

# RAPPORT DE SUIVI-EVALUATION

TITRE DE LA PRESTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION.

Programme d'appui pour la mise en œuvre du Plan de  
Développement Sanitaire  
N° NER0401711

## INFORMATIONS DE BASE SUR LE PROJET.

Pays : NIGER

Secteur et sous –secteur CAD : médical (soins et services de santé de base)

Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution : Ministère de la Santé Publique et de la lutte Contre des Endémies

Agence d'exécution : Coopération Technique Belge

Nombre d'experts en coopération internationale de la CTB : 06

Durée de la prestation (selon AS/CS) : 4 années

Date de démarrage de la prestation :  
Selon AS/CS : 1<sup>er</sup> janvier 2005  
Effective : 9 avril 2005

Date de clôture de la prestation :  
Selon AS/CS : 31 décembre 2008  
Estimée : 9 avril 2009

Modalités de gestion de la prestation: en cogestion et régie

Budget total de la prestation : 18.397.836 euros  
dont 11.002.206 euros comme contribution de la Belgique

Période couverte par le rapport : 1<sup>er</sup> janvier 2006 – 31 décembre 2006

| Annexes |   | Oui | Non |
|---------|---|-----|-----|
| 1.      | Résumé des résultats                                | X   |     |
| 2.      | Planning d'activités année sous revue               | X   |     |
| 3.      | Planning d'activités année + 1                      | X   |     |
| 4.      | État des recettes et dépenses de l'année sous revue |     |     |
| 5.      | Prévisions budgétaires année + 1                    | X   |     |
| 6.      | Taux de déboursement de la prestation               |     |     |
| 7.      | Personnel de la prestation                          | X   |     |
| 8.      | Sous-traitance et appels d'offres                   | X   |     |
| 9.      | Equipements   | X   |     |
| 10.     | Bailleurs de fonds                                  |     | X   |

## PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION

Appréciez la pertinence et la performance de la prestation en utilisant les appréciations suivantes :

- 1. - Très satisfaisant
- 2. - Satisfaisant
- 3. - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
- 4. - Non satisfaisant
- X. - Sans objet

|   | Responsable national de l'exécution | Responsable CTB de l'exécution |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| <b>PERTINENCE<sup>1</sup></b> (cf. PRIMA, §70, p.19)  |                                     |                                |
| 1. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?           | 1                                   | 1                              |
| 2. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport à la politique belge de développement?               | 1                                   | 1                              |
| 3. Les objectifs de la prestation sont-ils encore pertinents ?  | 1                                   | 1                              |
| 4. La prestation répond-elle aux besoins des groupes cibles?  | 1                                   | 1                              |
| 5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'appuie-t-elle sur les organes locaux d'exécution appropriés? | 1                                   | 1                              |

<sup>1</sup> Selon le PRIMA, §70, p.19, il s'agit "d'apprécier si les choix des objectifs, les choix des groupes cibles et des organes locaux d'exécution restent pertinents et cohérents par rapport aux principes généraux relatifs à une aide efficace et efficiente, ainsi que par rapport à l'application des politiques et stratégies locales, régionales, internationales et belges de développement ».

|  | Responsable national de l'exécution | Responsable CTB de l'exécution |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <b>PERFORMANCE<sup>2</sup></b> (PRIMA, §71, pp.19-20)  |                                     |                                |
| 1. Les résultats obtenus par la prestation ont-ils contribué à la réalisation de ses objectifs <sup>3</sup> ? (efficacité)           | 1                                   | 1                              |
| 2. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)  | 2                                   | 2                              |
| 3. Les modalités de gestion de la prestation sont-ils appropriés? (efficacité)   | 1                                   | 1                              |
| 4. Les ressources de la prestation sont-elles adéquates sur le plan de (efficience) :  |                                     |                                |
| a. Ressources financières?   | 3                                   | 3                              |
| b. Ressources humaines ?   | 1                                   | 1                              |
| c. Matériel et équipements ?   | 1                                   | 1                              |
| 5. Les ressources de la prestation sont-elles utilisées efficacement et optimisées pour obtenir les résultats attendus? (efficience) | 2                                   | 2                              |
| 6. La prestation est-elle satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficience)         | 2                                   | 2                              |
| 7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)                        | 2                                   | 2                              |

<sup>2</sup> Selon le PRIMA, §71, pp. 19-20, il convient « d'apprécier et de mesurer les performances convenues dans les phases de préparation selon les 4 critères et les indicateurs établis pendant la formulation. (Les 4 critères sont efficacité, efficience, respect des délais et qualité du personnel).

<sup>3</sup> Voir annexe 1 pour plus de détails

|                                       | Responsable national de l'exécution | Responsable CTB de l'exécution |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Appréciation globale de la prestation | 2                                   | 2                              |

Malgré le retard enregistré au démarrage, le Programme a déjà produit au niveau de tous les sous-programmes des résultats appréciables qui se consolideront certainement à l'avenir. Une partie non négligeable des activités planifiées par les différentes structures (DRSP, districts sanitaires, CHR, ...) a été financée et exécutée. Les raisons de non exécution et les améliorations proposées apparaîtront au fur et à mesure dans les parties qui suivent.

| Responsable national de l'exécution | Responsable CTB de l'exécution |
|-------------------------------------|--------------------------------|
|                                     |                                |

## SIGLES et abréviations

|         |   |
|---------|---|
| ACP     | Approche Centrée sur le Patient   |
| AT      | Assistant Technique   |
| AVP     | Accidents de la voie publique   |
| BLU     | Bande Latérale Unique (Radio émettrice réceptrice)                                    |
| CAI     | Cellule d'appui institutionnel  |
| CCD     | Capacité en Chirurgie de District   |
| CGC     | Cellule de Gestion et de Coordination   |
| CHR     | Centre Hospitalier Régional   |
| CPN     | Consultation prénatale  |
| CSI     | Centre de Santé Intégré   |
| CTB     | Coopération Technique Belge   |
| DAO     | Dossier d'appel d'offres  |
| DEP     | Direction des Etudes et de la Planification (du MSP/LCE)                              |
| DES     | Diplôme d'études spécialisées   |
| DGP     | Direction de la Gestion du personnel  |
| DGRH    | Direction Générale des Ressources Humaines  |
| DRSP    | Direction Régionale de la Santé Publique  |
| DS      | Districts sanitaires  |
| DTF     | Document Technique et Financier (du PAPDS)  |
| DTC     | Diptérie Tétanos Coqueluche   |
| ECD     | Equipe Cadre de District  |
| ENSP    | Ecole Nationale de Santé Publique   |
| FAD II  | Fonds Africain de Développement   |
| FSS     | Faculté des Sciences de la santé (de l'Université Abdou Moumouni de Niamey)           |
| GTZ     | Coopération Technique Allemande (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) |
| HD      | Hôpital de District   |
| HNN     | Hôpital National de Niamey  |
| IMT     | Institut de Médecine Tropicale d'Anvers   |
| IO      | Instructions Opérationnelles  |
| MSP/LCE | Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies                     |
| MCD     | Médecins chefs de district  |
| OMS     | Organisation Mondiale de la Santé   |
| OT      | Orthopédie - Traumatologie  |
| PAA     | Plan d'action annuel  |
| PAPDS   | Programme d'appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire               |
| PDS     | Plan de Développement Sanitaire du District   |
| PDSR    | Plan de Développement Sanitaire Régional  |
| PEV     | Programme élargi de vaccination   |
| PTF     | Partenaires Techniques et Financiers  |
| PVD     | Pays en voie de développement   |
| RI      | Résultats Intermédiaires de la prestation   |
| SP      | Sous programme  |
| TSCGO   | Technicien Supérieur en Chirurgie et Gynéco - Obstétrique                             |
| URC     | University Research Corporation   |

## Synthèse

### Préliminaires

Cette partie fait une synthèse des rapports des différents sous-programmes. Le canevas présentement mis à disposition par la CTB a été élaboré pour les projets et ne s'adapte donc pas dans l'esprit à l'exécution d'un Programme qui se caractérise essentiellement par une unité d'objectif.

Il se compose de trois parties:

- la première portant sur une appréciation du Programme par le Responsable et le Coresponsable;
- la seconde effectue un résumé des activités de l'année;
- la troisième et dernière partie porte sur l'analyse pouvant être faite de la mise en œuvre, des difficultés enregistrées et des propositions d'amélioration.

Les parties annexes du rapport évoquent :

- une revue de l'état d'avancement à travers certains indicateurs;
- la planification de l'année suivante;
- et la situation des ressources (financières matérielles et humaines).

### I. Appréciation

Le point le plus important signalé à ce niveau est l'insuffisance des ressources financières affectées au Programme, au regard des résultats attendus et des activités devant être développées.

