont disponibles	2.3.6 Appuyer le bloc opératoire MEG et Consommables	X	X	X	X	3.000.000	ECD	PAPDS	0 jour de rupture	FNT
	2.3.7 Doter le laboratoire et la radio en réactifs et consommables	X	X	X	X	4.650.000	ECD	PAPDS	0 jour de rupture	FNT
2.4: Le système de référence contre référence au niveau du district est renforcé	Achat pneumatique pour les véhicules		X		X	1.500.000	ECD	PAPDS	10 pneus réceptionnés	FNT
	Entretien véhicule	X	X	X	X	2.000.000	ECD	PAPDS	Un véhicule entretenu	FNT
	Entretien de 09 motos (contrat de maintenance et d'entretien + achat de pièces détachées)	X	X	X	X	1.000.000	ECD	PAPDS	Motos des 9 CSI sites de stage fonctionnelles	FNT
	2.4.1 Renouveler une ambulance de l'HD	X				24.000.000	MSP	PAPDS	Une ambulance réceptionnée	INV

3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Réhabiliter et équiper la salle de réunion du district		X			0	ECD	PAPDS	une salle réhabilitée et équipée	FNT
	3.2.3 Doter l'ECD d'un micro-ordinateur écran plat et accessoire d'un ordinateur portable (CSE)	X				0	ECD	PAPDS	2 ordinateurs réceptionnés	FNT
	3.2.4 Doter le district en échographe	X				0	MSP	PAPDS		INV
	Former un médecin et une sage femme en échographie			X		0	ECD	PAPDS	2 agents formés	FOR
	Former le médecin-chef en recherche en système de santé					6.000.000		PAPDS	1 agent formé	
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.3 Poursuivre l'encadrement de proximité des CSI en vue du développement de centres modèles	X	X	X	X	1.000.000	ECD	PAPDS	7 CSI encadrés	FNT
6.2 : Une politique de motivation des agents affectés en périphérie est mise en place	6.2.1 Organiser une mission d'évaluation des performances réalisées au niveau des CSI conformément au système de motivation institué en 2007 .		X			1.000.000	ECD	PAPDS	Une mission organisée	FNT
	6.2.2 Assurer l'appui au district en indemnités diverses	X	X	X	X	1.200.000	ECD	PAPDS	indemnités disponibles	FNT
						54.100.000				

10.4.6.2 Contraintes

- Retard dans le financement du PAA;
- Manque de financement de plusieurs activités;
- Faible fonctionnalité du bloc opératoire par manque d'anesthésiste;
- Insuffisance du personnel ;
- Rupture chronique du fer ;
- Vétusté de la logistique motos / autos ;
- Insuffisances de ressources pour l'entretien de la logistique;
- Déprogrammation due aux activités non prévues ;
- Démarrage du TPI vers la fin du 3^o trimestre 2007;

10.4.6.3 Recommandations

Au MSP:

- Valider les PAA à temps
- Affecter le personnel selon les normes
- Renouveler le parc auto moto
- Plaider pour une prolongation des activités de certains programmes dont le PAPDS jusqu'à la fin du PDS.

Aux PTF:

- Financer dans les délais les activités prévues
- Respecter les engagements pris.

10.4.7 Conclusions

En conclusion l'année 2007 se traduit par un important retard dans l'adoption des PAA aussi beaucoup d'activités retenues n'ont pas connu de financement. Si la tendance se maintient les objectifs fixés dans le PDS ne seront pas atteints. Pour cela nous souhaitons à ce que l'Etat, les partenaires dont le PAPDS nous appui avec des ressources plus importantes pour nos actions prioritaires à savoir :

- la fonctionnalité effective du bloc opératoire ;
- La formation de deux membres de l'équipe cadre en management de district pour l'année 2008 ;
- La dotation en un véhicule de supervision et d'une ambulance dans l'année 2008 ;
- L'entretien et la réparation du parc auto moto existant ;
- La dotation en équipement complémentaire et matériel d'entretien pour les CSI site de stage et l'HD ;
- La construction de 4 nouveaux incinérateurs et la réhabilitation de 17 anciens pour améliorer la gestion des déchets.

Partie 2 : CPADS (Ouallam)

10.4.8 Aperçu des activités

Bilan de la planification des activités du centre de formation de Ouallam ou cpads

Dans le DTF, il est prévu la réalisation des activités suivantes pour le CPADS :

- L'affectation d'un 2ème médecin spécialiste en santé publique comme encadreur permanent pour appuyer le coordonnateur.
- Le Coordonnateur et le second encadreur devraient bénéficier d'indemnités suffisantes pour les encourager à travailler dans de tels postes.
- Les membres du pool d'experts, encadreurs non permanents, bénéficieront des indemnités de déplacement lors des formations et du suivi des stagiaires après la formation.
- L'infrastructure du centre sera complétée par la construction d'une bibliothèque, de deux bureaux pour encadreurs et d'un logement avec équipement pour le coordonnateur.
- Le centre recevra un appui en matériel didactique, en matériel informatique pour les cours d'informatique, en matériel de reproduction pour les modules ainsi qu'un apport pour la documentation.
- Un financement est prévu pour (i) l'achat d'un véhicule pour les sorties terrain des stagiaires et le suivi après formation et (ii) pour le fonctionnement : fournitures, carburant et entretien.

Cependant, pour l'année 2007 les activités que le CPADS a planifiées sont inscrites et commentées dans le tableau suivant :

Résultat 1 : Le district sanitaire de Ouallam fonctionne comme un district modèle et assure la formation en management du district sanitaire

SP4/R1/A1 : Renforcer le centre de formation en management de DS de Ouallam

Activités prévues en 2007	Réal	En cours	Non Réa	Commentaires
– Réhabiliter et étendre les locaux du centre de formation	1			Il n'y a pas eu de réhabilitation du centre. Cependant, une bibliothèque et un bureau ont été construits.
– Construire le logement du Directeur du centre	1			La maison n'a pas été équipée
– Former et suivre 42 membres des ECD et des Staffs des DRSP en management du district	1			32 membres des ECD et Staffs des DRSP ont été formés. Ce n'était pas possible de former 42 agents même avec 3 sessions par ans compte tenu de la capacité d'accueil du centre.
– Évaluer le PAA 2007 et Élaborer le PAA 2008	1			Le PAA 2007 a été évalué lors des assises du comité de santé national. Le PAA 2008 a été élaboré dans les mêmes circonstances.
– Doter le centre en fournitures et consommables de bureau	1			
– Assurer l'appui au centre de formation en indemnités diverses	1			
– Appuyer le centre en entretien et réparation des véhicules	1			
– Équiper la bibliothèque du centre en mobilier			1	La principale difficulté rencontrée porte sur la non-conformité du matériel présenté par les fournisseurs agréés par rapport aux spécificités décrites dans le bon de commande. C'est ce qui a retardé la soumission de la requête.
– Signer un contrat de maintenance de 2 photocopieurs	1			Le contrat a été signé avec le fournisseur agréé et une demande de paiement a été transmise au PAPDS. C'est après que nous avons été informé de la décision du PAPDS de centraliser cette activité. Notre dossier est resté sans suite. Mais l'activité a été réalisée grâce à l'appui financier de l'État.
– Signer un contrat d'entretien et réparation du Parc informatique (10 ordinateurs)	1			
– Doter le centre en carburant	1			
TOTAL ACTIVITES R 1	10		1	

10.4.9 Analyse de la planification des activités

90% de réalisation physique des activités.

D'importants investissements ont été réalisés au cours de l'année 2007 sous financement PAPDS dont entre autre :

- **La construction du logement du Directeur du centre**
- **La construction d'une bibliothèque**
- **La construction d'un bureau**
- **L'acquisition d'un véhicule 4X4 pour faciliter les déplacements des stagiaires et du personnel du centre**

RÉSULTATS

Résultat SP4/R1/A1 : renforcer le centre de formation en management de DS à Ouallam

L'année 2007 a été la consécration du passage du district de formation de Ouallam, ancienne appellation en Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire par arrêté n° 055 /MSP/LCE/DGR/DRH du 22 février 2007. Cette importante décision a permis un encrage institutionnel du CPADS à la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique. Ce nouveau statut accorde au CPADS les privilèges suivants:

- il devient une structure indépendante du district sanitaire de Ouallam
- de bénéficier d'un appui financier de l'État.
- La mise en place d'un comité de gestion chargé des orientations des activités du Centre, d'approuver le programme d'activités et le budget du centre, d'évaluer le bilan des activités et le bilan financier du centre, de donner son avis au Ministre de la Santé Publique sur toutes les questions relatives au fonctionnement du centre
- L'affectation du personnel conformément au statut

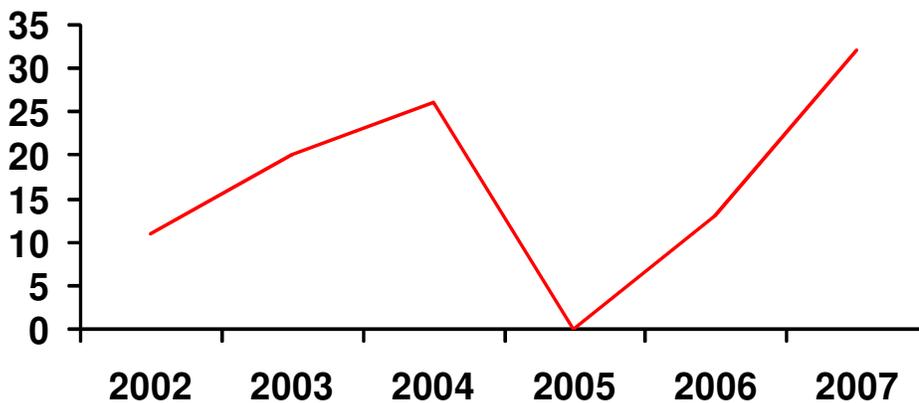
10.4.10 Evolutions des indicateurs

L'indicateur principal de mesure de l'atteinte des résultats pour le CPADS est :

« Le nombre d'agents formés en management du district sanitaire »

Avec la création du CPADS en 2007, deux sessions ont pu être organisées sur les 3 que prévoit le statut par an. Cela s'explique par le retard accusé dans l'affectation du personnel après le départ du coordonnateur du centre. Malgré cela, 32 membres des ECD et Staffs des DRSP ont pu être formés en 2 sessions de 14 et de 18 participants. Ainsi, de 2002 à 2007, l'évolution annuelle du nombre d'agents formés en management de district sanitaire se présente comme suit :

Évolution du nombre d'agents de santé formés en management de district au CPADS de 2002 à 2007



10.4.11 Evaluation des critères de suivi

10.4.11.1 L'efficacité

Respect du timing

On ne note aucun retard dans l'exécution des activités planifiées qui soit du à un problème de gestion ou de coordination du projet.

