



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2013

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

NER 0802311



ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES)	6
1.1 FICHE D'INTERVENTION	6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE	7
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE	7
1.3.1 <i>Pertinence</i>	7
1.3.2 <i>Efficacité</i>	8
1.3.3 <i>Efficiéce</i>	8
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i>	9
1.4 CONCLUSIONS	9
2 MONITORING DES RESULTATS	11
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE	11
2.1.1 <i>Contexte général</i>	11
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	11
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	12
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	12
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME	14
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	14
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	14
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	15
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	16
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	16
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	17
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	20
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	20
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	20
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	21
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	22
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	22
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	22
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	23
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	24
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	24
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	24
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	25
2.7 THEMES TRANSVERSAUX.....	26
2.7.1 <i>Genre</i>	26
2.7.2 <i>Environnement</i>	26
2.7.3 <i>VIH/SIDA</i>	26

2.8	GESTION DES RISQUES.....	27
3	<i>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</i>	29
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES	29
3.2	RECOMMANDATIONS	29
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES	30
4	<i>ANNEXES</i>	31
4.1	CRITERES DE QUALITE.....	31
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	35
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	41
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS	45
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	45
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION	45

Acronymes

AFD	Agence française de développement
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BSS	Back Stopping
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMO	Convention de mise en œuvre
CNLS	Centre 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
CS	Case de santé
CSI	Centres de Santé Intégrés
CTB	Coopération Technique Belge
CTNS	Comité technique national de santé
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
DHEPS	Direction hygiène publique et éducation pour la santé
DGSP	Direction Générale Santé Publique
DIES	Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DP	Direction de projet
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSME	Direction de Santé Mère et Enfant
DSS	Direction de la Statistique Sanitaire
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographie et Santé
ESP	Ecole Santé Publique
EST	Expertise sectorielle et thématique
FC	Fonds Commun
GAR	Gestion Axée sur le Résultat
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
GRH	Gestion Ressources Humaines
HD	Hôpital de District
HN	Hôpital national
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
PAA	Plan d'action annuel
PAI	Projet d'Appui Institutionnel au MSP
PARSS	Projet d'Appui au Renforcement du Secteur de la Santé
PBF	Performance Based Financing
PDS	Programme de Développement Sanitaire
PIC	Programme indicatif de coopération
PMA	Paquet minimal d'activités
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida/VIH
PPP	Partenariat public privé
PRP	Plan de résolution des problèmes
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PV	Procès-verbal
Q	Quarter (Trimestre)
R	Réalisé
RA	Résultat Attendu
RA	Recherche-Action
RCR	Référence contre référence
RH	Ressources humaines
RR	Représentant Résident
SG	Secrétaire Général
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Santé publique
SV	Supervision
TDR	Termes de référence
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
ULB	Université Libre de Bruxelles
VIH/Sida	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

1 Aperçu de l'intervention

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)
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique (MSP)
Date de début de la Convention spécifique	22 Aout 2010
Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture	1 avril 2011
Date prévue de fin d'exécution	21 aout 2015
Date de fin de la Convention spécifique	21 aout 2015
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	2013

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 €	Dépenses €		Solde €	Taux de déboursement à la fin de l'année 2013
		Années précédentes : 2011-2012	Année couverte par le rapport 2013		
Total (contribution belge)	2 800 000	556 879	621 816	1 611 303	42 %
Output 1	800 000	105 074	200 966	493 959	38 %
Output 2	340 000	10 990	29 713	299 295	12 %
Output 3	193 000	0	89 009	103 990	46 %
Output 4	350 000	68 899	95 123	185 976	47 %
Réserve budgétaire	60 000	0	0	60 000	0 %
Moyens généraux	1 057 000	381 916	207 003	468 080	56 %
Total (contribution nigérienne) : exonération, valorisation bureau, eau, électricité, salaire personnel, téléphone	255 170	39 940	69 647	145 583	43 %

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. Commenter succinctement la note attribuée aux différents critères. Le lecteur doit pouvoir comprendre le pourquoi de la note attribuée. Ces commentaires permettront au lecteur de comprendre les forces et faiblesses de l'intervention.

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	B

L'objectif de l'intervention, 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.

L'intervention a été en étroite cohérence avec les différents axes stratégiques de la politique de santé du pays telle que définie dans le PDS.

L'intervention répond clairement aux besoins d'appui au MSP et est complètement intégrée au Ministère et une concertation avec les bénéficiaires se fait régulièrement.

L'appui financier et technique de l'intervention est complémentaire à la contribution des autres partenaires et du Fonds Commun. L'intervention a facilité le dialogue sectoriel à travers les ateliers de revue du PAA 2013 à mi-parcours et final, et le comité technique national de santé (CTNS).

Notamment dans le domaine de la recherche action et la capitalisation (où la Belgique est presque le seul partenaire à appuyer l'axe stratégique 8 du PDS), ainsi que dans le domaine du financement de la santé, l'intervention a pu démontrer toute sa pertinence en terme de réflexion. Un grand travail de conceptualisation et d'analyse de financement de la santé et de la CUS en concertation avec d'autres secteurs et partenaires a été réalisé.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	C

Malgré le fait que les indicateurs du cadre logique révisée fin 2012 ne sont pas appropriés pour mesurer l'efficacité, il y a beaucoup d'indications (voir plus loin) qui démontrent que l'atteinte de l'objectif spécifique a été en grande partie réalisée partiellement, mais reste à améliorer

Une partie des activités planifiées en 2013 n'a pas pu être réalisées ou partiellement mise en œuvre pour des raisons contextuelles évoquées plus loin dans le rapport, et malgré une étroite négociation au préalable avec les différents services bénéficiaires pour la planification et la mise en œuvre des activités 2013.

Une déstabilisation du personnel au sein du MSP, suite à l'affaire GAVI, a contribué certainement au problème d'efficacité ainsi que la faiblesse des services du MSP quant à leur capacité d'absorption.

Pour les résultats attendus 2, 3 et 4 relatifs aux activités du partenariat public privé, de la référence et contre référence, de la recherche action/capitalisation et des initiatives visant la couverture universelle, une dynamique a été mise en place maintenant avec l'appui de l'intervention. Ces efforts vont être poursuivis en 2014 et au-delà afin d'augmenter l'efficacité de l'intervention.

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	C

L'intervention a pu initier en 2013 un nombre d'activités importantes comme mentionnées plus loin. Certes, toutes les activités planifiées n'ont pas été réalisées, mais un travail énorme est fait avec un impact réel sur la vision du Ministère pour les années à venir.

Le MSP au niveau central continue à souffrir de la perte d'un nombre important de ses cadres liés à « l'affaire GAVI ». Non seulement il existe un déficit quantitatif global de cadres au niveau central et intermédiaire, mais également il faut souligner que la plupart des postes sont occupés par des intérimaires (SG, DGRP, DRH, etc.) qui par leur situation administrative volatile, n'ont pas les coudées franches pour exercer au mieux leur autorité.

Naturellement ceci influence négativement le processus de réforme du MSP et les capacités de mise en œuvre des actions programmées par l'intervention.

L'intervention a atteint, malgré les problèmes sus mentionnés, un taux d'exécution 2013

acceptable de 75 % par rapport à la première planification 2013.

L'intervention aurait pu améliorer son efficacité n'eût été l'échec du recrutement de l'ATN (premier appel aux candidats a été infructueux) afin d'appuyer le renforcement des capacités des cadres (centraux et régionaux) bénéficiaires en matière de planification, programmation et gestion axée sur les résultats, et le suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels annuels des activités des différents services du MSP.

La nécessité de passer les marchés de service selon les procédures nigériennes bien que logiques et pertinentes, pèse sur le travail et son efficacité. La bonne maîtrise des procédures de marchés publics, son suivi, et la sensibilisation de tous les acteurs impliqués est nécessaire pour faire avancer l'aboutissement des marchés.

Il faudra noter quand même que plusieurs audits imprévus ont fait perdre énormément de temps et surtout d'effort de la part de l'intervention.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	B

La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles par son ancrage au Secrétariat Général.

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

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

1.4 Conclusions

- L'intervention répond aux besoins du MSP et reste pertinente en ce sens. L'intervention est bien intégrée au Ministère et sa mise en œuvre s'effectue dans un cadre de concertation régulière mise en place entre l'équipe de l'intervention et le MSP.
- L'intervention est parfaitement alignée aux objectifs du MSP et s'intègre complètement aux axes stratégiques du PDS 2011-2015.
- 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
- Le décalage dans le temps entre les trois projets de la coopération belge met à mal la cohérence initialement prévue et il reste à assurer un minimum de complémentarité dans l'avenir entre le PAI et PARSS (qui vient de démarrer)
- Le programme a connu une accélération de la mise en œuvre des activités en 2013 avec un taux d'exécution de 75 % pour 2013 et un taux d'exécution global acceptable de 42 %.