Malgré les lenteurs qui ont été enregistrées au démarrage, à ce jour, l'état d'avancement du Programme est jugé satisfaisante.

### II. Résumé des activités de l'année 2006 et principales réussites

#### II. 1. Résumé des activités

- Appui technique et financier au fonctionnement des structures des zones d'intervention (formations, supervisions, réunions de coordination, évaluation et élaboration des PAA, maintenance, ...)
- Elaboration de documents techniques (Guide de supervision, stratégie de riposte aux épidémies, ...concept de maintenance préventive, ...);
- Fourniture d'équipements et de matériels (Région de Dosso, Communauté Urbaine de Niamey, District et Centre de formation de Ouallam, Département d'OT de l'HNN);
- Maintenance des équipements biomédicaux et des radios émettrices réceptrices (BLU);
- Contribution à la prise en charge des plus démunis au CHR de Dosso par le financement du Fonds Social

- Prestations directes de soins à l'HNN, au CHR de Dosso et à l'HD III de Niamey (chirurgiens et gynécologue);
- Enseignement et encadrement des étudiants et stagiaires de diverses provenances (CCD, DES, Autres);
- Appui technique et financier à la réalisation de 4 thèses dont 3 qui concernent la DRSP de Dosso et une celle de Niamey ;
- Préparation de la revue annuelle 2006 ;
- Appui à l'élaboration et à l'évaluation du PAA 2006 et à l'élaboration des plans 2007 ;
- Participation à l'élaboration des documents clés du Ministère (stratégie de renforcement de la participation communautaire, Gratuité des soins, Annuaire statistique 2005) ;
- Appui aux réunions de coordination des PTF ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un projet de manuel des procédures administratives, financières et comptables ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un document sur les structures de concertation du Programme (Comité Technique, Réunions techniques...);

## **II. 2. Principales réussites**

- Elaboration du Plan de couverture de Niamey ;
- Appui à la formation de 3 médecins DES et de 21 médecins en capacité de district ;
- Relance du Centre de formation en management de Ouallam et formation de 13 membres des ECD ;
- Opérationnalisation des blocs opératoires des hôpitaux de district (Doutchi, Gaya Loga et Ouallam) et amélioration du plateau technique de l'HD III de Niamey ;
- Participation directe à la production des outils d'élaboration des PAA et du Guide de Suivi/Evaluation du PDS ;

## **III. Réalisation financière**

### **Selon les plans d'action 2006 (en F CFA)**

| Sous programmes  | Montant budgétisé    | Montant décaissé   | Taux d'exécution |
|------------------|----------------------|--------------------|------------------|
| Sous programme 1 | 541.774.855          | 411.830.454        | 76 %             |
| Sous programme 2 | 206 000 000          | 107. 639.566       | 52,25 %          |
| Sous programme 3 | 88.500.000           | 46.736.739         | 52,81 %          |
| Sous programme 4 | 113.000.000          | 172.706.368        | 152,84 %         |
| Sous programme 5 | 99.190.000           | 87.526.711         | 88,24 %          |
|                  | <b>1.048.465.000</b> | <b>826.439.838</b> | <b>78,82 %</b>   |

#### IV. Contraintes enregistrées

- **Au niveau des structures**

- Insuffisance du personnel en quantité et en qualité au niveau des structures périphériques ;
- Planification trop optimiste des structures partenaires à laquelle s'ajoute le poids des activités imprévues ;
- Insuffisance dans la coordination des PTF de terrain ;
- Maîtrise insuffisante des procédures administratives et comptables du PAPDS par les structures partenaires.

- **Au niveau du Programme**

- Insuffisance de communication ;
- Irrégularité de l'approvisionnement financier des structures appuyées par le programme ;
- Ambiguïté sur la position des experts de santé publique de l'équipe de Dosso, chargés à la fois d'impulser les districts prioritaires (Dosso et Doutchi) et d'appuyer la DRSP de Dosso dans son fonctionnement courant;
- Manque de définition d'une stratégie d'opérationnalisation des districts modèles et des terrains de stage ;
- Demandes supérieures aux capacités de la CAI.

par qui?  
le Nipe?

- **Au niveau institutionnel**

- Lenteur des procédures d'exécution des appels d'offre ;
- Gestion non optimale des ressources humaines.

#### V. Mesures recommandées

##### V.1. Pour améliorer le financement

- Consensus avec les équipes cadres pour les activités à financer en 2007 par le PAPDS ;
- Formation/recyclage des gestionnaires des districts et des DRSP sur les procédures du PAPDS ;
- Sortie régulière des gestionnaires du PAPDS au niveau du terrain pour un appui direct aux gestionnaires des districts et des DRSP ;
- Elaboration plus précoce des Dossiers d'appel d'offre.

##### V.2. Pour améliorer la mise en œuvre des activités

- Organisation d'un atelier sur la stratégie de mise en place des districts modèles et des terrains de stage avant la fin du premier trimestre;
- Plus grande présence de l'Unité de Gestion et de Coordination au niveau du terrain ;
- Amélioration de la communication interne et externe au niveau du Programme

## VI. Principales activités prévues en 2007

- Elaboration d'une stratégie d'opérationnalisation des districts modèles et des terrains de stages ;
- Test d'un concept de maintenance décentralisée par la formation des OPM et l'appui à leur mise en place et leur fonctionnement dans la région de Dosso;
- Lancement de l'opérationnalisation des services de santé du District I de Niamey
- Appui à l'évaluation des services de santé (PAA et PDS) ;
- Développement et utilisation des services de santé (PAA et PDS) ;
- Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de lutte contre les maladies à potentiel épidémique dans la région de Dosso, selon les directives nationales et le plan de travail de la région de Dosso, selon les recommandations des hôpitaux de district ;
- Appui au suivi et à l'évaluation du fonctionnement des blocs opératoires ;
- Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de lutte contre les maladies à potentiel épidémique dans la région de Dosso ;

*Commentaires sur le programme 2007, SVP -*

du District I de Niamey ;  
8 (PAA et PDS) ;  
urgie de district,  
ité financière aux  
e Dosso, selon les  
ment des hôpitaux  
au fonctionnement

## VII. Questions à examiner et requêtes

### VII.1. Adaptation de la durée de la phase du Programme

Pour mémoire, la durée de la phase actuelle du Programme est de 5 (cinq) ans dont 4 années de mise en œuvre. Initialement fixé du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008, elle a été modifiée par suite du délai introduit par le recrutement des AT internationaux. Le Programme a donc officiellement démarré avec l'arrivée des premiers AT au Niger, soit le 9 avril 2005. Aussi la période prévue est donc désormais du 9 avril 2005 au 8 avril 2010. *initialement*

Il se trouve que le PDS lui aussi initialement prévu pour se terminer en 2009 se terminera en fait en 2010.

Si comme le précise son intitulé, le Programme doit effectivement accompagner la mise en œuvre du PDS, les zones d'intervention se trouveraient avec un déficit d'appui au cours d'une période correspondant à la période allant de d'avril 2009 à décembre 2010.

X Un autre élément qui sera évoqué par la suite est à la construction de l'hôpital du district I de Niamey; Les délais deviennent déjà court et une analyse des modalités et contraintes vue d'atteindre ce résultat dans les délais impartis (évaluation des coûts, décision sur le phasage des réalisations qui tiennent compte des fonds

actuellement disponibles, recherche en vue de mobiliser des fonds additionnels, d'origine Belge ou autre).

### **VII.2. Perspectives des chirurgiens des sous programmes 2 (Appui à la Communauté Urbaine de Niamey) et 3 (Appui au département OT et à la formation en chirurgie)**

Dans une perspective optimiste, la construction de l'hôpital du district 1 de Niamey se terminera en fin 2007. Il est prévu que le chirurgien du sous-programme 2 partage son temps entre les deux HD (I et III) pour assurer la mise en place et le démarrage du nouveau bloc opératoire. Il se trouve que le poste arrive à expiration le 05/04/08.

Dans le second cas, les aléas d'une relève complète de l'AT ont été soulignés dans le rapport, notamment quant aux fonctions d'enseignement et d'encadrement des stages. Sa présence est planifiée jusqu'au 31/12/2008.

Un volet important qu'ils pourraient aussi conjointement couvrir est l'accompagnement des nouveaux chirurgiens en capacité de district et la consolidation du fonctionnement des blocs opératoires.

Ainsi dans la perspective d'assurer de bonnes conditions de démarrage à l'hôpital du district I de Niamey, une transition harmonieuse au sein du Département OT, un bon appui aux blocs opératoires des districts, les autorités nationales souhaitent la prolongation de ces deux postes pendant un temps supplémentaire qui reste à déterminer.