Moyens engagés dans l'exécution des activités

Au cours de l'année 2007, le CPADS a reçu du PAPDS et de l'État des moyens suffisant pour organiser deux sessions de formation. Cependant, compte tenu de la moyenne de 12 agents formés par session, il est souhaitable que le PAPDS examine la possibilité d'aider le centre à augmenter sa capacité d'accueil en construisant un bloc supplémentaire pour héberger les stagiaires pour une plus grande efficacité de la formation.

Taux de réalisation des indicateurs de résultats

De la création du centre de formation de Ouallam en 2002 jusqu'en 2006, six (6) sessions de formation ont été organisées avec un total de 70 agents formés, soit en moyenne une session et 14 agents formés par an. À ce rythme, il va falloir attendre 10 ans pour que soit formé l'ensemble des membres des équipes cadres des districts sanitaires du Niger, sans compter avec la grande mobilité du personnel des districts sanitaires.

Ce faible résultat est lié à la capacité d'accueil du centre de formation qui est limitée à 12 stagiaires par session et à la clôture en 2005 du projet ALAFIA qui assurait le financement.

Au cours de l'année 2007, grâce à la location d'une villa, l'effectif des stagiaires par session est passé de 14 à la première session à 18 à la seconde session soit 32 agents de santé (membres des ECD et Staffs des DRSP) formés en management de district.

10.4.11.2 L'efficacité

Taux de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique

La formation des membres des ECD en management de district est un élément essentiel dans le renforcement des capacités de gestion des districts.

D'une manière générale, la qualité de la formation a été jugée satisfaisante par les stagiaires au cours des sessions de l'année 2007. Les méthodes d'enseignement ainsi que le cadre de vie ont également été bien appréciés. Il faut aussi signaler que par rapport à la 7^{ème} session, le pourcentage des stagiaires qui pensent que le temps consacré à la pratique est insuffisant par rapport à la théorie a baissé de moitié à la 8^{ème} session. Il est passé de 46, 2% à 23%.

Autres facteurs ayant une incidence sur l'objectif spécifique

Pour apprécier la qualité des soins de santé il serait intéressant de mener un suivi après formation et des recherches actions.

Satisfaction des groupes cibles quant aux résultats

Cet indicateur ne peut s'apprécier qu'à travers une enquête. Cependant, il existe quelques proxys de la qualité des services qui reflètent de manière indirecte la satisfaction des usagers. Il s'agit notamment du taux d'utilisation des services et du taux d'abandon des différentes activités offertes par les services.

10.4.11.3 La durabilité

Modalités du projet

Le financement des activités du centre se fait à travers un plan d'action annuel validé par le MSP. Les requêtes pour le décaissement des fonds sont directement transmises au projet qui procède après vérification au virement des fonds dans un compte ouvert à cet effet.

Les processus de développement lancés par le projet

Dans les conditions actuelles de fonctionnement du centre, la réalisation des activités est fortement tributaire au financement des partenaires techniques et financiers. À titre illustratif en 2005 après la clôture du projet ALAFIA, aucune session n'a été organisée.

À moyen terme, il est indispensable que le MSP crée les conditions de pérennisation de la formation en management de district. Il est possible d'envisager à long terme, l'enseignement des principaux modules dans les écoles de formations initiales.

Responsabilités des partenaires

Le centre bénéficie en plus du financement, un appui technique du personnel du PAPDS dans le cadre de la formation et de l'encadrement technique des stagiaires sur le terrain.

Condition de durabilité

Compte tenu de forte dépendance du CPADS du financement des partenaires, le CPADS ne peut être durable que si le MSP trouve des sources de financement pérennes. Par ailleurs il faut renforcer la capacité du personnel du centre par des formation de courte durée dans des domaines tels que la recherche sur le système de santé, économie de la santé.

10.4.12 Mesures et recommandations

10.4.12.1 Synthèse des critères d'évaluation

Nous estimons que le PAPDS correspond au code B car il est efficient, efficace et pourra être durable. Cependant les efforts doivent être intensifiés surtout concernant l'acquisition en moyens matériel et logistique.

10.4.12.2 Recommandations

Aider le centre à renforcer sa capacité d'accueil en construisant un bloc de logement pour l'hébergement des stagiaires.

Reconsidérer l'octroi des indemnités accordées par l'ancien projet au personnel bénévole du centre en attendant leur intégration par l'Etat ;

Permettre au personnel enseignant permanent du centre d'effectuer des formations continues ;

Soutenir le centre dans le domaine de la recherche action.

10.4.13 Nouveau Planning 2008

Année 2008 du centre de formation de Ouallam

Résultats Attendus	Activités	T1	T2	T3	T4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	CAT DEP
1.1: L'accessibilité des services de santé a augmenté	1,1,1 Réaliser une étude pour définir et estimer le coût de l'ensemble du paquet minimum d'activités pour les trois stratégies d'intervention (fixe, avancée et mobile) dans le DS de Ouallam	X				0	CPADS	CTB	Résultats de l'étude	a
	1,1,2 Équiper le logement du Directeur		X			1.000.000	CPADS	CTB	Accusé de réception	a
	1,1,3 Construire un bureau pour les formateurs/encadreurs		X			5.000.000	CPADS	CTB	Accusé de réception	a
	1,2,2 Appuyer le DS de Ouallam dans l'encadrement rapproché des CSI retenus comme terrain de stage	X				PM	CPADS	CTB	Rapports	a
	1,2,3 Élaborer à l'intention des ECD un guide pratique pour l'élaboration des instructions opérationnelles	X				PM	CPADS	CTB	Guide élaboré	a
2.6 : Les activités en planification familiale sont renforcées	2.6.1 Modéliser l'offre intégrée active de la PF initiée par le DS de Ouallam en 2002			X		PM	CPADS	CTB	Modèle développé	a
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadres de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Organiser 3 sessions de formation des membres des ECD et Staffs des DRSP en management de district sanitaire	X				PM	CPADS	FC	Rapports des 3 sessions de formation	a
						PM		CTB		
						PM		Santé II FAD		
	3.2.2 Organiser 1 session de formation des membres des ECD de Tahoua et Tillabéri en partenariat avec l'ISP		X				PM	CPADS	Santé II FAD	Rapport de la session de formation
3.2.3 Encadrer les activités de recherche action dans 10 districts sanitaires		X				5.000.000	CPADS	CTB	Rapports	a

5.2 : Les capacités de conception et de gestion du CPADS sont renforcées	5.2.1. Contribuer à l'appui au fonctionnement du centre	X	x	x	x	5.000.000	CPADS	CTB		
5.3 : La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.3.2 Évaluer la Qualité des soins dans le district sanitaire de Ouallam	X				0	CPADS	CTB	Rapport d'évaluation	a
	5.3.5 Doter le CPADS d'un véhicule pour assurer le suivi et l'encadrement rapproché des ECD et DRSP	X				PM	CPADS	CTB	Accusé de réception	a
	5.3.7 Organiser 2 évaluations du PAA 2008		X			700.000	CPADS	CTB	Rapport de l'atelier	a
5.4 : Un système performant d'information sanitaire et de gestion est utilisé à tous les niveaux	5.4.1 Éditer en 100 exemplaires un bulletin trimestriel d'information sur les activités du CPADS et du District sanitaire de Ouallam	X				0	CPADS	CTB	Bulletins	a
	5.4.2 Établir une connexion internet à haut débit au CPADS	X				500.000	CPADS	CTB	Facture	a
6.2 : Une politique de motivation des agents affectés en périphérie est mise en place	6.2.1 Payer des indemnités au personnel du CPADS	X				8.400.000	CPADS	CTB	Décision du comité de gestion du CPADS	a
	6.3.3 Réorganiser le programme de formation en management de district	X				5.000.000	CPADS	CTB	Programmes révisé	a
7.2 : Les capacités en matière de la mise en œuvre de la politique de maintenance, des infrastructures et équipements sont renforcées	7.2.1 Assurer la maintenance préventive et curative du matériel technique par un contrat						CPADS	ETAT	Contrat	
		X				1.000.000	CPADS	CTB	Contrat	a
	7.2.2 Assurer la maintenance préventive et curative des bâtiments par un contrat						CPADS	ETAT	Contrat	
		X				1.500.000	CPADS	CTB	Contrat	a

PAPDS Rapport annuel **2007**

	7,2,3 Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant par un contrat	X					CPADS	ETAT	Contrat	a
						2.000.000	CPADS	CTB	Contrat	
	7,2,4 Assurer le carburant pour le fonctionnement du CPADS	X					CPADS	ETAT		a
						1.000.000	CPADS	CTB	TDR approuvé	
						36.100.000				

Partie 3 : Autres institutions de formation

Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées

RESULTAT SP4/R2

10.4.14 Aperçu des activités

En 2007, 21 CCD à la FSS ont été formés mais sur financement Italien.

La FSS a également mis des enseignants à la disposition du centre de Ouallam pour le besoin de formation en management de district.

Résultat SP4/R2/A2 : appuyer l'équipement en matériel didactique, informatique et de reproduction

Cette activité a été réalisée pour un montant de 4 504 000.

Résultat SP4/R2/A3 : appuyer la fourniture de matériel de chirurgie et de consommables chirurgicaux

Cette activité a été réalisée avec l'octroi direct du financement aux centres de formations

Résultat SP4/R2/A4 : suivre les stagiaires en management et en chirurgie de district

En dehors de Dosso ou cette activité a été réalisée par le chirurgien et le gynécologue du CHR, le suivi post-formation n'a pas pu se dérouler sur l'ensemble du pays en 2007.