- Par contre l'intervention a connu un retard dans l'exécution de certaines activités suite aux événements intervenus (la suspension de certains responsables) au Ministère de la Santé, qui a affecté quantitativement et qualitativement les ressources humaines du MSP avec des répercussions négatives sur son fonctionnement aussi bien au niveau central qu'au niveau régional.
- Il faut signaler aussi que la planification 2013 négociée et approuvée par les différentes autorités (CTNS, CNS, SMCL) a été ambitieuse. Les directions bénéficiaires du MSP ont surestimé leur capacité de mise en œuvre des activités planifiées et n'ont pas en partie tenu leur engagement
- Néanmoins un grand progrès a été fait dans la réflexion sur le financement de la santé et la CUS avec l'organisation d'un forum national sur la protection sociale ; des efforts ont également été faits dans le domaine de la recherche action, la capitalisation des acquis; sur le partenariat public privé, sur la référence contre référence, et sur les réformes prioritaires du MSP.
- Même si dans le processus mis en place certaines activités n'ont pas été réalisées conformément au plan, un travail énorme a été réalisé avec un impact réel sur la vision du MSP et il mérite d'être poursuivi et consolidé en 2014 et 2015 !

Fonctionnaire exécution nationale

Mr HASSANE NAMAKA

Fonctionnaire exécution CTB

Dr WILLY JANSSEN

2 Monitoring des résultats²

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

En 2013, la crise malienne a influencé la situation sécuritaire au Niger. Ceci a eu d'importantes conséquences sur la mobilité dans le pays, ce qui a limité les cadres du MSP et l'équipe de l'intervention dans leurs activités de formation et de supervision à l'intérieur du pays. Ne pas avoir suffisamment de feeling avec le terrain a limité également la compréhension de l'ATI par rapport aux besoins de planification d'activités.

La crise née de l'investigation GAVI en février 2013, qui a fait état de fraudes, d'anomalies et d'irrégularités dans la gestion financière de ses interventions des années précédentes a entraîné la suspension des cadres qui détiennent de grandes responsabilités au MSP.

Parmi ces cadres figurait l'ordonnateur de l'intervention (le SG) et la direction générale de la santé publique qui bénéficiait d'importants appuis de la part de l'intervention.

Par après, le MSP a doté certaines directions avec de cadres en tant qu'interimaires. Cette situation a eu des effets indirects importants sur l'intervention dans sa vocation de renforcement institutionnel.

On peut tout simplement dire que l'administration sanitaire nigérienne s'est ainsi trouvée soudainement amputée de la plus grande partie de ses cadres de commandement tant au niveau national qu'intermédiaire (DRSP).

2.1.2 Contexte institutionnel

L'ancrage de l'intervention est situé au niveau du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique et le Secrétaire Général Adjoint est le Responsable National de l'Intervention.

Cet ancrage facilite l'appui de l'intervention 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 DSS, la DAID/RP ainsi que dans une certaine mesure les Directions Sanitaires Régionales.

Vu que l'objectif de l'intervention est de renforcer les capacités institutionnelles et la coordination sous le leadership du Secrétariat Général, l'ancrage de l'intervention reste très pertinent.

Néanmoins la suspension de certaines cadres du MSP, parmi lesquels le SG, a créé une faiblesse dans la coordination de ces cadres et une certaine démotivation du personnel du MSP.

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

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

La collaboration entre le responsable et le coresponsable de l'intervention semble net et clair et il y a un bon esprit d'équipe entre les deux et les autres membres de l'équipe. Néanmoins l'équipe devrait être renforcée par la mise à disposition d'un ATN comme prévu dans le DTF. Une répartition/redéfinition des tâches entre les deux ATN a été réalisé en prenant en compte les besoins de fournir un appui technique plus rapproché à certains services bénéficiaires (un appui soutenu de l'ATN à certaines directions cibles comme la DOS par exemple apparaît ainsi indispensable, ainsi qu'à la planification et le suivi des activités du PAA).

Du point de vue administratif et comptable, le dispositif en personnel contractuel est adéquat, néanmoins le partage du personnel avec le projet PFAS, qui est en phase de clôture, a posé de temps en temps un surcharge de travail du personnel concerné.

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: Nous pouvons citer comme exemples les activités phares : 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 13 décembre 2013 : c'est-à-dire la revue conjointe annuelle 2013 des réalisations selon les 8 axes stratégiques du PDS, la planification PAA 2014 du MSP et la présentation de la synthèse aux PTF.

Ensuite la planification et les activités planifiées sont approuvées par le SMCL et donc par la représentation de la CTB.

Comme déjà mentionné dans autres rubriques du rapport, la perte d'un grand nombre de cadres du MSP lié à l'affaire GAVI et le remplacement de ces postes par des intérimaires ont eu une influence négative sur la mise en œuvre des activités programmées par l'intervention.

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

En termes de visibilité interne, le PAI est naturellement bien connu auprès des bénéficiaires (MSP) puisque les différentes directions savent que certaines de leurs actions peuvent être supportées par l'intervention. L'appui de la coopération belge est logiquement bien accueilli et les relations avec le MSP sont bonnes.

2.1.4 Contexte HARMO

Une intervention comme le PAI a un grand nombre de partenaires sur le plan institutionnel et individuel et il existe une multiplicité de cadres de concertations auxquels les responsables de l'intervention doivent participer/ communiquer et une grande proportion des cadres de concertations créées sont temporaires et parfois peu fonctionnels.

Le PAI contribue de part sa mission au renforcement de la coordination entre les partenaires et le MSP dans le cadre du soutien à l'approche sectorielle.

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.

Il existe maintenant un cadre de concertation entre le MSP et les PTF ayant signé le COMPACT qui se réunit régulièrement et auquel l'intervention apporte son appui.

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, porte-parole des autres PTF ayant signé le COMPACT.

Ce cadre se réunit de manière régulière.

Concrètement on peut ainsi recommander qu'au moins pour ce qui concerne les réunions où intervient à la fois la communauté des PTF et la hiérarchie du MSP (Ministre, Secrétaire Général) la présence directe de la représentation de l'Ambassade soit effective.

Dans la situation actuelle, les interfaces de communication et les mécanismes de représentativité aux différents cadres de concertation en santé n'ont pas encore abouti à des synergies souhaitées entre la RR, le chargé programme santé CTB, l'ATI/PAI/CTB, et l'Attaché de la coopération belge (BCD), afin d'améliorer l'harmonisation et la communication avec la communauté des PTF ayant signé le COMPACT et avec les autres partenaires.

L'intervention est naturellement parfaitement alignée avec les objectifs du MSP ; c'est l'essence même de ce projet.

En 2013 le MSP a entamé un processus d'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre et avancement des actions planifiées du PDS 2011-2015. Dans ce cadre le MSP, avec l'appui de l'intervention 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 2013 s'est déroulée fin décembre 2013 à travers essentiellement trois actions phares que sont : la mission conjointe de terrain MSP-PTF, la tenue du Comité Technique National de Santé (CTNS) et du Comité National de Santé (CNS). Elle était conduite par son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé, le Secrétaire Général ai., 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 processus de la revue a démarré par la visite du terrain qui s'est déroulée dans la région sanitaire de Dosso du 25 au 28 Novembre 2013. Il s'est poursuivi par les réunions du CTNS et du CNS qui ont eu lieu au Palais des Congrès de Niamey du 9 au 13 décembre 2013.

Cette revue conjointe PTF/MSP dont le but est d'analyser les progrès enregistrés dans la mise en œuvre du PDS 2011-2015, poursuivait les principaux objectifs suivants : (1) analyser les progrès enregistrés dans l'exécution physique et financière des plans d'actions 2013 des différentes structures centrales, régionales et des districts, (2) adopter les Plans d'Actions Annuels 2014, (3) formuler des recommandations pour les éventuelles contraintes

L'intervention 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 de l'intervention était d'apporter l'appui technique dans l'identification des activités pertinentes et à leur financement.

Quant à la mise en œuvre des activités planifiées elles sont réalisées selon les procédures mises en place par le Ministère de la Santé Publique et la Coopération Technique Belge dans le cadre de la cogestion.

