



Rapport Baseline

Programme d'Appui au Système de Santé
(PASS) au Niger

NER1606811

Table des matières

Acronymes	3
1. Fiche d'intervention	4
2. Introduction	6
2.1. Etapes de la Baseline	6
2.2. Points clé de la mise en œuvre.....	6
2.2.1. Sur la Révision du Cadre Logique du DTF du PASS	7
2.2.2. Sur les Appuis techniques externes.....	7
2.2.2.1. Appui Consultant Baseline, via l'accord-cadre d'Enabel	7
2.2.2.2. Appui du chargé du Backstopping, de EST-Enabel	8
2.2.3. Sur l'Etat des Lieux dans les districts de Gaya et Gothèye:.....	8
2.2.4. Sur l'ajout du Résultat 9 dans le cadre logique du PASS:.....	10
3. Cadre de monitoring final.....	11
3.1. Logique de l'intervention	11
3.1 La matrice de monitoring	13
3.2.1. Niveau de l'Impact.....	13
3.2.2. Niveau de l'Outcome.....	14
3.2.3. Niveau des Output.....	15
3.2.3.1. Output 1	15
3.2.3.2. Output 2	16
3.2.3.3. Output 3	17
3.2.3.4. Output 4	18
3.2.3.5. Output 5	19
3.2.3.6. Output 6	20
3.2.3.7. Output 7	21
3.2.3.8. Output 8	21
3.2 Plan de gestion des risques	23
3.4 Planification opérationnelle	26
3.5 Mécanismes de suivi.....	29
4. Annexes	32
4.1. Formulaire d'indicateurs.....	32
4.2. Liste des acteurs impliqués dans le processus Baseline.....	32
4.3. Bibliographie	32
4.4. Liste des études complémentaires (le cas échéant)	32

Acronymes

AMU	Assurance Maladie Universelle
AT	Assistant Technique
ATN ITC	Assistant Technique National en Digitalisation
ATN RA/Q	Assistant Technique National en Recherche-Action et Qualité
CL	Cadre Logique
CS	Convention Spécifique
CSI	Centre de Santé Intégrée
CUS	Couverture Universelle de Santé
DIES	Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre District
EDSN-MICS	Enquête Démographie et Santé Nationale
ENABEL	Agence belge de développement
ES	Economiste de la Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FS	Formation Sanitaire
HD	Hôpital de District
INS	Institut National de la Statistique
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
M&E	Monitoring et évaluation
MSP	Ministère de Santé Publique
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire Technique et Financier
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UADS	Unité d'appui au District Sanitaire (appuyés par le PASS)

1. Fiche d'intervention

Nom de l'intervention	Programme d'Appui au Système de santé - PASS Niger
Code de l'intervention	NER 16 068 11
Emplacement	NIGER. Zone d'intervention directe : district de Gaya(région de Dosso) • district de Gothèye (région de Tillabéri); • niveau central du MSP.
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique du Niger (MSP)
Date de démarrage de l'intervention	1er décembre 2017. Durée 48 mois ; Fin : 30 Novembre 2021.
Date de début et fin de la Convention spécifique	7 Septembre 2017 - 6 Septembre 2022
Groupes cibles	Les bénéficiaires directs sont les populations de 2 districts de Gothèye et Gaya. Le programme aura un impact indirect sur les populations nigériennes dans leur ensemble, de par ses activités au niveau central.
Impact¹	Objectif général de l'Intervention : « Améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la Couverture Universelle de Santé (CUS) »
Outcome	Objectif spécifique de l'Intervention : « Renforcer le système de santé du Niger à travers des actions basées sur les réformes en cours et les résultats de recherche action pour un meilleur accès aux soins de santé primaires de qualité à la population de deux districts ciblés »
Outputs	Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée
	Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés
	Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée.
	Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/AMU est développée
	Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées
	Résultat 6 : Le programme appuie le MSP dans le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures
	Résultat 7 : Le programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne

¹L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

	Résultat 8 : Le programme appuie les efforts du secrétariat générale ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP.
	Résultat 9 : La construction de l'hôpital de district de Damagaram Takaya est assurée, en continuité avec le PARSS.
Budget total de l'intervention	15, 27 M euros : La contribution Belge s'élève à 14 M EUR. La contribution du Niger est estimée à un montant de € 1,27 M.

2. Introduction

Le présent rapport Baseline² constitue le produit final d'un processus impliquant la mise en œuvre du plan de travail³ Baseline et faisant partie de l'ensemble du démarrage du Programme d'appui au Système de Santé (PASS).