10.4.15 Nouveau Planning 2008

Planification des activités 2008 de la Faculté des Sciences de la Santé

Intitulé de l'activité	Montant programmé	T1 2008	T2 2008	T3 2008	T4 2008
Appui à l'équipement en matériel informatique et didactique	10 278 000		10 278 000		
Appui en fourniture de matériel et consommables chirurgicaux et réactifs de laboratoire	20 602 000		20 602 000		
Suivi des chirurgiens de district en cours d'emploi niveau FSS	5 684 000		5 684 000		
Suivi des chirurgiens de district en cours d'emploi niveau MSP	5 000 000		2 500 000	2 500 000	
Appui à la documentation	7 000 000			3 500 000	3 500 000
Totaux	48 564 000	0	39 064 000	6 000 000	3 500 000

Nouveau Planning 2008 SP 4 (Partie 1,2 &3)

PAPDS	Code Budget	janv-08	févr-08	mars-08	avr-08	mai-08	juin-08	juil-08	août-08	sept-08	oct-08	nov-08	déc-08	Total 2008
	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA
Sous programme 4		3.426.000	3.426.000	16.476.000	32.432.500	16.482.000	24.934.000	1.912.500	0	29.050.000	6.162.500	0	4.462.500	138.764.000
Le DS de Ouallam fonctionne comme un DS modèle et assure la formation en management de DS	A_13	0	0	10.050.000	28.312.500	0	16.250.000	1.912.500	0	26.550.000	2.662.500	0	4.462.500	90.200.000
Renforcer le centre de formation en management de DS de Ouallam	A_13_01	0	0	0	25.650.000	0	7.950.000	0	0	1.250.000	0	0	1.250.000	36.100.000
1,1,2 Équiper le logement du Directeur	1.000.000						1.000.000							1.000.000
1,1,3 Construire un bureau pour les formateurs/encadreurs	5.000.000						5.000.000							5.000.000
3.2.3 Encadrer les activités de recherche action dans 10 districts sanitaires	5.000.000				1.250.000		1.250.000			1.250.000			1.250.000	5.000.000
5.2.1. Contribuer à l'appui au fonctionnement du centre	5.000.000				5.000.000									5.000.000
5.3.7 Organiser 2 évaluations du PAA 2008	700.000						700.000							700.000
5,4,2 Établir une connexion internet à haut débit au CPADS	500.000				500.000									500.000
6.2.1 Payer des indemnités au personnel	8.400.000				8.400.000									8.400.000

														0
Assurer la formation continue du personnel du DS	A_13_03	0	0	550.000	0	0	1.550.000	0	0	550.000	0	0	550.000	3.200.000
5.3.3 Poursuivre l'encadrement de proximité des CSI en vue du développement de centres modèles	1.000.000			250.000			250.000			250.000			250.000	1.000.000
6.2.1 Organiser une mission d'évaluation des performances réalisées au niveau des CSI conformément au système de motivation institué en 2007 .	1.000.000						1.000.000							1.000.000
6.2.2 Assurer l'appui au district en indemnités diverses	1.200.000			300.000			300.000			300.000			300.000	1.200.000
														0

Renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI	A_13_04	0	0	9.500.000	2.662.500	0	750.000	1.912.500	0	24.750.000	2.662.500	0	2.662.500	44.900.000
1,1.9 Doter 05 CSI en motos DT 125	8.750.000			8.750.000										8.750.000
2.3.6 Appuyer le bloc opératoire MEG et Consommables	3.000.000				750.000			750.000			750.000		750.000	3.000.000
2.3.7 Doter le laboratoire et la radio en réactifs et consommables	4.650.000				1.162.500			1.162.500			1.162.500		1.162.500	4.650.000
Achat pneumatique pour les véhicules	1.500.000				750.000						750.000			1.500.000
Entretien véhicule	2.000.000			500.000			500.000			500.000			500.000	2.000.000
Entretien de 09 motos (contrat de maintenance et d'entretien + achat de	1.000.000			250.000			250.000			250.000			250.000	1.000.000

pièces détachées)															
2.4.1 Renouveler une ambulance de l'HD	24.000.000									24.000.000					24.000.000
															0

Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées	A_14	3.426.000	3.426.000	6.426.000	4.120.000	16.482.000	8.684.000	0	0	2.500.000	3.500.000	0	0	48.564.000
Aménagement d'une salle de formation pour chirurgie DS	A_14_01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
														0

Appuyer l'équipement en matériel didactique, informatique et de reproduction	A_14_02	3.426.000	3.426.000	3.426.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10.278.000
Matériel didactique, informatique et de reproduction / Chirurgie	R2/A2/1	3.426.000	3.426.000	3.426.000										10.278.000
														0

Appuyer la fourniture de matériels et consommables chirurgicaux	A_14_03	0	0	0	4.120.000	16.482.000	0	0	0	0	0	0	0	20.602.000
Appui en équipement technique chirurgical (HNN, HNL, MIG)	R2/A3/1				4.120.000	16.482.000								20.602.000
														0

Suivre les stagiaires en chirurgie de district et en	A_14_04	0	0	3.000.000	0	0	5.184.000	0	0	2.500.000	0	0	0	10.684.000
---	---------	---	---	-----------	---	---	-----------	---	---	-----------	---	---	---	------------

management après la formation															
Frais de suivi	R2/A4/1			3.000.000			2.684.000								5.684.000
Suivi après formation	R2/A4/3						2.500.000			2.500.000					5.000.000
															0
Appuyer la documentation	A_14_05	0	0	0	0	0	3.500.000	0	0	0	3.500.000	0	0	0	7.000.000
							3.500.000				3.500.000				7.000.000
															0
Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	A_14_06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
															0
Appuyer l'intégration de la formation Ouallam dans le programme d'enseignement de la FSS	A_14_07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
															0
Les institutions de formation sont appuyées	A_15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mettre en place des terrains de stage modèles aux DS de Ouallam, Commune III, Dosso et Douthi	A_15_01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
															0
Encadrer les étudiants des institutions de formation pour leurs	A_15_02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10.5 Sous-programme 5 (appui institutionnel)

10.5.1 Aperçu des activités 2007 sur financement du PAPDS

Résultats/Activités	Réalisé	En cours	Non Réalisé	Commentaires
Résultat 1 : La cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle				
1.2.1 : Assurer le fonctionnement de la CAI	1			Salaires et fonctionnement courant
Résultat 2 : le suivi de la mise en œuvre du PDS est assuré				
2.1.1 Appuyer l'élaboration des PDS et des PDSR	1			Cofinancé avec FC
2.2.1 Appuyer les revues semestrielles 2007 et l'élaboration des PAA 2008	1			Cofinancé avec FC, Unicef
2.2.2. Organiser une revue semestrielle et une annuelle à Niamey	1			Cofinancé avec FC
2.2.3 Suivre sur le terrain la MEO des activités du PDS au niveau des services déconcentrés			1	
2.2.4 Suivre trimestriellement la MEO des PAA 2007 des directions et services du MSP			1	
2.3.1 Appuyer l'élaboration des outils de planification - guide	1			
2.3.2 Compléter la formation en suivi évaluation du PDS: niveau central, chefs CSI	1			Cofinancé avec FC Réalisé pour le niveau central
2.3.3 Appuyer l'expérimentation du tableau de bord des CSI et DS		1		Par le SNIS, Financement UNICEF et appui technique CAI
2.3.4 Tenir un atelier de validation des normes et paquets de services sur lesquels seront basés les contrats de performance	1			Cofinancé avec FC
2.4.1 Appuyer l'élaboration de la politique de santé urbaine	1			Atelier consensus sur la réforme hospitalière

2.4.2 Elaborer et valider une politique de contractualisation		1		Cofinancé avec FC Participation Dr Miyé à la formation de Rabat
Résultat 3 : La coordination des PTF est assurée				
3.1.1 Mettre en place des mécanismes de coordination des PTF à tous niveaux	1			Après le niveau central, mise en place de chefs de file régionaux
3.2.1 : Participer à la mobilisation des ressources	1			Développement du cadre partenarial
Résultat 4 : Les capacités gestionnaires des ECD et DRSP sont renforcées				
4.1.1 Participer à la supervision semestriellement des DRSP, des projets et programmes			1	Cofinancé avec Unicef et FC
4.1.2 : Appuyer les ECD et DRSP dans l'organisation d'un système de référence contre référence (guide, encadrement)			1	Documentation des expériences non faite
4.1.3 Appuyer le renforcement des compétences en gestion RH au niveau central (description des postes, plan de performance)		1		Réalisé pour la DEP
4.1.4 Appuyer l'encadrement de proximité des ECD, DRSP et du centre de formation de Ouallam (terrain de stage)	1			2 sessions
4.2.1 Participer aux formations et réunions	1			Insuffisant
4.3.1 Appuyer l'organisation des formations continues	1			Insuffisant
Résultat 5 : Les capacités en RA sont renforcées et les résultats utilisés				
5.1.1. Appuyer le plan national de recherche			1	Manque de point focal
5.2.1 Mener une recherche Action sur le maintien DES CCD		1		Protocole élaboré, mise en place du comité. Pas de décision du MSP sur les incitants
5.2.2.: Tester une approche d'amélioration de qualité de soins à Doutchi		1		Réorienté vers le DS modèle
5.2.3 Mener une Recherche Action sur l'accessibilité financière		1		Niveau protocole

5.2.4 Mener une Recherche Action sur l'utilisation des soins curatifs		1		Etude en cours au CSI de Ouallam
5.3.1 : Appuyer la diffusion des expériences et résultats de recherche			1	Faute de temps
5.5.1. Appuyer le Département de Santé Publique de la FSS en matière de RSS		1		3 thèses soutenues
Total	13	8	6	
Taux	48%	30%	22%	48% de réalisation physique et 78% si on tient compte des activités en cours.

Résultats 1 : La cellule d'appui institutionnel (CAI) est fonctionnelle

La cellule d'appui institutionnel (CAI) du Programme d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PAPDS), rattachée à la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du Ministère de la Santé Publique (MSP) est fonctionnelle.

Elle a apporté plusieurs appuis aux différents niveaux de la pyramide sanitaire : central, régional et district au cours de l'année 2007.

Au cours de l'année 2007, la cellule a reçu un véhicule pour les sorties sur le terrain et s'est dotée de deux ordinateurs portables.

Résultat 2 : Le suivi de la mise en œuvre du PDS est réalisé

EN appui à la DEP, la CAI a joué un rôle important dans le processus d'élaboration des plans de développement sanitaires des districts (PDSD), des plans de développement des Régions (PDSR) et des plans quinquennaux des Centres hospitaliers régionaux (CHR) et des Maternités Régionales de Référence (MRR) ainsi que des Directions régionales de la Santé Publique (DRSP) à travers l'élaboration de documents et guides de planification et un appui direct aux structures. En fin 2007, toutes les structures disposent d'un plan couvrant la période 2008-2012.