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 cible 2012	Valeur cible 2013	Valeur cible 2014	Valeur obtenue	Réalisé	Commentaires
OS2	% des Régions Sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés	ND	60 %	0 %	20 %	40%	25 %	R	2 sur 8 régions ont obtenu 60 %. 5 régions sont à un niveau très bas (< 22 %)
OS3	Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés	73.91 %	100 %	80 %	85 %	90 %	ND	NR	Cette information sera disponible à l'évaluation du COMPACT prévue en 2014

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

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

La logique entre résultats attendus et objectifs (spécifique et général) est parfaitement sentée : l'avancée vers une dynamique d'approche sectorielle par l'appui à :

- la coordination, le renforcement des RH et le soutien aux réformes prioritaires du PDS (RA1),
- le renforcement de la qualité des soins obtenu par une amélioration de l'organisation de l'encadrement (RA2),
- le processus de capitalisation des acquis (RA3) et
- les initiatives visant la couverture universelle en santé (RA4),

renforcera les capacités institutionnelles du MSP(OS) et donc in fine améliorera l'état de santé des populations nigériennes (OG).

Par rapport au RA1 envisageant l'appui sectorielle, le renforcement des ressources humaines et le soutien aux réformes visées dans le PDS ont reçu une attention particulière par l'intervention en nombre quantitatif des activités planifiées. Néanmoins les faibles capacités d'absorption des différents services bénéficiaires ainsi que la suspension de certains cadres du MSP ont affecté la mise en œuvre de certaines activités.

Par rapport au RA2, la logique entre les actions sélectionnées et l'atteinte du RA est parfaitement perceptible : le processus d'accréditation des structures publiques ou privées et normalisation du processus de contrôle de la qualité des soins a été initié par le recrutement d'un consultant (processus initié fin 2013); l'appui à l'organisation de l'encadrement des districts par le niveau régional a été pris en compte à travers les

réflexions en cours sur l'organisation de la fonctionnalité des districts sanitaires.

Par rapport au RA3, ici aussi, la logique entre les actions et le résultat attendu est parfaitement perceptible. Outre la capitalisation des bonnes pratiques et le financement de la recherche action, des actions qui permettront une meilleure mise en œuvre du processus de capitalisation des acquis (en particulier la mise en place et le suivi d'un plan stratégique de recherche et la formation sur les méthodologies de recherche opérationnelle) ont été réalisées.

Par rapport au RA4, le financement du système de santé, autre pilier du système de santé, beaucoup de progrès a été fait, et des réflexions sont en cours au niveau de la division financement de la DEP, et ceci à travers le test pilote de mutuelles de santé à Dosso et le Fonds Social de Santé qui fera l'objet d'un test pilote à Dosso, avec le financement de l'AFD.

Une note technique de la proposition d'architecture de la CUS a été élaborée avec l'appui technique du PAI.

Au moment de la formulation, le Niger était encore à 100% dans la réflexion sur les mutuelles à base communautaire et les mutuelles étaient un point d'attention importante. Dès que possible l'attention restrictive vers un sujet beaucoup plus large et plus important, notamment la CUS a été réalisée par l'organisation d'un atelier national sur la protection sociale inclus la CUS.

Largement grâce à l'intervention, l'atelier a eu lieu encore en Novembre 2013. Dans tout ce processus, un travail énorme est réalisé avec un impact définitif (le changement d'une approche des mutuelles à base communautaire vers la notion d'une couverture universelle de santé) sur la vision du Ministère. Ceci est un succès remarquable en partie attribuable à l'intervention et qui mérité à être poursuivi dans les prochaines années.

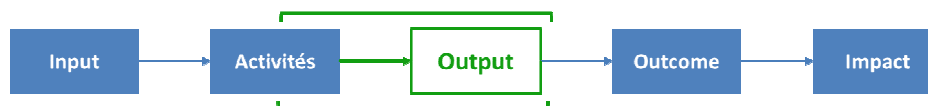
2.2.3 Impact potentiel

L'objectif spécifique de l'intervention 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) de l'intervention, 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 cible 2012	Valeur cible 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 %	25 %	50 %	60 %	ND	NR	Cette information sera disponible à l'évaluation prévue du COMPACT en 2014
R1-2	Proportion de cadres de concertation fonctionnels à tous les niveaux (composite)	5.69 %	80 %	5.69 %	52,65 %	52,49 %	25 %		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 %	10 %	80 %	ND		Ces indicateurs dépendent des résultats de la consultation réforme qualité (en cours et en 2014)
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 %	3 %	6 %	ND		Ces indicateurs dépendent des résultats de la consultation réforme qualité (en cours et en 2014)

Quant aux indicateurs liés aux résultats attendus, il s'agit en fait d'indicateurs de processus en rapport avec les activités programmées

2.3.2 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				
Mener une étude sur le dialogue communautaire	X			
Réaliser une cartographie des intervenants et interventions				X
Réaliser l'évaluation du COMPACT Niger afin de renforcer le dialogue sectoriel				X
R 01_02 Améliorer le processus de planification et l'intégration des programmes				
Former les cadres de la DEP sur la gestion axée sur les résultats	X			
Former les cadres du MSP en planification selon les besoins définis		X		
Appuyer l'évaluation à mi-parcours du PDS (Appui aux régions et atelier niveau central)		X		
Former en GAR les équipes des DRSP				X
Former en comptes nationaux	X			
Former les équipes DRSP sur la base des modules élaborés avec l'appui du PFAS			X	
Organiser un atelier de validation du plan stratégique de la santé scolaire	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	
Organiser un atelier de validation du document cadre d'orientation pour le renforcement de la coordination et de l'intégration des programmes de santé et son plan d'action				X
Appuyer la mise en œuvre du plan d'action pour l'intégration des programmes de santé				X
Organiser deux réunions de coordination des programmes			X	
Effectuer deux missions de suivi des interventions des programmes nationaux de santé			X	
Appuyer l'élaboration du Manuel des procédures du MSP				X
Former un cadre du SG sur les CDMT, aide budgétaire et approche sectorielle à l'extérieur du pays.			X	
Faire participer un cadre du SG au séminaire sur la planification, exécution et contrôle de projets et programmes à l'extérieur du pays			X	
R 01_04 Renforcer la gestion des RH				
Assurer une mission d'élaboration des cahiers des charges individualisés correspondant aux fiches de poste à tous les niveaux (central, DRSP, DS, CSI)	X			
Effectuer une mission annuelle de supervision à la réalisation des entretiens annuels d'évaluation entre collaborateurs du MSP			X	
Assurer 2 missions de suivi et de concertation sur le terrain pour la finalisation de la description des fonctions et du cadre organique		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.

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	
Tenir un atelier de validation de la description des fonctions et cadre organique				X
Former 7 responsables de la DRH en GPEC, ingénierie de la formation, gestion informatisée des RH et gestion des carrières.		X		
Tenir un atelier de concertation MFP – MEF – MSP pour l'actualisation et la mise en cohérence des fichiers du personnel et de la gestion des carrières	X			
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
Appuyer la réforme du SNIS		X		
Contribuer à l'élaboration du plan stratégique du SNIS	X			
Elaborer un guide de suivi et évaluation du plan stratégique du SNIS				X
Doter la DS de logiciels de contrôle de qualité des données sanitaires				X
Former les gestionnaires des données à Niamey		X		
Appuyer la réforme sur la modernisation de l'Etat dans le secteur de la santé				X
Former 100 responsables (Directeurs et Chefs division) sur l'utilisation de l'Intranet		X		
Former 31 secrétaires de l'administration centrale pendant 5 Jrs en accueil et communication	X			
Former 4 agents en prise de vue et Publication Assisté par Ordinateur à l'IFTIC pour la conception du journal du MSP "Echos Santé"	X			
Appuyer la réorganisation des Districts Sanitaires		X		
Appuyer la réforme sur la qualité de soins			X	
Elaborer les manuels de qualité, de certification et d'accréditation avec l'appui d'un consultant international			X	
Réviser le document des normes et standards du MSP			X	
Superviser les équipes de la police sanitaire à Niamey		X		
Sensibiliser la population sur l'hygiène alimentaire		X		

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Un grand nombre d'activités a été programmées par les directions bénéficiaires comme la DEP, la DHR, la DGSP (DOS), et la DSS, dans le cadre du renforcement de l'approche sectorielle. Le libellé des activités mentionnées dans les tableaux ci-dessous est assez peu précis mais pour la plupart des activités existent des TDR pour l'exécution qui précisent les objectifs, les résultats attendus et le calendrier.