→ aucune demande en Comité des Parlements

### **VII.3. Appui au District II de Niamey**

Le district II de Niamey n'a pas de partenaire formellement identifié. Les activités y sont actuellement financées par le Fonds Commun. Dans le cadre stratégique d'une unité d'action sur le système de santé urbain, il serait souhaitable de l'inclure dans le PAPDS. Des dernières discussions internes, deux faits ont été retenus:

- le besoin d'un appui technique;
- la nécessité de faire une évaluation plus complète permettant entre autres aspects, de définir les modalités de cet appui, d'établir un éventuel déficit de financement et d'apprécier le fonctionnement du CHR.

Voir feuille PIC

### **VII.4. Requêtes financières**

Deux séries de requêtes financières seront présentées lors de la prochaine SMCL du programme.

- Une demande de redistribution interne des montants par ligne budgétaire sans modification de la répartition régie/cogestion

- Une requête pour l'obtention de fonds additionnel notamment pour la réalisation de l'hôpital du district de Niamey I

↳ pour quoi aucune demande  
au Comité des Partenaires ?

## Sous-programme 1 : Appui à la Région sanitaire de Dosso

### RESUME DES ACTIVITES.

**1. En partant des Résultats Intermédiaires de la prestation (RI), listez les principales activités et réalisations de la prestation par rapport à ses objectifs et au plan d'activités de l'année sous revue (+ commentaires).**

L'AT responsable du Sous Programme a pris service dans la région de Dosso le 18 janvier 2006.

Les activités sont réalisées par les structures bénéficiaires avec l'appui du sous Programme.

***Résultat 1 : les capacités de la DRSP/LCE de Dosso en matière d'appui aux DS sont renforcées***

Les efforts déployés en 2006 ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- appui à la revue des plans d'action 2006 et à la planification 2007;
- dotation en matériel bureautique et informatique;
- introduction de documents sur l'organisation du travail des équipes cadres de districts et de la région (conduite des réunions, attributions des points focaux, attribution et fonctionnement des comités techniques des hôpitaux de district;
- renforcement des capacités managériales des membres du staff d'encadrement de la DRSP par une formation en technique de supervision des ECD (formation conjointe avec la CAI, le SP Niamey) et la formation du Médecin-chef adjoint au Centre de formation en management de Ouallam (CFO);
- appui à la supervision de chaque ECD et du CHR de Dosso;
- appui à l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de riposte aux épidémies;
- mise en place d'un processus d'encadrement rapproché des ECD par une participation plus systématique aux réunions ECD et l'utilisation de la gynécologue du Programme comme expert pour l'amélioration des soins obstétricaux et néonataux en collaboration avec l'URC;
- proposition de critères de sélection et une méthodologie de renforcement des CSI modèles;
- appui des services techniques de la DRSP à la maintenance des équipements biomédicaux et des radios émettrices réceptrices (BLU); ce qui a conforté le système de référence contre référence, et la mise en route des blocs opératoires (régions de Dosso et Ouallam);
- réalisation des spécifications techniques relatives aux dossiers d'appels d'offre (acquisition de système solaire, infrastructures, équipements);
- élaboration d'une stratégie de mise en place des ouvriers polyvalents de maintenance. Sa mise en œuvre reste en attente de mise en cohérence avec la stratégie nationale avec le projet FAD II)

L'élaboration des plans de développement sanitaire n'a pu se réaliser en 2006 en raison d'un retard dans l'adoption des normes nationales.

**Résultat 2 : La fonctionnalité du DS de Dosso est renforcée, y compris dans son rôle de recherche et de formation**

- Appui à la revue du plan d'action 2006 et à la planification 2007 ;
- Dotation en matériel bureautique et informatique et mobilier du bureau administratif du district ;
- Dotation d'équipement technique destiné à la prise en charge des urgences obstétricales ;
- Appui à la tenue d'un atelier de relance du système de référence contre référence en collaboration avec l'URC ;
- Appui aux supervisions intégrées des CSI avec un encadrement de l'assistance technique ;
- Pré-identification de trois (3) CSI phares à soutenir ;
- Formation de 2 membres de l'ECD en management au Centre de Formation de Ouallam.

Le fonctionnement du binôme CHR-DS Dosso n'est pas encore satisfaisant. Cependant on peut noter une amélioration significative de la communication entre les 2 structures, la participation du DS aux réunions du CHR, la participation conjointe à l'amélioration des patients référés (comité suivi Référence contre Référence). On peut encore regretter l'absence d'invitation du CHR à participer aux réunions de coordination du DS de Dosso et d'ECD. L'élaboration d'un cadre formel de partenariat est à mettre en œuvre en 2007.

**Résultat 3 : Le fonctionnement intégré du DS de Douthi est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation**

Le DS de Douthi a bénéficié des actions principales suivantes :

- équipement bureautique, informatique et mobilier complet de la salle de réunion de l'ECD ;
- renforcement du plateau technique de l'Hôpital de district spécifiquement de la maternité et du bloc opératoire ;
- réhabilitation complète du bloc opératoire et dotation en consommables de base ;
- recyclage du personnel du bloc opératoire (aides anesthésistes et aides chirurgiens) au CHR de Dosso ;
- formation de 2 membres de l'ECD en management de DS à Ouallam ;
- appui à la supervision intégrée des CSI ;
- appui à la mise en place du Comité technique de l'HD ;
- appui à l'évaluation des PAA de 2006 et à la planification des PAA de 2007.

L'on peut considérer que le bloc opératoire est à présent pleinement fonctionnel avec l'opportunité de l'affectation d'un chirurgien Volontaire des Nations Unies. Dix huit (18) césariennes gratuites ont été réalisées au dernier trimestre 2006. Une liste complémentaire de besoins en équipement est en cours de traitement par la CGC. Le besoin d'extension des capacités d'hospitalisation de chirurgie est pressant.

Le soutien du MSP est attendu pour l'affectation rapide d'une seconde équipe (1 aide chirurgien et un aide anesthésiste) au bloc opératoire pour assurer la permanence des services et l'identification d'une source fiable d'approvisionnement en consommables et réactifs.

**Résultat 4 : le fonctionnement des DS de Boboye, Gaya et Loga sont soutenus dans les activités de routine prioritaires**

Le Programme a soutenu les actions prioritaires des différents districts sanitaires (planification, supervision, réunion de concertation).

Certaines activités prioritaires oubliées ou prévues sur le financement (tardif) du Fonds Commun ont été prises en charge par le PAPDS.

- **Boboye** : équipement de la maternité de l'HD ; équipement du bureau administratif du DS, appui à l'encadrement des comités de santé, et suivi du programme de lutte contre la tuberculose
- **Gaya** : appui rapproché de l'ECD en soutien à la mise en œuvre de la stratégie de l'approche Centrée sur le Patient (ACP) mise en œuvre par la CAI et soutien à la reprise des activités du bloc opératoire, équipement complémentaire de la maternité et du bloc opératoire.
- **Loga** : équipement du bureau administratif du DS, équipement maternité HD, réhabilitation du bloc opératoire, appui à l'encadrement des CSI.

Les blocs opératoires de Loga et Gaya peuvent être considérés comme fonctionnels à présent malgré la nécessité d'équipements complémentaires, celui de Loga ne dispose pas encore de l'équipe minimale.

Avec la formation des médecins chefs des DS de Boboye et Loga (nouvellement affectés) tous les DS de la région ont au moins un membre de l'ECD formé au CFO.

**Résultat 5 : Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation**

L'appui apporté par le gynécologue et le chirurgien du PAPDS a permis de renforcer la prise en charge des urgences et les capacités d'encadrement des stagiaires (tableau en annexe 3) :

- permanence des services d'urgence (292 césariennes effectuées dont 250 gratuites et 1282 urgences chirurgicales opérées);
- encadrement de quatre (4) médecins en capacité chirurgicale de DS;
- mise en place de la contre référence aux DS;
- mise en place d'un processus d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux essentiels à la maternité;
- mise à disposition du CHR d'un chirurgien en remplacement pendant les congés du titulaire.

Le Programme a contribué aux frais de carburant pour l'évacuation sanitaire des malades vers Niamey et à la prise en charge médicale des indigents (473 bénéficiaires en 2006), à travers la participation au financement du Fonds social.

La dotation en équipement médical à la maternité et au bloc opératoire a amélioré sensiblement la qualité des soins. En effet, en 2006 le nombre d'admissions externes au CHR a été multiplié par quatre (4) avec 8500 consultants contre 2500 en 2005.

Le centre a opéré 13 femmes fistuleuses en octobre dernier.

Les discussions avec le DS de Dosso ont permis d'obtenir l'engagement du CHR à améliorer les conditions d'accès des patients du DS de Dosso au CHR. Les décisions administratives et financières y relatives ne sont pas encore appliquées.