La CAI a appuyé la DEP pour l'adoption du document des normes et standards de planification des niveaux régional et district élaboré avec sa contribution en 2006.

Le temps de la CAI a été largement absorbé par l'élaboration des PSDS et PDSR en 2007.

En février et juillet 2007, la CAI a appuyé la DEP dans l'organisation des réunions du comité technique national de santé (CTNS) et du comité national de santé (CNS). Ces instances sont indispensables pour l'approbation et la validation des PAA.

En appui à la DEP, à travers des équipes mises en place par le MSP, des missions d'appui ont été menées au niveau des régions pour les revues semestrielle et annuelle des PAA 2007 et la planification 2008. La CAI a appuyé la DEP pour la consolidation des PAA 2008, à travers un atelier tenu à Sadoré en décembre 2007.

En appui à la DEP, la CAI a participé à la formation des cadres centraux du MSP sur le suivi évaluation du PDS sur la base du guide élaboré en 2006. Par contre cette formation prévue pour les agents de santé des CSI n'a pas pu se réaliser.

Dans le cadre du suivi évaluation du PDS en vue de l'adaptation du système d'information sanitaire, la CAI a appuyé le SNIS pour la révision des supports.

Avec le sous-programme Niamey, la CAI a contribué aux réflexions sur l'élaboration d'une politique de santé urbaine à travers l'appui à l'élaboration des PSDS, PDSR de la Région de Niamey. Il n'existe pas de politique de santé urbaine au Niger.

La CAI contribue actuellement à l'élaboration d'une politique de contractualisation, pilotée par la DEP du Ministère.

Résultat 3 : La coordination des PTF est assurée

La CAI a appuyé le Chef de File des partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur santé au Niger, assuré par le Royaume de Belgique. La CAI a assuré le secrétariat des réunions des PTF et du MSP et participé à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PDS.

En appui au Chef de file, la CAI a participé à la préparation et la mise en place d'un cadre de partenariat au niveau régional avec la désignation du chef de file des PTF dans chaque Région. La CAI a participé à la rédaction des aides mémoires des revues conjointes MSP-PTF

Résultat 4: les capacités gestionnaires des ECD et DRSP sont renforcées

Avec la DEP et en appui aux DRSP de Dosso et Tillabéri, CAI a participé à l'élaboration d'un guide de formation en micro planification et la formation des formateurs en micro planification au niveau de ces deux Régions. Des formations en micro planification seront réalisées en 2008 au niveau des districts à l'intention des infirmiers en vue de l'élaboration des micros plans qui seront intégrés dans les PAA 2009 des districts sanitaires. Il s'agit d'un processus graduel sous forme de test.

En appui au Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires (CPADS) de Ouallam, la CAI a participé à la formation des ECD en management du district : formation théorique et encadrement de terrain.

En appui technique au SNIS, la CAI participe à l'expérimentation d'un tableau de bord santé dans les districts sanitaires de Boboye et de Say sur financement l'Unicef.

En appui à la DRSP de Dosso, en accord avec le sous-programme Dosso et avec le concours de l'équipe de suivi scientifique, la CAI a démarré un appui d'encadrement de proximité à l'ECD de Doutchi dans le cadre de la mise en place du district de formation.

Résultat 5 : les capacités en recherche sur le système de santé sont renforcées et les résultats utilisés

La CAI a poursuivi les dossiers d'études retenus comme prioritaires en 2006 avec l'équipe de suivi scientifique. Il s'agit de : la chirurgie de district, la qualité des soins, l'accessibilité financière aux plus démunis.

S'agissant de la qualité des soins, une étude a été réalisée sur « L'analyse des déterminants de l'utilisation des soins curatifs des centres de santé intégrés dans le district sanitaires de Ouallam ». Cette étude, appuyée par l'équipe de suivi scientifique, a servi également de thèse de doctorat en médecine à la faculté des sciences de la santé (FSS) de l'université Abdou Momouni (UAM) de Niamey. En appui à l'ECD et au CPADS, une recherche action a été lancée dans le CSI urbain de Ouallam.

Concernant la chirurgie de district un suivi des capacitaires en chirurgie de district (CCD) est assuré dans les régions de Dosso et Tillabéri par la Faculté des Sciences de la Santé, L'AT du Sous-programme Orthopédie/Traumatologie et le Sous-programme Dosso. Dans les autres Régions, il n'y a pas de suivi. L'absence de prise de décision du MSP sur le paquet d'incitants nécessaires au maintien des CCD en périphérie freine la recherche.

En 2007, en collaboration avec les autres sous-programmes, la CAI a contribué à la préparation et à la tenue d'un atelier sur le district sanitaire modèle sous la responsabilité de la DEP, avec la participation des niveaux central, régional et district.

Trois étudiants de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), trois de l'Institut de Santé Publique (ISP) et un étudiant nigérien au Cameroun ont été soutenus dans le cadre de leurs mémoires de fin d'étude en 2007. Les thèmes ont trait à :

- Déterminants de l'utilisation des soins curatifs des CSI à Ouallam (FSS)
- Analyse des références obstétricales à la Maternité Issaka Gazobi (MIG) de Niamey (FSS)
- Prise en charge des lithiases vésicales à l'HD de Gaweye, District III, Niamey (FSS)
- Les déterminants de l'utilisation de la CPN (CSI urbain Ouallam, ISP),
- Le fonctionnement des comités de gestion des épidémies (District sanitaire de Kollo, ISP)
- L'impact des activités foraines (CSI de Koré-Mairoua, District sanitaire de Douchi, ISP)
- L'appui des ONG aux services de santé lors de la crise alimentaire de 2005 (région de Maradi)

En dehors des résultats du DTF, mais en appui au MSP, plusieurs activités ont été réalisées notamment :

En appui à la DRSP : l'encadrement de la formation sur l'approche centrée sur le patient (ACP) au CHR de Niamey,

En appui à la Direction de l'Organisation des Soins (DOS) : la réforme hospitalière, la mise en œuvre de la gratuité des soins,

En appui à la DEP et à la DOS : la révision des modules sur la participation communautaire.

Par ailleurs, la CAI a participé à des missions d'échanges d'expériences (Sénégal et Mali) et de formation sur la contractualisation au Maroc.

10.5.2 Analyse de la planification des activités

Avec la vacance de responsable et de coresponsable, intervenue au niveau de la cellule de coordination, la CAI a participé activement à la coordination des sous programmes du PAPDS.

Les changements de responsables au niveau de la CAI (qui a connu déjà 2 responsables en 3 ans et un troisième est attendu pour 2008) crée une mobilité au poste qui ne favorise pas l'efficacité et l'efficacité dans le travail. La CAI est fortement sollicitée.

L'appui aux ECD et DRSP pour l'organisation des références et contre références n'a pas été réalisé du fait d'une forte sollicitation de la CAI pour d'autres activités, ce qui n'a pas permis de documenter les expériences existantes (Dosso, Ouallam, Tahoua et Niamey) et d'en faire un guide à utiliser pour encadrer les ECD et DRSP.

L'exécution de certaines activités est souvent confrontée aux problèmes de coordination entre les différents niveaux du système de santé : ainsi la formation en micro planification fut reportée du fait des JNV et du retard accusé dans l'élaboration des plans de couverture sanitaire des districts. De même l'exécution des visites de terrain pose des problèmes de coordination avec les différents niveaux du système de santé mais aussi avec les autres sous-programmes du PAPDS.

L'appui au plan national de recherche n'a pas été réalisé faute d'un cadre organisationnel clair au niveau du MSP.

La diffusion d'expériences et résultats de recherches n'a pas été réalisée du fait qu'un temps n'a pas pu être dégagé pour organiser des rencontres dans ce sens.

Les dossiers thématiques de recherche action connaissent un retard d'exécution du fait de la lenteur dans l'élaboration des protocoles, du souci permanent d'associer les différents acteurs (niveaux central et décentralisé du MSP, université...), l'absence ou retard dans la prise de décision, mais aussi de la mobilité des agents sur le terrain. Sur ce dernier aspect, au CSI urbain de Ouallam, la recherche action sur la qualité des soins est en suspens du fait du départ de l'infirmier chef en spécialisation. La mobilité du personnel conduit à un éternel recommencement des actions.

10.5.3 Bilan des finances

10.5.3.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

Toutes les dépenses sont exécutées en cogestion à l'exception de la prise en charge de l'assistant technique international de la CAI.

PAPDS	Budget total CO1	Dépenses 2006	Dépenses 2007	Dépenses Cumul fin 2007	Solde fin 2007	% de réalisation
	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA	F CFA
Sous-programme 5	540 757 832	87 526 711	167 400 299	282 619 539	258 138 292	52,26%
La cellule d'appui institutionnel est opérationnelle	261 110 243	57 100 663	84 300 366	159 742 670	101 367 574	61,18%
Le suivi de la mise en œuvre du PDS est réalisé	140 256 726	23 906 582	75 340 781	108 598 253	31 658 472	77,43%
La coordination des PTF est assurée	0	0	4 001	4 001	-4 001	#DIV/0!
Les capacités gestionnaires des DRSP et ECD sont renforcées	43 293 162	1 212 910	4 483 446	5 696 357	37 596 805	13,16%
Les capacités en recherche en système de santé sont renforcées et les résultats utilisés	96 097 701	5 306 554	3 271 704	8 578 258	87 519 443	8,93%

10.5.4 Analyse du planning financier

La CAI est à un taux d'exécution de 52,26 % de son budget total en fin 2007.

En 2007, sur une prévision budgétaire de 181.798.000 F CFA fait dans le cadre du PAA 2007 de la DEP, 129.354.188 F CFA ont été dépensés soit un taux de réalisation de 71%, ce qui satisfaisant. En plus il faudrait ajouter l'achat du deuxième véhicule de la CAI sur le budget 2007.

Les écarts s'explique essentiellement par :

- La non réalisation de certaines activités de recherche et leur diffusion (28.000.000 F CFA),
- La non réalisation des activités de suivi et supervision du niveau central vers les districts et Région (14.000.000 F CFA).

10.5.5 Suivi des indicateurs

10.5.5.1 Objectif spécifique

L'objectif spécifique du programme est « L'offre des services et soins de santé est améliorée en terme de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger ».

La CAI contribue à l'atteinte de cet objectif par son appui aux niveaux central, régional et district à travers essentiellement la planification, la formation et la recherche.

10.5.5.2 Résultats

Etant donné qu'il n'existe pas de projection des niveaux attendus pour les différents indicateurs, il n'est pas possible de faire une comparaison entre le taux planifié (baseline) et celui réalisé.