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 visé dans le RA 1 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-PDS) mais aussi sur le renforcement des piliers clés du système de santé comme les RH 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 processus de réforme prévu dans le PDS est considéré utile et prioritaire (l'appui à la réorganisation des DS, la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS, le PPP, l'élaboration des manuels de qualité, de certification et d'accréditation avec l'appui d'un consultant international)

Le taux d'exécution technique pour l'atteinte du RA (% d'activités réalisées ou en cours de mise en œuvre) reste modéré en 2013.

Plusieurs dossiers/activités ont connu une lenteur de traitement pour des raisons suivantes : L'absence de responsables clé du MSP pendant une longue période; le transfert de dossiers avancés d'une Direction à une autre du fait de la réorganisation du MSP et la faible capacité en RH et non-respect du calendrier du PAA

Une grande partie des activités n'a pas pu être réalisée ou partiellement réalisée : est-ce un signe d'inefficacité ou de trop d'ambition de la part des responsables de différentes services comme mentionné plus haut ? Voit-on une trop grande ambition comparée avec la faiblesse des institutions et directions du MSP comme mentionné plus haut (la DOS, autres...) ? Une certaine démotivation parmi le personnel du MSP suite à la suspension des cadres du MSP par rapport à la crise de GAVI qui a déstabilisé le MSP et qui déstabilisé jusqu'à maintenant ? Ces effets ont certainement joué un rôle !

Les activités nécessitant la mise en place de procédures de marchés publics ont été plus difficiles à réaliser que les autres : seulement 2 sur les 4 activités prévues (la cartographie, le dispositif qualité, l'intégration programmes et la dialogue communautaire) pour 2013 ont pu aboutir

Les procédures de la passation des marchés publics sont assez lourdes et compliqués.

Le marché de consultation sur l'appui à la réforme « Qualité, accréditation et certification des formations sanitaires » du MSP a connu un retard important de mise en œuvre.

Les TOR pour le renforcement de la coordination et de l'intégration des programmes et Projets de santé avec l'appui d'un consultant international l'intégration ont été élaborés et finalisés par la DGSP, avec l'appui du PAI depuis mars 2013. L'élaboration du dossier de marché était en discussion quand, par arrêté du Ministre, une nouvelle organisation du MSP a transféré la mission de suivi et coordination des projets et Programmes de santé à la Direction des Etudes et de la Programmation. Le processus se poursuit mais l'activité commencera en 2014.

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 cible 2012	Valeur cible 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 %	100 %	100 %	100 %	25 %	Partiel	Sur les 8 supervisions prévues 2 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 %	16.67 %	20 %	ND	NR	Cet indicateur dépend de la mise en place du collaboratif CHR prévue en 2013 et 2014
R2-3	Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence	ND	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Partiel	Un draft a été élaboré et la finalisation en concertations avec régions en 2014

Quant aux indicateurs liés aux résultats attendus, il s'agit en fait d'indicateurs de processus en rapport avec les activités programmées

2.4.2 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		
Organiser un atelier de réflexion sur la collaboration avec les structures privées de la santé	X			
Organiser un atelier d'échanges sur le cadre de concertation secteurs public-privé	X			

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.

Superviser le contrôle de qualité des données sanitaires au niveau régional				X
R 02_02 Appuyer techniquement la mise en place d'outils de Référence et Contre référence				
Elaborer un guide national de référence et contre référence avec l'appui d'un consultant international		X		
R 02_03 Contribuer à la réforme hospitalière				
Appuyer la mise en place du Réseau hospitalier du Niger		X		
Elaborer les textes réglementaires portant application de la loi hospitalière			X	
Tenir deux réunions les réunions du Réseau hospitalier du Niger		X		
Appuyer la vulgarisation de la carte hospitalière au niveau des structures de santé			X	

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Le taux d'exécution technique pour l'atteinte du RA2 (% d'activités réalisées ou en cours de mise en œuvre) reste modéré en 2013

L'activité d'appui à l'organisation des supervisions des DRSP n'a été que partiellement réalisée (2/8 SV) en 2013 par l'absence des cadres du MSP pendant un longue période suite à l'affaire GAVI.

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.

Néanmoins l'approche d'accréditation (marché public) est en cours de formulation par le processus de réforme qualité en cours d'exécution. La mise en place d'un collaboratif CHR – MRR appuyé par le PAI est dans le pipeline de la DOS, mais connaît un retard, ce qui fait sa reconduction en 2014.

Dans une seconde phase, il y aura le collaboratif des hôpitaux de 3^{ème} référence (HN)

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 cible 2012	Valeur cible 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		Document d'orientation sur la capitalisation est disponible
R3-2	Nombre de BP dans le système de santé qui ont été documentés	0	10	0	3	6	4		4 projets de RA en cours et d'autres en phase de conception
R3-3	Nombre ECD engagée dans une recherche –action au cours de l'année	6	25	10	15	20	8		Atelier de formation des cadres de régions et districts sur la RA a eu lieu en novembre 2013

Quant aux indicateurs liés aux résultats attendus, il s'agit en fait d'indicateurs de processus en rapport avec les activités programmées

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités 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 des bonnes pratiques	X			
R 03_02 Financer 12 projets de Recherche Action approuvés par le MSP				
Mener une enquête sur la prévalence de l'hypertension, Insuffisance rénale, et du diabète chez les travailleurs à Niamey;				X
Mener une recherche action sur les perdus de vue de la tuberculose			X	
Recherche action sur la plante Moringa et ses effets dans la prise en charge des malnutris		X		

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.

Etude sur la prise en charge de la malnutrition chez les enfants < 3 kg dans les CRENI		X		
Etude sur la lutte intégrée contre le paludisme au niveau communautaire		X		
Enquête anthropologique sur la disponibilité et productivité des Médecins dans les CSI	X			
Mener une recherche action sur l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé généraux	X			
Mener une recherche sur la qualité de l'accueil au niveau des CSI		X		
Appui à l'élaboration d'un protocole de recherche action (RS et 6 districts sanitaires)		X		
Mener une recherche opérationnelle sur les obstacles liés à l'utilisation des services PF au niveau des CSI de Tchadoua et Gangara				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			

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Le plan stratégique de recherche (avec l'appui de l'intervention) a été validé et le cadre réglementaire de la recherche en santé finalisé.

La documentation des bonnes pratiques n'a quant à elle pas démarré (cela paraît normal puisque l'identification des bonnes pratiques ne peut a priori se faire que sur base des résultats de la recherche action).

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.

Au terme des formations sur la recherche action et la capitalisation (pour les cadres du niveau central, des régions sanitaires et quelques districts) réalisées avec la facilitation de l'équipe du Pr Dujardin, un nombre de protocoles de recherche ont été identifiés et proposés pour financement par l'intervention. Parmi ceux-ci 9 sont en phase de mise en œuvre et 3 ont été finalisés, d'autres sont en phase de conception et programmation.

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 cible 2012	Valeur cible 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 Forum sur la Protection Sociale tenu en novembre 2013
R4-2	Nombre de décideurs (Assemblée et Gouvernement) dont au moins 10% de femmes touchés par le plaidoyer sur la CUS	0	150	0	30	150	ND		Activité liée aux travaux du comité CUS

Quant aux indicateurs liés aux résultats attendus, il s'agit en fait d'indicateurs de processus en rapport avec les activités programmées

2.6.2 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				
Appuyer le processus de mise en place du Fonds Social au MSP		X		
Appuyer la mise en œuvre de la stratégie du financement de la santé orienté vers la CUS		X		
Organiser un atelier de budgétisation de la Feuille de route de mise en œuvre de la gratuité des soins				X
Organiser une conférence internationale de réflexion sur la CU en santé avec la participation des acteurs des principaux ministères impliqués dans la protection sociale		X		
Réaliser l'étude des coûts réels de la gratuité des soins				X
Mener une étude de faisabilité de la CUS (y compris la consultation et la collecte des données)				X
R 04_02 Elaborer un plan stratégique de couverture universelle				
Appuyer l'élaboration du plan stratégique de couverture universelle				X
Former 15 cadres du Niger sur l'AMU à Niamey		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.

Former 3 cadres nigériens sur la CMU à Bruxelles				
R 04_03 Organiser 2 plaidoyers auprès des autorités sur la CMU				
Mener des activités de plaidoyer en direction des autorités nationales		X		
Contribution à la sensibilisation sur les IST /VIH/SIDA		X		

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Les activités de développement de la politique de financement sont bien avancées. Les cadres sont mobilisés dans un comité technique pour concevoir la politique de financement du MSP ciblant plus particulièrement la CUS.