## **2. Quels sont les principaux mécanismes et activités d'appropriation mis en œuvre par la prestation dans l'année sous revue ?**

Afin d'améliorer l'appropriation des partenaires, les actions suivantes ont été réalisées par le sous programme :

- diffusion du DTF aux MCD ;
- exposé sur les procédures financières du PAPDS lors des réunions de coordination du premier Trimestre 2006 ;
- participation de la DRSP à toutes les réunions de coordination des assistants techniques ;
- participation systématique des AT de santé publique à toutes les réunions de staff de la DRSP ;
- mise en place d'un mécanisme d'encadrement associant systématiquement les cadres de la DRSP (points focaux) aux activités des experts dans les districts sanitaires.

## **COMMENTAIRES ET ANALYSES.**

### **1. Quels sont les problèmes et questions majeurs influençant l'exécution de la prestation?**

La mise en œuvre des activités bute sur les difficultés de la DRSP/LCE à coordonner les intervenants dans la région et à exercer un leadership efficace sur les DS, l'insuffisance de communication au sein du Programme et sur la non définition du concept de DS modèle.

Il existe une certaine ambiguïté relative à la position des experts de santé publique au sein de la région pour exercer à la fois un rôle moteur optimal de renforcement de la DRSP tout en apportant un appui prioritaire aux ECD comme indiqué dans le DTF.

La prise en compte insuffisante de la composante sociale des problèmes de santé et de la satisfaction des bénéficiaires dans l'organisation des soins.

La planification trop optimiste des structures partenaires (le poids élevé des activités hors plan).

L'irrégularité des financements ; la résistance au changement (élaboration de termes de référence des activités et budgets détaillés), la faible maîtrise des procédures administratives et comptables du PAPDS par les structures partenaires, et l'insuffisance de l'appui gestionnaire de la CGC y ont contribué.

Le retard accusé dans la mise à disposition des véhicules et motos destinées aux activités de terrain, la réalisation de travaux de réhabilitations/équipement par la lenteur des procédures d'acquisition de biens et services ; ces activités seront réalisées en 2007 et contribueront à l'amélioration sensible de la consommation budgétaire.

La survenue de trois (3) épidémies de méningite et de choléra respectivement dans les districts sanitaires de Doutchi, Boboye, Dosso, Gaya.

L'insuffisance quantitative en ressources humaines qualifiées dans les centres de santé et au CHR a un impact négatif sur la qualité et la permanence des services (20 évacuations en 2006 pour non disponibilité de l'équipe). Ce déficit en ressources humaines handicape aussi les services techniques (2 agents qualifiés) et ne permet pas l'usage optimal des investissements réalisés par le Programme.

La non fonctionnalité de la deuxième salle opératoire du bloc opératoire du CHR qui empêche la diversification des actes dont la traumatologie.

L'absence de leadership de médecins chefs de districts (Gaya et Loga) a justifié leur mutation par le MSP/LCE. Les médecins chefs de Boboye et Doutchi ont été remplacés pendant la même période. Ces changements intervenus dans 4 des 5 districts sanitaires ont entravé l'appropriation de l'intervention.

## **2. Comment peut-on résoudre les problèmes ou écarts identifiés ?**

La mise en œuvre des actions suivantes pourrait contribuer à l'amélioration du programme :

- le renforcement de l'appui du MSP au CHR et aux DS est une condition nécessaire à l'atteinte des objectifs du Programme (affectation de ressources humaines, dotations en ressources matérielles et financières etc.).le CHR a un besoin crucial d'affectation d'un chirurgien en renforcement sous peine de causer un handicap au suivi des médecins formés en CCD ;
- l'équipement et la mise en fonction de la deuxième salle opératoire du CHR ;
- le renforcement du leadership de la DRSP afin de conduire les innovations et renforcer l'appropriation du programme par les DS. La réalisation d'une analyse institutionnelle de la DRSP pourrait y contribuer;
- le renforcement de l'appui de la CGC au sous programme et l'amélioration de la communication au sein du Programme ; des réflexions sur la position optimale des experts du SP au sein des équipes locales et l'obtention rapide d'un consensus sur les districts modèles et les terrains de stage à développer, permettraient des avancées rapides ;
- la mise à disposition d'une personne ressource à profil socio anthropologique pourrait aider le SP à réaliser des études sur la satisfaction des bénéficiaires et dynamiser les structures de participation communautaire. L'opportunité de l'affectation d'une volontaire en cours de négociation serait bénéfique et "économique" pour le PAPDS ;
- le renforcement du partenariat local entre les différents projets et programmes à financement belge pour établir des synergies ;

- l'amélioration du processus d'acquisition de biens et services en renforçant la collaboration avec les structures partenaires du PAPDS et le suivi des dossiers par la CGC ;
- la réalisation de réflexions concertées avec le MSP pour la conduite de l'élaboration du projet d'établissement du CHR de Dosso (évaluation de la performance, textes légaux pour le rôle de binôme "CHR-DS Dosso", etc.) ;
- la conduite de réflexion sur la détermination d'une stratégie régionale de maintenance en partenariat avec le projet FAD II. Toutefois, le programme s'engagera dans l'appui à une maintenance décentralisée au niveau des DS par le recrutement, la mise en fonction de trois (3) ouvriers polyvalents de maintenance pour le CHR, les DS de Boboye, Dosso en soutien aux actions de FAD II ;
- l'évolution possible vers la transformation du garage de la DRSP en centre régional de formation en maintenance est souhaitable ;
- la documentation de l'expérience du Fonds social au CHR et des axes de recherches sur la mortalité maternelle.

### **3. Les suppositions et hypothèses de départ sont elles pertinentes ?**

Les suppositions sont encore pertinentes. Toutes fois, il faut ajouter le fait que les responsables de santé acceptent politiquement le développement progressif des DS dans la région et de quelques CSI dans un district.

### **4. Les indicateurs de la prestation sont-ils encore valides ?**

Les indicateurs sont encore valides. On pourrait ajouter les indicateurs suivants :

- la proportion de temps le gynécologue et le chirurgien recrutés par le PAPDS consacrée aux appuis rapprochés des HD (suivi des stagiaires CCD et personnel des blocs opératoires, appui à la mise en œuvre de soins obstétricaux d'urgence) ;
- nombres d'urgences justifiables de la chirurgie de districts dans un HD référés au CHR par non disponibilité d'équipe chirurgicale.

### **5. Quels sont les facteurs ayant influencé la réalisation de la prestation? Parmi ceux-ci, y a t il eu des faits nouveaux, non prévus préalablement et susceptibles de modifier la prestation ?**

Le projet a bénéficié de l'affectation d'un chirurgien Volontaire des Nations Unis à l'HD de Douchi qui a accéléré la mise en place des activités chirurgicales.

La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne par le MSP sans mesures d'accompagnement est en passe de rompre l'équilibre financier précaire financier du CHR et des HD.

### **6. Quelle est l'opinion des groupes cibles sur le projet?**

L'évaluation du programme n'a pas été réalisée. Cependant, la forte demande d'appui technique de la part des structures bénéficiaires semble indiquer son utilité. Toutes fois, les partenaires se plaignent de la lourdeur des procédures de décaissement des fonds.

Les mesures d'appui à la prise en charge des indigents au CHR est appréciée des populations.

### **7. Quelles sont les principales réussites de la prestation ?**

On peut estimer que le programme a réalisé des avancées significatives dans les domaines suivants :

- l'opérationnalisation des blocs opératoires et la prise en charge des urgences chirurgicales au CHR de Dosso;
- la maintenance régionale a contribué largement quoique encore insuffisamment au soutien des activités de santé.

#### **8. Quelles recommandations faites-vous pour la suite à donner à la prestation?**

- Flexibilité dans l'allocation budgétaire en 2007 pour le financement d'activités en rapport avec la mise en place des districts sanitaires modèles, dont les coûts prévisionnels ne sont pas encore connus au moment de la planification, le soutien à la stratégie de maintenance décentralisée par les ouvriers polyvalents de maintenance (environ 15 millions CFA par an sur 3 ans).
- Renforcer l'autonomie relative du sous Programme Dosso par un appui gestionnaire et un renforcement en logistique accrus. En effet, les ressources prévues pour le fonctionnement ne tiennent pas suffisamment compte de l'option de renforcer la présence des AT auprès des ECD de Douthi et Dosso et les exigences de déplacement des services de maintenance (dépannage, suivi)
- Afin d'éviter le saupoudrage, recentrer les investissements prévus (réhabilitation, équipements) dans le cadre strict du soutien à la stratégie de renforcement progressif des Districts et des CSI prioritaires.
- Réviser le calendrier d'acquisition des motos du programme pour réaliser tous les achats en 2007 étant donné la vétusté actuelle du parc des CSI.
- Afin de poursuivre la rationalisation des prestations au CHR de Dosso, il est souhaitable de réaliser une évaluation des réformes en cours depuis 2003. Un soutien plus accru de l'expert hospitalier à l'accompagnement de ce processus est nécessaire.
- Prévoir une réorientation budgétaire pour doter la ligne budgétaire appui au CHR comme centre d'encadrement de stagiaires pour la poursuite du soutien à la formation des CCD, la mise en place d'un accès Internet à haut débit, la mise en place d'un centre de documentation (prévisions de 5 millions CFA par an jusqu'à la fin du programme).
- Définition urgente des priorités de formations des agents et de critères de sélection des bénéficiaires pour l'utilisation de l'enveloppe prévue en régie.