Avant tout, l'objectif du travail de la Baseline est de doter le PASS d'un plan de monitoring clair. C'est pourquoi le rapport contient une matrice de monitoring opérationnel et une matrice de gestion des risques, qu'il faut voir comme les ancrages de départ pour le déploiement du programme. Ces matrices ne sont pas inamovibles, elles sont appelées à évoluer pour refléter les changements que le programme aura à expérimenter dans son cheminement. L'exercice de Baseline a aussi permis de renforcer l'appropriation de la logique d'intervention par l'équipe du programme et ses parties prenantes.

2.1. Etapes de la Baseline

Le processus Baseline aura compris, entre février et octobre 2018, différentes actions mises en œuvre par l'équipe du PASS, tantôt successivement, tantôt de façon concomitante, et qu'on peut schématiser en cinq étapes/composantes :

1. Révision du Cadre Logique du DTF du PASS, incluant :
 - a. Atelier 1 de Relecture du DTF (21-2 Mars 2018)
 - b. Atelier 2 de Révision du Cadre Logique (5-7 Juin 2018)
2. Appuis techniques externes, qui sont de deux ordres :
 - a. Appui Consultant Baseline, via l'accord-cadre d'Enabel siège ;
 - b. Appui de EST Enabel siège, par le chargé du backstopping, Dr Paul Bossyns.
3. Etat des Lieux : dans les districts de Gaya et Gothèye (juillet/août 2018), incluant :
 - a. Inventaire des équipements, personnels et infrastructures,
 - b. Analyse du fonctionnement des districts,
 - c. Etude « Analyse des capacités des acteurs de la Demande » dans les districts, qui a été lancée en août et reste à compléter au moment où nous écrivons ce rapport.
4. Elaboration du rapport baseline, (démarré dans le 2^{ème} moitié d'août 2018).
5. L'héritage du PARSS : Ajout d'un Résultat 9 au PASS (CoPil du 25/09/2018).

Il y a des points-clé à faire ressortir liés à ces étapes.

2.2. Points clé de la mise en œuvre

La mise en œuvre des composantes de la Baseline a été jalonnée de programmations, qui ont été

² Baseline est un mot venant de l'anglais et qui veut dire, littéralement, « ligne de base ». Adopté tel quel par le monde des projets et la coopération au développement, il est utilisé généralement, pour exprimer une situation ou une valeur de départ, qu'on souhaite voir changer avec les actions du projet.

³ Voir l'annexe 1 pour le plan de travail Baseline (y compris ses objectifs et son champ d'application).

adaptées au fur et mesure des changements survenus. Ce processus a été influencé de façon transversale, par le rythme de recrutement des assistants techniques nationaux (ATN). Les 4 premiers ATN, dont ceux basés à Gaya et Gothèye, sont entrés en fonction en mars 2018, ce qui explique que le processus Baseline ait démarré ses activités plus visibles à partir de ce moment-là.

Revoyons les points-clé dans la mise en œuvre de ses étapes/composantes :

2.2.1. Sur la Révision du Cadre Logique du DTF du PASS

Une fois la majorité de l'équipe constituée, nous avons commencé par mettre en commun nos réflexions dans un premier atelier de **Relecture du DTF** (21-23 Mars 2018) qui avait pour objectifs : a) Une compréhension commune du Programme PASS ; b) Analyser les principaux indicateurs du DTF ; c) Esquisser les étapes du planning de la Baseline ; et d) Ebaucher les premières règles de fonctionnement interne du PASS.

L'atelier a débouché sur une série de constats sur le DTF :

- Le PASS était conçu comme une intervention (projet) et en même temps comme un programme regroupant 3 projets : PARSS, PASS et IRC.
- La logique d'intervention, basée sur un Objectif Général du Programme dont le Résultat devient l'Objectif Spécifique de l'Intervention, qui lui-même est égrené en deux Objectifs Spécifiques Intermédiaires, chacun desquels comportait l'accomplissement de cinq et trois, soit huit, Résultats attendus, était jugée de façon générale, compliquée.
- La longue liste d'indicateurs que le DTF propose pour les différents objectifs et résultats de la logique d'intervention, n'a pas pu être complètement analysée lors de l'atelier.