La Belgique a été le seul bailleur de remettre en cause l'approche des mutuelles à base communautaire (des initiatives d'assurance maladie localement initiées mais souvent pas viables et soutenables) dans le passé tout en orientant la politique du MSP vers une couverture universelle de maladie, qui s'adresse à toute la population du Niger. Ceci a été achevé par les formations des cadres du MSP en 2012 et la venue des consultants internationaux en 2013 pour animer les ateliers à ce sujet.

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.

L'intervention a pris l'initiative de cofinancer un séminaire d'envergure nationale sur la protection sociale et plusieurs réunions de concertation entre le Ministère de la Santé Publique (MSP), PAI MSP et le Secrétariat Permanent du Dispositif National de Prévention et de Gestion des Catastrophes et des Crises Alimentaires (DNPGCCA) se sont tenues pour la préparation du forum au Niger y compris la CUS

Il s'agit là d'une évolution très positive, au moins en partie attribuable à l'intervention. Un gros travail de réflexion reste à faire dans le domaine du financement de la santé dans les années suivantes.

2.7 Thèmes transversaux

2.7.1 Genre

Dans les activités programmées pour 2013, on trouve très peu de mentions faites au Genre. Une réflexion spécifique pourrait donc avoir lieu à ce niveau au cours de la programmation 2014, qui permet d'analyser et intervenir sur des aspects de ciblage et décisions qui favorisent équitablement la position occupée par les deux sexes.

2.7.2 Environnement

L'intervention ne peut que très marginalement influencer sur l'environnement et pourtant, les aspects de dispositions stratégiques en matière écologique sont importantes : par exemple, privilégier la documentation informatisée plutôt que le hard. La mise en place de l'intranet et la fourniture de logiciel pour le rapportage SNIS réduit énormément les déplacements et permettent une certaine efficacité et efficience.

L'intervention a appuyé la DHEPS dans la supervision des équipes de la police sanitaire à Niamey et la sensibilisation de la population sur l'hygiène alimentaire (inclus les émissions radio)

2.7.3 VIH/SIDA

A l'occasion de la Célébration de la journée de lutte contre le SIDA/VIH, l'intervention a appuyé un projet de sensibilisation et communication au changement du comportement visant le dépistage volontaire du VIH/SIDA, au CSI Kouara Tagui à Niamey

2.8 Gestion des risques

Identification du risque/problème			Evaluation			Action/Décision			Suivi							
N°	Date entrée	Source	Risque ou problème	Description	Interne/externe	Impact transversal	Effet	Incidence	Probabilité	Priorité	Action/décision	Responsable	Délai	Commentaires	Statut	Date clôture
1	30/01/2013	Rapport bilan semestre 2013	Risk	Les différents services du MSP ne respectent pas le calendrier du POA	Interne	no	Résultats du Projet pas atteint à temps	High	High	High	Suivi /appui régulier à la coordination de la mise œuvre des PAA (3 DG et 5 directions)	Responsables du projet et ATN	Continu	Organiser des rencontres de concertation réguliers sur la mise en œuvre du POA avec les chefs des divisions et services et les directions clés du MSP	Open	Fin 2013
2	31/01/2013	Rapport bilan semestre 2013	Risk	Procédures lourdes du MP	Externe	no	Résultats du Projet pas atteint à temps	High	High	High	Trouver un mécanisme flexible de faire appel à des experts courts durés pour certaines activités	Responsables du projet et ATN	Continu	Programmer les marchés et consultations à temps en tenant compte du timing du processus MP	Open	Fin projet

3	30/12/2012	Rapport bilan semestre 2013	Risk	Faible capacité des ressources humaines	Externe	no	résultats du PDS pas atteint à temps	High	High	High	Renforcement des capacités par les ATI et ATN et éventuellement des experts externes	Responsables du projet et ATN	Continu	Open	Fin projet
4	30/2/2013	MSP	Problème	Suspension des cadres du MSP suite à l'affaire GAVI	Externe	no	résultats du projet pas atteint à temps	High	High	High	Remplacement des cadres suspendus	MSP	Immédiat	Open	Fin 2013

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Les contraintes énumérées dans le rapport par rapport à l'exécution des activités sont en grande partie dues à l'environnement dans lequel le projet a évolué et qui est caractérisé par

- les événements intervenus (la suspension de certains responsables) au Ministère de la Santé, qui ont affecté quantitativement et qualitativement les ressources humaines dudit Ministère avec des répercussions négatives sur son fonctionnement aussi bien au niveau central qu'au niveau régional ;
- le changement de tutelle des programmes intervenue au sein du Ministère ayant entraîné le transfert des certaines activités déjà entamées vers d'autres directions et qui ont mis du temps à se les approprier ;
- insuffisance dans l'organisation du travail au sein des directions ayant influencé le non-respect du calendrier de travail.

Pour le non suivi des calendriers de mise en œuvre du POA élaborés et validés par le MSP et le SMCL, le PAI procèdera à un Suivi / Appui régulier aux 3 Directions Générales et aux 5 Directions transversales du MSP. Il s'agira pour le PAI d'appuyer techniquement l'organisation du travail dans ces 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.

Pour la faible capacité des Ressources Humaines, le PAI procèdera à un renforcement des capacités selon une vision partagée avec les responsables des Directions.

Cet appui se fera soit directement par les AT, en fonction de leur capacité technique, soit en faisant appel à une expertise externe de courte durée.

Le recours à une expertise externe doit bénéficier d'une flexibilité afin d'éviter les lourdes procédures de la passation de marché.

Aussi face aux difficultés de fonctionnement auxquelles sont confrontés les districts sanitaires, surtout les nouvelles créations, un appui/conseil du PAI sera donné au service bénéficiaire (DOS) pour l'encadrement et le fonctionnement de quelques Districts Sanitaires, en fonction de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
Accélérer le processus de mise à disposition de l'ATN1 pour l'appui au processus de planification et le renforcement des capacités de certaines directions	SG et RR	immédiate

Pour la programmation 2014 limiter le nombre d'activités en fonction des capacités d'absorption des directions bénéficiaires	Responsable et coresponsable et directions MSP	immédiate
Continuer le processus de réflexion et opérationnalisation de certains thèmes prioritaires (DS, CUS, PPP, SNIS, RCR, RA, dispositif qualité) à travers les commissions thématiques et faire le lien avec une expertise technique externe ou perlée si nécessaire	ATI, ATN et responsable, services bénéficiaires	2014
Limiter au maximum le recours aux procédures de marches publiques pour la mise en place des activités et recourir aux procédures de marché moins complexes au-dessous d'un certain seuil financier	Direction de l'intervention	2014

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Les résultats des interventions d'appui institutionnel sont compliqués à évaluer de façon objective. On peut difficilement s'aligner sur les 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 l'intervention. Souvent les indicateurs du PDS sont trop peu spécifiques aux actions menées dans le cadre de l'intervention	M&E, RR
Etant donné que les indicateurs ne sont pas adaptés pour évaluer un appui institutionnel, il aurait fallu plutôt choisir des indicateurs de processus et/ou marqueurs de progrès et recourir à d'autres méthodologies qualitatives pour mesurer les effets sur les bénéficiaires directs. Des indicateurs qui apprécient à la fois le processus, mais aussi les produits et les effets. Il est souhaitable d'utiliser des méthodes originales de mesure de l'atteinte des résultats pour les interventions d'appui institutionnel, méthodes où l'analyse de l'évolution des attitudes et comportements des bénéficiaires directs devrait prendre une place importante. Cela pourrait prendre la forme de méthodes modernes relativement sophistiquées de type « <i>Outcome mapping</i> »	M&E BXL
Une intervention comme le PAI a un grand nombre de partenaires sur le plan institutionnel et individuel et le paysage dans lequel ils évoluent couvre les niveaux opérationnels, stratégiques et politiques. Correctement évaluer quels sont les « enjeux » pour chacun d'eux, ce qui est leur puissance/influence respective, leur capacité et nécessité, leur alignement afin de créer "la synergie entre tous les partenaires impliqués" semble être une tâche de complexité sous-estimé.	Ordonnateur, RR, BCD (Attaché), Chargé des programmes, BXL

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

Pour chacun des critères (Pertinence, Efficience, Efficacité et Durabilité potentielle), plusieurs sous-critères et des assertions relatives à ces derniers ont été formulés. En choisissant la formulation qui correspond le mieux à votre intervention (ajouter un « X » pour choisir une formulation), vous pouvez calculer la note totale applicable à ce critère spécifique (voir infra pour les instructions de calcul).