## Sous-programme 2: Appui à la Communauté Urbaine de Niamey

### RESUME DES ACTIVITES.

**1. En partant des Résultats Intermédiaires de la prestation (RI), listez les principales activités et réalisations de la prestation par rapport à ses objectifs et au plan d'activités de l'année sous revue (+ commentaires).**

L'AT internationale, expert en santé publique positionnée au niveau de la DRSP depuis septembre 2005, apporte un appui technique aux 3 structures bénéficiaires du sous programme dans le cadre de la participation du sous-programme aux plans d'action respectifs de ces 3 structures.

#### *Résultat 1 : Les capacités d'appui de la DRSP aux districts sont renforcées*

Les activités suivantes ont été réalisées par la DRSP avec l'appui du Programme:

- élaboration du plan de couverture sanitaire de la région de Niamey (cf. document) ;
- 2 supervisions semestrielles intégrées des 3 Districts Sanitaires (DS) de la ville en janvier et juin 2006 (cf. rapports) ;
- tenue d'une réunion de coordination des activités en février 06 (cf. les présentations en PP) ;
- acquisition d'équipement (2 ordinateurs, un rétroprojecteur, une moto de ville) ;
- recyclage de 15 agents de santé de la police sanitaire en mai 06 (cf. rapport) ;
- visite de suivi de 18 formations sanitaires privées en mai 06 (cf. rapport) ;
- formation en supervision en mai-juin 06 (6 personnes) (en association avec le SP Dosso) ;
- évaluation du PAA 2006 et élaboration du PAA 2007 de la DRSP ;
- tenue des réunions du Comité technique régional de santé et du Comité régional de santé en novembre et décembre 06 (Evaluation des PAAs 2006 et Adoption des PAAs 2007 des 6 structures de la région sanitaire: DRSP, 3 DS, CHR, HC) ;
- une personne en formation en management du district à Ouallam.

#### *Résultat 2 : le District Sanitaire Niamey III fonctionne de façon intégrée*

L'AT internationale, spécialiste en chirurgie, positionnée au service de chirurgie de l'hôpital de district depuis le début du programme a maintenu son appui spécifique

Les activités suivantes ont été réalisées par le DS Niamey III avec l'appui du programme :

- réunion de coordination des activités de 2005 en janvier 06 ;
- 2 supervisions intégrées des CSI en janvier et juillet 06 (cf. rapports) ;
- appui au fonctionnement de ECD, des CSI et de l'HD (entretien/réparation du matériel, des véhicules, petit matériel technique, consommables pour le bloc opératoire, primes à certains personnels) ;
- mise en route "d'un service de Tri/urgence" très partiel à l'HD ;

- augmentation du plateau technique du laboratoire et du bloc opératoire de l'HD;
- recyclage du personnel (15 personnes) de l'HD en techniques de nursing en chirurgie en août 06 (cf. rapport) ;
- lancement du DAO pour la construction du CSI à Bangabana ;
- préparation pour la mise en place d'un Fonds social pour indigents à l'HD ;
- évaluation du PAA 2006 et élaboration /adoption du PAA 2007 du DS III ;
- interventions chirurgicales réalisées selon le planning de Hôpital de District (408 en 2006, à comparer à 505 en 2005, 526 en 2004). Les causes potentielles de la diminution de ces interventions sont nombreuses et en cours d'analyse (grève du personnel paramédical, chirurgie foraine, démarrage d'une clinique privée proche de l'hôpital, accessibilité financière ....) ;
- encadrement d'un médecin en capacité de chirurgie de district et de 15 stagiaires en TSCGO.

### **Résultat 3 : le District Sanitaire Niamey I est rendu progressivement fonctionnel**

Les activités suivantes ont été réalisées par le DS Niamey I avec l'appui du programme:

- 2 supervisions semestrielles des Centres de Santé Intégrés en février et août 06 (cf. rapport) ;
- réunion de coordination des activités de 2005 en janvier 06;
- acquisition d'équipement informatique et didactique pour l'ECD (2 ordinateurs, 1 imprimante, 1 photocopieur, un rétroprojecteur, un vidéo projecteur, livres) ;
- appui au fonctionnement de ECD, des CSI (entretien/réparation du matériel, achat de petit matériel technique, achat de matériel pour la réouverture du laboratoire du CSI Recasement) ;
- lancement du DAO pour la construction d'un local PEV au niveau du district ;
- évaluation du PAA 2006, et élaboration/adoption du PAA 2007 du DS I.

### **2. Commentez éventuellement les principales recettes et dépenses de la prestation ayant un impact sur la question ci-dessus, par rapport aux prévisions budgétaires de l'année sous revue.**

De façon générale, le Programme ne fait pas de recettes.

Les dépenses ont été inférieures d'environ 50% aux prévisions du PAA 2006 des structures bénéficiaires du SP Niamey, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

| Structure bénéficiaire | Montant prévisionnel en CFA | Montant décaissé en CFA | % décaissé |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------|
| DRSP Niamey            | 26 000 000                  | 16 195 209              | 62%        |
| DS Niamey I            | 100 000 000                 | 38 968 207              | 39%        |
| DS Niamey III          | 80 000 000                  | 32 324 955              | 40%        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>206 000 000</b>          | <b>87 488 371</b>       | <b>42%</b> |

La raison principale des dépenses inférieures aux prévisions est l'absence de réalisation des gros investissements, dont les appels d'offre ont été lancés en 2006 mais qui seront attribués en 2007, pour un montant prévisionnel de 86 millions (42% du budget total). Il s'agit de :

- l'achat d'une ambulance, d'un véhicule de supervision, de 2 motos pour le DS I ;

- la construction du CSI Bangabana au DS III ;
- la construction du local PEV au DS I.

Les raisons des autres activités non réalisées (16%) sont expliquées plus loin.

### **3. Quels sont les principaux mécanismes et activités d'appropriation mis en œuvre par la prestation dans l'année sous revue**

Presque toutes les activités ont été réalisées par les responsables des structures bénéficiaires après obtention du financement présenté sur base de requêtes conformément à leurs plans d'action.

## **COMMENTAIRES ET ANALYSES.**

### **1. Quels sont les problèmes et questions majeurs influençant l'exécution de la prestation?**

- L'absence du partenaire d'appui prévu au DS II (Coopération Française) rend moins performant et plus problématique l'appui à la Communauté Urbaine de Niamey dans une vision globale du système de santé ;
- 2 méthodologies appliquées dans les projets précédents sont cités dans le DTF et doivent servir de base pour développer les activités dans le programme. Il s'agit :
  - la mise en place de districts modèle et de terrains de stage modèle ;
  - la méthodologie de développement d'un district sanitaire urbain, inclus la progression en module de la mise en place de l'hôpital.

L'absence de documents de références sur ces 2 sujets rend la réalisation des activités en dépendant plus difficile.

Le montant budgétaire prévu pour la construction et l'équipement de l'hôpital de district - Niamey I (651 170 €) ne permettra au mieux que le génie civil ou obligera à faire des choix difficiles.

L'insuffisance de communication au sein du programme rend les activités du Programme probablement moins intégrée et moins efficiente.

La planification de la construction de l'hôpital du DS I était prévue en 2006. L'AT chirurgienne devait progressivement se détacher du DS III pour aider au démarrage du service de chirurgie du nouvel hôpital. L'hôpital sera construit et équipé au mieux dans le premier semestre de l'année 2008, d'autant plus que l'acquisition du terrain n'est pas encore effective. Le poste de l'AT chirurgie se terminant en avril 2008, sa participation prévue au démarrage des activités chirurgicales devient donc très problématique.