10.5.5.3 Évolution des indicateurs (graphique)

Résultat attendu	Indicateur	Niveau atteint en 2006	Niveau atteint en 2007
RV.1.: La cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle	Nombre de visites d'encadrement des ECD et DRSP du pays	21 visites pour un total de 77 jours	35 visites pour un total de 134 jours
RV.2.: Le suivi de la mise en œuvre du PDS est assuré	- Nombres de plans de développement sanitaire de district et de région, élaborés avec l'appui de la cellule	Appui au lancement du PDS Tahoua	42 PDS, 8 PDSR et 16 Plans quinquennaux élaborés
	- Outils de planification, de suivi et d'évaluation, disponibles	-Guide de suivi et d'évaluation du PDS disponible -Canevas d'élaboration des plans d'action disponible -Canevas d'élaboration des PDS disponible	-Guide de suivi et d'évaluation du PDS disponible -Canevas d'élaboration des plans d'action disponible -Canevas d'élaboration des PDS disponible

RV.3.: La coordination des PTF est assurée	- Nombre de réunions des partenaires techniques et financiers au niveau national, régional (échantillon de régions) et districts (échantillon de districts)	8 Réunions tenues au niveau central, et une revue conjointe.	6 réunions tenues au niveau central et 2 revues conjointes tenues
	- Les interventions des partenaires sont intégrées dans les plans	La plupart des activités sont intégrées.	-Les PDS, PDSR et PAA intègrent les interventions des partenaires -Mise en place des chefs de files régionaux des PTF
RV.4.: Les capacités gestionnaires des ECD et DRSP sont renforcées	- % de district et de DRSP qui élaborent et mettent en œuvre un plan de formation continue du personnel	Aucun	Aucun
RV.5.: Les capacités en RA sont renforcées et les résultats utilisés	Nombre d'expériences documentées et/ou de recherches action réalisées	4 mémoires encadrés, une recherche lancée	3 thèses et 4 mémoires encadrés 3 recherches action en cours

10.5.6 Appréciation des critères de suivi

10.5.6.1 Efficience

Globalement les résultats sont atteints en 2007, avec un taux brut de réalisation physique de 78 % dont 48 % des activités sont totalement réalisées et 30% en cours de réalisation car s'étalant sur plus d'un an. Les activités en cours se poursuivront au cours de 2008.

Trois activités importantes n'ont pas été réalisées :

L'organisation des références et contre références : les sollicitations de la CAI n'ont pas permis de réunir les expériences documentées (Dosso, Ouallam, Tahoua et Niamey), d'en faire un guide national et de l'utiliser pour appuyer les ECD et DRSP pour la mise en place du système de référence et contre référence. Cette activité est reconduite en 2008.

La diffusion des résultats des expériences et recherche : il s'agit des mêmes raisons que pour le système de référence contre référence. L'activité est reprise pour 2008.

L'appui au plan national de recherche : elle n'a pas été réalisée faute d'un cadre organisationnel clair au niveau du MSP. Les recherches en cours sont en conformité avec le plan national, mais il s'agit de désigner au sein du MSP la ou les personnes responsables pour la mise en œuvre et le suivi de ce plan.

Le timing dépend du moment où la structure appuyée décide de réaliser l'activité. La CAI a travaillé au niveau central à travers plusieurs comités ou groupes de travail mis en place par le MSP. Pour cela, elle a utilisé une répartition des tâches entre les trois experts et avec un système de réunions hebdomadaires de coordination au sein de la cellule. Un système de réunions hebdomadaires avec les autres sous-programmes du PAPDS a été également institué en 2007.

Pour les activités qui impliquent différents niveaux du système de santé, il existe des problèmes de coordination qui influencent négativement sur la programmation des activités. Les JNV continuent toujours à perturber l'exécution des activités en périphérie, les dates n'étant toujours pas précisées à l'avance.

Les fortes sollicitations de la CAI par les Niveaux Central et régional perturbent son programme de travail et le respect des priorités fixées par la cellule.

Les moyens engagés pouvaient être affectés de manière plus optimale car les deux véhicules de la CAI devraient être mis à disposition début 2006. Le premier l'a été en avril 2007. A ce jour le deuxième véhicule n'est pas mis en place. Cette situation entrave les visites de terrain. De plus le fait que la CAI ne puisse pas établir elle-même ses ordres de mission est un facteur limitant pour les visites de terrain.

Malgré ces difficultés, la plupart des activités contribuant à l'atteinte des résultats du programme ont été réalisées. La qualité des activités est bonne et n'a pas été affectée négativement par les ressources disponibles.

10.5.6.2 Efficacité

Les activités exécutées contribuent à la réalisation des résultats attendus ainsi qu'à l'atteinte de l'objectif spécifique du programme.

La Cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle et apporte sa contribution à la réalisation de l'objectif du programme à travers les appuis aux différents niveaux du système.

Le suivi de la mise en œuvre du PDS est effectif grâce à l'élaboration et la mise à disposition d'outils et de guides de planification et de suivi, l'appui direct aux structures à travers la DEP pour l'élaboration des plans et programmes de développement sanitaire.

La coordination des PTF est assurée à travers des réunions mensuelles au niveau central, permettant des prises de décisions pour mieux gérer le système de santé. Ce schéma

d'organisation au niveau central qui a montré son efficacité a été étendu au Régions par la nomination de chefs de files régionaux.

La CAI a contribué au renforcement des capacités gestionnaires des ECD et DRSP à travers des formations et dans le cadre des revues du PDS. L'encadrement de proximité, la supervision des DRSP restent à développer ainsi que la mise en place des plans de formation continue, cela en rapport avec les structures concernées.

La CAI a contribué au renforcement des capacités en recherche sur le système de santé au niveau des écoles de formations. La documentation des expériences et la diffusion des résultats ne sont pas encore effectives mais elles seront prises en compte dans la planification 2008.

10.5.6.3 Durabilité

Les outils de planification élaborés contribueront à la pérennisation des activités de planification.

Le processus de planification et de suivi évaluation avec l'élaboration des PDSD, PDSR et PAA contribuent au renforcement de la décentralisation et des capacités des acteurs en périphérie.

Les formations contribuent au renforcement des compétences du personnel et assurent une durabilité des actions.

Néanmoins la bonne gouvernance reste à améliorer à tous les niveaux.

La CAI travaille de façon intégrée au niveau du Ministère, mais les mécanismes de coordination au niveau des différentes Directions sont à améliorer pour plus efficacité et d'efficience des actions.

La mobilité du personnel à travers les affectations nuit à la continuité des actions

Il y a une faible capacité d'absorption au niveau du Ministère pour le transfert des compétences, ce qui constitue un risque de substitution.

10.5.7 Mesures et recommandations

10.5.7.1 Synthèse des critères d'appréciation

Les résultats obtenus par la CAI sont efficaces, efficaces et durables ; les efforts sont à poursuivre.

Il existe des limites à la mise en œuvre des actions principalement à deux niveaux:

- Au niveau MSP : l'insuffisance de personnel opérationnel et sa mobilité en périphérie et l'inadéquation profil/poste au niveau central
- Au niveau de la CAI : Le départ du responsable

10.5.7.2 Recommandations

Prendre des mesures urgentes pour le remplacement du responsable de CAI

Concentrer les efforts sur la mise en place du district de formation de Douthi dans le domaine de la recherche.

10.5.8 Nouveau planning 2008

10.5.8.1 Planning des activités de l'année N+1

Planification des activités de la Cellule d'appui institutionnel – SOUS PROGRAMME 5/ PAPDS année 2008									
Activités	T1	T2	T3	T4	Coût en CFA	Responsable	Sources de financement	Indicateurs d'activités	
1.1.1: Tester une approche d'amélioration de qualité de soins à Douthi					3.000.000	DGSP / DEP	PA/PDS		
1.1.2 : Appuyer la diffusion des expériences et résultats de recherche					5.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nombre d'expériences documentées	R5 A_20_03
1.1.3. Appuyer le Département de Santé Publique de la FSS en matière de RSS					3.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nr de recherches avec implication FSS	R5 A_20_05
1.1.4 Appuyer la coordination de la formation et de la recherche (Capacité en chirurgie de district, Appui à la FSS,)					PM	CAI/DEP	PA/PDS	Nombre de formations encadrées	A_20_06
1.1.5 Mener une recherche Action sur l'accessibilité financière					5.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Système de PEC indigènes fonctionnel a Douthi	R5 A_20_01
1.1.6 Mener une Recherche Action sur le maintien DES CCD					5.000.000	CAI/DEP	PA/PDS		
1.1.7 Mener une Recherche Action sur l'utilisation des soins curatifs					5.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nombre d'expériences documentées	R5 A_20_01
	X	X	X	X				Nombre d'expériences documentées et/ou de recherches action réalisées	
3.2.2 Appuyer le plan national de recherche	X	X	X	X	15.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nombre de thèses et mémoires encadrés	R5 A_20_01
4.2.1. Appuyer les régions dans l'élaboration des micros plans des CSI	X	X	X		3.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nombre d'appuis apportés aux régions	R4 A_19_01
4.3.1 Appuyer l'élaboration de la politique de santé urbaine	X	X	X	X	3.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Document de politique	R1 R2 A_17_04
			X	X		DERP/DEP	UNICEF		
3.1.1. Appuyer l'élaboration des plans d'action annuelle 2009 au niveau central et des régions			X	X	15.000.000	DEP/DERP	PA/PDS	nbre d'appuis apportés aux régions et au niveau central	
3.1.2 Appuyer l'élaboration des plans d'établissement	X	X	X	X	PM	DOS/DERP	PA/PDS	nombre de CHR appuyés	
3.1.4 Procéder à l'évaluation externe du PDS 2005-		X	X		5.000.000	DS/E/DEP	PA/PDS	Un rapport d'évaluation externe disponible	R2 A_17_01

