



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2014

PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE (PAI-MSP) NER 0802311



| | |
|--|-----------|
| ACRONYMES | 4 |
| 1 APERÇU DU PROJET | 7 |
| 1.1 FICHE D'INTERVENTION | 7 |
| 1.2 EXECUTION BUDGETAIRE | 8 |
| 1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE | 8 |
| 1.3.1 <i>Pertinence</i> | 8 |
| 1.3.2 <i>Efficacité</i> | 9 |
| 1.3.3 <i>Efficiéce</i> | 9 |
| 1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> | 10 |
| 1.4 CONCLUSIONS | 10 |
| 2 MONITORING DES RESULTATS | 12 |
| 2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE | 12 |
| 2.1.1 <i>Contexte institutionnel</i> | 12 |
| 2.1.2 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> | 13 |
| 2.1.3 <i>Contexte HARMO</i> | 14 |
| 2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME | 15 |
| 2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 15 |
| 2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 16 |
| 2.2.3 <i>Impact potentiel</i> | 17 |
| 2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 | 18 |
| 2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 18 |
| 2.3.2 <i>Les incidences visées</i> | 18 |
| 2.3.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 19 |
| 2.3.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 20 |
| 2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 | 23 |
| 2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 23 |
| 2.4.2 <i>Les incidences visées</i> | 23 |
| 2.4.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 24 |
| 2.4.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 24 |
| 2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 | 26 |
| 2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 26 |
| 2.5.2 <i>Les incidences visées</i> | 26 |
| 2.5.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 26 |
| 2.5.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 27 |
| 2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 | 28 |
| 2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 28 |
| 2.6.2 <i>Les incidences visées</i> | 28 |
| 2.6.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 28 |
| 2.6.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 29 |
| 2.7 THEMES TRANSVERSAUX..... | 29 |
| 2.7.1 <i>Genre</i> | 29 |
| 2.7.2 <i>Environnement</i> | 30 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.7.3 | VIH/SIDA..... | 30 |
| 2.8 | GESTION DES RISQUES..... | 32 |
| 3 | PILOTAGE ET APPRENTISSAGE..... | 34 |
| 3.1 | REORIENTATIONS STRATEGIQUES..... | 34 |
| | APPUI TECHNIQUE DU PAI A LA COORDINATION..... | 34 |
| | SUIVI ET EVALUATION DU PROJET..... | 34 |
| | THEMATIQUES ET CHANTIERS DE TRAVAIL..... | 35 |
| | ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE..... | 36 |
| | MEDICALISATION DES CENTRES DE SANTE..... | 36 |
| | REFORME HOSPITALIERE..... | 36 |
| | REFORME QUALITE/ ACCREDITATION..... | 37 |
| | RECHERCHE ACTION ET CAPITALISATION..... | 37 |
| 3.2 | RECOMMANDATIONS..... | 37 |
| 3.3 | ENSEIGNEMENTS TIRES..... | 39 |
| 4 | ANNEXES..... | 41 |
| 4.1 | CRITERES DE QUALITE..... | 41 |
| 4.2 | DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI..... | 45 |
| 4.3 | CADRE LOGIQUE MIS A JOUR..... | 47 |
| | JOURNAL DES INCIDENCES VISEES, MARQUEURS DE PROGRES ET JOURNAL DES STRATEGIES..... | 47 |
| 4.4 | APERÇU DES MoRE RESULTS..... | 66 |
| 4.5 | SCHEMA DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU NIGER..... | 66 |
| 4.6 | RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION..... | 66 |
| 4.7 | RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »..... | 67 |

Acronymes

| | |
|----------|---|
| AMU | Assurance maladie universelle |
| ATI | Assistant Technique International |
| ATN | Assistant Technique National |
| AVCN | Agence de Vérification et de certification au Niger |
| BSS | Back Stopping Santé |
| BXL | Bruxelles |
| CAP | Connaissance Attitude Pratique |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CNAT | Centre National Anti Tuberculeux |
| CNLS | Comité National de Lutte contre le Sida |
| CNS | Comité National de Santé |
| CPADS | Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires |
| CRENI | Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive |
| CRM | Couverture du Risque Maladie |
| CS | Case de Santé |
| CSI | Centres de Santé Intégrés |
| CTB | Coopération Technique Belge |
| CTNS | Comité Technique National de Santé |
| CTTCR | Comité Technique de Transfert de Compétences de Ressources |
| CUS | Couverture Universelle Santé |
| D | Disponible |
| DAID/RPP | Direction des Archives de la Documentation, de l'Information et des relations publiques |
| DAO | Demande d'Appel d'Offres |
| DEP | Direction des Etudes et la Planification |
| DG | Direction Générale |
| DGD | Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire |
| DHIS | District Health Information System |
| DHEPS | Direction hygiène publique et éducation pour la santé |
| DGSP | Direction Générale Santé Publique |
| DRH | Direction Ressources Humaines |
| DIES | Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires |
| DLM | Direction de la Lutte contre la Maladie |
| DOS | Direction de l'Organisation des Soins |
| DRSP | Direction Régionale de la Santé Publique |
| DS | District Sanitaire |
| DSME | Direction de Santé Mère et Enfant |
| DS | Direction de la Statistique Sanitaire |
| DTF | Dossier Technique et Financier |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| EPIC | Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial |
| ER | Evaluation Réaliste |
| ESP | Ecole Santé Publique |
| EST | Expertise Sectorielle et Thématique |
| FBR | Financement Basé sur les Résultats |

| | |
|-------|--|
| FC | Fonds Commun |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| GAR | Gestion Axée sur le Résultat |
| GTN | Groupe de Travail National |
| HCME | Haut-Commissariat à la Modernisation de l'Etat |
| HD | Hôpital de District |
| HN | Hôpital National |
| INAMI | Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (Belgique) |
| INS | Institut National de la Statistique |
| M&E | Monitoring et Evaluation |
| MP | Marché Public |
| MRR | Maternité Régional de Référence |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| MTR | Mid-term Review/Évaluation à mi-parcours |
| ND | Non Disponible |
| NR | Non Réalisé |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONPPC | Office National des produits pharmaceutiques et consommables |
| PAA | Plan d'Action Annuel |
| PAI | Projet d'Appui Institutionnel |
| Pali | Partenaires limitrophes |
| PARSS | Projet d'Appui au Renforcement du Secteur de la Santé |
| PEH | Projet d'Etablissement Hospitalier |
| PBR | Performance Basé sur les Résultats |
| PDS | Programme de Développement Sanitaire |
| PDSD | Programme de Développement Sanitaire du District |
| PIC | Programme Indicatif de Coopération |
| PMA | Paquet Minimal d'Activités |
| PO | Program Officer (Chargé de programmes) |
| PPP | Partenariat Public Privé |
| PRISM | Performance and Routine Information System Management |
| PRP | Plan de Résolution des Problèmes |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| PQ | Plan Quinquennal |
| PV | Procès-verbal |
| Q | Quarter (Trimestre) |
| R | Réalisé |
| RA | Résultat Attendu |
| RA | Recherche Action |
| RCR | Référence contre référence |
| RH | Ressources humaines |
| RR | Représentant Résident |
| SARA | Scanning Analysis Response Assessment |
| SG | Secrétaire Général |
| SMCL | Structure Mixte de Concertation Locale |
| SIS | Système d'Information Sanitaire |
| SNIS | Système National d'Information Sanitaire |

| | |
|----------|---|
| SP | Santé publique |
| TDR | Termes de référence |
| TVA | Taxe sur la valeur ajoutée |
| UEMOA | Union Economique et Monétaire Ouest Africaine |
| ULB | Université Libre de Bruxelles |
| URC | University Research Cooperation |
| VIH/SIDA | Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise |

1 Aperçu du projet

1.1 Fiche d'intervention

| | |
|--|--|
| Intitulé de l'intervention | Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique (PAI-MSP) |
| Code de l'intervention | NER 08 023 11 |
| Localisation | Ministère de la Santé Publique (niveau central) |
| Budget total | 3 055 170 € dont : 2 800 000 € (contribution belge) et 255 170 € (contribution nigérienne) |
| Budget de la prolongation (décembre 2014) | 966.309 € |
| Institution partenaire | Ministère de la Santé Publique (MSP) |
| Date de début de la Convention spécifique | 25 Aout 2010 |
| Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture | 1 Avril 2011 |
| Date initiale prévue de fin d'exécution | 24 Aout 2015 |
| Prolongation jusqu'à | 24 Aout 2016 |
| Date de fin de la Convention spécifique | 24 Aout 2016 |
| Groupes cibles | Les cibles directes de ce projet sont les Directions centrales et régionales du Ministère de la Santé Publique |
| Impact¹ | L'état de santé des populations et en particulier, celui des couches les plus vulnérables est amélioré " |
| Outcome | Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées |
| Outputs | R1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée |
| | R2. La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central |
| | R3. La capitalisation des acquis produits par le système est mise en place |
| | R4. Les initiatives du MSP visant le développement de la CMU sont soutenues |
| Année couverte par le rapport | 2014 |

¹ L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

1.2 Exécution budgétaire

| | Budget € (après modification budgétaire) | Dépenses € | | Solde € | Taux de débursement à la fin de l'année 2014 |
|---|---|--------------------------------------|--|---------|---|
| | | Années précédentes : 2011-2013 | Année couverte par le rapport 2014 | | |
| Total (contribution belge) | 2 800 000 | 1 188 696 | 899 292 | 712 012 | 75 % |
| Output 1 | 701 000 | 306 041 | 246 552 | 148 407 | 79 % |
| Output 2 | 359 000 | 40 704 | 172 500 | 145 796 | 59 % |
| Output 3 | 283 000 | 89 009 | 147 489 | 46 502 | 84 % |
| Output 4 | 320 000 | 164 023 | 52 061 | 103 915 | 68 % |
| Réserve budgétaire | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 % |
| Moyens généraux | 1 137 000 | 588 919 | 280 688 | 267 392 | 76 % |
| Total (contribution nigérienne) : exonération, valorisation bureau, eau, électricité, salaire personnel, téléphone | 255 170 | 111 724 | 71 906 | 71 540 | 72 % |

1.3 Autoévaluation de la performance

Utiliser les checklists de l'annexe 4.1 pour évaluer la performance de l'intervention. Copier la note totale dans l'encadré correspondant infra.

1.3.1 Pertinence

| | |
|-------------------|--------------------|
| | Performance |
| Pertinence | A |

Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique reste l'ancrage institutionnel le plus approprié pour le projet. Il facilite les interactions du projet avec les directions centrales et techniques du MSP.

L'objectif du projet, à savoir les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées, cadre bien avec les priorités nationales de développement du secteur santé.

Le projet est en étroite cohérence avec les différents axes stratégiques de la politique de santé du pays telle que définie dans le PDS 2011-2015 (axe stratégique 3, 6, 7 et 8). Le projet répond clairement aux besoins d'appui au MSP et est complètement intégré au Ministère et une concertation avec les bénéficiaires se fait régulièrement. L'appui financier et technique du projet est complémentaire à la contribution des autres partenaires et du Fonds Commun. Le projet a facilité le dialogue sectoriel à travers l'évaluation à mi-parcours du PDS, l'évaluation du Compact et les ateliers de revue des PAA 2014, le comité technique national de santé (CTNS) et le Comité National de Santé (CNS) Notamment dans le domaine de la recherche action et la capitalisation (axe stratégique 8 du PDS), ainsi que dans le domaine du financement de la santé, le projet a pu démontrer toute sa pertinence en terme de réflexion. Les résultats des travaux du Comité technique de réflexion sur la Couverture Universelle en Santé ont abouti à une proposition d'architecture de l'AMU (voir annexe 4.5), toute en concertation avec d'autres secteurs et partenaires.

1.3.2 Efficacité

| | |
|-------------------|--------------------|
| | Performance |
| Efficacité | B |

L'année 2014 a été le témoin d'une accélération notable des principales réformes édictées dans le PDS, qui reconnaissons-le ont été plutôt léthargiques au cours des trois premières années de mise en œuvre du PDS. Cela grâce à l'appui à la mise en place de 10 comités thématiques composés de femmes et d'hommes, tous pilotés par le Secrétariat Général.

Ce changement s'est traduit par des avancées notables dans les réflexions, notamment en matière d'orientation schématique de la CUS au Niger, de la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, de l'élaboration de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé.

Il en est de même dans la priorisation des nouveaux DS à rendre immédiatement opérationnels, du suivi/fonctionnement de la gratuité, du suivi du PDS et de la stratégie de partenariat public-privé.

L'implication et la participation active du PAI dans les différents comités thématiques a fait avancer les réflexions et le projet compte désormais s'investir beaucoup plus dans la préparation des travaux pour définir et appliquer les diverses stratégies.

Le PAI a soutenu le renforcement de la coordination par le SG à travers des appuis techniques et financiers à la préparation de l'audit organisationnel du MSP et à l'enrichissement des TDR des sorties- retraites de réflexions pour améliorer la gouvernance au sein du MSP.

1.3.3 Efficience

| | |
|-------------------|--------------------|
| | Performance |
| Efficience | A |

La plupart des livrables attendus au cours de 2014 ont été obtenus dans les délais. Un suivi / appui régulier par l'équipe du projet à travers des mécanismes de concertation et des séances de travail techniques régulières avec les directions du MSP a permis

d'ajuster régulièrement les inputs au contexte.

Presque toutes les activités planifiées ont été réalisées en 2014.

Le projet a atteint, un taux d'exécution financière en 2014 de 96 % par rapport à la première planification 2014.

Le projet a pu améliorer son efficacité grâce au recrutement de l' ATN1 en appui du renforcement des capacités des cadres (centraux et régionaux) en matière de planification, programmation et le suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels annuels des activités des différents services du MSP.

Depuis le début de l'année 2014, le code des marchés publics et des délégations de service au Niger, a subi des modifications tendant à alléger les procédures dans le processus de passation des MP à travers l'Agence de Régulation des Marchés Publics, ce qui a amélioré l'efficacité du projet.

1.3.4 Durabilité potentielle

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| | Performance |
| Durabilité potentielle | B |

La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles par son ancrage au Secrétariat Général.

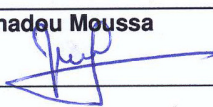
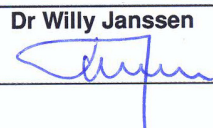
Grâce à l'opportunité des formations et réflexions qu'elle offre, le projet a contribué au renforcement des capacités visé dans le Résultat attendu 2 et appuyé les réformes en cours.

Le projet a fait appel aussi à de l'expertise externe pour certaines activités techniques (la recherche action et capitalisation, la CUS, et la mise en place d'un dispositif qualité) afin de renforcer les capacités des bénéficiaires, ceci dans un esprit de transfert de compétence.

1.4 Conclusions

- Le projet répond aux besoins du MSP et reste pertinente en ce sens. Le projet est bien intégré au Ministère et sa mise en œuvre s'effectue dans un cadre de concertation régulière mise en place entre l'équipe du projet et le MSP.
- Des progrès ont été réalisés par rapport à un nombre de réformes inscrites dans le PDS 2011-2015 (l'élaboration du dispositif qualité, le partenariat public privé, la stratégie de RCR, les projets de recherche action, la réflexion sur la CUS, la réforme du SNIS, la participation communautaire et autres).
- Le projet a connu une accélération de la mise en œuvre des activités en 2014 avec un taux d'exécution de **96 %** et un taux d'exécution global acceptable de **75 %**.
- A travers des appuis techniques et financiers à la préparation de l'audit organisationnel du MSP, et à l'enrichissement des TDR des sorties- retraites de réflexions, le projet contribue à l'amélioration de la gouvernance et le renforcement de la coordination au sein du MSP.
- Une complémentarité avec d'autres partenaires existe à travers les différents mécanismes de concertation PTF/MSP (le CTNS, CNS, les revues semestrielles et annuelles) et les mécanismes de coordination interne des PTF.
- En 2014 le MSP a procédé à l'évaluation à mi-parcours externe de la mise en œuvre du PDS 2011-2015, ainsi qu'à l'évaluation du Compact avec l'appui du PAI. Des restitutions avec des recommandations pertinentes ont été faites (voir différents rapports).

- Depuis le début de l'année 2014, le code des marchés publics et des délégations de service au Niger, a subi des modifications tendant à alléger les procédures dans le processus de passation des MP à travers l'Agence de Régulation des Marchés Publics.
- Le projet s'est concentré sur le suivi et l'évaluation de son intervention à travers son journal des incidences visées, marqueurs de progrès et son journal des stratégies en complément des indicateurs du cadre logique révisé.
- Le 17 avril 2014, le Comité Spécial des Partenaires de la coopération entre la République du Niger et le Royaume de la Belgique, a décidé de prolonger le projet d'appui institutionnel au secteur de la santé (PAI-MSP) pour une durée d'un an et pour un montant de 966.309 €, afin de réaliser des activités principales initiées et prévues dans le DTF et la mise en œuvre des nouvelles activités vu les nouveaux enjeux par rapport à la CUS. Les lettres d'échange entre les deux Gouvernements ont été signées fin décembre 2014
- Le Gouvernement du Niger a accéléré en 2014 le processus de la décentralisation avec le transfert des compétences et ressources de l'Etat aux collectivités territoriales.

| | |
|--|--|
| Fonctionnaire exécution nationale ² | Fonctionnaire exécution CTB ³ |
| M Hamadeu Moussa  | Dr Willy Janssen  |

2 Monitoring des résultats²

2.1 Évolution du contexte

La maladie à virus Ebola n'a cessé de progresser dans les pays de l'Afrique de l'Ouest avec plus de 20 000 cas et 8000 décès fin 2014. Cette situation a interpellé aussi aux pays pas touchés par la maladie. L'épidémie dure déjà plus de 12 mois et les chiffres actuels sont alarmants.