### **2. Quels sont les causes des écarts par rapport au calendrier prévu et aux résultats attendus ?**

- La pléthore de réunions, ateliers, formations et activités diverses organisées par les niveaux supérieurs au bénéfice des structures bénéficiaires expliquerait le retard pris depuis le 2<sup>ème</sup> trimestre 2006 :

- à la réalisation de certaines activités, activités pourtant prévues dans les plans d'action et parfois déjà financées (comme la supervision, les réunions de coordination ...),
- à l'écriture des requêtes de financement trimestrielles, à la tenue des réunions régulières des ECD
- Le retard par le niveau central de production des documents ad hoc pour l'élaboration des PDSR et PDSD est la raison de non réalisation de cette activité.
- L'absence de "leadership" de l'HD du DS III et de réunions spécifiques au sein de cet hôpital explique
  - la difficulté de mise en route d'un vrai service d'urgence, (la réhabilitation d'un service d'urgence a été en fin de compte annulée, la mise en route de ce service a été très partielle et non efficace),
  - l'absence d'analyse des activités de cet hôpital inclut la recherche de causes de la diminution des activités chirurgicales
- La sous estimation du temps prévu pour l'élaboration du plan de couverture sanitaire explique le retard pris au lancement de la construction de l'hôpital

**3. Comment peut-on résoudre les problèmes ou écarts identifiés ici plus haut? Exposez la/les mesure(s) recommandée(s). Précisez qui devrait être chargé de les appliquer. Indiquez aussi, approximativement, le délai d'exécution et les ressources nécessaires à l'exécution de ces mesures.**

- Une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'un appui au DS II de la région de Niamey devrait être menée afin de prendre les mesures ad hoc décidées
- L'absence de méthodologie explicite de mise en route d'un hôpital de district urbain va conduire la DRSP à créer un comité ad hoc pour la mise en route du futur hôpital du DS I.
- Une augmentation budgétaire à chiffrer précisément, mais probablement entre 500 000 et 700 000 €, serait nécessaire pour le démarrage complet de cet hôpital
- Une amélioration très importante de la communication au sein du programme serait profitable à tous, inclus entre autre l'application des structures et instances du PAPDS telles que décrits dans le manuel, la réponse écrite aux différents courriers,

La réalisation rapide de l'atelier sur le district modèle et les terrains de stage modèle accélérerait l'harmonisation du travail entre sous programmes

- Une réflexion sur le passage à un appui budgétaire décentralisé dans une approche programme pourrait être menée avec les structures bénéficiaires.

**4. Les suppositions (ou hypothèses) de départ sont elles encore pertinentes ?**

Oui

**5. Les indicateurs de la prestation sont-ils encore valides ?**

Les indicateurs de la prestation ne sont plus valides. Lors de la SMCL début 2006, il a été décidé que les indicateurs du programme devaient être les mêmes que ceux du MSP pour le suivi de la mise en œuvre du PDS. Aussi ceux présentés en annexe 1, sont ceux du MSP calculés pour l'évaluation 2006 sur les 3 premiers trimestres de 2006.

**6. Quels sont les facteurs ayant influencé la réalisation de la prestation? Parmi ceux-ci, y-a-t-il eu des faits nouveaux, non prévus préalablement et susceptibles de modifier la prestation ?**

L'élaboration et adoption des PAAs assez réaliste par les structures bénéficiaires elles mêmes a favorisé la réalisation de la prestation.

**7. Quelle est l'opinion des groupes cibles sur le projet?**

Les cibles sont les structures sanitaires et les populations.  
Il n'y a pas eu d'évaluation ou d'enquête à ce sujet. Cependant on peut noter déjà un certain degré de satisfaction des structures bénéficiaires.

**8. Si la prestation a été évaluée, comment les recommandations ont-elles été prises en compte?**

Il n'y a pas eu d'évaluation à proprement dit, mais 2 missions de suivi scientifique en février et novembre 2006.

La mission de suivi réalisé par l'IMT en février 2006, a permis de mettre en évidence certaines priorités, certains recadrages du programme.

Les recommandations de la mission de novembre en particulier par rapport aux thèmes et aux modalités de mise en oeuvre des recherches actions va démarrer en 2007 pour le SP de Niamey.

**9. Quelles sont les principales réussites de la prestation ?**

La principale réussite du programme est l'élaboration du plan de couverture régional qui permettra une rationalisation des aires de santé, un début de collaboration tant avec les structures sanitaires privées, qu'avec les structures publiques de niveau national.

Les autres réussites sont la préparation d'un Fonds social pour indigents à l'HD du DS III bien que non prévu dans le DTF, l'augmentation du plateau technique de cet hôpital, l'encadrement pratique des médecins en capacité de chirurgie.

**10. Quelles recommandations faites vous pour la suite à donner à la prestation ?**

- L'accélération du lancement du DAO pour la construction de l'hôpital du district I ;
- La mise en place d'un comité technique efficace au sein de l'HD du DS III;

- Le démarrage des recherches actions décidées (faible utilisation des services de santé, accessibilité financière aux plus démunis) ;
- L'amélioration qualitative des actions d'encadrement de la DRSP aux DS et des DS aux CSI ;
- Le consensus sur la notion d'un district modèle et de terrains de stage modèle ;
- L'amélioration de la communication au sein du Programme.

**Sous-programme 3 : Appui au fonctionnement du Département  
d'Orthopédie - Traumatologie de l'Hôpital National de Niamey et à la  
formation en chirurgie**

**RESUME DES ACTIVITES.**

1. En partant des Résultats Intermédiaires de la prestation (RI), listez les principales activités et réalisations de la prestation par rapport à ses objectifs et au plan d'activités de l'année sous revue (+ commentaires).

Le sous-programme est dirigé par un AT spécialiste en chirurgie générale et en Orthopédie - Traumatologie, diplômé en Santé Publique, ayant comme homologue le chirurgien -chef de l'HNN.

Les principales activités de la période ont été:

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

- interventions orthopédiques et traumatologiques: (*nombre???*)
- urgences majeures: (*nombre???*)
- appui logistique au Département d'OT par l'acquisition d'équipements et de matériels: dont: chaises, tables de chevet, bistouris électriques, aspirateurs chirurgicaux, moteur orthopédique (perceuse, scie oscillante, couple alésoir) ;
- appui organisationnel et financier au fonctionnement du Département d'OT.

*Résultat 2 : La relève de l'AT au Département de chirurgie OT est assurée*

- Continuation de la formation des deux chirurgiens précédemment identifiés pour assurer la relève.

*Résultat 3 : La spécialisation en DES de chirurgie est appuyé par le Département de chirurgie OT*

- Financement de 6 boursiers ;
- cours théoriques et formation pratique en particulier en orthopédie et en traumatologie.

*Résultat 4 : La formation en chirurgie de district est appuyée par le Département de Chirurgie OT*

- Dispensation des cours théoriques prévus aux chirurgiens en capacité de district;
- encadrement des stages au sein du Département OT ;
- mission de suivi sur le terrain lors de la phase pratique de la formation des chirurgiens en capacité de district (du 3 au 5/04/06 : Dosso, Konni, Tahoua).

*Autres activités en dehors des résultats attendus prescrits dans le DTF*

- Enseignement et encadrement des étudiants en médecine :
  - cours théoriques d'Orthopédie - Traumatologie au sein de la FSS aux étudiants de 5<sup>ème</sup> année de médecine ;

- Encadrement des mêmes étudiants stages à l'HNN.

Les cours ont été donnés par l'AT à raison cette année de 40 heures, basé sur le module qu'il a élaboré ("Orthopédie et Traumatologie").

Une amélioration des stages est à noter grâce à la réintroduction du carnet de stage.

**2. Commentez éventuellement les principales recettes et dépenses de la prestation ayant un impact sur la question ci-dessus, par rapport aux prévisions budgétaires de l'année sous revue.**

De façon générale, le Programme ne fait pas de recettes.

Comme frais de fonctionnement ont été dépensés durant l'année 2006 pour du matériel chirurgical:

- Volet 3 PAPDS: 33 316 euros;
- OT/HNN Régie: 13 061 €
- OT/HNN Cogestion: 3 495 €

**3. Quels sont les principaux mécanismes et activités d'appropriation mis en œuvre par la prestation dans l'année sous revue ?**

L'AT travaille en étroite collaboration étroite avec le chirurgien chef de l'HNN. En l'absence de cadre formel, il joue le rôle de "Responsable" du sous-programme.

Un second niveau d'appropriation se situe au niveau de la Direction de l'HNN avec lequel l'AT entretient un échange d'information régulier, dans le cadre du fonctionnement ordinaire et dans le cadre du Projet d'établissement.

#### COMMENTAIRES ET ANALYSES.

**1. Quels sont les problèmes et questions majeurs influençant l'exécution de la prestation?**

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

La surcharge en pathologies OT à l'HNN reste importante. Actuellement, vu que le Département d'Orthopédie - Traumatologie ne dispose que d'une seule salle d'opération "propre", les interventions se pratiquent obligatoirement du matin au soir, les chirurgiens faisant la queue pour pouvoir opérer.

Le nombre d'interventions orthopédiques et traumatologiques a encore augmenté de 20,5 % comparé à l'année 2005 ; comparé à l'année 1994, il a plus que triplé.