2010											
3.1.7 Appuyer la finalisation des Plans de couverture sanitaire (appui par région)	X	X	X	X	10.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nr de Plans CS finalisés	R2	A_17_04	
2.4.1 : Appuyer les ECD et DRSP dans l'organisation d'un système de référence contre référence (guide, encadrement)	X	X	X	X	1.500.000	DGSP/DEP	PA/PDS	Pourcentage de districts qui ont un système de référence contre référence organisée.	R4	A_19_01	
3.2.1 : Appuyer l'encadrement de proximité des ECD, DRSP et du centre de formation de Ouallam (terrain de stage) y compris le suivi après formation	X	X	X	X	10.000.000	DEP/DRH	PA/PDS	Nombre d'ECD et de DRSP dont les membres sont formés en management et ayant bénéficié d'un encadrement post formation	R4	A_19_03	
5.1.7 Finaliser l'élaboration de la politique de contractualisation	X	X	X			DCS/DEP	FC	Un document de politique de contractualisation est élaboré, disponible et diffusé			
	X	X	X			DCS/DEP	OMS				
					3.000.000	CAI/DEP	PA/PDS				
5.1.18 Appuyer l'élaboration des outils de planification - guide	X	X						Canevas de planification révisés et disponibles			
	X	X			1.500.000	DEP/DS	PA/PDS	Guide de planification disponible	R2	A_17_03	
5.3.2. Suivre trimestriellement la MEO des PAA 2008 des directions et services du MSP	X	X	X	X	1.500.000	DS/E	PA/PDS	Nombre de rapports de suivi élaborés et transmis précisant les changements opérés	R2	A_17_02	
5.3.3 Organiser une revue semestrielle et annuelle à Niamey		X		X		DS &E/DEP	FC	Nombre de revues organisées avec rapports et aide mémoire transmis			
		X		X	10.500.000	DS/E/DEP	PA/PDS				
		X		X		DS/E/DEP	FAD II				
5.3.12 Participer à la supervision semestriellement des DRSP	X		X		5.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nbre de supervisions réalisées avec rapport / nombre de supervisions prévues	R4	A_19_01	
5.4.2 Appuyer la formation en nouveaux supports SNIS et S/E aux chefs CSI	X	X			7.000.000	DEP/DS	PA/PDS	Rapport de formation	R2	A_17_04	
6.1.1 : Assurer la prise en charge du personnel national de la CAI	X	X	X	X	61.500.000	PA/PDS	PA/PDS	Nombre de mois prestés et rémunérés	R1	A_16_01	
6.3.1 : Participer aux formations et réunions	X	X	X	X	3.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	Nombre de formations appuyées			
								Nombre de réunions encadrées	R4	A_19_02	
6.3.2 : Appuyer l'organisation des formations continues	X	X	X	X	5.000.000	CAI/DEP	PA/PDS	% de DS et DRSP qui élaborent et mettent en œuvre un plan de formation continue du personnel	R4	A_19_03	
Organiser des missions centrales vers les régions	X	X	X	X	2.000.000				R4	A_19_01	
Total PAA 2008					188.500.000						

N.B: sont totalisés seulement les montants dont la source de financement est le PAPDS

10.6 Situation des dépenses au 31/12/2007 Euros

Situation Financière PAPDS Euros 31 / 12 / 2007

Description	ModeFin	Budget	Dépenses 2005	Dépenses 2006	Dépenses 2007	Total dépenses fin 2007
A l'offre des services et soins de santé est amélioré en termes de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger		6.803.446	289.969	1.275.857	1.677.877	3.243.703
SOUS PROGRAMME 1 : DOSSO		3.254.326	148.617	627.831	865.008	1.641.456
01 Les capacités de la DRSP de Dosso en matière d'appui aux DS sont renforcées		760.786	86.288	232.159	172.878	491.325
01 Elaborer et mettre en œuvre PDS régional	COGES T	33.000	15.707	9.600	13.268	38.575
02 Renforcer les capacités d'appui aux DS	COGES T	727.786	70.581	222.558	159.610	452.750
02 Le fonctionnement du DS de Dosso est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et formation		292.660	7.208	72.081	83.991	163.280
01 Renforcer l'Equipe Cadre de District	COGES T	135.260	0	30.794	43.394	74.187
02 Assurer la formation continue du personnel	COGES T	37.800	0	0	23.955	23.955
03 Faire fonctionner les CSI de façon rationnelle en prenant na	COGES T	113.600	7.208	41.287	15.179	63.674
04 Rendre le district de Dosso fonctionnel comme terrain de stag	COGES T	6.000	0	0	1.464	1.464
03 Le fonctionnement intégré du DS de Doutchi est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation		457.780	10.181	76.402	131.443	218.025
01 Renforcer l'Equipe Cadre de District	COGES T	183.100	0	31.960	41.641	73.601
02 Assurer la formation continue du personnel	COGES T	81.680	0	670	24.343	25.013
03 Faire fonctionner l'HD et les CSI de façon rationnelle en pr	COGES T	178.600	10.181	43.772	62.420	116.373
04 Rendre le DS de Doutchi fonctionnel comme terrain de stage	COGES T	14.400	0	0	3.038	3.038

04 Le fonctionnement des DS de Boboye, Gaya et Loga est soutenu dans ses activités de routine prioritaires		1.008.460	29.071	182.232	327.779	539.082
01 Appuyer les Equipes Cadres de District	COGEST	415.380	112	89.766	121.197	211.075
02 Appuyer la formation continue du personnel	COGEST	120.880	0	1.340	36.283	37.622
03 Appuyer le fonctionnement des HD & des CSI	COGEST	472.200	28.960	91.126	170.299	290.384
05 Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé		734.640	15.870	64.957	148.917	229.744
01 Renforcer l'équipe cadre du CHR	COGEST	343.640	1.348	15.312	82.500	99.159
02 Assurer la formation continue du personnel	COGEST	10.000	0	2.397	3.089	5.485
03 Faire fonctionner le CHR de façon rationnelle en prenant not	COGEST	376.000	14.522	39.822	63.329	117.672
04 Rendre le CHR fonctionnel comme terrain de stage et de forma	COGEST	5.000	0	7.427	0	7.427
SOUS PROGRAMME 2 : NIAMEY		1.414.200	42.133	164.095	288.004	494.233
06 Les capacités d'appui de la DRSP de Niamey aux districts sont renforcées		58.830	10.974	36.806	36.231	84.011
01 Elaborer et mettre en œuvre progressivement un plan de couve	COGEST	15.800	2.764	7.950	12.219	22.933
02 Renforcer les capacités d'appui aux DS	COGEST	43.030	8.210	28.856	24.012	61.078
07 Le district sanitaire de la Commune III fonctionne de façon intégrée		408.660	23.272	77.941	142.469	243.682
01 Renforcer les capacités de l'Equipe Cadre de District	COGEST	97.530	165	23.291	33.674	57.130
02 Assurer la formation continue du personnel	COGEST	41.640	0	670	7.687	8.357
03 Rationaliser le fonctionnement de l'HD et des CSI	COGEST	147.290	23.106	47.421	12.372	82.899
04 Améliorer la couverture sanitaire des CSI	COGEST	110.800	0	6.560	88.737	95.296
05 Appuyer la mise en place d'un terrain de stage modèle	COGEST	11.400	0	0	0	0
08 Le district sanitaire de la Commune I est rendu progressivement fonctionnel		946.710	7.888	49.349	109.303	166.540
01 Renforcer les capacités de l'Equipe Cadre de District	COGEST	104.130	0	28.922	35.178	64.101
02 Assurer la formation continue du personnel	COGEST	40.570	0	2.964	12.541	15.505
03 Rendre fonctionnel rationnellement les premiers éléments de	COGEST	710.170	7.888	15.688	37.274	60.849
04 Améliorer la couverture sanitaire des CSI	COGEST	91.840	0	1.775	24.310	26.085

SOUS PROGRAMME 3 : ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE HOPITAL NATIONAL NIAMEY		501.840	652	87.207	126.874	214.734
09 L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée		203.740	652	36.566	70.001	107.219
01 Doter le département d'un chirurgien : verser une indemnité	COGEST	3.000	0	922	922	1.845
02 Fournir l'équipement chirurgical complémentaire	COGEST	90.040	0	15.683	24.089	39.771
03 Appuyer le fonctionnement du département	COGEST	110.700	652	19.961	44.990	65.603
10 La relève de l'A.T. au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée		24.600	0	5.486	790	6.276
01 Former un successeur à l'AT	COGEST	0	0	774	0	774
02 Planifier la relève de l'AT	COGEST	24.600	0	4.712	790	5.502
11 La spécialisation en DES de chirurgie est appuyée par le département de chirurgie OT		264.300	0	44.074	52.873	96.947
01 Assurer la formation des médecins en spécialisation (DES de	COGEST	62.700	0	4.164	16.614	20.778
02 Supporter les bourses des étudiants	COGEST	201.600	0	39.910	36.259	76.169
12 La formation en chirurgie de district est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique		9.200	0	1.081	3.211	4.292
01 Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	COGEST	0	0	0	0	0
02 Donner les cours aux étudiants en chirurgie de district	COGEST	0	0	72	0	72
03 Participer à l'encadrement des HD	COGEST	9.200	0	1.009	3.211	4.220
SOUS PROGRAMME 4 : INSTITUTIONS DE FORMATION		808.700	56.349	263.289	142.791	462.429
13 Le DS de Ouallam fonctionne comme un DS modèle et assure la formation en management de DS		487.620	17.248	240.541	134.859	392.648
01 Renforcer le centre de formation en management de DS de Oual	COGEST	230.040	4.421	159.816	107.192	271.428
02 Renforcer les capacités de l'ECD de Ouallam	COGEST	117.430	6.857	43.429	11.738	62.024
03 Assurer la formation continue du personnel du DS	COGEST	34.080	116	700	7.697	8.514
04 Renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI	COGEST	106.070	5.854	36.596	8.232	50.682
14 Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées		178.940	39.101	20.991	6.197	66.289
01 Aménagement d'une salle de formation pour chirurgie DS	COGEST	22.900	26.130	0	0	26.130
02 Appuyer l'équipement en matériel didactique, informatique et	COGEST	30.000	11.815	6.403	4.596	22.814
03 Appuyer la fourniture de matériels et consommables chirurgie	COGEST	84.900	0	12.298	0	12.298
04 Suivre les stagiaires en chirurgie de district et en management	COGEST	29.640	1.156	1.969	1.601	4.726
05 Appuyer la documentation	COGEST	11.500	0	321	0	321