Le Niger, où aucun nouveau cas ou cas suspect n'a été confirmé jusqu'à ce jour, a commencé mi 2014 à mobiliser des ressources pour la prévention et la riposte à une épidémie potentielle. Un comité national de riposte avec des sous-commissions se sont mis en place pour l'élaboration d'un plan de contingence et riposte. Le cout de ce plan a été estimé à plus de 5 milliards FCFA. Les défis étaient : i) les ressources humaines, ii) la sécurité, iii) l'accès rapide des échantillons à un laboratoire agréé par l'OMS, iv) l'approvisionnement en matériels de protection, de désinfection et aux médicaments, v) la mobilisation sociale et l'engagement communautaire, vi) les infrastructures et le transport, vii) la gestion de l'information et l'analyse des données, viii) la recherche, ix) la guidance technique et les normes, et enfin x) le financement.

Le projet a participé aux réunions de concertation et d'information et continue à échanger régulièrement avec le BCD et la Représentation sur la situation au Niger.

Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé de la population le Gouvernement du Niger a instauré depuis 2006 la gratuité de certaines prestations de soins de santé au profit de la mère et de l'enfant de 0 à 5 ans.

Le retard dans le remboursement des factures de la gratuité des soins (avec seulement 40,27% des factures remboursées au 30 septembre 2014) constitue une menace réelle pour le fonctionnement efficace des formations sanitaires.

Le Gouvernement du Niger a décidé en 2014 d'accélérer le processus de transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales. La coordination de tout le processus de transfert de compétences et de ressources s'est fait sous l'égide du Ministère en charge de la décentralisation. Une cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration (le Directeur des études et programmation, le directeur de la législation et le directeur des ressources financières et matériel font partie de ladite cellule) a été créée, chargée de prendre avec l'appui du CTTCR toutes mesures institutionnelles, juridiques et réglementaires de transfert des ressources financières, humaines et matérielles afin d'assurer une mise en œuvre effective du transfert de compétences et de ressources. Les compétences à transférer dans le domaine de la santé ont fait l'objet de discussion dans les travaux de groupe au Ministère de la Santé avec l'appui du CTTCR.

2.1.1 Contexte institutionnel

L'ancrage du projet au niveau du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique reste pertinent.

Cet ancrage facilite l'appui du projet à un nombre de directions bénéficiaires, notamment la DEP, la Direction de l'Organisation des Soins (DOS sous l'autorité de la DGSP), la Direction des Ressources Humaines (sous l'autorité de la DGR), la DS, la DAID/RP ainsi que dans une certaine mesure les Directions Sanitaires Régionales.

² L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

Le Secrétaire Général Adjoint est le Responsable National du projet. Un nouveau responsable, Mr Hamadou Moussa, SGA, nommé par le Ministre, a pris sa fonction début mai 2014

L'année 2014 a été marquée par la stabilité au niveau de l'équipe dirigeante du MSP.

Cette situation a facilité la continuité de l'exécution du projet.

Afin d'améliorer la gouvernance au sein du MSP et la mise en œuvre d'une coordination qui implique tous les cadres du MSP, des initiatives de réflexion ont été pilotées par le SG en 2014. Cette réflexion sera complétée en 2015 par l'organisation d'un audit organisationnel et fonctionnel du MSP avec l'appui technique et financier du PAI et l'OMS.

Au cours des différents travaux sur le processus de mise en place de la Couverture Universelle en Santé (CUS), le Comité de réflexion sur la CUS a mis l'accent principalement sur un des piliers de la CUS qui est la Couverture du Risque Maladie (CRM). Un consensus a été trouvé sur une architecture dynamique de Couverture du Risque Maladie (CRM). Un Groupe de Travail National sur la CUS conforme l'instruction de l'UEMOA a été créée et l'arrêté qu'il faut pour sa création est en cours d'élaboration et signature.

2.1.2 Contexte de gestion : modalités d'exécution

La collaboration entre les membres du projet semble nette et claire et il y a un bon esprit d'équipe.

L'équipe a été renforcée par la mise à disposition d'un ATN1 en mars 2014 comme prévu dans le DTF. Une répartition/redéfinition des tâches entre les deux ATN a été réalisée en prenant en compte les besoins de fournir un appui technique plus rapproché à certains services bénéficiaires.

Pour améliorer le suivi du calendrier de mise en œuvre du PAA, l'équipe du PAI a procédé activement à un suivi / appui régulier aux 3 Directions Générales et aux 5 Directions transversales du MSP. Il s'agira des mécanismes de concertation et des séances de travail techniques régulières entre le PAI et des services/directions du MSP.

L'évaluation de la planification et la mise en œuvre des activités se fait tout en concertation et en complémentarité avec les autres partenaires et les différents services du MSP dans les différents fora concernés: la tenue des ateliers de revue du PAA à mi-parcours, la tenue du Comité Technique National de Santé et du Comité National de la Santé du 9 au 12 décembre 2014 : c'est-à-dire la revue conjointe annuelle 2014 des réalisations selon les 8 axes stratégiques du PDS, la planification PAA 2015 du MSP et la présentation de la synthèse aux PTF.

L'instauration de réunions hebdomadaires au sein de l'équipe du projet a considérablement facilité le suivi des dossiers.

Du point de vue administratif et comptable, le dispositif en personnel contractuel est adéquat, néanmoins l'augmentation des activités par rapport au 2013 pose de temps en temps un problème de surcharge de travail du personnel concerné.

Afin de renforcer les capacités fonctionnelles des services bénéficiaires, le projet a fait appel à des expertises ponctuelles externes pour la recherche action et la capitalisation, le financement de la santé (CUS) et le dispositif d'amélioration de la qualité.

Pendant le SMCL du PAI en novembre 2014, la question des indicateurs S&E du PAI a été soulevée. Les indicateurs retenus comme tels sont trop peu spécifiques aux actions menées dans le cadre d'un appui institutionnel. L'atteinte des indicateurs de suivi reste trop liée à des facteurs contextuels non maîtrisables par le projet et ne sont pas tout à fait

adaptés pour évaluer/suivre l'appui du projet. Dans le rapport « Baseline » introduit mi 2014, des indicateurs de processus et /ou marqueurs de progrès ont été proposés afin de faire ressortir les contributions du projet à l'atteinte des résultats envisagés. Pendant la mission de Backstopping par l'expert EST, une réflexion a été menée avec l'équipe PAI autour des indicateurs appropriés de S&E et /ou une méthodologie appropriée d'évaluation et de suivi d'un projet d'appui institutionnel (voir rapport Backstopping déc. 2014)

Depuis le début de l'année 2014, le code des marchés publics et des délégations de service au Niger, a subi des modifications tendant à alléger les procédures dans le processus de passation des MP à travers l'Agence de Régulation des Marchés Publics. A cet effet plusieurs arrêtés ont été pris dont entre autre les n°34/CAB/PM/ARMP, n°35/CAB/PM/ARMP, n°36/CAB/PM/ARMP et n°37/CAB/PM/ARMP qui fixent les délais, les pièces à fournir par les soumissionnaires, les modalités de signature et d'approbation et les seuils dans la passation des marchés publics. On dispose par exemple que les délais sont désormais exprimés en jours calendaires au lieu de jours ouvrables, les montants sont revus à la hausse pour la consultation des fournisseurs etc.

2.1.3 Contexte HARMO

Afin de renforcer l'harmonisation avec d'autres partenaires et le MSP les membres du projet participent activement dans les différents comités techniques et cadres de concertations.

En harmonisation avec la Déclaration de Paris, le Niger a signé en avril 2011 un COMPACT Pays (ceci est un accord signé entre le MSP et les PTF pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015 et sur toute question relevant d'un intérêt commun, ce qui constituait une garantie de l'approche sectorielle pour la période) engageant ainsi aussi bien le Gouvernement que ses partenaires pour le financement et la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Un cadre de concertation entre le MSP et les PTF ayant signé le COMPACT se réunit régulièrement et le projet apporte son appui.

Une évaluation à mi-parcours du Compact s'est déroulée au cours de 2014 (voir rapport). Après trois ans de mise en œuvre, il est ressorti que le Compact n'a pas été utilisé à plein dans la mise en œuvre du PDS2011-2015. Le niveau global de réalisation des engagements n'a pu franchir le taux de 50% pour le Gouvernement et est à 56 % pour les PTF. L'absence du tableau de bord Compact qui devait être annexé au guide de suivi évaluation du PDS et la forte mobilité des responsables au niveau des deux ministères signataires voir au sein des PTF, observées dans la même période a dû être un facteur déterminant. A un an de l'échéance du PDS2011-2015, un recadrage pour l'accélération de la mise en œuvre du Compact et l'amélioration de son efficacité s'imposent.

Les PTF du secteur de la santé ont depuis plusieurs années mis en place leur propre cadre de concertation visant à renforcer le dialogue collectif des partenaires concourant à la mise en œuvre de la politique de la santé. Ce cadre est dirigé par un Chef de file, assuré par le représentant d'UNICEF, porte-parole des autres PTF ayant signé le COMPACT.

Ce cadre se réunit de manière régulière.

Le projet est naturellement parfaitement aligné avec les objectifs du MSP ; c'est l'essence même de ce projet.

En 2014 le MSP a entamé un processus d'évaluation à mi-parcours externe de la mise en œuvre et avancement des actions planifiées du PDS 2011-2015. Dans ce cadre le

MSP, avec l'appui du projet et en collaboration avec ses partenaires, a organisé des revues conjointes dont une semestrielle au niveau des régions et des structures du niveau central et une annuelle au niveau national.

La revue conjointe de l'état d'avancement de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015) au titre de l'année 2014 s'est déroulée fin décembre 2014 à travers essentiellement trois actions phares que sont : la mission conjointe de terrain MSP-PTF en novembre 2014, la tenue du Comité Technique National de Santé (CTNS) et du Comité National de Santé (CNS).

Les réunions du CTNS et du CNS qui ont eu lieu au Palais des Congrès de Niamey du 9 au 12 décembre 2014 et le 22 décembre 2014. Elles étaient conduites par le Secrétaire Général, le Président du Comité Technique National de Santé et le Chef de file des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur de la santé. L'ensemble des PTF était représenté à cette revue annuelle du secteur de la Santé.

Le projet a participé et accompagné les structures dans le processus de planification depuis le niveau régional jusqu'à la validation des plans par le niveau central.

Le rôle principal du projet était d'apporter l'appui technique dans l'identification des activités pertinentes et à leur financement.

La mise en place par le MSP des différents comités techniques de travail (l'assurance qualité, suivi de la programmation, la CUS, suivi de la gratuité et autres) en 2014 démontre son appropriation de cette approche de travail dont le projet a contribué techniquement et financièrement à la mise en place.

2.2 Performance de l'outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

| O.S. | INDICATEURS | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------|---------|---|
| Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées | | | | | | | | | |
| | Description | Valeur 0 (2011) | Valeur cible finale (2015) | Valeur 2012 | Valeur 2013 | Valeur cible 2014 | Valeur obtenue | Réalisé | Commentaires |
| OS2 | % des Régions Sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés | ND | 60 % | 5 % | 25 % | 40% | 25 % | | |
| OS3 | Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés | 73.91 % | 100 % | 61 % | ND | 90 % | 45 % | | Cette information fournie par l'évaluation du COMPACT |

Les indicateurs sélectionnés en décembre 2012 (révision du cadre logique) pour mesurer l'atteinte de l'objectif spécifique et les résultats attendus sont à la fois trop difficilement mesurables et trop peu spécifiques. Ces indicateurs sont donc peu adaptés au jugement de l'efficacité du projet.

Pour mieux apprécier la qualité des interactions entre le projet et les acteurs-clé dans le système, le projet a complété ces indicateurs avec des incidences visées / marqueurs de

progrès (validées par la SMCL du 25/2/2014). L'étude de la qualité des interactions permettra d'apprécier l'évolution des capacités systémiques et interpersonnelles à côté des capacités managériales de techniques spécifiques du secteur de la santé

(Le journal des incidences, marqueurs de progrès et stratégies se trouve en annexe 4.3)

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

L'année 2014 a connu une accélération notable des principales réformes édictées dans le PDS, qui reconnaissons-le ont été plutôt léthargiques au cours des trois premières années de mise en œuvre du PDS. Cela grâce à l'appui à la mise en place de 10 comités thématiques composés de femmes et d'hommes, tous pilotés par le Secrétariat Général.

Ce changement s'est traduit par des avancées notables dans les réflexions, notamment en matière d'orientation schématique de la CUS au Niger, de la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, de l'élaboration de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé.

Il en est de même dans la priorisation des nouveaux DS à rendre immédiatement opérationnels, du suivi/fonctionnement de la gratuité, du suivi du PDS et de la stratégie de partenariat public-privé.

L'implication et la participation active du PAI dans les différents comités thématiques a fait avancer les réflexions et le projet compte désormais s'investir beaucoup plus dans la préparation des travaux pour définir et appliquer les diverses stratégies.

Une attention particulière a été donnée à la mise œuvre du plan stratégique du SNIS par un appui des experts externes pour la préparation d'une table ronde et l'élaboration d'une feuille de route et par des formations à tous les niveaux sur le DHIS 2.

Le projet a soutenu en 2014 le renforcement de la coordination au sein du MSP par le SG à travers des appuis techniques et financiers à la préparation de l'audit organisationnel du MSP et à l'enrichissement des TDR des sorties- retraites de réflexions pour améliorer la gouvernance au sein du MSP.

Cet audit organisationnel qui se tiendra début 2015, donnera sans doute des orientations sur le renforcement de la coordination du secteur et la communication institutionnelle

Les outputs obtenus indiquent une certaine avancée dans l'amélioration de la gouvernance du secteur contenue dans l'outcome du projet.

Néanmoins la prise en compte de certains autres aspects pour le compte du PAA 2014 aurait pu renforcer l'atteinte de l'outcome indiqué. Il s'agit de:

- Le faible mise en œuvre de certaines stratégies disponibles : la supervision et le suivi des PRP
- La qualité de la planification opérationnelle sectorielle qui n'est pas encore optimale. En effet, la dimension de la gestion axée sur les résultats n'est toujours pas effective, parce que peu maîtrisée.
- L'utilisation peu optimale des comités techniques comme instrument de réflexion et de coordination. Le peu d'intérêt de certains membres desdits comités et parfois le non fonctionnement des comités en sont les principales raisons

Par ailleurs, bien que le développement du site Web du MSP soit un succès, il n'existe pas encore de base de données accessible pour les rapports, documents du secteur et rapports de recherches.

2.2.3 Impact potentiel

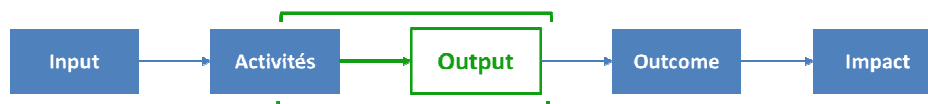
L'objectif spécifique du projet est de renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé Publique en vue d'une gestion optimale du PDS 2011-2015.

Cet objectif est toujours valable parce qu'il est en cohérence avec les objectifs sectoriels (auxquels il contribue) définis dans le plan de développement sanitaire 2011-2015 et en particulier avec :

- L'axe stratégique 3 qui vise le renforcement des capacités
- L'axe stratégique 6 qui vise à renforcer la gouvernance et leadership du Ministère de la Santé Publique dans le secteur.
- L'axe stratégique 7 qui vise à renforcer le financement du secteur
- L'axe stratégique 8 qui vise à promouvoir la recherche en santé

En ce qui concerne l'Impact (objectif global) du projet, sa formulation "L'état de santé des populations et en particulier, celui des couches les plus vulnérables est amélioré », correspond à celle de l'objectif général du PDS 2011-2015 qui est de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur de la santé ».