Les raisons pourraient être:

- l'absence de politique de prévention routière (rien que le port de la ceinture de sécurité pourrait diminuer le nombre de morts et de blessés de façon spectaculaire);
- l'absence d'autres structures sanitaires dans le pays capables de prendre en charge ce type de pathologies, en majorité causées par les accidents de la voie publique, pourtant classées par l'OMS parmi les dix pathologies prioritaires de santé publique auxquelles les PVD sont confrontés. C'est ainsi qu'une banale fracture de la hanche survenant à Zinder, doit être évacuée sur une distance de 1100 Kms). Comme nous l'avons vu plus haut, ce

département joue un rôle primordial dans la prise en charge des pathologies chirurgicales provenant de tout le pays et qui s'avèrent être en majorité des pathologies traumatiques. Les ostéosynthèses ne se pratiquent actuellement qu'à Niamey et aucun changement ne se profile dans un avenir proche. Ces pathologies traumatiques.

## **2. Quels sont les causes des écarts par rapport au calendrier prévu et aux résultats attendus ?**

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

Les ostéosynthèses ne se pratiquent actuellement qu'à Niamey et aucun changement ne se profile dans un avenir proche.

### ***Résultat 2 : La relève de l'AT au Département de chirurgie OT est assurée***

La relève a été prévue en vue d'une continuation éventuelle sans assistance technique du financement de l'appui au département d'orthopédie et de traumatologie de l'HNN et au DES de chirurgie par la Belgique. Deux chirurgiens avaient été identifiés qui devraient continuer les tâches cliniques au sein du département d'OT de l'HNN.

En plus de ces tâches cliniques, ils devront également assurer la gestion du matériel (inventaire, appels d'offre, commandes) et une gestion financière partielle (la principale étant prise en charge par la Cellule de Gestion et de Coordination du PAPDS).

Mais en raison de leur insuffisance d'expérience et de leur position vis-à-vis dans le système hospitalo-universitaire, l'enseignement et l'encadrement des étudiants et des chirurgiens en formation (DES) ne pourra leur être confié que très partiellement. Cet aspect représente un important sujet de préoccupation dans la perspective de relève complète de l'AT.

## **3. Comment peut-on résoudre les problèmes ou écarts identifiés ici plus haut? Exposez la/les mesure(s) recommandée(s). Précisez qui devrait être chargé de les appliquer. Indiquez aussi, approximativement, le délai d'exécution et les ressources nécessaires à l'exécution de ces mesures.**

Afin de gérer au mieux la surcharge du département d'OT dans une première étape et la réduire dans une seconde, il faudrait:

- ouvrir une deuxième salle d'opération pour l'Orthopédie - Traumatologie pour faire face à cet afflux constant de malades ;
- initier un plaidoyer auprès des services compétents pour une campagne de prévention routière ;
- prévoir un recyclage des chirurgiens en capacité de district pour la prise en charge non opératoire des fractures;
- promouvoir la mise en place de service de traumatologie dans les CHR. A cet effet, le Programme peut déjà étudier les conditions d'opérationnalisation de cette proposition au niveau du CHR De Dosso;
- améliorer le fonctionnement général du système de santé afin que chaque niveau puisse effectivement prendre en charge les problèmes de santé relevant de son niveau.

#### **4. Les suppositions (ou hypothèses) de départ sont elles encore pertinentes ?**

Les suppositions de départ restent pertinentes. Pour mémoire, ce sont:

- le personnel cadre est stabilisé ;
- les salaires du personnel sont régulièrement payés ;
- le marché pour l'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques est fonctionnel ;
- le diplôme de capacité en chirurgie est créé.

Le premier point reste particulièrement crucial pour la pleine réussite de la prestation, notamment pour le second résultat (la relève de l'assistance technique au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée)

#### **5. Les indicateurs de la prestation sont-ils encore valides ?**

Les indicateurs de la prestation sont tout à fait valides. La plupart figure déjà dans ce rapport annuel (Voir annexes). Les autres peuvent être recueillis au niveau du Département d'Orthopédie - Traumatologie de l'HNN

#### **6. Quels sont les facteurs ayant influencé la réalisation de la prestation? Parmi ceux-ci, y-a-t-il eu des faits nouveaux, non prévus préalablement et susceptibles de modifier la prestation ?**

Deux faits nouveaux méritent d'être signalés:

- l'engagement politique en faveur de la chirurgie de district et celui de la FSS qui en a découlé ;
- l'absence de recrutement des DES en 2006, ainsi devenu année blanche.

#### **7. Quelle est l'opinion des groupes cibles sur le projet?**

Les groupes cibles sont : la Direction du Département d'Orthopédie - Traumatologie de l'HNN, les malades pris en charge dans le Département d'Orthopédie - Traumatologie de l'HNN, les étudiants de la FSS, les médecins candidats au DES et les médecins en formation de capacité de chirurgie de district.

L'appui apporté par le sous programme est très apprécié au niveau du Département et de la Direction de l'hôpital; de même que la contribution de l'AT dans ses fonctions cliniques, la dispensation des cours et l'encadrement des stagiaires. Tout ceci devra être confirmé par une enquête formelle.

#### **8. Si la prestation a été évaluée, comment les recommandations ont-elles été prises en compte?**

La prestation n'a pas encore été évaluée.

#### **9. Quelles sont les principales réussites de la prestation ?**

Les principales réussites de la prestation sont:

- la crédibilité du Département d'OT et une bonne qualité de la prise en charge qui en fait un point d'attraction, même pour les pays voisins ;
- la formation de deux chirurgiens capables d'effectuer la continuation d'une bonne partie des tâches cliniques que l'AT fait actuellement ;

- la production de DES : le quota est atteint et la formation évolue correctement. Ainsi, en 2010, 12 chirurgiens auront été formés.

#### **10. Quelles recommandations faites-vous pour la suite à donner à la prestation ?**

Il est important d'engager dès maintenant une réflexion sur l'organisation de la relève de l'AT. En effet, il a été décidé lors de la formulation du nouveau Programme du retrait de l'assistance technique à la fin du nouveau volet du programme qui est d'une durée de 4 ans (15/01/05 – 31/12/2008). C'est-à-dire que dans moins de 2 ans, l'AT devrait cesser son activité.

En considération du fait que cette activité couvre trois volets (fonctions cliniques, fonctions d'enseignement et d'encadrement, fonctions d'organisation), cette relève n'est pas automatiquement acquise, malgré que deux personnes aient été identifiées. Il faudrait réellement prendre en compte les contraintes liées au fonctionnement du système hospitalo-universitaire et celles de la gestion rationnelle des chirurgiens DES déjà formés. L'élaboration d'un plan stratégique dans ce domaine avec un dispositif permettant de recueillir l'avis des praticiens de terrain serait souhaitable.

Enfin on constate que le nombre d'urgences majeures reçues à l'HNN a diminué de 12% par rapport à l'année précédente, ceci aussi bien au niveau des accidents que des urgences viscérales. L'explication de ce fait est-elle à rechercher dans une réelle diminution des accidents et des pathologies viscérales urgentes, ou plutôt dans une baisse de l'accessibilité aux soins ?

Suite à l'insuffisance de financements extérieurs, en particulier de la part des bailleurs de fonds, les tarifs pratiqués par l'HNN sont relativement élevés.

Une étude sur l'accessibilité financière des populations aux soins à l'HNN et au besoin la recherche de moyens de l'améliorer devrait être entreprise. Parallèlement, un plaidoyer devrait être engagée par le MSP/LCE auprès des bailleurs de fonds afin d'améliorer le financement des structures tertiaires.

## Sous-programme 4: Appui aux institutions de formation

### RESUME DES ACTIVITES.

1. En partant des Résultats Intermédiaires de la prestation (RI), listez les principales activités et réalisations de la prestation par rapport à ses objectifs et au plan d'activités de l'année sous revue (+ commentaires).

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

A la suite d'une réunion entre les différentes parties concernées (Directions du MSP/LCE, FSS, Centre de formation, PAPDS), une stratégie de relance du Centre de formation en management de Ouallam a été élaborée. Les principaux axes de cette stratégie étaient :

- la revitalisation du district de formation ;
- la révision et l'adaptation du matériel d'enseignement ;
- le renforcement du Centre ;
- l'élaboration d'un statut juridique du Centre.

• *La revitalisation du district de formation s'est faite par:*

- **la formation des membres de l'équipe cadre:** en dehors du Médecin-chef de district (MCD), tous les autres membres de l'ECD étaient nouvellement affectés à leur poste. ;
- **la revitalisation des Centres de santé intégrés (CSI)** de Banné, Simiri, Ouallam Centre, Mangaïzé et Banibanga (formation des chefs de CSI, fourniture de petits matériels et supervisions intensives) ;
- **la revitalisation des unités hospitalières par** un briefing des agents de santé, l'opérationnalisation du bloc opératoire, la fourniture de matériels et consommables pour le bloc et de réactifs pour le laboratoire ;
- **la remise en état de l'atelier de maintenance avec** un apport en équipement, une contribution aux indemnités de l'agent de maintenance et l'appui technique de l'Ingénieur du PAPDS).