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente 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 de l'intervention ?				
	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.		
X	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 l'intervention puisse espérer aboutir.		

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (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 ?	
	A Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
x	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 ?	
	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.
x	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.			
	B L'outcome sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.			
x	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 L'intervention 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	L'intervention 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	L'intervention 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	L'intervention n'est pas totalement parvenue 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 à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue 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 l'intervention).				
<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 de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?				
	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.		
x	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	L'intervention 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	L'intervention 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 l'intervention et le niveau politique ?				
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.		
	B	L'intervention 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 gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.		
x	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.		
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.		

4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
	A	L'intervention est intégrée 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).
x	B	La gestion de l'intervention 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	L'intervention 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	L'intervention 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

Niveau de réalisation des Recommandations/Décisions issues de la dernière SMCL au 7/3/2013

Domaines	Recommandations	Responsables de l'exécution	Deadline	Niveau de réalisation le 30/6/2013	Nouveau délai	Commentaires
I.1. Recommandations de la dernière SMCL du 12 12 2012	Recommandation I.1 : Faire parvenir au Secrétaire Général du MSP un tableau indiquant la liste des activités clés identifiées, le calendrier de mise en œuvre et les noms des responsables chargés de l'exécution.	Responsables du PAI-MSP	31 Mars 2013	réalisé	-	
	Recommandation I.2 : Assurer la cohérence des indicateurs du cadre logique avec ceux du guide de suivi évaluation du PDS 2011-2015, et partager avec les directions concernées du MSP.	Responsables du PAI-MSP	31 Mars 2013	Réalisé	-	
	Décision I.1 : Moyennant la prise en compte des observations ci-dessus, le Rapport Annuel des Résultats 2012 du PAI-MSP est validée par la SMCL.	Responsables du PAI-MSP	Immédiat	ok	-	
I.2. Rapport Annuel des Résultats 2012	Recommandation I.3. Faire apparaître systématiquement dans le bilan, l'exécution de la contribution nigérienne.	Responsables du PAI-MSP	Rapport annuel 2013	-	Fin 2013	Sera incluse dans le Rapport annuel 2013 La contribution de la Partie nigérienne couvre essentiellement les coûts du personnel, son

	fonctionnement et de mise à disposition et entretien des infrastructures ; exonérations de TVA et droit de douanes					
Recommandation 1.4. Présenter le bilan des activités et des dépenses réalisées au regard de ce qui avait été programmé par rapport à chaque résultat attendu du Projet ainsi que les dépenses accumulatives	Responsables du PAI-MSP	Rapport annuel 2013	-	Fin 2013	Noter qu'il est prévu de financer des actions non prévues par le DTF et qui peuvent être des priorités en cours de mise en œuvre. Pas seulement des activités planifiées	Fin 2013
Recommandation 1.5. Accélérer le processus de recrutement de l'ATN1 notamment en désignant des remplaçants aux membres du comité de sélection absents.	Ministère de la Santé Publique	15 Mars 2013	En cours	Fin septembre 2013	Lancement d'un marché n'a pas abouti à une sélection d'un candidat. Suite aux changements au sein du MSP par après, il a été décidé de procéder à un recrutement ultérieurement.	En cours
Recommandation 1.6. Renforcer les stratégies de communication interne et externe et améliorer la coordination avec l'ensemble des acteurs intervenant au sein du projet.	Responsables du PAI-MSP	30 Avril 2013	En cours	Début octobre 2013	Activités en concertation avec DAIDRP et formation du responsable/Spocitos. Plan de communication DAIDRP en cours d'élaboration	Début octobre 2013
Recommandation 1.7. Entamer une réflexion au sein du projet sur les responsabilités des uns des autres, les disponibilités et l'organisation des activités afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du projet	Responsables du PAI-MSP et le Ministère de la Santé Publique	30 Avril 2013	En cours	Début septembre 2013	Les profils de poste (ATN1 et 2) ont été clarifiés/modifiés, ainsi que les autres membres de l'équipe	Début septembre 2013
I.3. Rapport de planification opérationnelle 2013	Responsables du PAI-MSP	Immédiat	ok	-		

	Recommandation 1.8. Initier une réflexion sur la méthodologie et la conceptualisation du processus de capitalisation	Responsables du PAI-MSP	31 Mars 2013	en cours	Novembre 2013	Réflexion faite fin mai 2013 pendant la formation en RA et capitalisation avec ULB/ESP (rapport soumis) et continuation de la réflexion pendant la formation en novembre 2013
	Recommandation 1.9. Accélérer la mise en place du comité pour la CUS afin de permettre le démarrage des préparatifs pour l'organisation de l'atelier international (prévu en septembre 2013).	Ministère de la Santé Publique	31 Mars 2013	Comité en place	Novembre 2013	Atelier remis au novembre 2013 Arrêté de mise en place signé, mais le comité multifactoriel CUS non encore installé car les membres non désignés par les structures.
	Recommandation 1.10. Programmer l'évaluation à mi-parcours au 3ème trimestre 2013 (septembre 2013) après la tenue de la conférence sur la CUS afin de pouvoir intégrer les recommandations de cet atelier dans les réorientations éventuelles proposées suite à cet évaluation à mi-parcours.	Responsables du PAI-MSP	Immédiat	En cours	Mi-octobre 2013	En cours. L'évaluation se fera en octobre 2013 bien avant la tenue du forum sur la Protection sociale

Niveau de réalisation des Recommandations/Décisions issues de la dernière SMCL au 6/9/2013

Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique (PAI-MSP)				
Domaines	Recommandations	Responsables de l'exécution	Deadline	Commentaires
1.	Recommandation 1 : Le projet doit déterminer le niveau d'atteinte des recommandations marquées « en cours de réalisation » et formuler	Responsables du PAI-MSP	Immédiat	

de la dernière SMCL du 6/3/2013	un nouveau délai pour ces dernières.		Faite
2. Rapport semestriel 2013	<p>Recommandation 2 : La SMCL a demandé au projet d'encourager et de faciliter le processus de supervision par le niveau central</p> <p>Recommandation 3 : La SMCL recommande l'accélération de la mise en œuvre du collaboratif CHR-CSME et d'orienter les efforts de l'équipe du PAI vers l'appui/conseil pour un meilleur fonctionnement des Districts Sanitaires, surtout ceux nouvellement créés.</p> <p>Recommandation 4 : La SMCL recommande aux cadres du MSP de participer à la conférence régionale sur le district sanitaire au Sénégal afin d'alimenter la réflexion sur la réforme du district sanitaire</p>	<p>Responsables du PAI-MSP</p> <p>Immédiat</p>	<p>La supervision se fait dans le cadre de la revue PAA 2013 (2 supervisions ont été réalisées en novembre et décembre). L'activité est prévue dans la planification en 2014</p> <p>En cours et l'activité a été ré planifiée en 2014</p>
	<p>Recommandation 5 : La SMCL a demandé au projet de finaliser et de mettre au point la stratégie de Référence et Contre Référence dans les meilleurs délais.</p>	<p>Responsables du PAI-MSP</p> <p>Fin 2013</p>	<p>4 personnes cadres du MSP et l'ATI ont participé</p>
	<p>Recommandation 6 : La SMCL recommande au projet, dans son rôle d'appui institutionnel au ministère, de faire des propositions pour rendre opérationnel et efficace les cadres de concertation à tous les niveaux en collaboration avec le chef de file des PTF du secteur santé</p>	<p>Responsables du PAI-MSP</p> <p>Immédiat</p>	<p>Processus en cours (en novembre des discussions ont eu lieu avec les cadres des RS pour finaliser le document de stratégie). La finalisation du document se poursuit en 2014</p> <p>Le PAI s'intègre dans le cadre existant de concertation MSP/PTF. Ce cadre se réunit régulièrement et est présidé souvent par le responsable du PAI en tant que SGA. Les cadres de concertation MSP/PTF et le CNTS et CNS sont appuyés et financés par le PAI</p> <p>Un audit organisationnel et technique</p>