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

| R1 INDICATEURS | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------|---------|---|
| R1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée | | | | | | | | | |
| | Description | Valeur 0 (2011) | Valeur cible finale (2015) | Valeur 2012 | Valeur 2013 | Valeur cible 2014 | Valeur obtenue | Réalisé | Commentaires |
| R1-1 | Proportion des PTF ayant signé le COMPACT et qui ont respecté leurs engagements | 16.67 % | 80 % | ND | 50 % | 60 % | 56 % | | Information fournie par l'évaluation COMPACT |
| R1-2 | Proportion de cadres de concertation fonctionnels à tous les niveaux (composite) | 5.69 % | 80 % | 5.69 % | ND | 52,49 % | 42 % | | Revue fonctionnelles. Cadres MSP/PTF fonctionnelles (1/ trimestre). Cadres DRSP/PTF non fonctionnelles (irréguliers). |
| R1-3 | Proportion des CHR, MRR, HN et MIG évalués dans le cadre de l'accréditation et de la certification | 0 % | 100 % | 0 % | 0 % | 80 % | 0 % | | Ces indicateurs dépendent des résultats de la consultation réforme qualité |
| R1-4 | % des outils d'accréditation et de certification de la qualité des soins validés qui sont utilisés par les structures périphériques | 0 % | 100 % | 0 % | 0 % | 6 % | 0 % | | Ces indicateurs dépendent des résultats de la consultation réforme qualité |

2.3.2 Les incidences visées

- ✓ Incidence visée 1 : les comités/commissions thématiques au sein du secteur de santé produisent, d'une façon concertée, des propositions d'amélioration des politiques sectorielles
- ✓ Incidence visée 2 : La gestion interne des équipes (en premier lieu ECD, DRSP, DG/MSP, DC/MSP, Divisions/ MSP) assure un environnement stimulant de travail :
- ✓ Incidence visée 3 : Les revues conjointes offrent une bonne guidance pour le développement de la politique et des stratégies du système de santé :
- ✓ Incidence visée 4 : Les ateliers de formation organisés par le Ministère, les districts (ciblés) ou les Partenaires Techniques et Financiers sont orientés vers les besoins du terrain :
- ✓ Incidence visée 5 : Le système d'information sanitaire (SNIS) répond aux besoins des acteurs à chaque niveau et est utilisé pour la prise de décision
- ✓ Incidence visée 6 : La mise en œuvre du Compact est appuyée :

(Le journal des incidences, marqueurs de progrès et stratégies se trouve en annexe 4.3)

2.3.3 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ³ | État d'avancement : | | | |
|--|---------------------|---|---|---|
| | A | B | C | D |
| R 01_01 Renforcer les mécanismes de coordination à tous les niveaux | | | | |
| Effectuer une évaluation/ audit organisationnelle de la fonctionnalité du MSP | | | | X |
| Réaliser une cartographie dynamique des intervenants et interventions en santé | | X | | |
| Organiser une table ronde sur le financement du plan stratégique du partenariat public privé | | X | | |
| Valider le document d'orientation du partenariat public privé | | X | | |
| Réaliser un recensement de l'ensemble des formations sanitaires privées (carte sanitaire du privé) | | | | X |
| Organisation d'un collaboratif secrétaire MSP | | X | | |
| Organiser une table ronde sur le financement du plan stratégique MNT | | | X | |
| Réviser le cadre institutionnelle du centre national pour l'adaptation à sa mission de référence | | | | X |
| Réaliser l'évaluation externe à mi-parcours du PDS en intégrant le COMPACT Niger afin de renforcer le dialogue sectoriel | | X | | |
| Appuyer la revues des PAA des structures du MSP et au niveau central et régional | | X | | |
| Appuyer l'élaboration des rapports d'exécution du PDS (REP) et des aide-mémoires de la revue conjointe annuelle du MSP | | X | | |
| R 01_02 Améliorer le processus de planification et l'intégration des programmes | | | | |
| Mettre en œuvre des recommandations pertinentes issues d'EMP externe du PDS | | X | | |
| Tenir de 2 ateliers de formation en pratique GAR au niveau central et régional | | | X | |
| Elaborer un document cadre d'orientation pour le renforcement de la coordination et de l'intégration des programmes et Projets de santé avec l'appui d'un consultant international | | | | X |
| Appuyer la vulgarisation du manuel de procédures du MSP | | | | X |
| R 01_04 Renforcer la gestion des RH | | | | |
| Former les équipes DRSP sur les nouveaux modules de management | | X | | |
| Former un cadre du SG sur la recherche système de santé à l'ULB | | X | | |
| Tenir un atelier inter directions centrales et entre les niveaux sur le cadre organique, les fiches de postes des agents, le diagramme de répartition des rôles | | X | | |
| Assurer deux (2) missions de suivi et de concertation sur le terrain pour la finalisation de la description des fonctions et du cadre organique | | X | | |
| Assurer une mission d'élaboration des cahiers des charges individualisés correspondant aux fiches de poste à tous les niveaux (central, DRSP, DS, CSI) | | X | | |
| Tenir un atelier de validation de la description des fonctions et cadre organique | | X | | |
| Atelier de formation de nouveaux cadres des projets et programmes au remplissage des fiches A, B, D | | X | | |
| Organiser une revue sur le Compact pays et les conventions de partenariat | | X | | |
| Former les cadres centraux et formateurs régionaux en micro planification | | X | | |

³ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

| R 01_05 Soutenir les réformes prioritaires du MSP prévues dans le PDS 2011-2015 | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Appuyer l'installation des nouveaux médecins en zone rurale | | | | X |
| Faire appel à des experts externes pour l'appui à la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS | | X | | |
| Organiser deux ateliers préparatoires sur le DHIS 2 à Niamey avec les responsables sanitaires | | X | | |
| Former 60 Gestionnaires des données de la région de Niamey sur le Portail en 2 sessions | | X | | |
| Former 10 agents de la DS sur l'utilisation du SPSS à Dosso | | X | | |
| Former 11 agents du MSP (DS:8 ; DSRE : 1, DRH : 1; DAIDRP: 1; SPIS: 8) sur le logiciel de cartographie Arc View en deux sessions à Sadoré | | | | X |
| Apporter l'appui technique au SNIS pour la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2013 – 2022 dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité des données à tous les niveaux du système | | X | | |
| Appuyer la mise en œuvre de l'outil d'analyse PRISME dans les RS de Dosso, Tillabéry et Niamey | | X | | |
| Former 2 cadres en communication institutionnelle pendant 3 semaines | | X | | |
| Doter la documentation en rayonnage dans le nouveau bâtiment | | X | | |
| Effectuer une mission de vulgarisation et présentation des outils de collecte régulière des données dans les régions pour la mise à jour du Site WEB du MSP | | X | | |
| Elaboration d'un module en communication institutionnelle | | X | | |
| Créer un bulletin électronique bimensuel | | X | | |
| Organiser 2 réunions avec les points focaux pour l'animation du site web | | X | | |
| Réorganiser la documentation et les archives du niveau central au niveau du nouveau bâtiment : Transfert, collecte, tri, traitement et l'archivage documents physiques du niveau central et structures annexes | | X | | |
| Effectuer une mission d'appui pour la mise en place d'une base de données de gestion et sécurisation de documents et archives (inventaires, traitement de documents physiques et fichiers électroniques; formation des utilisateurs au niveau de 9 districts (3 de Tahoua, 3 de Zinder et 3 de Maradi) | | X | | |
| Effectuer une évaluation de la modernisation de l'archivage santé à tous les niveaux | | X | | |

2.3.4 Analyse des progrès réalisés

Un grand nombre d'activités a été programmées par les directions bénéficiaires comme la DEP, la DHR, la DGSP (DOS), la DS et la DAID/RP, dans le cadre du renforcement de l'approche sectorielle. Même si les libellés des activités mentionnées dans les tableaux ci-dessus sont assez peu précises, l'accompagnement technique et financier du PAI dans dix (10) comités thématiques) composés de femmes et d'hommes et mis en place au MSP a produit des avancées notables, notamment en matière de mise en place du Groupe de Travail National sur la CUS ; sur la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, l'élaboration de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé. De même le PAI a accompagné l'exercice de priorisation parmi les nouveaux DS en vue de leur opérationnalité immédiate. Notifions par ailleurs que 8 comités sur 10 ont été soit entièrement financés par le PAI, soit en co-financement.

Pour la plupart des activités existent des TDR pour l'exécution qui précisent les objectifs, les résultats attendus en lien avec le PDS et orienté vers la résolution pratique des problèmes.

Le choix de financement des activités (qui finance et quoi) se fait au moment de la

programmation pendant le CTNS et le CNS. Elle est approuvée par les instances par après.

Parfois à cause des besoins non identifiés au moment de la programmation, ou des imprévues, les services font appel au PAI mais aussi dans ces cas le PAI évalue la pertinence de cette demande par rapport aux objectifs du PAI avant de financer.

L'approche sectorielle visée dans le RA 1 ne se concentre pas seulement sur le renforcement de la coordination PTF/MSP pour la mise en œuvre et le financement d'un seul plan sectoriel (le PDS) mais aussi sur le renforcement des piliers clés du système de santé comme le renforcement des Ressources humaines.

La DRH avec l'appui du PAI et d'un assistant technique RH a élaboré et validé les fiches de postes à différents niveaux opérationnels (de la case de santé au CHR en passant par le HD) et administratif (du CSI jusqu'à la DRSP). L'activité devra se poursuivre en 2015 afin de pourvoir aussi, le niveau tertiaire de soins et les directions centrales de fiches de poste. Cet accompagnement accélérera la production d'un cadre organique afin d'appuyer la performance du ministère par rapport à sa responsabilité sectorielle, par rapport à sa responsabilité de gérer le système de santé au niveau conceptuel et stratégique.

Le PAI s'est impliqué dans l'aboutissement de la conception de la cartographie des intervenants en santé dont le recrutement du cabinet de consultance débuté en 2013 a été emmaillé de difficultés. La recherche en santé n'est pas en reste car six (5) protocoles ont été validés et financés en plus de l'appui à l'organisation de deux (2) sessions de formation et une session de capitalisation

Le processus de réformes prévu dans le PDS est considéré utile et prioritaire et pour marquer son alignement avec le PDS, le PAI s'est investi pour soutenir :

- L'amélioration de l'information sanitaire à travers des mécanismes diversifiés tels que la mise à disposition d'outils de contrôle des données (PRISM) dont la fiabilité a été tant décriée auparavant ; la définition de types d'appui à apporter au SNIS par le biais d'un tierce appui à travers une consultation perlée ; la participation à l'orientation du Niger à propos de l'enquête SARA.(évaluation de la disponibilité et de la préparation/réactivité des services) ;
- La dynamique d'élaboration de multiples référentiels qualité (formations sanitaires, centres de formation en santé et des laboratoires d'analyses biomédicales) ainsi que les procédures nationales de certification et le mécanisme de gestion du dispositif à mettre en place. En matière d'amélioration de la qualité, un collaboratif entre hôpitaux secondaires se met en place avec l'appui d'experts externes.
- La réflexion en vue de doter le MSP d'une stratégie qui organise le partenariat entre les sous-secteurs publics et privés de santé.
- La réflexion relative à l'identification des DS à viabiliser prioritairement et à la fonctionnalité des gros DS.
- La réforme sur le développement d'une approche communautaire autour des cases de santé à travers une stratégie de participation communautaire orientée vers la décentralisation.

La participation du PAI au Comité de suivi évaluation du PDS a contribué à améliorer l'encadrement de l'exercice des revues conjointes tant par l'appui technique aux niveaux central et régionaux que dans la révision de divers documents. Il en est de même dans la présence effective aux comités rédactionnels de guidance/rapportages pour développer les stratégies et politiques du système. La suggestion faite pour évaluer les performances physiques de toutes les structures sur les trois années de mise en œuvre du PDS en vue d'une planification réaliste a permis de programmer 932 activités en moins pour l'année 2015.

La participation à la mission terrain et à la rédaction des aides mémoire issus des

différentes revues conjointes, l'appui à la production de TDR et le financement pour une consultation en vue d'évaluer le COMPACT dans le cadre global de l'évaluation à mi-parcours du PDS, ont significativement contribué à l'évaluation du PDS ;
En conséquence, des suggestions pertinentes pour une orientation réaliste du nouveau PDS sont ressorties.

Plusieurs dossiers/activités (l'audit fonctionnel du MSP, le recensement des formations sanitaires privées, l'installation des médecins dans le zone, la révision du cadre institutionnelle du CNAT et le manuel des procédures) ont connu une lenteur de traitement pour des raisons suivantes : la faible capacité en RH et non-respect du calendrier du PAA. Peut-on aussi attribuer cette lenteur au faible développement du travail en équipe se traduisant par de faibles concertations internes dont l'irrégularité des réunions de coordination du SG et des différentes directions ?

L'allègement des procédures de marchés publics a facilité en 2014 sans nul doute la réalisation d'activités prévues depuis 2013 à savoir (la cartographie, le dispositif qualité, l'accréditation et certification des formations sanitaires et l'appui au SNIS).

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

| R2 La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------|---------|--|
| | Description | Valeur 0 (2011) | Valeur cible finale (2015) | Valeur 2012 | Valeur 2013 | Valeur cible 2014 | Valeur obtenue | Réalisé | Commentaires |
| R2-1 | Proportion de supervision du niveau central (SG et autres supervisions spécifiques) vers les DRSP ayant utilisé le Plan de Résolution des Problème (PRP) issues de l'identification des principaux problèmes | ND | 100 % | ND | 25 % | 75 % | 50 % | Partiel | Sur les 8 supervisions prévues 4 ont été réalisées |
| R2-2 | Proportion d'hôpitaux publics ayant adhéré au réseau qui utilise au moins 50% des outils retenus conjointement | 0 % | 30 % | 0 % | ND | 20 % | ND | NR | Cet indicateur dépend de la mise en place du collaboratif CHR prévue en 2013 mais mis en place effectivement en Q3-Q4 2014 |
| R2-3 | Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence | ND | Oui | Non | Oui | Oui | Oui | R | Document d'orientation élaboré |

2.4.2 Les incidences visées

- ✓ Incidence visée 1 : La supervision (niveau central vers le niveau intermédiaire ; niveau intermédiaire vers le niveau district ; niveau ECD vers les CSI ; niveau CSI vers les Cases de santé) permet un bon accompagnement et une bonne communication entre les différents niveaux du secteur de santé publique
- ✓ Incidence visée 2 : Les formations sanitaires publiques et privées sont évaluées selon le dispositif qualité mis en place
- ✓ Incidence visée 3 : Les formations sanitaires mettent en place un dispositif de référence contre référence selon les normes nationales établies
- ✓ Incidence visée 4 : La réforme hospitalière est mise en œuvre

(Le journal des incidences, marqueurs de progrès et stratégies se trouve en annexe 4.3)

2.4.3 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴ | État d'avancement : | | | |
|---|---------------------|---|---|---|
| | A | B | C | D |
| R 02_01 Appuyer l'organisation et la supervision du niveau central vers le niveau régional | | | | |
| Organiser des missions de supervisions intégrées du niveau central vers les régions | | | X | |
| Suivre la mise en œuvre des recommandations et instructions issues des supervisions intégrées | | | X | |
| Suivi encadrement des femmes de l'intersyndical des travailleurs du Niger formés sur le dépistage et la prise en charge du cancer gynécologique | | X | | |
| Evaluation de la formation de l'ITN sur le cancer gynécologique | | X | | |
| Assurer le suivi et l'encadrement post formation des ECD formés en management de district | | X | | |
| Organiser un atelier de révision des textes de la participation communautaire (réviser la nouvelle stratégie de participation communautaire) et validation | | X | | |
| Appuyer la réflexion sur le fonctionnement et la gestion des Districts et Régions Sanitaires | | X | | |
| Appuyer la réforme sur la qualité de soins, et élaboration les manuels de qualité, de certification et accréditation | | X | | |
| Réviser les normes et standards du MSP | | X | | |
| Célébration de la journée SIDA 2014 | | X | | |
| Suivi et encadrement de 25 groupements d'hommes, femmes et jeunes dans la région de Niamey, département de Say et Kollo | | X | | |
| Evaluation de la sensibilisation IST/VIH/SIDA (étude CAP) | | | X | |
| Assurer la formation du Responsable en charge de la division laboratoire et le Coordonnateur du réseau national des laboratoires en techniques de contrôle et d'audit interne qualité des laboratoires d'analyses biomédicales. | | X | | |
| R 02_02 Appuyer techniquement la mise en place d'outils de Référence et Contre référence | | | | |
| Finaliser le guide national de référence et contre référence avec les régions et les partenaires | | X | | |
| R 02_03 Contribuer à la réforme hospitalière | | | | |
| Faire l'analyse de la situation dans le cadre de la mise en place du collaboratif d'amélioration de la qualité des soins dans les CHR/MRR | | X | | |
| Élaborer les textes règlementaires portant application de la loi hospitalière (réforme hospitalière) | | | | X |
| Tenir les réunions du collaboratif d'amélioration de la qualité des soins dans les CHR/MRR | | X | | |

2.4.4 Analyse des progrès réalisés

Malgré les multiples relances du PAI et l'élaboration de plans de sortie seules 4/8 supervisions ont pu être réalisées, conformément au guide de supervision du MSP. Toutefois, le secrétariat général a effectué le suivi des plans de résolutions des problèmes dans quatre régions du pays. En dépit de multiples difficultés de fonctionnalité du comité, le dispositif d'amélioration de la qualité des soins a été conçu et adopté. Le PAI mettra tout en œuvre pour appuyer

⁴ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

l'opérationnalité de ce dispositif en 2015. Ayant débuté en 2013, le processus d'élaboration de la stratégie de référence et contre référence a été freiné par le départ de certaines ressources humaines impliquées et même la faiblesse du pilotage du dossier. En fin 2014 le document a été rédigé en attente de sa validation.

Il apparaît aussi que l'opérationnalité de la DOS (la direction bénéficiaire de la plupart des activités prévues sous RA 2) est encore trop faible et que cela a eu un effet sur l'efficacité du projet par rapport au résultat attendu N° 2.

Une analyse approfondie par la DOS elle-même des raisons du faible niveau d'exécution des activités relatives à ce résultat est opportune.