Une série d'actions ont découlé de ces constats : un groupe d'indicateurs ont été redéfinis selon les normes du MSP, d'autres indicateurs ont été modifiés selon leur pertinence et un autre groupe d'indicateurs, ont été jugés non spécifiques (ceux des résultats 6, 7 et 8 n'étaient pas des indicateurs mais juste les activités principales prévues dans ces résultats). Il fallait les redéfinir ou en formuler des nouveaux.

Pour cela, l'équipe attendait l'appui d'un consultant international issu de l'accord-cadre Baseline d'Enabel. Quand, il a été évident que ledit consultant ne pourrait pas venir avant juillet 2018, nous avons décidé d'y travailler en interne organisant le second atelier de **Révision du Cadre Logique** (5-7 juin 2018), avec l'appui d'un consultant national.

L'atelier s'est concentré sur deux objectifs : a) revoir la formulation des Activités Principales du CL ; b) revoir en détail les indicateurs des 8 Résultats Attendus. Ce travail s'est traduit dans un rapport contenant une matrice avec tous les indicateurs (certains ayant été reformulés, supprimés ou ajoutés) avec ses modes de calcul et certaines des valeurs baseline revues et corrigées, et les sources de vérification et la périodicité de collecte, définies. A la fin de l'atelier, quelques indicateurs qualitatifs (R6-R8) sont restés à peine ébauchés et demandaient un travail ultérieur.

2.2.2. Sur les Appuis techniques externes

2.2.2.1. Appui Consultant Baseline, via l'accord-cadre d'Enabel

Trois interventions de Enabel au Niger dans leur phase de démarrage, le PRADEL (Programme d'Appui au Développement de l'Elevage), le PASS et IRC (Intervention de renforcement de

capacités), se sont mises d'accord pour mettre en commun l'appui baseline. Les premiers échanges et le draft des TdR pour cette consultance datent du début février 2018. Par la suite, faute de disponibilité de l'expertise externe, nous avons dû renoncer à une mission en deux temps et la consultance a été reconvertie en a) un appui à distance entre juin et septembre 2018 pour accompagner la mise en œuvre du Plan de Travail Baseline pour chaque intervention ; b) une mission au Niger (estimée en septembre) pour appuyer la finalisation du rapport Baseline.

Au moment de l'écriture de ce rapport (début octobre 2018) le PASS a bénéficié de :

- a) Appui technique à distance, sous forme d'échanges audio et par email avec la consultante, portant d'abord sur le plan de travail Baseline élaboré par le PASS et ensuite sur les ajustements à faire sur la matrice des risques, ainsi que sur les priorités de la mission sur le terrain.
- b) Une mission de terrain qui s'est déroulée du 17 au 21 septembre à Niamey. Après une journée en commun consacrée à une formation sur le système « More Résultats⁴ » et la théorie du changement, la consultante (Ingrid Plag) a partagé son temps entre les 3 interventions Enabel (PASS, PRADEL, IRC). Dans la journée et demie avec le PASS ont été abordés :
 - i. Les indicateurs de la matrice de performance. D'abord les indicateurs qualitatifs (R6-R8) ont été redéfinis et créé un composite (toile d'araignée) pour l'OS2. Ensuite, ont été revus les indicateurs des résultats R1-R5 en les liant mieux aux actions PASS.
 - ii. En travaux de groupe, des fiches ont été remplies pour différents indicateurs R1-R5, montrant la logique interne de cet exercice, à poursuivre et compléter par la suite.

L'atelier s'est bien déroulé et une feuille de route a été convenue pour finaliser la Baseline durant octobre 2018. Le partage prévu avec les partenaires reste à faire, après finalisation du rapport.

2.2.2.2. Appui l'Expert-Santé, d'Enabel

L'équipe du PASS a bénéficié de l'appui du Dr Paul Bossyns, Expert santé Enabel-EST via deux missions de Backstopping : une première en décembre 2017, juste au démarrage de l'intervention, et une deuxième en juin 2018. Durant ces missions des appuis techniques directement liées avec la Baseline ont été fournis par le chargé du backstopping.

Déjà durant la première mission, un premier échange avait eu lieu autour de la révision de la logique de l'intervention du programme et les indicateurs contenus dans le DTF du PASS.

Durant la deuxième mission de juin, avec l'équipe d'ATN déjà en poste, l'appui technique du Dr Bossyns a porté sur :

- La théorie du changement du PASS, comment arriver à mieux l'explicitier ;
- La révision des indicateurs qualitatifs du Résultat 6 au Résultat 8 ; A cette occasion, des indications sur comment les concevoir et finaliser, ont été partagées avec l'équipe.