				du MSP sera réalisé en 2014
Recommandation 7 : La SMCL demande de réaliser une proposition définitive sur les indicateurs du projet pour sa considération et approbation	Responsables du PAI-MSP	Fin 2013	Révision faite Voir document (incidences visées et marqueurs de progrès planification 2014-2015) Validation par le SMCL à prévoir	
Recommandation 8 : Pour améliorer l'impact du projet, une réflexion au sein du projet et pendant l'évaluation à mi-parcours doit se faire sur la pertinence, la méthodologie d'appui et la structure organisationnelle appropriée du projet	Responsables du PAI-MSP Consultants EMP	Octobre 2013	Voir recommandations de l'EMP et partager avec les membres du SMCL et action prise par le PAI	
Recommandation 9 : Il a été suggéré au Ministère de la Santé d'accélérer le processus de recrutement de l'ATN1 et d'en formuler une demande de non objection à la CTB	SG-MSP	Fin septembre 2013	Accepter la proposition du MSP de mettre à disposition par arrêté d'un ATN vu la durée restante du projet	
Recommandation 10 : La SMCL recommande au projet d'élargir la concurrence pour le lancement des marchés publics si la législation le permet. La SMCL recommande également une meilleure coordination et communication du projet avec ses partenaires pour diminuer les délais de réponse dans les marchés publics.	Responsables du PAI-MSP	Immédiat	faite	
Recommandation 11 : Le projet doit réaliser une réflexion avec le DS sur les besoins d'utilisation d'un logiciel SIG et les alternatives de logiciels existants, permettant de trouver une solution efficace, efficiente et pérenne	Responsables du PAI-MSP et la DS/MSP	Immédiat	faite	
Décision 1 : Sous réserve d'intégrer les amendements faits, le rapport semestriel 2013 du projet est validé par la SMCL		Clôturé	Le document a été revu et transmis	

3. La planification opérationnelle 2013	Recommandation 12. Le projet doit revoir la programmation financière à la baisse en tenant compte ce qu'il est réalisable d'ici fin d'année 2013	Responsables du PAI-MSP	Immédiat	Faite
	Recommandation 13 : Le Ministère tutelle doit accélérer la mise en place du comité intersectoriel pour la CUS afin de permettre le démarrage des préparatifs pour l'organisation de l'atelier international au mois de novembre 2013	SG/ MSP	Immédiat	Faite
	Recommandation 14 : Le projet doit adapter le règlement d'ordre intérieur du PARSS pour la réalisation d'une SMCL harmonisée pour le portefeuille Niger	Responsables du PAI-MSP et CP/CTB	Fin septembre 2013	Faite et approuvé
	Décision 2 : Sous réserve d'intégrer les amendements faits, la planification opérationnelle 2013 du PAI est validée par la SMCL			

4.3 Cadre logique mis à jour

Inclure le cadre logique mis à jour s'il a connu de profonds changements au cours des 12 derniers mois ou si le présent Rapport des résultats propose un nouveau cadre logique mis à jour. Par changements importants, il faut comprendre : des changements intervenus dans la formulation de résultats, de nouveaux indicateurs, des indicateurs adaptés ou supprimés.

Cadre Logique PAI (Cadre logique révisé – validé SMCL 11 12 2012)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AU MSP (PAI-MSP)			
L'Etat de santé des populations, en particulier celui des couches les plus vulnérables est amélioré			
Objectif Général	Indicateurs	Sources de vérification	Risques et Hypothèse
Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées	% de districts sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés	SNIS	
	Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés	SNIS	
Résultats	Indicateurs	Sources de vérification	Risques et Hypothèse
	Proportion des PTFs ayant signés le COMPACT et qui ont respecté leurs engagements		Retard important dans le recrutement d'un coresponsable Dysfonctionnement dans la coordination du projet
	Proportion de cadres de concertation fonctionnels à tous les niveaux (composite)		
	Proportion des CHR, MRR, HN et MIG évalués dans le cadre de l'accréditation et de la certification		
	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		
Proportion d'hôpitaux publics ayant adhéris au réseau qui utilise au moins 50% des outils retenus de façon consensuelle			
1- L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée	Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence		
2- La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central			

<p>3- La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place</p>	<p>Nombre de BP dans le système de santé qui ont été documentés</p>	
<p>4- Les initiatives du MSP visant le développement de la couverture universelle en santé sont soutenues et animés</p>	<p>Nombre ECD engagée dans une recherche –action au cours de l’année</p> <p>Disponibilité de textes (réglementaires et ou législatifs) pris par les autorités nationales sur la CMU</p> <p>Nombre de décideurs (Assemblée et Gouvernement) dont au moins 10% de femmes touchés par le plaidoyer</p>	

Activités	Indicateurs de résultats	Sources de vérification	Risques et Hypothèse
1-1 Renforcer les mécanismes de la coordination	Proportion de cadres de concertation fonctionnels aux deux niveaux (composite) Proportion de réunions de concertations MSP/PTF tenues selon le calendrier prévu (annuel)		
1-2 Améliorer le processus de planification et son suivi et renforcer l'intégration des programmes verticaux au niveau des structures existantes	Nombre d'ECR qui utilisent la GAR dans la planification et l'évaluation ; Existence d'une feuille de route pour la coordination et l'intégration des programmes verticaux de santé ; Liste des principaux obstacles et goulets d'étranglement en matière de dialogue communautaire sont identifiés Etat de mise à jour de la navette		
1-3 Appuyer la gestion des RH	Degré d'effectivité de la GEPEC centrée sur les CCD et les aides anesthésiste Disponibilité du plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations de l'audit des DRSP Disponibilité du cahier de charge individuel défini à chaque niveau du système Disponibilité du fichier harmonisée de la gestion du personnel entre MFP/MEF/MSP Disponibilité de la feuille de route pour la régionalisation des postes budgétaires Proportion du personnel de terrain ayant fait l'objet d'une évaluation annuelle Proportion de réformes ayant connu une mise en œuvre effective avec l'appui du Projet Un document d'appréciation des médecins installés en zone rurale est disponible - Le Plan stratégique du SNIS - Le Guide de suivi-Evaluation du SNIS		
1-4 Soutenir les réformes prioritaires retenues par le MSP dans le PDS 2011-2015	-Nombre d'agents formés en prise de vue et Publication Assisté par Ordinateur à l'IFITC pour l'amélioration de la qualité du journal « Echos Santé ». - Nombre d'agents formés à l'utilisation de l'intranet Proportions des agents formés qui maîtrisent l'intranet comme source d'information sur les données sanitaires Proportions des usagers du MSP qui sont satisfaits de l'accueil et de la communication par les secrétaires ; Proportion des nouveaux districts disposant d'un plan de couverture valide Nombre de manuels d'accréditation et de certification des structures des soins validés par le Niveau Central		
2-1 Appuyer l'organisation et la supervision du niveau central vers le niveau régional	Proportion de supervision ayant utilisé l'outil préconçu de suivi de mise en œuvre des solutions issues de l'identification des principaux problèmes		

	Taux réalisation de la supervision intégrée des 8 Régions par le Secrétaire Général	
2-2 Mettre en place des outils de références et contre références	Proportion d'outils de RCR disponibles conformes au document d'orientation	
	Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence	
2-3 Contribuer à la réforme hospitalière	Nombre d'hôpitaux ayant adhéré au réseau hospitalier	
	Disponibilité de la carte hospitalière au niveau des structures de santé	
3-1 Identifier et documenter les meilleures pratiques en santé	Nombre de BP documentées	
	Nombre de BP mises à l'échelle dans la gestion du système de santé	
3-2 Financer les projets de recherche action approuvés par le MSP	Proportion de protocoles de recherche financés avec l'appui du Projet	
	Proportion des recherches actions dont les résultats sont publiés ;	
3-3 Réviser le cadre législatif et réglementaire e matière de recherche en santé	Disponibilité du plan stratégique de recherche en santé	
	Proportion de protocoles de recherche conformes aux principes du nouveau cadre législatif et réglementaire	
4-1 Développer une politique de financement de la santé	Disponibilité du Document décrivant les stratégies de financement du SS au Niger	
	Proportion de structures ayant connaissance du document de stratégies de financement du secteur de la santé	
4-2. Elaborer un plan stratégique de l'assurance maladie universelle au Niger	Nombre de cadres des ministères clés impliqués dans le processus d'AM formés	
	Disponibilité du plan stratégique de l'Assurance Maladie	
4-3 Organiser deux séances de plaidoyers auprès des plus hautes instances étatiques pour la couverture maladies universelle (primature et Assemblée nationale)	Nombre de plaidoyers organisés en direction des autorités nationales	
	Nombre de textes législatifs et réglementaires régissant l'assurance maladie universelle pris par les autorités nationales.	
	Ressources	2 800 000 Euros