Introduite en début de l'année 2014, à ce jour, la loi hospitalière n'est toujours pas adoptée par le gouvernement. Néanmoins le collaboratif CHR – MRR appuyé par le PAI a été organisé ; ça a permis d'identifier les domaines qualité à mettre en œuvre avant le prochain collaboratif.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

| R3-la capitalisation des acquis produits par le système est mis en place | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------|----------|---|
| | Description | Valeur 0 (2011) | Valeur cible finale (2015) | Valeur 2012 | Valeur 2013 | Valeur cible 2014 | Valeur obtenue | Réalisé | Commentaires |
| R3-1 | Disponibilité d'un document de capitalisation de bonnes pratiques | ND | D | ND | D | D | Partiel | Partiel | Document d'orientation sur la capitalisation est disponible |
| R3-2 | Nombre de BP dans le système de santé qui ont été documentés | 0 | 10 | 4 | 4 | 6 | 6 | En cours | Plusieurs projets de RA en cours et d'autres en phase de finalisation |
| R3-3 | Nombre ECD engagée dans une recherche –action au cours de l'année | 6 | 25 | 4 | 8 | 20 | 2 | | Ouallam et Dosso |

2.5.2 Les incidences visées

- ✓ Incidence visée 1 : La DEP (Division Etudes et Recherches) du MSP est renforcée dans sa mission d'encadrement de la recherche en santé et la capitalisation des acquis par le système

(Le journal des incidences, marqueurs de progrès et stratégies se trouve en annexe 4.3)

2.5.3 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales activités</u> ⁵ | État d'avancement : | | | |
|---|---------------------|---|---|---|
| | A | B | C | D |
| R 03_01 Identifier et documenter "les meilleures pratiques" en santé | | | | |
| Appuyer le Comité de recherche en santé du MSP dans l'identification et suivi des projets de recherche (y compris la validation des protocoles) avec l'appui d'un consultant de l'ESP/ULB (atelier d'écriture, capitalisation, formation, suivi à distance) | | X | | |
| R 03_02 Financer 12 projets de Recherche Action approuvés par le MSP | | | | |
| Comment réduire le taux d'abandon de traitement de la TB à Niamey | | | X | |
| Comment lutter contre la malnutrition par une approche communautaire | | X | | |
| Mener une recherche action sur l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé généraux | | X | | |
| Comment intégrer la prise en charge malnutrition à base d'aliments locaux dans les centres de santé intégrés | | X | | |
| La création d'un cadre de concertation entre les services sanitaires et les partenaires peut-elle contribuer à garantir l'appropriation et la pérennisation de la prise en charge de la malnutrition au DS de Ouallam | | X | | |
| R 03_03 Elaborer le plan stratégique de Recherche Action | | | | |
| Appuyer l'élaboration du plan stratégique de recherche en santé | X | | | |
| R 03_04 Réviser le cadre législatif et réglementaire en matière de recherche en santé | | | | |
| Appuyer la révision du cadre législatif et réglementaire | X | | | |

2.5.4 Analyse des progrès réalisés

A terme des formations sur la recherche en santé et la capitalisation (30 cadres du niveau central, 25 cadres des régions sanitaires et quelques districts) réalisées avec la facilitation de l'équipe du Pr Dujardin (ULB), 12 protocoles de recherche ont été identifiés et proposés pour financement par le projet (autres protocoles de recherche ont un financement ailleurs). Parmi ceux-ci six ont été financés et en cours de réalisation. Un mécanisme de suivi à distance de ces recherches par l'ULB est mis en place.

La documentation des bonnes pratiques au sein du MSP n'a quant à elle pas démarré (cela paraît normal puisque l'identification des bonnes pratiques ne peut à priori se faire que sur base des résultats de la recherche action). Aussi faudra-t-il élaborer un document normatif de capitalisation des résultats de recherche et se focaliser sur la recherche action plutôt que la recherche en général. En fin d'intervention, en 2016, un atelier de capitalisation sera organisé pour permettre de documenter les recherches et assurer la diffusion des résultats.

Le processus de recherche action et capitalisation s'est mis en place grâce à la mobilisation des facilitateurs de l'ULB (Pr Dujardin et son équipe) et la forte implication de la DEP et de la faculté de médecine et le processus de recherche action fait partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et des services de santé

⁵ A : Les activités sont en avance
B : Les activités sont dans les délais
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

| R4- Les initiatives du MSP visant le développement de la CUS sont soutenues | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------|---------|---|
| | Description | Valeur 0 (2011) | Valeur cible finale (2015) | Valeur 2012 | Valeur 2013 | Valeur cible 2014 | Valeur obtenue | Réalisé | Commentaires |
| R4-1 | Disponibilité de textes (réglementaires et ou législatifs) pris par les autorités nationales sur la CUS | ND | D | ND | ND | D | ND | | L'arête sur le comité CUS signé et le comité installé ; Comité multisectoriel (GTN) créé fin 2014 |
| R4-2 | Nombre de décideurs (Assemblée et Gouvernement) dont au moins 10% de femmes touchés par le plaidoyer sur la CUS | 0 | 150 | 0 | ND | 150 | ND | | Activité liée aux travaux du GTN |

2.6.2 Les incidences visées

- ✓ Incidence visée 1 : La mise en place d'un dispositif de CUS est appuyée

(Le journal des incidences, marqueurs de progrès et stratégies se trouve en annexe 4.3)

2.6.3 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶ | État d'avancement : | | | |
|--|---------------------|---|---|---|
| | A | B | C | D |
| R 04_01 Développer une politique de financement de la santé | | | | |
| Tenir un atelier de finalisation des architectures de CUS avec l'appui d'un expert international | | X | | |
| Voyages d'étude multisectorielle sur la CUS (échanges Sud Sud) | | X | | |
| Organiser une étude de faisabilité de la CUS par un expert / consultant | | | | X |
| Réaliser l'étude des coûts réels des soins par un consultant | | | X | |
| Assurer la participation des cadres de la DEP aux fora internationaux sur la CUS | | X | | |
| Organiser un forum sur la CUS | | | | X |
| R 04_02 Elaborer un plan stratégique de couverture universelle | | | | |
| Former 4 cadres nigériens (santé et autres secteurs) sur la CUS à Bruxelles | | X | | |

⁶ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| R 04_03 Organiser 2 plaidoyers auprès des autorités sur la CMU | | | | |
| Mener des activités de plaidoyer en direction des autorités nationales | | | X | |

2.6.4 Analyse des progrès réalisés

Les activités de développement de la politique de financement sont bien avancées. Après la tenue du forum national sur la protection sociale fin 2013 (dont la CUS a été une des thématiques), et la prise en compte des orientations de l'UEMOA en matière de couverture de risque maladie, un groupe de travail national (GTN) a été créé en fin 2014, par la primature pour conduire le processus. Il s'agira pour ce groupe de proposer un dispositif de mise en place de la CRM au Niger. Notifions que le MSP a la charge de son pilotage.

Le forum et l'étude de faisabilité de la CUS par un expert n'ont pu se tenir pour cause de retard à la mise en place du GTN.

Une étude des coûts des prestations de soins dans les formations sanitaires des niveaux intermédiaire et tertiaire a démarré fin 2014 afin de mieux connaître les coûts réels des différentes prestations de ces formations sanitaires

A l'occasion des missions de BS, une partie de temps de l'expert était consacré à sensibiliser les cadres du MSP à la CUS.

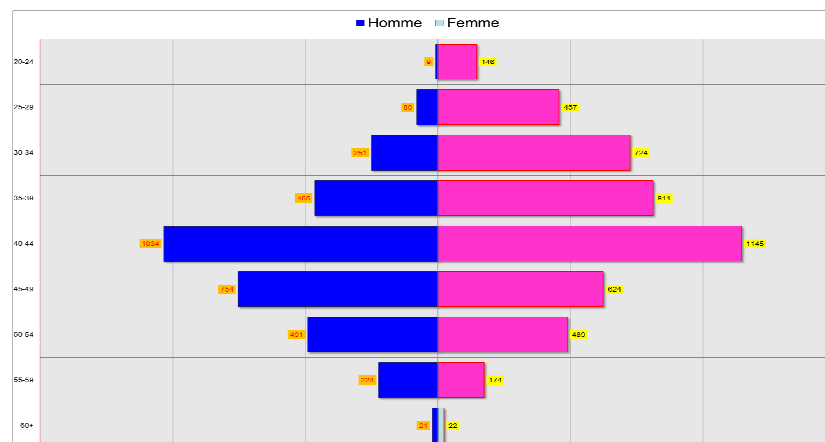
Il s'agit là d'une évolution très positive, au moins en partie attribuable au projet.

Le travail de réflexion reste à poursuivre dans le domaine du financement de la santé et comment intégrer les différentes initiatives dans un seul dispositif de financement.

2.7 Thèmes transversaux

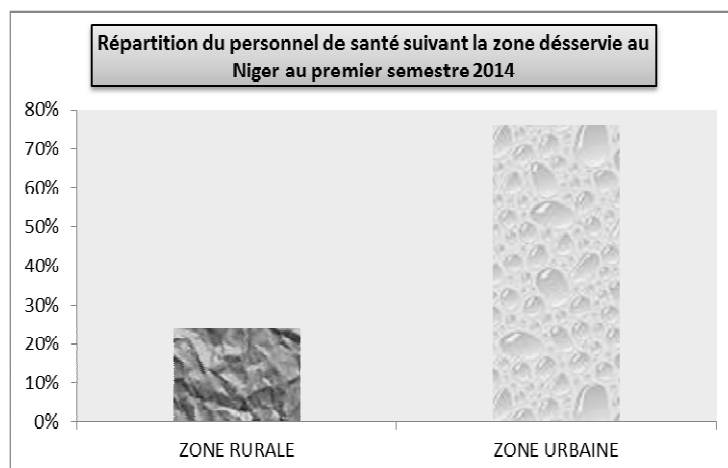
2.7.1 Genre

Comme démontre le tableau ci-dessous, une féminisation de plus en plus accrue du personnel de santé est notable.



(DRH 2014) : Pyramide des âges des ressources humaines du secteur de la santé

Cette situation risquerait d'aggraver le déséquilibre du personnel déjà existant entre zone urbaine et zone rurale.



(DRH 2014) : Répartition des ressources humaines en santé selon la zone

Le graphique ci-dessus montre que plus de 75% du personnel de santé travaille en zone urbaine, ce qui pose la problématique de l'utilisation du personnel de santé en zone rurale et urbaine. Ainsi donc, 75% du personnel de santé soigne uniquement 10% de la population. Cette situation de manque d'équité doit interpeller tous les acteurs et les décideurs de la santé.

Dans les activités programmées pour 2014, on trouve très peu de mentions faites au genre. Néanmoins le projet a financé la prise en charge de la lutte contre le cancer gynécologique à travers les femmes leader de l'intersyndical des travailleurs du Niger avec des résultats appréciables en matière de mobilisation des femmes pour la promotion de la santé.

La réflexion spécifique continuera au cours de la programmation 2015.

En plus les femmes et enfants de moins de cinq ans bénéficient de la politique de gratuité de soins au niveau des formations sanitaires et le projet participe activement dans le comité de suivi de la gratuité afin d'améliorer l'opérationnalisation de celle-ci.

2.7.2 Environnement

Le projet ne peut que très marginalement influencer sur l'environnement. Les aspects d'hygiène hospitalière ont reçu l'attention nécessaire dans le cadre du RA 2 quant à l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs, le collaboratif qualité et la mise en place d'un dispositif qualité qui veille aussi l'aspect d'hygiène et environnement. Le PAI a appuyé une campagne de sensibilisation sur la maladie à virus Ebola en décembre 2014. Cette campagne de sensibilisation a sillonné vingt établissements scolaires répartis dans les cinq communes de la ville de Niamey. L'objectif était de contribuer à la prévention de l'épidémie au Niger entre autres la promotion de l'hygiène

2.7.3 VIH/SIDA

Les programmes et activités de lutte contre le VIH/SIDA font objet d'une intégration intra sectorielle à tous les niveaux. Aussi le projet a fait appel à une expertise pour l'intégration des programmes et projets verticaux y compris le programme VIH/SIDA.

A l'occasion de la célébration de la journée de lutte contre le SIDA/VIH 2014, le projet a

appuyé le suivi et l'encadrement de 25 groupements d'hommes, femmes et jeunes dans la région de Niamey, département de Say et Kollo.

2.8 Gestion des risques

| Identification du risque ou problème | | Analyse du risque ou problème | | | Traitement du risque ou problème | | | Suivi du risque ou problème | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|-------------|------------------|----------------------------------|---|---|-----------------------------|--|----------|
| Description du Risque | Période d'identification | Catégorie | Probabilité | Impact Potentiel | Total | Action(s) | Resp. | Deadline | Progress | Status |
| Les différents services du MSP ne respectent pas le calendrier du POA | 01/01/2014 | OPS | Medium | Medium | Medium Risk | Suivi /appui régulier à la coordination de la mise œuvre des PAA (3 DG et 5 Directions) | ATI et ATN du projet | continu | Rencontres de concertation régulières sur la mise en œuvre du PAA avec les chefs des divisions et chefs des services et les directions clés du MSP | En cours |
| Procédures lourdes du MP | 01/01/2013 | OPS | Low | Low | Low Risk | Le code des marchés publics et des délégations de service au Niger, a subi des modifications tendant à alléger les procédures dans le processus de passation des MP | Responsables du projet et SMCL | continu | Appel à des experts externes de courte durée pour certaines activités. | En cours |
| Faible capacité des ressources humaines du MSP | 01/01/2014 | OPS | Medium | Medium | Medium Risk | Renforcement des capacités par les ATI, ATN et éventuellement des experts externes | Responsables du projet, ATN et experts externes | continu | Renforcement des capacités par les ATI, ATN et les experts externes | En cours |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------|-----|--------|--------|-------------|--|-------------------------------|---------|--|----------|
| Changeement d'un responsable d'une des directions clés du MSP | 01/01/2014 | OPS | Low | Low | Low Risk | Organiser mensuellement des réunions de restitution au sein de chaque direction | Responsables du projet et ATN | continu | | Terminé |
| Transfert des attributions d'une direction du MSP à une autre | 01/01/2014 | OPS | Low | Low | Low Risk | Renforcement des appuis aux directions concernées | Responsables du projet et ATN | continu | | Terminé |
| Assimilation des enjeux du PAI par le nouveau responsable | 01/05/2014 | OPS | Medium | Medium | Medium Risk | Accompagnement du responsable par l'ATI et participation du responsable aux réunions régulières de l'équipe PAI Appui technique ciblé vers le SG par l'ATI et les ATN | ATI et l'équipe | continu | Echanges régulières entre le responsable et l'équipe | En cours |

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Appui technique du PAI à la coordination

Le projet continuera le suivi / appui régulier au SG, aux 3 Directions Générales et aux 5 Directions transversales du MSP. Il s'agira pour le projet d'appuyer techniquement l'organisation du travail du SG et des différentes Directions, en vue de :

- 1) Elaborer et formaliser des feuilles de routes de mise en œuvre des PAA avec indicateurs de résultats, effets envisagés et marqueurs de progrès ;
- 2) Mettre en place des mécanismes de suivi de la mise en œuvre des feuilles de routes ;
- 3) Mettre en place, pour les Directions qui ne l'ont pas fait, des dispositifs de travail en équipe, tel qu'instruit par le Secrétariat Général du MSP en 2009.

La faible coordination de la mise en œuvre des activités par les Directions sous l'égide du Secrétariat Général nécessitera une réflexion profonde autour d'un mécanisme de coordination de l'action du MSP, en vue de renforcer la productivité des services

Le projet pourra appuyer les entités à orienter les discussions, organiser la réflexion, donner un contenu aux réunions avec un suivi continu et consistant dans le temps. En concret cela signifie que le projet stimulera le Secrétariat Général d'améliorer les réunions de coordination entre les directions, et à l'intérieur de chaque direction entre les divisions.

Un premier exercice de renforcement du Secrétariat Général réside dans la tenue d'un atelier de réflexion sur la coordination et les orientations prioritaires de 2015.

En complément, le SG avec l'appui du PAI et de l'OMS est dans un processus de conception d'un audit institutionnel et fonctionnel du Ministère. Cet audit viendra renforcer les conclusions de cet exercice.

Suivi et évaluation du projet

L'atteinte des indicateurs de suivi comme formulés dans le cadre logique révisé reste trop liés à des facteurs contextuels non maîtrisables par le projet et ne sont pas tout à fait adaptés pour évaluer/suivre l'appui institutionnel. Un appui institutionnel étant un appui à un (des) processus plutôt qu'un appui à un résultat bien défini, il est très difficile dans ce contexte de déterminer des indicateurs quantitatifs en plus avec des cibles.

Pour mieux apprécier la qualité des interactions entre le projet et les acteurs-clé dans le système, le projet a complété les indicateurs du cadre logique avec des incidences visées / marqueurs de progrès issues de la méthodologie d'Outcome Mapping (validées par la SMCL du 25/2/2014).

L'étude de la qualité des interactions permettra d'apprécier l'évolution des capacités systémiques et interpersonnelles à côté des capacités managériales de techniques spécifiques du secteur de la santé (voir annexe 4.3)

Dans les projets d'appui institutionnel, il est probablement souhaitable d'utiliser des méthodes originales de mesure de l'atteinte des résultats i.e. des méthodes où l'analyse de l'évolution des attitudes et comportements des bénéficiaires directs devrait prendre une place prépondérante.

Alors que le projet d'appui institutionnel est souvent sous pression pour démontrer que son programme/action donne lieu à des changements significatifs et durables dans le bien-être d'un grand nombre de leurs bénéficiaires, les "effets" constatés sont souvent le

fruit d'un flux de circonstances pour lesquels aucun projet ou groupe d'organismes ne peut réclamer le crédit complet.

Ainsi, évaluer l'impact sur le développement, en particulier dans la perspective d'un projet externe, est problématique. Pourtant, de nombreux projets continuent à lutter pour mesurer les résultats jusqu'à maintenant hors de portée de leurs programmes/actions.

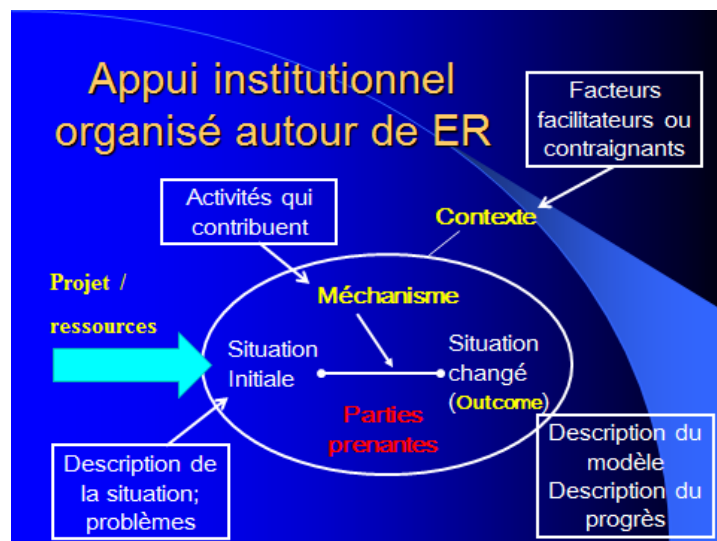
L'Outcome mapping avec ces incidences visées et marqueurs de progrès établit une vision du mieux-être humain, social et environnemental auquel le PAI espère contribuer et concentre ensuite son suivi et évaluation sur les facteurs et acteurs au sein de sa sphère d'influence (Le SG, les Directions et Divisions au sein du MSP).