06 Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	COGEST	0	0	0	0	0
07 Appuyer l'intégration de la formation Ouallam dans le progra	COGEST	0	0	0	0	0
15 Les institutions de formation sont appuyées		142.140	0	1.757	1.735	3.492
01 Mettre en place des terrains de stage modèles aux DS de Oua	COGEST	0	0	0	0	0
02 Encadrer les étudiants des institutions de formation pour le	COGEST	20.000	0	111	0	111
03 Donner certains cours dans les institutions de formation	COGEST	0	0	0	0	0
04 Appuyer les institutions de formation ENSP et ISP selon les	COGEST	100.000	0	1.646	0	1.646
05 Suivre les stagiaires en chir de district	COGEST	22.140	0	0	1.735	1.735
SOUS PROGRAMME 5 : APPUI INSTITUTIONNEL		824.380	42.217	133.434	255.200	430.851
16 La cellule d'appui instituionnel est opérationnelle		398.060	27.962	87.049	128.515	243.526
01 Mettre en place la cellule d'appui institutionnel	COGEST	212.680	7.318	50.079	65.117	122.514
02 Equiper la cellule d'appui institutionnel	COGEST	101.780	2.285	5.792	45.737	53.814
03 Assurer le fonctionnement de la cellule	COGEST	83.600	18.358	31.179	17.661	67.198
17 Le suivi de la mise en œuvre du PDS est réalisé		213.820	14.255	36.445	114.856	165.557
01 Appuyer l'élaboration des PDS et PDSR	COGEST	85.000	0	8.649	19.896	28.545
02 Appuyer l'élaboration, le suivi et l'évaluation des PAA aux	COGEST	88.000	13.889	24.278	67.991	106.159
03 Elaborer et appliquer des outils de planification de suivi e	COGEST	25.620	366	1.124	12.361	13.851
04 Appuyer l'organisation des services de santé en milieu urbain	COGEST	15.200	0	2.394	14.608	17.002
18 La coordination des PTF est assurée		0	0	0	6	6
01 Mettre en place des mécanismes de coordination des PTF à tou	COGEST	0	0	0	6	6
02 Participer à la mobilisation des ressources: humaines matér	COGEST	0	0	0	0	0
03 Assurer le secrétariat des réunions des PTF au niveau centra	COGEST	0	0	0	0	0
19 Les capacités gestionnaires des DRSP et ECD sont renforcées		66.000	0	1.849	6.835	8.684
01 Appuyer l'encadrement de proximité des DRSP et ECD	COGEST	24.000	0	559	296	855
02 Participer aux formations et réunions	COGEST	24.000	0	38	6.075	6.113
03 Appuyer l'organisation des formations continues	COGEST	18.000	0	1.252	464	1.716
20 Les capacités en recherche en système de santé sont renforcées et les résultats utilisés		146.500	0	8.090	4.988	13.077
01 Appuyer le plan national de recherche	COGEST	36.000	0	0	66	66
02 Former et encadrer les équipes DRSP et ECD en RSS	COGEST	30.000	0	0	0	0
03 Appuyer l'évaluation, la documentation, la diffusion et la r	COGEST	58.000	0	8.044	1.873	9.917

04 Intégrer les résultats des expériences et des recherches dan	COGEST	4.500	0	0	0	0
05 Appuyer le Département de Santé Publique de la FSS en matière	COGEST	18.000	0	46	3.049	3.095
06 Appuyer la coordination de la formation et de la recherche	COGEST	0	0	0	0	0
A l'offre des services et soins de santé est amélioré en termes de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger		6.803.446	289.969	1.275.857	1.677.877	3.243.703
SOUS PROGRAMME 1 : DOSSO		3.254.326	148.617	627.831	865.008	1.641.456
SOUS PROGRAMME 2 : NIAMEY		1.414.200	42.133	164.095	288.004	494.233
SOUS PROGRAMME 3 : ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE HOPITAL NATIONAL NIAMEY		501.840	652	87.207	126.874	214.734
SOUS PROGRAMME 4 : INSTITUTIONS DE FORMATION		808.700	56.349	263.289	142.791	462.429
SOUS PROGRAMME 5 : APPUI INSTITUTIONNEL		824.380	42.217	133.434	255.200	430.851
Z General Means		4.198.854	555.035	1.175.255	999.462	2.729.753
01 General means		4.198.854	555.035	1.175.255	999.462	2.729.753
01 Fournir l'Assistance Technique internationale (6)	REGIE	2.708.160	347.926	865.758	690.394	1.904.079
02 Monitorer et évaluer le programme (Monitoring & Evaluation e	REGIE	310.000	182	10.707	40.835	51.723
03 Assurer le démarrage du programme ("base line"), garantir la	REGIE	40.000	6.699	0	0	6.699
04 Ouvrir un fonds d'expertise à tous les acteurs	COGEST	180.000	0	0	183	183
05 Ouvrir un fonds pour bourses d'études	COGEST	180.000	3.102	17.557	4.534	25.193
06 Assurer un appui technique CTB	REGIE	40.000	1.285	7.301	3.451	12.037
07 Prendre en charge des administrateurs nationaux à la cellule	COGEST	308.680	16.498	77.199	78.638	172.335
08 Donner les moyens de fonctionnement (cellule de gestion)	COGEST	392.014	177.057	187.508	173.724	538.289
09 Primes de responsabilité	COGEST	40.000	2.287	9.224	7.703	19.214
TOTAL		11.002.300	845.004	2.451.113	2.677.339	5.973.456
	REGIE	3.098.160	356.092	883.767	734.680	1.974.538
	COGEST	7.904.140	488.912	1.567.346	1.942.659	3.998.917
	Totaux	11.002.300	845.004	2.451.113	2.677.339	5.973.456

10.7 Situation des dépenses au 31/12/2007 F CFA

Situation Financière PAPDS F CFA 31 / 12 / 2007

Description	Mode Fin	Budget	Dépenses 2005	Dépenses 2006	Dépenses 2007	Total dépenses fin 2007
A l'offre des services et soins de santé est amélioré en termes de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger		4.462.768.028	190.206.979	836.907.415	1.100.615.176	2.127.729.571
SOUS PROGRAMME 1 : DOSSO		2.134.697.920	97.486.460	411.830.454	567.407.869	1.076.724.783
01 Les capacités de la DRSP de Dosso en matière d'appui aux DS sont renforcées		499.042.902	56.601.264	152.286.295	113.400.574	322.288.132
01 Elaborer et mettre en oeuvre PDS régional	COGEST	21.646.581	10.303.143	6.297.502	8.703.205	25.303.850
02 Renforcer les capacités d'appui aux DS	COGEST	477.396.321	46.298.121	145.988.793	104.697.369	296.984.282
02 Le fonctionnement du DS de Dosso est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et formation		191.972.376	4.728.000	47.282.004	55.094.793	107.104.797
01 Renforcer l'Equipe Cadre de District	COGEST	88.724.744	0	20.199.350	28.464.401	48.663.751
02 Assurer la formation continue du personnel	COGEST	24.795.175	0	0	15.713.699	15.713.699
03 Faire fonctionner les CSI de façon rationnelle en prenant na	COGEST	74.516.715	4.728.000	27.082.654	9.956.693	41.767.347
04 Rendre le distict de Dosso fonctionnel comme terrain de stag	COGEST	3.935.742	0	0	960.000	960.000
03 Le fonctionnement intégré du DS de Doutchi est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation		300.283.995	6.678.003	50.116.400	86.220.753	143.015.156
01 Renforcer l'Equipe Cadre de District	COGEST	120.105.727	0	20.964.517	27.314.856	48.279.373
02 Assurer la formation continue du personnel	COGEST	53.578.568	0	439.399	15.968.060	16.407.459
03 Faire fonctionner l'HD et les CSI de façon rationnelle en pr	COGEST	117.153.920	6.678.003	28.712.484	40.945.131	76.335.618

04 Rendre le DS de Doutchi fonctionnel comme terrain de stage	COGEST	9.445.781	0	0	1.992.706	1.992.706
---	--------	-----------	---	---	-----------	-----------

04 Le fonctionnement des DS de Boboye, Gaya et Loga est soutenu dans ses activités de routine prioritaires		661.506.396	19.069.431	119.536.540	215.008.661	353.614.631
01 Appuyer les Equipes Cadres de District	COGEST	272.471.419	73.198	58.882.938	79.500.158	138.456.294
02 Appuyer la formation continue du personnel	COGEST	79.292.082	0	878.799	23.799.911	24.678.709
03 Appuyer le fonctionnement des HD & des CSI	COGES T	309.742.895	18.996.233	59.774.803	111.708.592	190.479.627
05 Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé		481.892.250	10.409.762	42.609.215	97.683.090	150.702.067
01 Renforcer l'équipe cadre du CHR	COGES T	225.413.063	884.125	10.043.902	54.116.203	65.044.230
02 Assurer la formation continue du personnel	COGES T	6.559.570	0	1.572.001	2.026.002	3.598.003
03 Faire fonctionner le CHR de façon rationnelle en prenant not	COGES T	246.639.832	9.525.637	26.121.552	41.540.884	77.188.074
04 Rendre le CHR fonctionnel comme terrain de stage et de forma	COGES T	3.279.785	0	4.871.760	0	4.871.760
SOUS PROGRAMME 2 : NIAMEY		927.654.389	27.637.594	107.639.572	188.918.456	324.195.622
06 Les capacités d'appui de la DRSP de Niamey aux districts sont renforcées		38.589.950	7.198.446	24.142.970	23.766.299	55.107.715
01 Elaborer et mettre en œuvre progressivement un plan de couve	COGES T	10.364.121	1.813.006	5.214.917	8.015.217	15.043.141
02 Renforcer les capacités d'appui aux DS	COGES T	28.225.830	5.385.440	18.928.052	15.751.082	40.064.574
07 Le district sanitaire de la Commune III fonctionne de façon intégrée		268.063.388	15.265.189	51.126.017	93.453.826	159.845.032
01 Renforcer les capacités de l'Equipe Cadre de District	COGES T	63.975.486	108.469	15.277.973	22.088.512	37.474.955
02 Assurer la formation continue du personnel	COGES T	27.314.049	0	439.399	5.042.538	5.481.938
03 Rationaliser le fonctionnement de l'HD et des CSI	COGES T	96.615.907	15.156.720	31.105.861	8.115.395	54.377.976
04 Améliorer la couverture sanitaire des CSI	COGES T	72.680.036	0	4.302.783	58.207.381	62.510.164
05 Appuyer la mise en place d'un terrain de stage modèle	COGES T	7.477.910	0	0	0	0
08 Le district sanitaire de la Commune I est rendu progressivement fonctionnel		621.001.051	5.173.959	32.370.586	71.698.330	109.242.875
01 Renforcer les capacités de l'Equipe Cadre de District	COGES T	68.304.802	0	18.971.877	23.075.531	42.047.408
02 Assurer la formation continue du personnel	COGES T	26.612.175	0	1.944.184	8.226.488	10.170.672
03 Rendre fonctionnel rationnellement les premiers éléments de	COGES	465.840.983	5.173.959	10.290.522	24.449.997	39.914.478