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Oui, décembre 2012 et validé en février 2013
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Néant
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Octobre 2013
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Prévu en 2015
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Novembre 2012 et novembre 2013

4.5 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

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
- Rapport de la formation des cadres du Ministère de la Santé Publique à la recherche-action, ESP/ULB
- Stratégie de financement de la santé au Niger 2012
- Campagne médiatique sur l'hygiène publique
- Etude anthropologique sur la disponibilité et productivité des médecins dans les CSI au Niger, mémoire de master
- Etude sur la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 kg dans les CRENI
- Rapport de synthèse du Forum national sur la protection social Niamey, les 12, 13,14 et 15 Novembre 2013
- Rapports des missions terrain MSP/PTF octobre et décembre 2013 (supervision)
- Note technique de la proposition d'architecture de la CUS, Synthèse des travaux de l'atelier de Sai Dore (23-25 novembre 2013)
- Document de la stratégie de la RCR
- Enquête – Inventaire sur le fonctionnement du système de référence dans les districts
- Plans stratégique du système national d'information sanitaire 2013-2022
- Etude sur les causes d'abandons de traitement de la tuberculose au CNAT
- Etude sur les goulots d'étranglement au dialogue avec la communauté dans la région de Dosso

- Rapport des Résultats de l'enquête de faisabilité concernant la mise en place d'une mutuelle de santé communale à Falmei (Région de Dosso).
- Rapport revue annuelle 2013
- Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare », 21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal (Communauté de Pratique Prestation de services de santé)

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

Budget Version: **D02**

Currency: **EUR**

Year to month : 31/12/2013

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2012	Expenses 2013	Total	Balance	% Exec
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: LES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES			1.683.000,00	184.964,08	414.813,01	599.777,09	1.083.222,91	36%
01 L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en			800.000,00	105.074,17	200.966,57	306.040,74	493.959,26	38%
01 Renforcer les mécanismes de coordination à tous les		COGES	45.000,00	29,96	12.365,04	12.395,00	32.605,00	28%
02 Améliorer le processus de planification et renforcer		COGES	515.000,00	83.076,71	87.117,52	170.194,23	344.805,77	33%
03 Contribuer à améliorer l'accès aux soins aux plus		COGES	0,00	0,00	335,39	335,39	-335,39	??
04 Renforcer la gestion des ressources humaines		COGES	90.000,00	16.962,45	21.463,42	38.425,87	51.574,13	43%
05 Soutenir les reformes prioritaires du MSP qui vont induire		COGES	150.000,00	5.005,05	79.685,20	84.690,25	65.309,75	56%
02 La qualité des soins est améliorée par un encadrement			340.000,00	10.990,53	29.713,53	40.704,06	299.295,94	12%
01 Appuyer la supervision du niveau central sur la régional		COGES	130.000,00	0,00	27.605,77	27.605,77	102.394,23	21%
02 Mettre en place des outils et mécanismes harmonisés de		COGES	150.000,00	10.990,53	2.107,76	13.098,29	136.901,71	9%
03 Contribuer à la réforme hospitalière		COGES	60.000,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0%
03 La capitalisation des acquis produits par le système est			193.000,00	0,00	89.009,22	89.009,22	103.990,78	46%
01 Identifier les Meilleures Pratiques		COGES	93.000,00	0,00	34.232,24	34.232,24	58.767,76	37%
02 Financer des projets de Recherche Action approuvés		COGES	70.000,00	0,00	23.131,87	23.131,87	46.868,13	33%
03 Elaborer le plan stratégique de recherche action		COGES	20.000,00	0,00	26.614,29	26.614,29	-6.614,29	133%
04 Reviser le cadre législatif et réglementaire en matière de		COGES	10.000,00	0,00	5.030,82	5.030,82	4.969,18	50%
04 Les initiatives visant la couverture universelle en santé			350.000,00	68.899,38	95.123,69	164.023,07	185.976,93	47%
01 Développer une politique du financement de la santé		COGES	200.000,00	2.371,95	86.794,80	89.166,75	110.833,25	45%
02 Elaborer un plan stratégique de couverture universelle		COGES	50.000,00	66.527,43	3,84	66.531,27	-16.531,27	133%
03 Organiser deux (2) plaidoyers auprès de la primature pour		COGES	100.000,00	0,00	8.325,05	8.325,05	91.674,95	8%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE			60.000,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0%
01 Réserve budgétaire			60.000,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0%
REGIE			877.000,00	311.306,39	167.502,38	478.808,77	398.191,23	55%
COGEST			1.923.000,00	255.573,89	454.313,60	709.887,49	1.213.112,51	37%
TOTAL			2.800.000,00	566.880,28	621.815,98	1.188.696,26	1.611.303,74	42%

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

Budget Version: **D02**

Currency: **EUR**

Year to month : 31/12/2013

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2012	Expenses 2013	Total	Balance	% Exec
01 Réserve budgétaire		COGES	60.000,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			1.057.000,00	381.916,20	207.002,97	588.919,17	468.080,83	56%
01 Frais de personnel			770.000,00	251.854,63	175.118,84	426.973,47	343.026,53	55%
01 Assistant Technique International		REGIE	600.000,00	191.495,68	130.593,06	322.088,74	277.911,26	54%
02 Responsable national - prime		REGIE	40.000,00	16.303,89	10.985,02	27.288,91	12.711,09	68%
03 Assistance Technique Nationale (2)		REGIE	80.000,00	28.453,88	13.598,70	42.052,58	37.947,42	53%
04 Comptable mi-temps		COGES	20.000,00	3.543,74	7.125,33	10.669,07	9.330,93	53%
05 Secrétaire mi-temps		COGES	10.000,00	3.364,73	2.971,02	6.335,75	3.664,25	63%
06 Chauffeurs (2)		COGES	20.000,00	8.692,71	9.845,71	18.538,42	1.461,58	93%
02 Investissements			96.000,00	94.273,37	2.266,92	96.540,29	-540,29	101%
01 Véhicules		COGES	17.000,00	19.234,49	0,00	19.234,49	-2.234,49	113%
02 Equipement bureau et IT		COGES	10.000,00	9.334,26	2.083,98	11.418,24	-1.418,24	114%
03 Aménagements du bureau		COGES	2.000,00	962,62	182,94	1.145,56	854,44	57%
04 Achat 2 véhicule 4X4		REGIE	67.000,00	64.742,00	0,00	64.742,00	2.258,00	97%
03 Frais de fonctionnement			156.000,00	35.049,52	23.294,29	58.343,81	97.656,19	37%
01 Frais de fonctionnement des véhicules		COGES	75.000,00	18.345,62	13.535,52	31.881,14	43.118,86	43%
02 Télécommunications		COGES	15.000,00	2.693,36	2.085,81	4.779,17	10.220,83	32%
03 Fournitures de bureau		COGES	8.000,00	3.876,44	1.551,08	5.427,52	2.572,48	68%
04 Missions à l'étranger		REGIE	30.000,00	2.574,94	2.214,09	4.789,03	25.210,97	16%
05 Missions à l'intérieur		REGIE	25.000,00	6.997,32	3.788,59	10.785,91	14.214,09	43%
06 Frais financiers		COGES	3.000,00	561,84	119,20	681,04	2.318,96	23%
04 Audit et Suivi et Evaluation			35.000,00	738,68	6.322,97	7.061,65	27.938,35	20%
REGIE			877.000,00	311.306,39	167.502,38	478.808,77	398.191,23	55%
COGEST			1.923.000,00	255.573,89	454.313,60	709.887,49	1.213.112,51	37%
TOTAL			2.800.000,00	566.880,28	621.815,98	1.188.696,26	1.611.303,74	42%

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

Budget Version: **D02**

Currency : **EUR**

Year to month : **31/12/2013**

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2012	Expenses 2013	Total	Balance	% Exec
01 Frais de suivi et évaluation CTB/MTR/évaluation finale		REGIE	25.000,00	738,68	6.322,97	7.061,65	17.938,35	28%
02 Audit		REGIE	10.000,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00	0%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,00	-0,05	-0,05	0,05	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,00	-0,05	-0,05	0,05	?%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?%

REGIE	877.000,00	311.306,39	167.502,38	478.808,77	398.191,23	55%
COGEST	1.923.000,00	255.573,89	454.313,60	709.887,49	1.213.112,51	37%
TOTAL	2.800.000,00	566.880,28	621.815,98	1.188.696,26	1.611.303,74	42%