Le projet peut ainsi réclamer des contributions à l'atteinte de résultats, plutôt que de réclamer la réalisation des impacts sur le développement. La relation n'est pas nécessairement un effet et cause directe.

Au lieu de tenter de mesurer l'impact du projet sur le développement, l'outcome mapping à travers son journal des incidences visées, marqueurs de progrès et son journal des stratégies (annexe 4.3) se concentre sur le suivi et l'évaluation de ses résultats sur le plan de l'influence du projet sur les rôles que ces partenaires jouent dans le développement.

Thématiques et chantiers de travail

Les analyses et discussions sur la performance actuelle du PAI, suite à la mission de backstopping du décembre 2014, ont fait surgir plusieurs chantiers de travail pertinents ou thématiques dans le cadre de nouvelles politiques de santé à développer, voire à ajuster au contexte changeant.



(Schéma : La recherche-action comme outil de suivi systématique de l'appui institutionnel, mission de backstopping 2014)

Le PAI devrait (ensemble avec le partenaire) se concentrer sur une thématique qui semble stratégique au moment. La situation initiale doit être décrite (« problèmes ; description de la situation ») ainsi que la vision sur le futur ou la situation changée (description du modèle vers lequel on compte évoluer

La transition entre la situation initiale et la vision fait partie de l'hypothèse de travail

Selon la théorie de l'évaluation réaliste (ER), une situation évolue de A vers B à travers un mécanisme d'intervention (appuyé par les activités du projet), mais influencé par

d'autres acteurs (positifs ou négatifs) et par le contexte (favorisant ou défavorisant) (voir figure ci-dessous). Durant la période du projet chaque événement dans le cadre d'une de ces thématiques doit être documenté systématiquement. C'est ainsi que ces thèmes deviennent des sujets de recherche-action. Des indicateurs peuvent être déterminés au fur et à mesure.

Il a été proposé de centrer l'appui institutionnel à un nombre des thèmes sous forme de recherche-action et évaluation réaliste. Ont été mentionnés les thèmes suivants : l'AMU y compris le FBR et la gratuité, la coordination, la réforme hospitalière, le dispositif qualité, la santé mentale, le système de référence et contre-référence en milieu rural comme urbain, la stimulation de la recherche dans les districts, la carte sanitaire, et autres

Assurance Maladie Universelle

Les résultats des travaux du Comité technique de réflexion sur la Couverture Universelle en Santé ont abouti à une proposition d'architecture de l'AMU. La proposition est de privilégier la mise en place des mutuelles communales au départ, étant donné que c'est le secteur informel, rural et des indigents qui ont le moins d'accès financier aux services de santé. Une stratégie de mise en œuvre et de pilotage a été proposée. Les réflexions et les préparatifs pour tester le modèle de mutuelle communale dans un ou deux districts se poursuivent en 2015 et 2016.

Comme chaque Etat membre de l'UEMOA s'inscrit dans les directives méthodologiques de l'union, pour la mise en place de la Couverture du Risque Maladie, un Groupe de Travail National pour la Couverture du Risque Maladie (GTN-CRM) a été créé en fin 2014 par la primature pour conduire le processus. Il s'agira pour ce groupe de proposer un dispositif de mise en place de la CRM au Niger. Notifions que le MSP a la charge de son pilotage. Le PAI participe au GTN et continuera à assurer la réalisation et le suivi d'un certain nombre d'analyses (à travers une feuille de route) nécessaires pour pouvoir prendre les décisions stratégiques pour le développement de l'AMU sur une base rationnelle.

Médicalisation des centres de santé

Par rapport à la 'médicalisation' des CSI, créée après une décision présidentielle il y a quelques années, le projet devrait essayer de conceptualiser les enjeux et le modèle implicite sous-jacent. La place d'un CSI médicalisé dans le district sanitaire n'est pas évidente et plusieurs questions se posent par rapport à l'hospitalisation et les moyens nécessaires, la supervision de ces médecins et leurs exigences par rapport au laboratoire et lits d'hospitalisation ainsi que le type de médicaments à leur disposition. La question ultime est ; 'est-ce que cette médicalisation des CSI est une politique propice et coût-efficace ou est-ce que au contraire cela détourne des ressources (humaines, financières, médicaments et réactifs, voitures, autres)? Est-ce qu'il faut petit à petit affecter ces médecins aux (nouveaux) hôpitaux de district ou par contre essayer de les motiver et de leur donner les moyens pour fonctionner optimale ment dans les CSI ? Le projet appuiera l'évaluation de la médicalisation des CSI en concertation avec la direction concernée au MSP.

Réforme hospitalière

Par rapport à la réforme hospitalière un comité ad hoc a été créé pour la mise en œuvre de la réforme et les travaux de réflexion ont été finalisés avec l'appui d'experts externes. En attendant l'adoption de la loi hospitalière, le MSP a mis en place un collaboratif qualité

entre les hôpitaux de deuxième niveau de référence. Le PAI continuera à appuyer ce processus jusqu'à l'institutionnalisation des bonnes pratiques.

Réforme qualité/ accréditation

Le MSP a conçu un dispositif national de qualité des soins à mettre en œuvre à travers une agence indépendante (sous forme d'EPIC). Cette agence aurait pour rôle d'attribuer les accréditations (à partir de référentiels de la qualité) et un label qualité.

En 2015-2016, le PAI appuiera l'opérationnalisation du dispositif dans les formations sanitaires, laboratoires et écoles de santé avec l'appui d'un consultant

Recherche action et capitalisation

Si l'amélioration des services et des soins de santé de qualité se fera à travers la promotion de la recherche en santé et par la création d'un répertoire de chercheurs et résultats de recherches en santé, le projet continuera son appui au renforcement de capacités en recherche action et la capitalisation d'expériences porteuses.

En effet, sauf exception, la finalisation des protocoles de recherche et la finalisation de la rédaction des articles scientifiques ne peuvent être réalisées en quelques ateliers d'écriture scientifique. Il sera nécessaire de prévoir à la fois un encadrement à distance et des missions d'appui par des experts externes en 2015 pour assurer la bonne finalisation des activités entreprises lors de ces ateliers. Le suivi à distance est nécessaire pour répondre aux questions et orienter les chercheurs concernant la méthodologie ou tout autre problème rencontré lors de la rédaction de leur document ou de leur article scientifique ou encore lors de la mise en place de leur recherche en système de santé.

En 2016 un atelier de capitalisation est prévu.

3.2 Recommandations

| Recommandations | Acteur | Date limite |
|--|--|-------------|
| Le projet continuera le suivi / appui régulier au SG, aux 3 Directions Générales et aux 5 Directions transversales du MSP en centrant avec chaque Direction, les objectifs et les produits attendus du projet | ATI, ATN, Directions générales et transversales | Continu |
| Le projet continuera le processus de réflexion et opérationnalisation de certains thèmes prioritaires (AMU, réforme hospitalière, santé mentale, le système de référence et contre-référence en milieu rural comme urbain, dispositif qualité, coordination) à travers les commissions thématiques, le renforcement des mécanismes existants de coordination et le lien avec une expertise technique externe ou perlée si nécessaire | ATI, ATN et responsable, directions générales et transversales | 2015-2016 |
| Le projet aidera à déterminer les mécanismes appropriés d'une bonne coordination au sein du Ministère de la Santé Publique | ATI, ATN, SG, DG du MSP | Q1 Q2 2015 |
| Le projet appuie le SG dans l'organisation, le suivi et la mise en œuvre des recommandations de l'audit | ATI, ATN, SG, DG du MSP | 2015 |

| | | |
|--|--|---------------|
| institutionnel et fonctionnel du MSP | | |
| Le projet se concentre sur le suivi et l'évaluation de ses résultats sur le plan de l'influence du projet sur les rôles que ces partenaires jouent dans le développement à travers son journal des incidences visées, marqueurs de progrès et son journal des stratégies (annexe 4.3) | ATI, ATN, Directions générales et transversales | Continu |
| Le projet doit s'informer et/ou se former sur d'autres méthodologies de suivi évaluation de type « Outcome mapping » ou « évaluation réaliste » ou « most significant changes » La concertation avec d'autres projets d'appui institutionnel à la CTB est à envisager | PAI, RR, PO, M&E BXL, EST santé | Fin 2015 |
| Le projet transformera les thèmes d'attention de l'appui institutionnel sous forme de recherche-action et évaluation réaliste. Ont été mentionnés les thèmes suivants : AMU, réforme hospitalière, santé mentale, le système de référence et contre-référence en milieu rural comme urbain, la stimulation de la recherche dans les districts, et autres. Le PAI est appelé à réorienter son appui selon cette méthodologie et cibler un nombre de chantiers | ATI, ATN et responsable, Directions générales et transversales | 2015-2016 |
| Si les thèmes d'attention sont réellement transformés en forme de RA / ER, les prochaines évaluations poursuivront des termes de référence conformes à une démarche d'évaluation réaliste | ATI, ATN, RR, PO, M&E BXL, EST santé | 2015-2016 |
| Le projet contribue à l'articulation entre les initiatives de financement et la réflexion sur l'AMU. Les réflexions doivent être menées autour des sujets suivants : Comment intégrer la gratuité des soins ; comment intégrer le FBR dans l'AMU ? | DEP, ATI, ATN, EST santé | 2015 |
| Tester le modèle national de l'AMU dans 1 ou 2 districts sanitaires avec chacun un HD fonctionnel, sous forme RA. | DEP, DRSP, DS, ATI, ATN et responsable, GTN | Fin 2015-2016 |
| Le projet s'articulera avec le groupe de travail national (GTN/CRM) sur la problématique de l'AMU afin de dégager une stratégie appropriée et textes réglementaires pour la mise en œuvre de la CUS | DEP, ATI, ATN et responsable, GTN | 2015 |
| Le processus de recherche action fait partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et services de santé | Directions générales et transversales | 2015 |
| Recenser les réalisations sur la recherche-action pour les capitaliser et continuer le suivi à distance. Un atelier de capitalisation devrait être organisé pour permettre de documenter les recherches et assurer la diffusion des résultats | DEP, ATI, ATN et responsable | 2016 |

| | | |
|---|--------------------|------|
| Le PAI appuiera l'opérationnalisation du dispositif dans les formations sanitaires, laboratoires et écoles de santé avec l'appui d'un consultant. | SG, DGSP, ATI, ATN | 2015 |
| Le projet contribue à la réflexion sur la place d'un CSI médicalisé dans le district sanitaire | DRH, DOS, ATI, ATN | 2015 |

3.3 Enseignements tirés

| Enseignements tirés | Public cible |
|--|--|
| L'évaluation des résultats des interventions de l'appui institutionnel est complexe et difficile à mesurer de façon objective. L'alignement aux indicateurs sélectionnés par le PDS et l'atteinte des indicateurs de suivi de ce plan reste trop liés à des facteurs contextuels non maîtrisables par le projet. Souvent les indicateurs du PDS sont trop peu spécifiques aux actions menées dans le cadre du projet d'appui institutionnel. Pour mieux apprécier la qualité des interactions entre le projet et les acteurs-clé dans le système, le projet d'appui institutionnel pourra compléter les indicateurs du cadre logique avec des incidences visées / marqueurs de progrès issues de la méthodologie d'Outcome Mapping ou faire recours à d'autres méthodologies de suivi évaluation de type « évaluation réaliste » ou « most significant changes » | M&E BXL, RR, SG, DGD |
| Les évaluations d'un projet d'appui institutionnel devraient se baser sur des termes de référence conformes à une démarche d'évaluation réaliste. | M&E BXL, EST santé, RR, SG |
| Un investissement important pour l'appui conseil au pilotage du MSP à travers la coordination organisationnelle du Secrétariat Général et la coordination globale du Ministère nous paraît prioritaire pour la suite du projet | Projet, SG, RR |
| Le processus de changement envisagé par un projet d'appui institutionnel nécessite du temps et l'implication de tous les acteurs pendant tout au long de la durée du projet et après. Ceci prend du temps qui dépasse souvent la durée d'un projet, ç à d favoriser une approche programme plutôt qu'approche projet. | RR, EST santé, SG, DGD, institutions académiques |
| La recherche action ne peut pas avoir de résultats s'il n'y a pas de compatibilité et compréhension entre les acteurs et les encadreurs/accompagnateurs scientifiques. Un appel d'offre avec mise en concurrence n'est probablement pas la meilleure solution | EST santé, RR, DEP, controlling BXL |

| | |
|---|--|
| <p>La cogestion comme mode de gestion d'un projet d'appui institutionnel peut être un approche efficace à condition que le responsable du projet est un cadre situé à haut niveau décisionnel lui permettant des contacts et échanges faciles avec les responsables du MSP et autres projets intervenant dans le secteur et de réagir promptement aux questions administratives et techniques liées au projet</p> | <p>RR, SG</p> |
| <p>La lenteur dans la justification des fonds avancés aux structures du MSP nécessite la désignation des gestionnaires des fonds au niveau de ces structures</p> | <p>SG, directions générales et transversales</p> |
| <p>Les expériences de contrats cadres avec des fournisseurs et prestataires ont facilité la mise en œuvre des activités et des justifications de fonds et ajoutent à l'efficiency et efficacité du projet</p> | <p>RR, SG,</p> |

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

| 1. PERTINENCE : le degré dans lequel le projet est cohérent avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i> | | | | | |
| Évaluation de la PERTINENCE : note totale | | A | B | C | D |
| | | X | | | |
| 1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ? | | | | | |
| X | A | Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible. | | | |
| | B | S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible. | | | |
| | C | Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence. | | | |
| | D | Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis. | | | |
| 1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ? | | | | | |
| | A | Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable). | | | |
| X | B | Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses. | | | |
| | C | Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises. | | | |
| | D | La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir. | | | |

| 2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources du projet (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe. | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| <i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i> | | | | | |
| Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale | | A | B | C | D |
| | | X | | | |
| 2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ? | | | | | |
| X | A | Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires. | | | |
| | B | La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible. | | | |

| | | |
|--|----------|--|
| | C | La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques. |
| | D | La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires. |
| 2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ? | | |
| X | A | Les activités sont mises en œuvre dans les délais. |
| | B | La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs. |
| | C | Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard. |
| | D | Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification. |
| 2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ? | | |
| | A | Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés. |
| X | B | Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing. |
| | C | Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires. |
| | D | La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps. |

| 3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N | | | | |
|---|----------|---|----------|----------|
| <i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i> | | | | |
| Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale | A | B | C | D |
| | | X | | |
| 3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ? | | | | |
| | A | La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués. | | |
| X | B | L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort. | | |
| | C | L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome. | | |
| | D | Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises. | | |
| 3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ? | | | | |
| | A | Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive. | | |
| X | B | Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive. | | |

| | |
|----------|---|
| C | Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome. |
| D | Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome. |

| 4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de du projet). | | | | |
|---|--|---|----------|----------|
| <i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C, pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i> | | | | |
| Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale | A | B | C | D |
| | | X | | |
| 4.1 Durabilité financière/économique ? | | | | |
| A | La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci. | | | |
| B | La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes. | | | |
| X | C | Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique. | | |
| D | La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs. | | | |
| 4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cible et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ? | | | | |
| X | A | Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes est fortement impliqué à tous les stades de la mise en œuvre et s'engage à continuer à produire et utiliser des résultats. | | |
| | B | La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible. | | |
| | C | Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises. | | |
| | D | Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité. | | |
| 4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ? | | | | |
| | A | Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra. | | |
| X | B | Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement. | | |
| | C | La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises. | | |
| | D | Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet. | | |
| 4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ? | | | | |
| X | A | Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite). | | |

| | |
|----------|---|
| B | La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité. |
| C | Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises. |
| D | Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent. |

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES DECISIONS/RECOMMANDATIONS DE LA SMCL DU 25 Février 2014

| Domaines | Décisions/Recommandations | Responsables de l'exécution | Deadline | commentaires |
|--|---|-----------------------------|----------|---|
| I. Etat d'avancement de la mise en œuvre des recommandations de la SMCL précédente | Décision I.1 : Les membres de la SMCL acceptent la proposition du MSP de la mise à disposition de l'ATN 1 par un arrêté ministériel. | - | - | ok |
| II. Validation du Rapport annuel des Résultats 2013 | Décision II.1 : Le Rapport annuel des Résultats 2013 du PAI-MSP est validé par la SMCL. | - | - | ok |
| III. Revue des recommandations de l'EMP et commentaires | Recommandation III.1 : Sur la base des arguments évoqués par les responsables du projet, la SMCL recommande de soumettre au Comité Spécial de Partenaires (mars 2014) de considérer une prolongation d'un an de la durée du projet et de la convention spécifique. | RR CTB | mars-14 | Le CSP du 17/4/2014 a recommandé de prolonger le projet d'un an avec un budget de 966 309 €. Une proposition d'avenant au DTF introduit auprès de la RR en préparation d'un échange de lettres entre les deux Gouvernements |
| IV. Validation de la Programmation 2014 | Décision IV.1 : La programmation 2014 du PAI-MSP est validée par la SMCL | - | - | OK |

| V. Validation des indicateurs/ marqueurs de progrès | Décision V.1. : La proposition des indicateurs/ marqueurs de progrès est validée par la SMCL. | - | - | OK |
|--|---|-----------------------------|----------|--------------|
| TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES DECISIONS/RECOMMANDATIONS DE LA SMCL DU 10 novembre 2014 | | | | |
| Domaines | Décisions/Recommandations | Responsables de l'exécution | Deadline | commentaires |
| I. <u>Changements budgétaires</u> | Décision III.1. : Les changements budgétaires du PAI-MSP sont validés par la SMCL. | Direction du projet | Immédiat | OK |

4.3 Cadre logique mis à jour

Journal des incidences visées, marqueurs de progrès et journal des stratégies

Il ne s'agit ici pas des indicateurs tels quels mais un ensemble des Incidences visées pour mieux apprécier la qualité des interactions entre les acteurs-clé dans le système.