04 Améliorer la couverture sanitaire des CSI	T COGES	60.243.091	0	1.164.002	15.946.315	17.110.317
SOUS PROGRAMME 3 : ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE HOPITAL NATIONAL NIAMEY						
09 L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	T	329.185.461	427.717	57.204.311	83.223.921	140.855.949
01 Doter le département d'un chirurgien : verser une indemnité	COGES	1.967.871	0	605.002	605.002	1.210.005
02 Fournir l'équipement chirurgical complémentaire	T COGES	59.062.368	0	10.287.137	15.801.158	26.088.295
03 Appuyer le fonctionnement du département	T COGES	72.614.440	427.717	13.093.722	29.511.243	43.032.681

10 La relève de l'A.T. au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée		16.136.542	0	3.598.455	518.396	4.116.852
01 Former un successeur à l'AT	COGES T	0	0	507.606	0	507.606
02 Planifier la relève de l'AT	COGES T	16.136.542	0	3.090.850	518.396	3.609.246
11 La spécialisation en DES de chirurgie est appuyée par le département de chirurgie OT		173.369.435	0	28.910.852	34.682.119	63.592.971
01 Assurer la formation des médecins en spécialisation (DES de	COGES T	41.128.504	0	2.731.510	10.897.971	13.629.481
02 Supporter les bourses des étudiants	COGES T	132.240.931	0	26.179.342	23.784.148	49.963.490
12 La formation en chirurgie de district est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique		6.034.804	0	709.142	2.106.002	2.815.144
01 Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	COGES T	0	0	0	0	0
02 Donner les cours aux étudiants en chirurgie de district	COGES T	0	0	47.203	0	47.203
03 Participer à l'encadrement des HD	COGES T	6.034.804	0	661.939	2.106.002	2.767.942
SOUS PROGRAMME 4 : INSTITUTIONS DE FORMATION		530.472.426	36.962.678	172.706.368	93.664.631	303.333.677
13 Le DS de Ouallam fonctionne comme un DS modèle et assure la formation en management de DS		319.857.752	11.313.999	157.784.494	88.461.521	257.560.014
01 Renforcer le centre de formation en management de DS de Oual	COGES T	150.896.348	2.899.999	104.832.188	70.313.021	178.045.208
02 Renforcer les capacités de l'ECD de Ouallam	COGES T	77.029.031	4.498.002	28.487.340	7.699.781	40.685.123
03 Assurer la formation continue du personnel du DS	COGES T	22.355.015	75.999	459.399	5.049.104	5.584.503
04 Renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI	COGES T	69.577.359	3.839.999	24.005.566	5.399.615	33.245.180
14 Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées		117.376.946	25.648.680	13.769.075	4.064.998	43.482.753
01 Aménagement d'une salle de formation pour chirurgie DS	COGES T	15.021.415	17.139.855	0	0	17.139.855
02 Appuyer l'équipement en matériel didactique, informatique et	COGES T	19.678.710	7.750.224	4.200.001	3.015.001	14.965.226
03 Appuyer la fourniture de matériels et consommables chirurgie	COGES T	55.690.749	0	8.066.900	0	8.066.900
04 Suivre les stagiaires en chirurgie de district et en management	COGES	19.442.565	758.601	1.291.297	1.049.997	3.099.895

	T						
05 Appuyer la documentation	COGES	7.543.506	0	210.877	0	210.877	
	T						
06 Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district	COGES	0	0	0	0	0	
	T						
07 Appuyer l'intégration de la formation Ouallam dans le progra	COGES	0	0	0	0	0	
	T						
15 Les institutions de formation sont appuyées		93.237.728	0	1.152.799	1.138.112	2.290.910	
01 Mettre en place des terrains de stage modèles aux DS de Oua	COGES	0	0	0	0	0	
	T						
02 Encadrer les étudiants des institutions de formation pour le	COGES	13.119.140	0	72.798	0	72.798	
	T						
03 Donner certains cours dans les institutions de formation	COGES	0	0	0	0	0	
	T						
04 Appuyer les institutions de formation ENSP et ISP selon les	COGES	65.595.700	0	1.080.000	0	1.080.000	
	T						
05 Suivre les stagiaires en chir de district	COGES	14.522.888	0	0	1.138.112	1.138.112	
	T						
SOUS PROGRAMME 5 : APPUI INSTITUTIONNEL		540.757.832	27.692.530	87.526.711	167.400.299	282.619.539	
16 La cellule d'appui institutionnel est opérationnelle		261.110.243	18.341.640	57.100.663	84.300.366	159.742.670	
01 Mettre en place la cellule d'appui institutionnel	COGES	139.508.935	4.800.313	32.849.415	42.713.985	80.363.713	
	T						
02 Equiper la cellule d'appui institutionnel	COGES	66.763.303	1.498.947	3.799.021	30.001.774	35.299.742	
	T						
03 Assurer le fonctionnement de la cellule	COGES	54.838.005	12.042.380	20.452.228	11.584.607	44.079.215	
	T						
17 Le suivi de la mise en œuvre du PDS est réalisé		140.256.726	9.350.890	23.906.582	75.340.781	108.598.253	
01 Appuyer l'élaboration des PDSD et PDSR	COGES	55.756.345	0	5.673.615	13.050.855	18.724.470	
	T						
02 Appuyer l'élaboration, le suivi et l'évaluation des PAA aux	COGES	57.724.216	9.110.889	15.925.370	44.599.186	69.635.444	
	T						
03 Elaborer et appliquer des outils de planification de suivi e	COGES	16.805.618	240.002	737.000	8.108.508	9.085.510	
	T						
04 Appuyer l'organisation des services de santé en milieu urbain	COGES	9.970.546	0	1.570.597	9.582.233	11.152.830	
	T						
18 La coordination des PTF est assurée		0	0	0	4.001	4.001	
01 Mettre en place des mécanismes de coordination des PTF à tous	COGES	0	0	0	4.001	4.001	
	T						
02 Participer à la mobilisation des ressources: humaines matér	COGES	0	0	0	0	0	
	T						

03 Assurer le secrétariat des réunions des PTF au niveau centra	COGES	0	0	0	0	0
	T					
19 Les capacités gestionnaires des DRSP et ECD sont renforcées		43.293.162	0	1.212.910	4.483.446	5.696.357
01 Appuyer l'encadrement de proximité des DRSP et ECD	COGES	15.742.968	0	366.811	193.848	560.660
	T					
02 Participer aux formations et réunions	COGES	15.742.968	0	24.999	3.984.945	4.009.944
	T					
03 Appuyer l'organisation des formations continues	COGES	11.807.226	0	821.101	304.653	1.125.753
	T					
20 Les capacités en recherche en système de santé sont renforcées et les résultats utilisés		96.097.701	0	5.306.554	3.271.704	8.578.258
01 Appuyer le plan national de recherche	COGES	23.614.452	0	0	42.998	42.998
	T					
02 Former et encadrer les équipes DRSP et ECD en RSS	COGES	19.678.710	0	0	0	0
	T					
03 Appuyer l'évaluation, la documentation, la diffusion et la r	COGES	38.045.506	0	5.276.557	1.228.706	6.505.263
	T					
04 Intégrer les résultats des expériences et des recherches dan	COGES	2.951.807	0	0	0	0
	T					
05 Appuyer le Département de Santé Publique de la FSS en matièr	COGES	11.807.226	0	29.997	2.000.000	2.029.997
	T					
06 Appuyer la coordination de la formation et de la recherche	COGES	0	0	0	0	0
	T					

A l'offre des services et soins de santé est amélioré en termes de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger		4.462.768.028	190.206.979	836.907.415	1.100.615.176	2.127.729.571
SOUS PROGRAMME 1 : DOSSO		2.134.697.920	97.486.460	411.830.454	567.407.869	1.076.724.783
SOUS PROGRAMME 2 : NIAMEY		927.654.389	27.637.594	107.639.572	188.918.456	324.195.622
SOUS PROGRAMME 3 : ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE HOPITAL NATIONAL NIAMEY		329.185.461	427.717	57.204.311	83.223.921	140.855.949
SOUS PROGRAMME 4 : INSTITUTIONS DE FORMATION		530.472.426	36.962.678	172.706.368	93.664.631	303.333.677
SOUS PROGRAMME 5 : APPUI INSTITUTIONNEL		540.757.832	27.692.530	87.526.711	167.400.299	282.619.539
Z General Means		2.754.267.673	364.079.323	770.916.993	655.604.075	1.790.600.392
01 General means		2.754.267.673	364.079.323	770.916.993	655.604.075	1.790.600.392
01 Fournir l'Assistance Technique internationale (6)	REGIE	1.776.436.509	228.224.620	567.900.106	452.868.941	1.248.993.667
02 Monitorer et évaluer le programme (Monitoring & Evaluation e	REGIE	203.346.670	119.063	7.023.351	26.785.853	33.928.267
03 Assurer le démarrage du programme ("base line"), garantir la	REGIE	26.238.280	4.394.249	0	0	4.394.249
04 Ouvrir un fonds d'expertise à tous les acteurs	COGES T	118.072.260	0	0	120.001	120.001
05 Ouvrir un fonds pour bourses d'études	COGES T	118.072.260	2.034.503	11.516.893	2.974.319	16.525.715
06 Assurer un appui technique CTB	REGIE	26.238.280	843.062	4.789.437	2.263.530	7.896.030
07 Prendre en charge des administrateurs nationaux à la cellule	COGES T	202.480.807	10.821.913	50.639.520	51.583.153	113.044.586
08 Donner les moyens de fonctionnement (cellule de gestion)	COGES T	257.144.327	116.141.910	122.997.290	113.955.159	353.094.359
09 Primes de responsabilité	COGES T	26.238.280	1.500.003	6.050.396	5.053.119	12.603.518
TOTAL		7.217.035.701	554.286.302	1.607.824.409	1.756.219.252	3.918.329.963
	REGIE	2.032.259.739	233.580.994	579.712.894	481.918.325	1.295.212.213
	COGES			1.028.111.51		2.623.117.749
	T	5.184.775.962	320.705.308	5	1.274.300.927	
	Totaux	7.217.035.701	554.286.302	1.607.824.409	1.756.219.252	3.918.329.963