• *La révision et l'adaptation du matériel d'enseignement se sont en différentes étapes qui sont principalement :*

- une appréciation de l'état des modules ;
- un atelier de consensus méthodologique à la Tapoa (février 2006) ;
- une supervision du travail de rédaction ;
- un atelier de validation à Siloé (juin 2006).

• *Le renforcement du Centre a consisté en :*

- un renouvellement complet du parc informatique et de reprographie ;
- un renouvellement du mobilier (bureaux, fauteuils et chaises visiteurs, etc.) ;
- un appui au fonctionnement (indemnités, fournitures et matériel d'entretien) ;
- l'amélioration de la sécurité de la cité d'hébergement des stagiaires (annexes pour le gardien) ;

- un appel d'offres pour la construction d'une bibliothèque, de deux bureaux pour les enseignants et d'un logement pour le Directeur du Centre; les travaux devraient débiter au cours du premier trimestre de 2007.

- ***L'élaboration d'un statut juridique du Centre de formation***

L'appui du PAPDS a permis le fonctionnement du Comité d'élaboration des statuts mis en place par le Ministre de la Santé, selon arrêté n° 302/MSP/LCE/DGRH/DGP du 16 décembre

Les textes sont actuellement en attente d'approbation.

Cet aspect très important, conditionne pour une bonne part la pérennité du Centre.

Toutefois, il faut noter que le Centre est déjà inscrit dans la Loi des Finances 2007, à travers une ligne budgétaire propre.

Finalement les activités du Centre ont effectivement démarré en novembre 2006.

***Résultat 2: les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées***

Les activités ont été les suivantes:

- prestations des cours à la FSS par les AT du PAPDS dans le domaine de la chirurgie et de la santé publique ;
- financement et participation à l'évaluation des blocs opératoires et au suivi sur le terrain lors la phase pratique ;
- appui financier et encadrement technique (par un Assistant technique de la Cellule Institutionnelle) du cours final sur la politique nationale de santé et la place du district dans le système national de santé ;
- approvisionnement en consommables chirurgicaux et en linge des lieux de stage ;
- financement du transfert de stagiaires de l'intérieur du pays vers Niamey, à la fin de leur période de formation pratique.

***Résultat 3: les autres institutions de formation sont appuyées***

Les actions suivantes ont été réalisées:

- séance de travail avec le Directeur de l'ENSP pour le financement de la reprographie de l'ouvrage d'enseignement "*Orthopédie et Traumatologie*" produit par l'AT chirurgical du sous-programme 3 ;
- appui technique et financier apporté à cinq thèses dont trois à Dosso (sur l'évaluation du système de recouvrement des coûts au CHR de Dosso, le fonctionnement du système de maintenance, la référence et la contre référence dans la Région de Dosso), une à Niamey sur les références obstétricales à la Maternité centrale Issaka Gazoby de Niamey et une à Ouallam (les déterminants de l'utilisation des soins curatifs dans les CSI) à Ouallam.

**2. Commentez éventuellement les principales recettes et dépenses de la prestation ayant un impact sur la question ci-dessus, par rapport aux prévisions budgétaires de l'année sous revue.**

De façon générale, le Programme ne fait pas de recettes.

Les dépenses ont été supérieures aux prévisions du DTF.

Au cours de l'année 2007, il faudra donc prendre en compte le coût de la mise en pace des infrastructures (bibliothèque et bureaux au Centre de formation et logement du Directeur) dont les appels d'offres ont été faits en 2006, mais qui ne seront réalisés qu'en 2007, suite de la lenteur des procédures liés à l'exécution des marchés publics.

### **3. Quels sont les principaux mécanismes et activités d'appropriation mis en œuvre par la prestation dans l'année sous revue ?**

De nombreux mécanismes et activités d'appropriation ont été réalisés à plusieurs niveaux:

#### ***Au niveau du district :***

- formation préalable de l'ECD et réalisation des activités par leurs membres;
- briefing des agents des CSI et de l'hôpital sur la formation, le fonctionnement et la place du Centre de formation dans le processus d'amélioration des compétences des personnels de santé. Les relations entre le Centre et les structures de soins qui sont les lieux devant recevoir les stagiaires pour les applications pratiques ont été précisées.

#### ***Au niveau du Ministère de la santé:***

- Réunion d'initiation du processus au MSP/LCE sous la Présidence du Directeur Général des Ressources;
- désignation de cadres du Ministère de la Santé pour l'élaboration de plusieurs modules d'enseignement et leur dispensation;
- rédaction des statuts du Centre de formation par une Commission composée en grande partie de cadres du Ministère de la Santé;
- rapport d'étape effectué dans la salle de réunion du Ministère de la Santé en présence des principaux cadres du Ministère de la Santé qui ont apporté leurs contributions.

#### ***Au niveau de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS)***

- Implication du Doyen de la FSS et de la Chaire de Santé Publique dans toutes les étapes du processus de relance.

## **COMMENTAIRES ET ANALYSES.**

### **1. Quels sont les problèmes et questions majeurs influençant l'exécution de la prestation?**

Le principal problème a été que l'équipe chirurgicale n'a jamais pu être complète au niveau de l'hôpital de Ouallam.

### **2. Quels sont les causes des écarts par rapport au calendrier prévu et aux résultats attendus ?**

Le véhicule et les infrastructures prévus au niveau du centre n'ont pas pu être fournis au cours de l'année, suite aux lenteurs de procédures des marchés publics, déjà signalées.

Un retard dans le financement de certaines activités a été noté.

Globalement, on enregistre une insuffisance de fonds sur ce sous programme:

- *Pour le résultat 1*, le coût de la remise à niveau d'un district tant sur le plan matériel qu'humain, pour en faire un district de formation a été sous-estimé, faute de modèle préalable et les coûts de la formation se sont multipliés par deux entre le moment de l'élaboration du DTF et la mise en œuvre du PAPDS.
- *Pour le résultat 2*, l'appui au bon fonctionnement des blocs opératoires et à la motivation des chirurgiens nécessitera d'assurer un bon approvisionnement des hôpitaux en fournitures et consommables et des missions d'évaluation et d'appui de Niamey et du niveau régional. Il est aussi probable que l'intégration de l'enseignement de Ouallam dans le programme d'enseignement de la FSS nécessitera l'organisation d'une consultance et/ou d'un atelier de consensus.
- *Pour le résultat 3*, la mise en place des districts modèles et de terrains de stage (considéré p.m) dans le DTF aura certainement des coûts de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation non négligeables, comme cela a été vérifié à Ouallam.

**3. Comment peut-on résoudre les problèmes ou écarts identifiés ici plus haut? Exposez la/les mesure(s) recommandée(s). Précisez qui devrait être chargé de les appliquer. Indiquez aussi, approximativement, le délai d'exécution et les ressources nécessaires à l'exécution de ces mesures.**

Pour la résolution des problèmes ci-dessus identifiés, les mesures suivantes sont préconisées:

- la mise en place et la stabilisation d'une équipe chirurgicale complète au niveau de l'hôpital de Ouallam. L'application de cette mesure est sous la responsabilité du Ministère de la Santé. Elle ne nécessite pas de ressource financière, mais une volonté dans la bonne utilisation des ressources humaines ;
- la création de bonnes conditions de fonctionnement du bloc opératoire, (amélioration du circuit électrique, approvisionnement régulier et suffisant en fournitures et consommables, et éventuellement en petits matériels). L'application de cette mesure doit être faite par l'ECD de Ouallam avec l'appui du PAPDS, qui en plus des ressources financières, apportera l'appui technique des chirurgiens de Niamey III, du CHR de Dosso et de l'HNN ;
- la livraison rapide des véhicules et l'édification des infrastructures du Centre de formation. Tous les avis de non objection ont été obtenus et les fournisseurs retenus doivent procéder à la livraison au cours du premier trimestre de l'année 2007. L'application de cette mesure est sous la responsabilité de l'Unité de Gestion et de Coordination du PAPDS. Elle ne nécessite pas de ressource financière, mais un suivi efficace.
- l'amélioration de la rapidité de financement des activités. L'application de cette mesure est sous la responsabilité de l'ECD de Ouallam et de l'Unité de Gestion et de Coordination du PAPDS. Elle ne nécessite pas de ressource financière, mais une bonne communication et un bon suivi gestionnaire.

**4. Les suppositions (ou hypothèses) de départ sont elles encore pertinentes ?**

Les suppositions faites restent tout à fait pertinentes, notamment celles relatives à la stabilité du personnel cadre et au statut du Centre.