L'hypothèse de travail est qu'en renforçant la dynamique de ces interactions et la production des résultats, la fonctionnalité du système entier s'améliora.

Etudier la qualité des interactions permettra aussi d'apprécier l'évolution des capacités systémiques et interpersonnelles à côté des capacités managériales de techniques spécifiques au secteur de la santé.

Les interfaces/canaux de communication les plus importantes pour le PAI (sur lesquelles le programme d'appui institutionnelle se concentrera davantage pour la durée de l'appui) sont : les directions bénéficiaires (Le SG, la DEP, la DS, la DOS, la DRSP, et la DAID/RP) au sein du MSP à travers de réunions techniques et d'équipe, les comités techniques et autres rencontres ; les régions sanitaires à travers la supervision et le SNIS, les institutions académiques à travers les réunions techniques, les partenaires techniques et financiers à travers les réunions de concertation et autres.

Indicateurs / Marqueurs de progrès du renforcement de l'approche sectorielle RA 1 :

| FEUILLE DE SUIVI N°1 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---|--|---|---------------------------------|
| Incidence visée : Les comités/commissions thématiques au sein du secteur de santé produisent, d'une façon concertée, des propositions d'amélioration des politiques sectorielles | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | Personne en charge de la collecte: SG | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | |
| Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N° | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que le SG | | | | | | |
| 1 | Crée les comités/commissions sur des thématiques prioritaires | E | - Mise en place du Comité technique Normes et standards ; - Mise en place du comité de suivi et de la mise en œuvre du compact - Mise en place du comité technique qualité et accréditation | 30/04/14 22/06/14 26/03/12 | -12/06/14 : Transformation du Comité 'gratuite' non fonctionnel en Comité Technique de suivi et mise en œuvre 'gratuite' -05/12/14 : Création d'un | Arrêtés de création des comités |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---------|---|---|--|
| | | | | | | | abouti à une adaptation de la politique ou stratégies du secteur |
| On n'aimerait que le SG | | | | | | | |
| 7 | Veille à l'input du niveau décentralisé dans les comités | M | Participation d'au moins une DRSP aux travaux des comités | Continu | Impliquer physiquement ou en téléconsultation, des structures déconcentrées des structures décentralisées contribuent à la formulation de question de fonds par rapport au sujet, input à travers un document écrit | Documentation expériences, memos techniques, document de recherche-action | |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'année 2014 a été le témoin d'une accélération notable des principales réformes édictées dans le PDS, qui reconnaissons-le ont été plutôt léthargiques au cours des trois premières années de mise en œuvre du PDS. Cela grâce à l'appui à la mise en place de (10) comités thématiques) composés de femmes et d'hommes, tous pilotés par le Secrétariat Général. Ce changement s'est traduit par des avancées notables dans les réflexions, notamment en matière d'orientation schématique de la CUS au Niger, de la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, de l'élaboration de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé. Il en est de même dans la priorisation des nouveaux DS à rendre immédiatement opérationnels, du suivi/fonctionnement de la gratuité, du suivi du PDS et de la stratégie de partenariat public-privé Pour la plupart des activités existantes TDR pour l'exécution qui précisent les objectifs, les résultats attendus en lien avec le PDS et orienté vers la résolution pratique des problèmes. | | | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? <ul style="list-style-type: none"> Appui technique et financier du PAI Appui à la conception des travaux préparatoires des différents comités | | | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le compte rendu des résultats des travaux des comités au SG et au Ministre ne sont pas systématiques | | | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'implication et la participation active du PAI dans différents comités thématiques a fait avancer les réflexions et le projet compte désormais s'investir beaucoup plus dans la préparation des travaux pour définir et appliquer les diverses stratégies L'évaluation des résultats 2014, sur le plan de l'influence du projet sur les rôles que ces partenaires limitrophes jouent dans le développement à travers son journal des incidences visées, marqueurs de progrès a permis d'identifier les principaux chantiers à travailler en 2015. | | | | | | | |
| FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG | | | | | | | |
| Incidence visée : La gestion interne des équipes (en premier lieu ECD, DRSP, DG/MSP, DC/MSP, Divisions/ MSP) assure un environnement stimulant de travail | | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 Personne en charge de la collecte: SG | | | | | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | | |
| Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | | |

| Eleve (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
|--|---|------------------------------|---|--------------|--|---|
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que le SG | | | | | | |
| 1 | Réalise l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP | F | TDR de l'audit élaboré TDR de l'audit présenté au MSP Arrêté qui crée un comité de pilotage de l'audit | Déc 2014 | TDR travaillés en collaboration avec l'OMS et le HCME | Rapport d'audit et TDR |
| 2 | Met en œuvre les recommandations de l'audit du MSP | SI | Toutes les mesures prises dans le processus de l'audit, visent une appropriation des résultats qui en découleront par les responsables | | Dispositions à prendre en 2015 | Feuille de route élaborée sur base des recommandations de l'audit organisationnel et technique du MSP |
| 3 | Etablit les dispositifs de fonctionnement des ECD des nouveaux districts sanitaires | SI | Tenues de réunions de détermination des priorités dans le fonctionnement des nouveaux districts | Sept 2014 | Arrêté de mise en place du comité de réflexion sur l'organisation et le fonctionnement des nouveaux districts Tous les nouveaux DS restent rattachés à leur district de rattachement d'origine | Répertoire Textes de la DL/MSP ; PV réunions de la DOS |
| On souhaite que le SG | | | | | | |
| 5 | Promeut le travail en équipe des directions centrales, DRSP, ECD, Hôpitaux | M | Appui du PAI à l'amendement des attributions des DRSP Appui du PAI pour un mécanisme de coordination du SG Participation dans quelques réunions de directions | | Mettre en place un mécanisme de suivi de la note du SG de 2009 sur les réunions de coordination Travail en équipe des Directions inscrit à l'ordre du jour de réunions de coordination SG Les DG et Directions transversales élaborent et transmettent au SG leur mécanisme de travail en équipe et système de suivi dans la mise en œuvre des activités du PAA Mettre en place un mécanisme de suivi du travail en équipe des différentes centrales et déconcentrées Prévoir en 2015 des retraites de réflexions sur la coordination du MSP avec suivi des PRP qui en seront issus | PV réunion coordination SG ; PV réunions de Direction ; PV réunions de divisions |
| 6 | Clarifie les relations, la division des rôles et des | M | Révision des attributions des différentes directions | | Validation des fiches de poste des niveaux HD, CHR, CME. | PV réunions de coordination SG ; |

| | | | |
|--|--|---|---|
| tâches au sein des entités et entre le personnel de santé (directions centrales, DRSP, ECD, HD) | Définition de fiches de postes des niveaux CSI, ECD, | Définition du cadre organique du niveau central Accélérer la révision des attributions des DRSP en procédant à leur validation | PV réunions DG et Directions transversales et déconcentrées |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la communication intra-directions en impulsant et participant aux réunions de coordination des directions, Soutien à la coordination du MSP par le SG à travers des appuis techniques et financiers à la réalisation de l'audit organisationnel et à l'enrichissement des TDR des sorties- retraites de réflexions pour améliorer la gouvernance au sein du MSP Appui-conseil aux questionnements du SG Suivi des Plans de Résolutions des problèmes (PRP) des supervisions réalisées par le SG. Impulser un mécanisme d'échanges entre le SG et les DRSP à travers des vidéoconférences, téléconsultations ... Mise en œuvre du plan de communication (collaboratif secrétaire, formation en communication institutionnelle e a) | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Un investissement important pour l'appui conseil au pilotage du MSP à travers la coordination organisationnelle du Secrétariat Général et la coordination globale du Ministère nous paraît prioritaire pour la suite de l'intervention Le MSP gagnerait en accélérant l'adoption des attributions des directions centrales et régionales et en mettant en place un mécanisme de redevabilité La synergie de travail entre le cabinet ministériel et le SG, mérite à être renforcée Les mécanismes de coordination au sein du MSP et sa mise en œuvre qui implique tous les cadres du MSP est à améliorer L'audit organisationnel et fonctionnel du MSP qui est en cours de préparation donnera sans doute des orientations sur les mécanismes de coordination et la communication institutionnelle | | | |

FEUILLE DE SUIVI N°3 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG

| Incidence visée : | | | | | | |
|--|---|--|---|----------------------|--|--|
| Les revues conjointes offrent une bonne guidance pour le développement de la politique et des stratégies du système de santé | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | Personne en charge de la collecte: DEP. | | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur de progrès | | | | | | |
| Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N° | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que le SG | | | | | | |
| 1 | Assure que tous les acteurs actifs dans le système de santé participent et soient | E | Création du Comité de suivi (composé de cadres du MSP et des PTF) pour la revue des outils de suivi | Juin et octobre 2014 | S'assurer que des participants des organisations de la société civile participent dans le CTNS | Rapport CNS, CTNS, REP et outils révisés |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|---|--|
| | présents | | évaluation du PDS 2011 – 2015 selon l'approche axée sur les résultats ; Exercice régulier de planification ascendante impliquant tous les acteurs du système | | | et CNS | |
| 2 | Assure une orientation vers le niveau décentralisé/déconcentré | E | Participation à la DR visite conjointe terrain; Participation des ATN aux planifications régionales Révision des textes de la participation communautaire qui donnent une place importante à la gestion des structures de santé par les communales (comités communaux de santé). | Octobre 1014 Juin, octobre 2014 | Prise en compte des questions et des documents venant du terrain Accompagner l'évaluation de l'exercice de planification et la mise en œuvre de recommandations Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des revues semestrielles et annuelles y compris celles de la visite terrain. Impulser la mise en place des comités communaux de santé | Ordre de jour, documents de préparation, rapport visite terrain, rapport d'évaluation, rapports de mission de suivi des recommandations issues des revues | |
| 3 | Assure le leadership/facilitation au niveau de la Revue | E | -préparation de l'ordre de jour et du contenu, -valorisation du travail des comités techniques, -valorisation des recommandations issues des études/audits, niveau des discussions privilégiant la planification et l'évaluation axées sur les résultats Certaines décisions du CNS traduites en adaptation des stratégies | Juin, octobre 2014 | Inscription de l'approche évaluative GAR à une réunion du SG | Agendas CS/DS, CRS, CNS ; Outils utilisés lors des revues PDS | |
| 4 | Veille à ce que des décisions / recommandations du CNS précédent soient mise en œuvre | F | | Juin 2014 | Prises en compte des recommandations du CNS au cours des suivis des PRP des supervisions du SG | Rapport CNS Rapport de suivi des PRP | |
| On souhaite que le SG | | | | | | | |
| 5 | .veille à la présence de outputs du CNS: décisions / recommandations concrètes (PRP) émanant du CNS | E | Existence d'une feuille de route des décisions du CNS | Oct. 2014 | Poursuivre cette bonne pratique | Rapport CNS ; Aide-mémoire MSP/PTF | |
| 6 | Suive les outputs issus du CNS | M | Intégration des conclusions dans les documents de politique et de stratégies, les plans et les directives du ministère | Continu | rétro-information des outputs vers le niveau décentralisé (DRSP, CHR, CSME, DS) doit être prompte | Rapport CNS, la liste de la distribution de ce rapport, | |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La quasi-totalité des structures du MSP participent à l'exercice. • L'introduction en 2014 d'une approche d'analyse des résultats basée sur les indicateurs de résultat du PDS, les facteurs favorisants et limitants a amélioré la qualité des revues. | | | | | | | |

| |
|---|
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) |
| <ul style="list-style-type: none"> Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? Veiller à la prise en compte dans les TDR des partenaires, du suivi des recommandations issues des revues et visites terrain Veiller à ce que le comité de suivi du PDS améliore la préparation technique des revues (outils, encadrement des structures déconcentrées et centrales) |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès |
| <ul style="list-style-type: none"> Synthèse des leçons apprises/recommandations L'exercice de planification conjointe se produit répétitivement depuis une décennie au MSP permettant une certaine internalisation de l'approche. Les recommandations issues des PRP de supervision et des revues ne sont pas évaluées en rapport avec les indicateurs, donc ne permettant pas une appréciation objective Des efforts restent à fournir pour une meilleure préparation des revues, lieu de prise de décisions par les Comités de Santé sur la base des résultats soumis par les Comités techniques de santé à tous les niveaux |

| FEUILLE DE SUIVI N°4 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU DEP | | | | | | |
|---|---|---|---|---------|---|---|
| Incidence visée : Les ateliers de formation organisés par le Ministère, les districts (ciblés) ou les Partenaires Techniques et Financiers sont orientés vers les besoins du terrain | | Personne en charge de la collecte: DEP | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | |
| Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que le DEP | | | | | | |
| 1 | Veille à ce que les TDR présentés justifient et explicitent le lien avec un besoin de terrain identifié | M | La DEP est sensée traiter toutes les requêtes avant transmission aux partenaires La plupart des TDR reçus et traités identifient des besoins réels | Continu | - Le lien est fait avec le PDS, PDS, PQ, PEH ; - Le lien est fait avec les analyses faites dans le cadre du système de monitoring et évaluation ; Le PAI a traité tous les TDR dans une approche résultats et présentés à la DEP ; Les TDR sont de plus en plus discutés et traités en avancé avec le PAI avant leur transmission officielle | Rapports des activités l'atelier, plans stratégiques dans le cadre du M&E |
| On souhaite que le DEP | | | | | | |
| 2 | Veille à ce que le contenu vise la réflexion et orientation | F | La plus part des TDR présentés par la DEP identifient les besoins, mais non | Continu | Formation plus pratique en GAR réalisées pour les cadres | TDR, rapports d'ateliers, rapports de participation aux |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--|
| vers la résolution pratique des problèmes : centré autour des incidents critiques, des données et des analyses en relation avec le système M&E | orientés vers les résultats | centraux et régionaux ; Outputs à adapter en termes de renforcement de connaissances : non seulement connaissances théoriques mais aussi connaissances pratiques, systémiques et interpersonnelles Outputs à valoriser pour permettre les changements attendus (Effets attendus) | formations Rapport de suivi post formations |
| Description des réussites ou des changements significatifs <ul style="list-style-type: none"> Le traitement en mode avancé a réduit considérablement les délais d'approbation des requêtes et amélioré leur contenu. L'accroissement du nombre des recherches en cours est quasiment imputable aux formations sur la recherche en santé financées presque exclusivement par le PAI. Le PAI apporte son appui technique à certaines insuffisances constatées ou à la demande des Directions | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) <ul style="list-style-type: none"> • | | | |
| Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? <ul style="list-style-type: none"> • S'accorder avec la DEP, le Secrétariat Général et les autres Directions du MSP, sur la nécessité d'orienter tous les TDR dans une approche résultats (Changement attendu et Produits) ; • Prévoir et appuyer dans tous les TDR, un mécanisme de suivi post formation pour toutes les formations financées ; • Le PAI a toujours proposé une orientation des TDR vers des changements attendus, mais ceci n'est pas toujours soutenu par la DEP • Désormais, prévoir un suivi de la réalisation des effets attendus de ces activités réalisées | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès <p>Synthèse des leçons apprises/recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sans suivi post formation aucun changement ne peut être réellement objectif ; • Amener si possible les autres PTF à s'orienter aussi vers l'appréciation de TDR visant des résultats | | | |

| | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| FEUILLE DE SUIVI N°5 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DS | | | |
| Incidence visée : Le système d'information sanitaire (SNIS) répond aux besoins des acteurs à chaque niveau et est utilisé pour la prise de décision | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | Personne en charge de la collecte: DS. | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | |
| Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Supports/documents |
| | | Dates | Actions correctrices ou recommandations |
| On s'attend à ce que la DS | | | |
| 1 | Poursuit la mise en œuvre du | M | Elaboration d'un plan de plaidoyer |
| | | Continu | Recadrage des interventions |
| | | | Politique M&E, systèmes base |

| | | | | |
|---|---------------|---|---------------------|--|
| <p>plan stratégique du SNIS 2013 – 2022. afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des données à tous les niveaux du système de santé</p> | | <p>pour le financement du plan stratégique Contribution à la mise en place d'une plateforme intégrée de gestion de l'information sanitaire à travers le logiciel DHIS2 (Portail) SNIS qui prend en compte les systèmes parallèles d'information Appui pour accélérer la production de carte sanitaire Rôle des acteurs (particulièrement au niveau décentralisé) clarifié ;</p> | <p>Maï 2014</p> | <p>de données existants Rapports de la consultation perïée</p> |
| <p>2</p> <p>Impulse une bonne dynamique d'analyse des données dans les districts</p> | <p>M ou E</p> | <p>Evaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine (PRISM) pour identifier les domaines prioritaires du Système d'Information Sanitaire (SIS) à renforcer. Instauration de mécanisme d'analyse systématique des données à divers niveaux ; Perspective de formation et non pas de contrôle ; Organisation d'une réunion annuelle de monitoring plus à laquelle participent le personnel des différents niveaux de la pyramide sanitaire analyse des données entres acteurs du SNIS ;</p> | <p>Continu</p> | <p>Rapports d'activités ; Rapports revue SNIS PV ateliers et des réunions</p> |
| <p>3</p> <p>Exploite des données (outputs)</p> | <p>E</p> | <p>Formation des cadres du SNIS formés par niveau sur la gestion des données sanitaires Elaboration dans les délais de l'Annuaire Statistique 2014 Evaluation PRISM Missions d'apurement des données Utilisation des données SNIS lors des revues conjointes</p> | <p>Juillet 2014</p> | <p>Rapports de formation DS ; Annuaire SNIS ; Etudes/rapports de suivi de la qualité des données ; Rapports CTNS</p> |
| <p>On souhaite que la DS</p> | | | | |
| <p>4</p> <p>Ait un plan de financement du plan Stratégique adopté par le MSP et PTF ;</p> | | <p>TDR de recrutement d'experts en appui à la mise en œuvre du Plan stratégique SNIS Annonces et confirmations de financement par les PTF pour 2015 (DHIS2, reproduction des supports</p> | <p>Nov. 2014</p> | <p>Rapports d'experts ; Rapports supervisions SG ; Rapport synthèse CNS Rapport de consultation perïée</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | révisés, formation des agents de santé et l'acquisition du matériel informatique) ions d'appui | | Elaboration du ; chronogramme de réalisation des activités et d'une synthèse des besoins de financement |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le PAI s'est investi pour soutenir l'amélioration de l'information sanitaire à travers des mécanismes diversifiés tels que la mise à disposition d'outils de contrôle des données (PRISM) dont la fiabilité a été tant décrite auparavant ; la définition de types d'appui à apporter au SNIS par le biais d'un tiers d'appui à travers une consultation perleée ; la participation à l'orientation du Niger à propos de l'enquête SARA (évaluation de la disponibilité et de la préparation/réactivité des services et l'élaboration du portail DHIS2. | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? Appui aux responsables de la DS pour la mobilisation des ressources et la réalisation des composantes énoncées dans le contrat de la consultance perleée . | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le processus d'élaboration de la carte sanitaire traîne depuis six années. Il a pu redémarrer grâce à la mise à disposition par le FNUJAP de 2 logiciels Arcview et la formation d'agents financée par le PAI sur ledit logiciel. Amener les acteurs à se baser sur les indicateurs de résultats pour effectuer les analyses lors de l'exercice des revues conjointes | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|------------------------------|--|--------------|---|---|
| FEUILLE DE SUIVI N°6 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG | | | | | | |
| Incidence visée : La mise en œuvre du Compact est appuyée | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | | | | |
| Personne en charge de la collecte: | | | | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | |
| Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que le SG | | | | | | |
| 1 | Appuie la mise en œuvre du Compact afin de renforcer le partenariat entre le Gouvernement, la société civile et les PTF et d'améliorer la mobilisation et l'utilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PDS 2011-2015 à travers un cadre harmonisé | E | Réunions de concertation entre PTF et MSP plus régulières en 2014 TDR Evaluation du compact Contrat pour évaluer le Compact Rapport technique d'évaluation du Compact disponible Disponibilité d'une feuille de route de mise en œuvre des décisions prises suite évaluation COMPACT Recommandation du CTNS d'assurer le suivi financier du COMPACT | Continu | Conclusions de l'évaluation du Compact inscrit à l'ordre du jour d'une réunion du Comité de concertation MSP/PTF Décisions du Comité de concertation MSP/PTF sur les résultats de l'évaluation du Compact, traduites en adaptation des stratégies prioritaires | TDR Contrat évaluateurs compact disponible Rapport d'évaluation COMPACT PV réunion MSP/PTF Feuille de route |

| | | | | | |
|--|--|---|------------|--|--|
| On souhaite que le SG | | | | | |
| 3 | Possède d'une cartographie des PTF | TDR d'élaboration d'une cartographie des PTF Contrat de consultance pour l'élaboration de la cartographie Désignation de 3 webmasters pour l'animation de la cartographie | Janv. 2014 | Actualiser régulièrement la cartographie | TDR cartographie Contrat de prestation cartographie PTF |
| 4 | Description des réussites ou des changements significatifs | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le niveau global de réalisations des engagements est de 50 % pour le Gouvernement et à 56 % pour les PTF | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? Veiller à ce que les recommandations de l'évaluation du Compact soient mises en œuvre | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Les réunions des cadres de concertations du niveau régional sont soit irrégulières, soit inexistantes, si elles ne se confondent pas au cluster/Nutrition. Suivre la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du COMPACT (cf. aide-mémoire CNS 2014). | | | | | |

Indicateurs / Marqueurs de la qualité des soins et services RA 2:

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|--------------|--|
| FEUILLE DE SUIVI N°7 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG | | | | | |
| Incidence visée : | | | | | |
| La supervision (niveau central vers le niveau intermédiaire ; niveau intermédiaire vers le niveau district ; niveau ECD vers les CSI ; niveau CSI vers les Cases de santé) permet un bon accompagnement et une bonne communication entre les différents niveaux du secteur de santé publique | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | Personne en charge de la collecte: DS | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | |
| Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | |
| Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandation |
| On s'attend à ce que le SG | | | | | |
| 1 | utilise un document technique (guide) de supervision avec une vision cohérente et des directives claires traduisant cette vision | E | Guide officiel de supervision utilisé au cours des préparations et exécution des supervisions | Continu | Approche globale, attitude d'accompagnateur, orientation vers l'apprentissage mutuel, supervision intégrée etc....) Supervisions préparées sur base du guide de supervision du Secrétariat Général et |
| | | | | | PV réunion préparatoire Supervision des DRSP par le SG |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------|---|--|
| 2 | Organise la supervision selon le calendrier établi | M | TDR sur la supervision des DRSP existent Réunions préparatoires des supervisions SG, impliquant les DG et Directions transversales Calendrier de supervision établi ; Trois équipes de supervision mises en place pour faciliter le taux d'exécution des supervisions Visite intégrée (synergie avec les Directions Générales et les programmes de santé), Briefing aux responsables au niveau de l'équipe DRSP | Continu | exécutée sur base du même document rétro-information vers le niveau DRSP Répartir les DRSP entre les équipes afin de faire en sorte que chaque DRSP reçoive au moins une supervision annuelle | |
| On souhaite que le SG | | | | | | |
| 4 | Veille à ce que la supervision contienne : communication et clarification des stratégies sectorielles, orientation vers la résolution des problèmes de toute nature ou un Plan de Résolution des Problèmes (PRP) issus des supervisions, communiqués aux équipes supervisées ; Veille à la mise en œuvre adéquate des Plans de Résolutions des Problèmes (PRP) issus des supervisions | E | Les équipes de supervision sont organisées de sorte à aborder tous les aspects pertinents contenus dans les TDR de la supervision Le PAI appui techniquement la supervision et en fait partie lors de l'exécution. | | | Rapports de supervision avec PRP |
| 5 | | M | Des missions de suivi de la mise en œuvre des PRP organisées dans 50% des DRSP | Tous les trimestres | Désignation des points focaux absents ; Elaborer une feuille de route du suivi des PRP à chaque point focal, avec compte rendu du suivi aux réunions de coordination du SG | Rapports de missions des points focaux |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'annonce des missions de suivi a amené les DRSP à mettre en place un mécanisme interne de suivi des PRP | | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> | | | | | | |
| Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le financement des missions de suivi des PRP | | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Non réalisation des réunions de coordination du Secrétariat Général qui permettent de faire le point du suivi des PRP; Inscrire dans l'ordre du jour des réunions de coordination du SG le suivi de la mise en œuvre des PRP ; | | | | | | |

- Planifier en téléconférence avec les DRSP, certaines réunions de coordination du SG, avec inscription de la mise en œuvre des PRP
- Accélérer la réunion de réflexion sur la coordination du SG prévue pour février 2015

| FEUILLE DE SUIVI N°8 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DGSP | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|
| Incidence visée : Les formations sanitaires publiques et privées sont évaluées selon le dispositif qualité mis en place | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | Personne en charge de la collecte: DOS | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | |
| Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que la DGSP | | | | | | |
| 1 | Mette en place un dispositif de qualité | E | Un comité technique et de pilotage créé ; Un contrat de consultation signé pour l'élaboration d'un dispositif qualité, accréditation des structures de soins ; Les ateliers d'adoption des phases de l'élaboration du dispositif par le comité technique et de pilotage se sont tenus ...; | Conformément au chronogramme élaboré | Suivi soutenu par le PAI, de la tenue des ateliers d'adoption des documents Elaborer une feuille de route au comité de suivi des réformes et en rendre compte au SG | Contrat signé Rapports de consultation |
| 2 | Rende disponible le dispositif qualité, accréditation au MSP | E | Document du Dispositif qualité disponible à la DGSP Atelier d'adoption du dispositif qualité organisé ; | continu | Un atelier a sanctionné la mise à disposition des travaux (livrables) du cabinet de consultation ; Nécessité que le Ministre adopte les trois référentiels qualité ; | Rapport de l'atelier d'adoption des documents du dispositif qualité |
| On souhaite que la DGSP | | | | | | |
| 4 | Vulgarise le dispositif qualité | F | Présentation du dispositif au Secrétariat Général du MSP | | Mettre le dossier dans le circuit d'adoption du Ministre de la Santé Inscrire la présentation du guide de RCR à l'ordre du jour d'une réunion cadre de concertation MSP/PTF | Note de présentation du dispositif qualité au Ministre |
| 5 | Valide le document de collaboration formations sanitaires publiques privées | E | Document d'orientation PPP élaboré | Sep oct. 2014 | Adoption du document par le SG | Document PPP |
| On aimerait que la DGSP | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|-----------|---|--------------------------------------|
| 6 | Suive la mise en œuvre du dispositif qualité | F | Les documents du dispositif adoptés en fin 2014 le Planification 2015 de la mise en œuvre en test pilote à l'Hôpital National de Niamey et au LANSPEX | Déc. 2014 | Réunion de concertation avec les acteurs officielles de la qualité (Direction Nationale Qualité, AVCN, URC) avec l'appui du PAI en 2015 Recruter un Consultant pour appuyer la mise en œuvre | Rapport réunion DGSP, DNQ, AVCN, PAI |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Aucun changement car le dispositif n'est pas encore mis en œuvre | | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> | | | | | | |
| Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Financer l'opérationnalisation du dispositif qualité, avec l'appui d'un consultant | | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> La lenteur dans l'adoption du dispositif qualité n'a pas permis la mise en œuvre en 2014 Mettre en place un Groupe de travail pour la mise en œuvre test du dispositif | | | | | | |

FEUILLE DE SUIVI N°9 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DOS

| Incidence visée : | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|---------|---|---|
| Les formations sanitaires mettent en place un dispositif de référence contre référence selon les normes nationales établies | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | Personne en charge de la collecte: DOS | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | |
| Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que la DOS | | | | | | |
| 1 | Veille à l'élaboration d'un guide de référence contre référence | E | Comité d'élaboration du guide de référence contre référence établi Tenue Atelier d'élaboration d'un guide national de RCR Guide national de RCR disponible | Continu | Document rédigé ; Nécessité de présenter le guide de RCR au Secrétariat Général en vue de son adoption par le Ministre. | Stratégie de RCR Rapport atelier Note de présentation au Ministre |
| 2 | Présente au Cadre de concertation MSP/PTF le Guide de RCR | SI | | | La présentation du guide de RCR inscrite à l'ordre du jour d'une réunion du cadre de concertation MSP/PTF Accélérer l'adoption par le Ministre, du guide ; | PV réunion MSP/PTF |
| 3 | Etablissee une feuille de route | SI | | | Un groupe de travail pour la | Feuille de route |

| | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------|------|--|-----------------------|
| | sur le renforcement des RCR au Niger | | | | vulgarisation à mettre en place | |
| On souhaite que la DOS | | | | | | |
| 4 | Etablis le rapport d'enquête nationale sur l'état des lieux des RCR au Niger | F | Enquête réalisée 2013 | 2013 | Complément d'enquête en 2014 mais résultats partiels | Rapport d'enquête RCR |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) Document RCR finalisé | | | | | | |
| Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? <ul style="list-style-type: none"> Vulgarisation de la stratégie | | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | | |

| FEUILLE DE SUIVI N°10 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU DOS | | | | | | |
|--|--|-----------------------|---|----------------------|--|---|
| Incidence visée : La réforme hospitalière est mise en œuvre | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | Personne en charge de la collecte: DOS | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M): Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandation | Supports/documents |
| On s'attend à ce que la DOS | | | | | | |
| 1 | Mette en place un comité pour l'élaboration des textes réglementaires de la réforme hospitalière | M | Comité ad hoc créé pour la mise en œuvre de la réforme Introduction de la loi hospitalière dans le circuit d'adoption | 2012 2013 2014 | Néanmoins le collaboratif CHR – MRR appuyé par le PAI a été organisé ; ça a permis d'identifier les domaines qualité à mettre en œuvre avant le prochain collaboratif. | Arrêté de création du comité Compte rendus des réunions du comité Rapport d'experts |
| 2 | Etablis les TDR adoptés pour le réseautage des CHR-CSME | E | TDR établis | 2014 | | TDR |
| 3 | Atelier d'installation du réseau (Collaboratif qualité) des CHR et CSME | E | Soutien aux réformes concrétisé par la participation active du PAI dans : -La mise en place d'un collaboratif qualité entre les hôpitaux de deuxième niveau de référence - La finalisation des travaux de | 2014 | Suivre la formalisation du secrétariat exécutif du collaboratif | Rapports des réunions et ateliers du collaboratif Rapports de consultation |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|-----------------------------|
| | | | réflexion avec l'appui d'experts externes. Conception d'outils d'évaluation grâce à une expertise externe Une réunion du collaboratif tenue | | |
| 4 | Evalue la qualité des soins au niveau des CHR et CSME | | Réunions de collaboratifs qualité des soins des CHR et CSME | Suivre la mise en œuvre du collaboratif (domaines cliniques d'intervention) | PV de réunions collaboratif |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'accompagnement technique et financier du PAI dans le développement d'outils d'évaluation, la préparation du collaboratif CHR-CME a produit des avancées notables en matière de réformes hospitalière en attendant l'adoption de la loi y afférente. | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'allègement des procédures de marchés publics a facilité en 2014 le recrutement de « personnes ressources » pour accompagner le processus dans la réalisation d'activités prévues depuis 2013 à savoir (la cartographie, le dispositif qualité, l'accréditation et certification des formations sanitaires et l'appui au SNIS) | | | | | |
| Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le PAI continuera à appuyer ce processus jusqu'à l'institutionnalisation des bonnes pratiques. | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Suivre de près le processus d'adoption de la loi hospitalière | | | | | |

Indicateurs / Marqueurs de la recherche en santé RA 3:

| FEUILLE DE SUIVI N° 11: JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DEP | | | | | | |
|---|--|-----------------------|---|----------------------------------|---|---|
| Incidence visée : La DEP (Division Etudes et Recherches) du MSP est renforcée dans sa mission d'encadrement de la recherche en santé et la capitalisation des acquis par le système | | | | | | |
| Période de janvier à décembre 2014 | | | Personne en charge de la collecte: DEP | | | |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | | | | | | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | | | | | | |
| Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur | | | | | | |
| Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus | | | | | | |
| Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès | | | | | | |
| N° | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandation | Supports/documents |
| On s'attend à ce que la DEP | | | | | | |
| 1 | Mette en œuvre le plan stratégique de recherche en santé | M | 12 protocoles de recherche validés par le MSP parmi lesquels 6 sont financés par le PAI (santé mentale, nutrition, supervision.... 50 cadres de différents niveaux | Avril, Nov. 2014 Avril et | Elaboration d'un document normatif de capitalisation des résultats de recherche en 2015 Focalisation sur la recherche action plutôt que la recherche | Documents de recherche Rapport d'ateliers de formation |

| | | | | | | |
|---|--|----|---|---------------------|--|-------------------------|
| | | | formés en recherche action et en écriture scientifique | Nov. 2014 | en général Dynamiser les cadres de concertation sur la recherche y compris le comité de suivi. | |
| 2 | Facilite la complétude de la recherche action et la publication. (nombre de cycles de recherche-action complété) | M | Formation en recherche action sur place Suivi à distance de la complétude des documents de recherche par l'ULB | Avril à Déc 2014 | Suivi de la recherche action par le comité mis en place Documentation à préparer pour une capitalisation des recherches en cours. | Rapport de l'équipe ULB |
| 3 | Restitution de la RA dans un atelier de capitalisation | SI | | | Documentation des résultats de la recherche en 2015 Capitalisation et diffusion des bonnes pratiques programmée en 2016 | |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le processus de recherche action fait partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et services de santé | | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? <ul style="list-style-type: none"> Le projet continuera son appui au renforcement de capacités en recherche action et la capitalisation d'expériences porteuses | | | | | | |
| Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès | | | | | | |
| Synthèse des leçons apprises/recommandations | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Absence de sous-comité opérationnel de suivi de RA Difficultés d'attribution de marchés La recherche action ne peut pas avoir de résultats s'il n'y a pas de compatibilité et compréhension entre les acteurs et les encadreurs/accompagnateurs scientifiques. Un appel d'offre avec mise en concurrence n'est probablement pas la meilleure solution La finalisation des protocoles de recherche et celle de la rédaction des articles scientifiques ne peuvent être réalisées en quelques ateliers d'écriture scientifique Il sera nécessaire de recenser les réalisations sur la recherche-action pour les capitaliser et continuer le suivi à distance Prévoir à la fois un encadrement à distance et des missions d'appui par des experts externes en 2015 pour assurer la bonne finalisation des activités entreprises lors de ces ateliers. | | | | | | |

Indicateurs / Marqueurs du financement de la santé RA 4:

| | |
|--|--|
| FEUILLE DE SUIVI N° 12: JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DEP | |
| Incidences visées : La mise en place d'un dispositif de CUS est appuyée | |
| Période de janvier à décembre 2014 | Personne en charge de la collecte: DEP |
| Echelle d'appréciation du niveau de réalisation: | |
| Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès | |

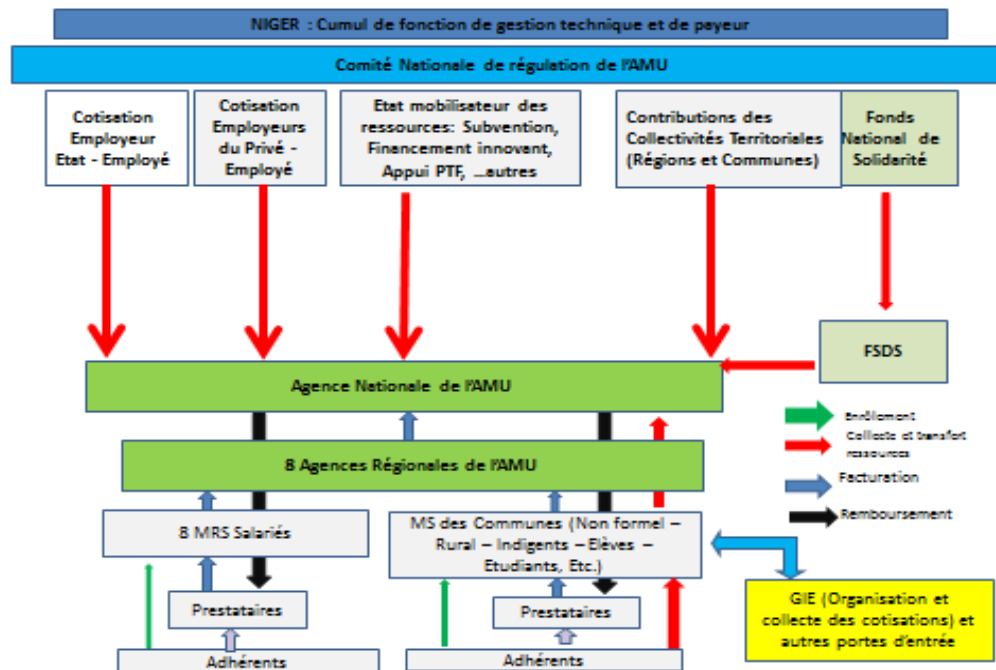
| <p>Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur Moyen(M): Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès</p> | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|----------------------|---|---|
| N° | Marqueurs de progrès | Niveau de réalisation | Principaux événements | Dates | Actions correctrices ou recommandations | Supports/documents |
| On s'attend à ce que la DEP. | | | | | | |
| 1 | Crée un comité sur la CUS | E | Comité mis en place | Fin 2013 | | Arrêté |
| 2 | Elabore une feuille de route de mise en place de la CUS | | Elaboration et adoption de la feuille de la CUS | Juin 2014 | Actualiser la feuille de route | Feuille de route |
| 3 | Adopte un document consensuel sur l'architecture d'CRM | E | Proposition d'une architecture CUS au cours d'un atelier de consensus Etude sur les coûts réels des prestations de soins des niveaux tertiaires, secondaires et opérationnels en cours Une stratégie de mise en œuvre et de pilotage a été proposée Le projet contribue à l'articulation entre les initiatives de financement et la réflexion sur l'AMU | Déc 2014 Avr 2014 | - TDR Etude de faisabilité de la CUS - Mise en place d'un comité chargé de plaider sur la CUS | Arrêté GTN/CUS Rapport d'atelier Aide mémoire CTNS 2014 |
| | Introduise la stratégie de CUS/ au Comité de concertation MSP/PTF | E | Présentation de la stratégie au CTNS | Oct 2014 | Adoption de la stratégie de CUS par le Gouvernement par l'organisation d'un atelier de validation Communication en conseil de cabinet PM de la stratégie CUS | |
| 4 | Mette en place le Comité d'élaboration des documents stratégiques, textes législatifs et réglementaires de la CUS | SI | | | - Mise en place des organes de gestion de la CUS par Gouvernement | |
| On souhaite que la DEP | | | | | | |
| 5 | Teste le modèle national de l'AMU dans 1 ou 2 districts sanitaires avec chacun un HD fonctionnel, sous forme RA | SI | | | | |
| Description des réussites ou des changements significatifs | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'architecture CUS est issue des recommandations du Forum sur la Protection Sociale fin 2013 Les résultats des travaux du Comité technique de réflexion sur la Couverture Universelle en Santé ont abouti à une proposition d'architecture de l'AMU. | | | | | | |
| Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites) | | | | | | |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un GTN selon les directives de l'UEMOA |
| <p>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les réflexions doivent être menées autour des sujets suivants : Comment intégrer la gratuité des soins ; comment intégrer le FBR et le Fonds Social Santé dans l'AMU ? • Le projet s'articulera avec le groupe de travail national (GTN/CRM) sur la problématique de l'AMU afin de dégager une stratégie appropriée et textes réglementaires pour la mise en œuvre de la CUS • Formation des cadres en protection sociale |
| <p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p> <p>Synthèse des leçons apprises/recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tester le modèle national de l'AMU dans 1 ou 2 districts sanitaires avec chacun un HD fonctionnel, sous forme RA |

4.4 Aperçu des MoRe Results

| | |
|--|---|
| Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ? | Oui, incidences visées et marqueurs de progrès validés par le SMCL du 25 février 2014 |
| Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ? | Oui |
| Planning de la MTR (enregistrement du rapport) | Octobre 2013 |
| Planning de l'ETR (enregistrement du rapport) | Prévu en 2016 |
| Missions de backstopping depuis le 01/01/2012 | Novembre 2012, Mars 2013, Novembre 2013, décembre 2014 |

4.5 Schéma de l'Assurance Maladie Universelle au Niger



4.6 Ressources en termes de communication

(Voir aussi activités SPOCITOS en ce qui concerne la communication externe)

- Plan de Développement Sanitaire 2011-2015
- Plan stratégique national de la recherche en santé 2013-2020
- Rapports de la formation des cadres du Ministère de la Santé Publique à la recherche-action, ESP/ULB et protection social COOPAMI

- Comptes nationaux de la santé, exercice 2011, 2013
- Rapport d'atelier d'écriture scientifique, ESP/ULB
- Rapports des missions terrain MSP/PTF 2014 (supervision conjointe)
- Note technique de la proposition d'architecture de la CUS, et argumentaire
- Document de la stratégie de la RCR
- Plans stratégique du système national d'information sanitaire 2013-2022
- Rapport de synthèse de la revue annuelle des PAA 2014 et programmation 2015 des structures du niveau central du MSP
- Rapport revue annuelle 2014
- L'évaluation à mi-parcours du PDS 2011-2015
- L'évaluation à mi-parcours du COMPACT, 2014
- L'évaluation interne du PDS 2011-2015
- Enquête de satisfaction des bénéficiaires des prestations de soins et de santé
- Cartographie des PTF
- Document d'orientation de partenariat entre le ministère de la sante publique et le secteur privé
- Rapports de missions d'assistance technique dans le cadre de réforme du SNIS (Yons associâtes)
- Annuaire des statistiques sanitaires au Niger -2013
- Référentiels des indicateurs sanitaires
- Elaboration d'une matrice des coûts des prestations de santé dans les formations sanitaires des niveaux intermédiaire et tertiaire
- Rapport de la mission d'appui au Ministère de la Santé Publique pour la conception et la mise en œuvre d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé
- Revue des dépenses publiques secteur santé, exercice 2010-2011, sept 2014
- Rapport de mission Backstopping (P Bossyns), Dec 2014
- Site web MSP: www.msp.ne
- Bulletin périodique d'information du MSP "Echo santé »

4.7 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Fournir le rapport « Budget versus Actuels (y – m) » (il peut simplement être joint au présent document et ne doit pas faire partie du rapport en tant que tel).

Voir fichier FIT

Project Title : **Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique**

Budget Version: **E01**
 Currency: **EUR**

Year to month : 31/12/2014

Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing

| Status | Fin Mode | Amount | Start to 2013 | Expenses 2014 | Total | Balance | % Exec |
|---|---|--------------|---------------|-------------------|--------------|------------|------------|
| A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: LES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES | | | | | | | |
| 01 L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en | | 1.663.000,00 | 599.777,07 | 618.602,68 | 1.218.379,75 | 444.620,25 | 73% |
| | 01 Renforcer les mécanismes de coordination à tous les | 701.000,00 | 306.040,73 | 246.552,46 | 552.593,19 | 148.406,81 | 79% |
| | 02 Améliorer le processus de planification et renforcer | 69.000,00 | 12.394,99 | 38.856,83 | 51.251,82 | 17.748,18 | 74% |
| | 03 Contribuer à améliorer l'accès aux soins aux plus | 223.000,00 | 170.194,23 | 52.824,11 | 223.018,34 | -18,34 | 100% |
| | 04 Renforcer la gestion des ressources humaines | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ?? |
| | 05 Soutenir les reformes prioritaires du MSP qui vont induire | 140.000,00 | 38.425,87 | 45.089,08 | 83.514,95 | 56.485,05 | 60% |
| | | 269.000,00 | 85.025,64 | 109.782,44 | 194.808,08 | 74.191,92 | 72% |
| 02 La qualité des soins est améliorée par un encadrement | | 359.000,00 | 40.704,06 | 172.500,00 | 213.204,06 | 145.795,94 | 59% |
| | 01 Appuyer la supervision du niveau central sur la régional | 135.000,00 | 27.605,77 | 102.263,31 | 129.869,08 | 5.130,92 | 96% |
| | 02 Mettre en place des outils et mécanismes harmonisés de | 135.000,00 | 13.098,29 | 24.902,98 | 38.001,27 | 96.998,73 | 28% |
| | 03 Contribuer à la réforme hospitalière | 89.000,00 | 0,00 | 45.333,71 | 45.333,71 | 43.666,29 | 51% |
| 03 La capitalisation des acquis produits par le système est | | 283.000,00 | 89.009,21 | 147.488,94 | 236.498,15 | 46.501,85 | 84% |
| | 01 Identifier les Meilleures Pratiques | 167.000,00 | 34.232,24 | 106.633,74 | 140.865,98 | 26.134,02 | 84% |
| | 02 Financer des projets de Recherche Action approuvés | 87.000,00 | 25.592,14 | 40.855,20 | 66.447,34 | 20.552,66 | 76% |
| | 03 Elaborer le plan stratégique de recherche action | 20.000,00 | 19.998,25 | 0,00 | 19.998,25 | 1,75 | 100% |
| | 04 Reviser le cadre législatif et réglementaire en matière de | 9.000,00 | 9.186,58 | 0,00 | 9.186,58 | -186,58 | 102% |
| 04 Les initiatives visant la couverture universelle en santé | | 320.000,00 | 164.023,07 | 52.061,28 | 216.084,35 | 103.915,65 | 68% |
| | 01 Développer une politique du financement de la santé | 208.000,00 | 89.166,75 | 46.733,10 | 135.899,85 | 72.100,15 | 65% |
| | 02 Elaborer un plan stratégique de couverture universelle | 75.000,00 | 49.989,21 | 5.328,18 | 55.317,39 | 19.682,61 | 74% |
| | 03 Organiser deux (2) plaidoyers auprès de la primature pour | 37.000,00 | 24.867,11 | 0,00 | 24.867,11 | 12.132,89 | 67% |
| X RÉSERVE BUDGÉTAIRE | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ?? |
| 01 Réserve budgétaire | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ?? |
| REGIE | | 927.000,00 | 478.808,77 | 233.103,92 | 711.912,69 | 215.087,31 | 77% |
| COGEST | | 1.873.000,00 | 709.887,45 | 666.187,58 | 1.376.075,03 | 496.924,97 | 73% |
| TOTAL | | 2.800.000,00 | 1.188.696,22 | 899.291,50 | 2.087.987,72 | 712.012,28 | 75% |

Project Title : **Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique**

Budget Version: **E01**

Currency: **EUR**

YtM :

Year to month : 31/12/2014

Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing

| | Status | Fin Mode | Amount | Start to 2013 | Expenses 2014 | Total | Balance | % Exec |
|--|--------|----------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|------------|
| 01 Réserve budgétaire | | COGES | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ? |
| Z MOYENS GÉNÉRAUX | | | 1.137.000,00 | 588.919,15 | 280.688,82 | 869.607,97 | 267.392,03 | 76% |
| 01 Frais de personnel | | | 816.000,00 | 426.973,46 | 204.589,03 | 631.562,49 | 184.437,51 | 77% |
| 01 Assistant Technique International | | REGIE | 600.000,00 | 322.088,74 | 142.344,27 | 464.433,01 | 135.566,99 | 77% |
| 02 Responsable national - prime | | REGIE | 46.000,00 | 27.288,91 | 11.158,55 | 38.447,46 | 7.552,54 | 84% |
| 03 Assistance Technique Nationale (2) | | REGIE | 84.000,00 | 42.052,58 | 24.133,35 | 66.185,93 | 17.814,07 | 79% |
| 04 Comptable mi-temps | | COGES | 36.000,00 | 10.669,07 | 12.846,17 | 23.515,24 | 12.484,76 | 65% |
| 05 Secrétaire mi-temps | | COGES | 14.000,00 | 6.335,74 | 4.404,95 | 10.740,69 | 3.259,31 | 77% |
| 06 Chauffeurs (2) | | COGES | 36.000,00 | 18.538,42 | 9.701,74 | 28.240,16 | 7.759,84 | 78% |
| 02 Investissements | | | 103.000,00 | 96.540,28 | 3.112,42 | 99.652,70 | 3.347,30 | 97% |
| 01 Véhicules | | COGES | 19.000,00 | 19.234,49 | 0,00 | 19.234,49 | -234,49 | 101% |
| 02 Equipement bureau et IT | | COGES | 14.000,00 | 11.418,23 | 2.712,24 | 14.130,47 | -130,47 | 101% |
| 03 Aménagements du bureau | | COGES | 5.000,00 | 1.145,56 | 400,18 | 1.545,74 | 3.454,26 | 31% |
| 04 Achat 2 véhicule 4X4 | | REGIE | 65.000,00 | 64.742,00 | 0,00 | 64.742,00 | 258,00 | 100% |
| 03 Frais de fonctionnement | | | 129.000,00 | 58.343,81 | 39.038,28 | 97.382,09 | 31.617,91 | 75% |
| 01 Frais de fonctionnement des véhicules | | COGES | 62.000,00 | 31.881,14 | 7.289,16 | 39.170,30 | 22.829,70 | 63% |
| 02 Télécommunications | | COGES | 10.000,00 | 4.779,17 | 4.297,49 | 9.076,66 | 923,34 | 91% |
| 03 Fournitures de bureau | | COGES | 13.000,00 | 5.427,52 | 5.932,97 | 11.360,49 | 1.639,51 | 87% |
| 04 Missions à l'étranger | | REGIE | 25.000,00 | 4.789,03 | 18.528,43 | 23.317,46 | 1.682,54 | 93% |
| 05 Missions à l'intérieur | | REGIE | 18.000,00 | 10.785,91 | 2.990,23 | 13.776,14 | 4.223,86 | 77% |
| 06 Frais financiers | | COGES | 1.000,00 | 681,04 | 0,00 | 681,04 | 318,96 | 68% |
| 04 Audit et Suivi et Evaluation | | | 89.000,00 | 7.061,65 | 33.949,10 | 41.010,75 | 47.989,25 | 46% |
| REGIE | | | 927.000,00 | 478.808,77 | 233.103,92 | 711.912,69 | 215.087,31 | 77% |
| COGEST | | | 1.873.000,00 | 709.887,45 | 666.187,58 | 1.376.075,03 | 496.924,97 | 73% |
| TOTAL | | | 2.800.000,00 | 1.188.696,22 | 899.291,50 | 2.087.987,72 | 712.012,28 | 75% |

Project Title : **Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique**

Budget Version: **E01**

Currency : EUR

Year to month : 31/12/2014

Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing

| | Status | Fin Mode | Amount | Start to 2013 | Expenses 2014 | Total | Balance | % Exec |
|---|--------|----------|-----------|---------------|------------------|-----------|-----------|-----------|
| 01 Frais de suivi et évaluation CTB/MTR/évaluation finale | | REGIE | 69.000,00 | 7.061,65 | 28.184,52 | 35.246,17 | 33.753,83 | 51% |
| 02 Audit | | REGIE | 20.000,00 | 0,00 | 5.764,58 | 5.764,58 | 14.235,42 | 29% |
| 99 Conversion rate adjustment | | | 0,00 | -0,05 | -0,01 | -0,06 | 0,06 | ?% |
| 98 Conversion rate adjustment | | REGIE | 0,00 | -0,05 | -0,01 | -0,06 | 0,06 | ?% |
| 99 Conversion rate adjustment | | COGES | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ?% |

| | | | | | | |
|---------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|------------|-----|
| REGIE | 927.000,00 | 478.808,77 | 233.103,92 | 711.912,69 | 215.087,31 | 77% |
| COGEST | 1.873.000,00 | 709.887,45 | 666.187,58 | 1.376.075,03 | 496.924,97 | 73% |
| TOTAL | 2.800.000,00 | 1.188.696,22 | 899.291,50 | 2.087.987,72 | 712.012,28 | 75% |