2.2.3. Sur l'Etat des Lieux dans les districts de Gaya et Gothèye :

Une fois accomplie l'installation effective des ATN du PASS à Gaya et Gothèye au sein même des

⁴ C'est le document de référence à Enabel sur la conception du Suivi & évaluation dans ses interventions.

équipes cadres des districts (ECD), on a programmé différentes actions sous l'appellation « Etat des lieux » avec quatre objectifs :

- a) Disposer des informations et les valeurs baseline des indicateurs permettant de fixer la situation de départ dans les deux districts sanitaires (DS), avant l'intervention du PASS ;
- b) En vue de la mise en place du Financement Basé sur les Résultats (FBR), établir l'état de fonctionnalité de chacune des formations sanitaires (Centre de Santé Intégré +Hôpitaux de Districts) des deux districts.
- c) Etablir les besoins en matière d'infrastructures, équipements et personnel pour programmer les prochains appuis et acquisitions à mener par le PASS.
- d) Connaître les principaux acteurs communautaires et leur capacité à a) participer au FBR en tant que vérificateurs communautaires, et b) développer les acteurs de la Demande (...y compris les communes) en vue de l'avènement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU).

Pour cela, des actions ont été menées par l'équipe d'AT du PASS (ES, ATN RA/Q, ATN ITC, ATN Gaya et ATN Gothèye) avec la collaboration des partenaires nationaux :

1. Mission pour l'analyse du fonctionnement des formations sanitaires, en collaboration avec les ECD ;
2. Mission pour établir l'inventaire des équipements, personnels et infrastructures, avec la collaboration de la Direction des Infrastructures et les Equipements de Santé-DIES et d'une équipe d'enquêteurs préalablement formés ;
3. Lancement d'une Etude « Analyse des capacités des acteurs de la Demande » dans les districts, en août et reste à démarrer au moment où nous écrivons ce rapport.

Les actions sur le terrain se sont déroulées durant juillet et les rapports ont été élaborés en août 2018. Le résultat immédiat a été une meilleure connaissance mutuelle entre l'équipe PASS et les responsables des Formations Sanitaires (FS) et ECD des deux districts, et la disponibilité de :

- Un inventaire actualisé des équipements par centres de santé et HD (Gaya) ;
- Un rapport de fonctionnalité de chacun des CSI des deux districts, incluant leur situation en personnel et infrastructures et une priorisation des actions d'appui à mener
- Des valeurs baseline des indicateurs du cadre logique du PASS et devant être renseignés au niveau des districts de Gaya et Gothèye. Ce sont celles qui figurent plus loin.

A son terme, on devrait aussi disposer des résultats de l'étude sur les acteurs de la Demande.

La disponibilité de ces informations sur les deux districts sanitaires permettra d'enchaîner sur d'autres développements par le PASS, notamment :

- Continuer la mise en place du dispositif lié au FBR, notamment l'établissement des contrats de performances avec les FS avec une bonne connaissance de leur fonctionnalité, ainsi que compléter l'équipe des Unités d'Appui au Districts Sanitaires devant piloter le FBR.
- Élaborer les dossiers d'appel d'offres visant à l'acquisition d'une première liste d'équipements prioritaires permettant le démarrage du FBR. D'autres appuis en équipement et infrastructures seront envisagés par la suite.

- Développer les acteurs de la demande (associations communautaires et les communes).

2.2.4. Sur l'ajout du Résultat 9 dans le cadre logique du PASS:

Le PASS programme inclut trois interventions : PASS, PARSS et IRC. Le Projet d'Appui au Renforcement du Système de santé, PARSS, s'est vu durant sa dernière année, confronté à une situation critique qu'on peut résumer ainsi :

- Un budget qui, pour des raisons historiques, ne pouvait pas couvrir l'ensemble des actions prévues du projet, notamment une partie des équipements des 3 hôpitaux de district (HD) de Damagaram Takaya, Gaya et Gothèye.
- Une convention spécifique allant jusqu'au 2 juillet 2019, marquant la limite des possibilités de prolongement de l'exécution du projet, déjà prolongé une fois, de juin à décembre 2018.
- La relance au Q4 2018 de l'appel d'offre, suite à l'annulation du contrat précédent, pour continuer la construction de l'HD de Damagaram Takaya (Région de Zinder), lançait l'estimation d'achèvement au-delà de juin 2019, date de finalisation de la convention spécifique.

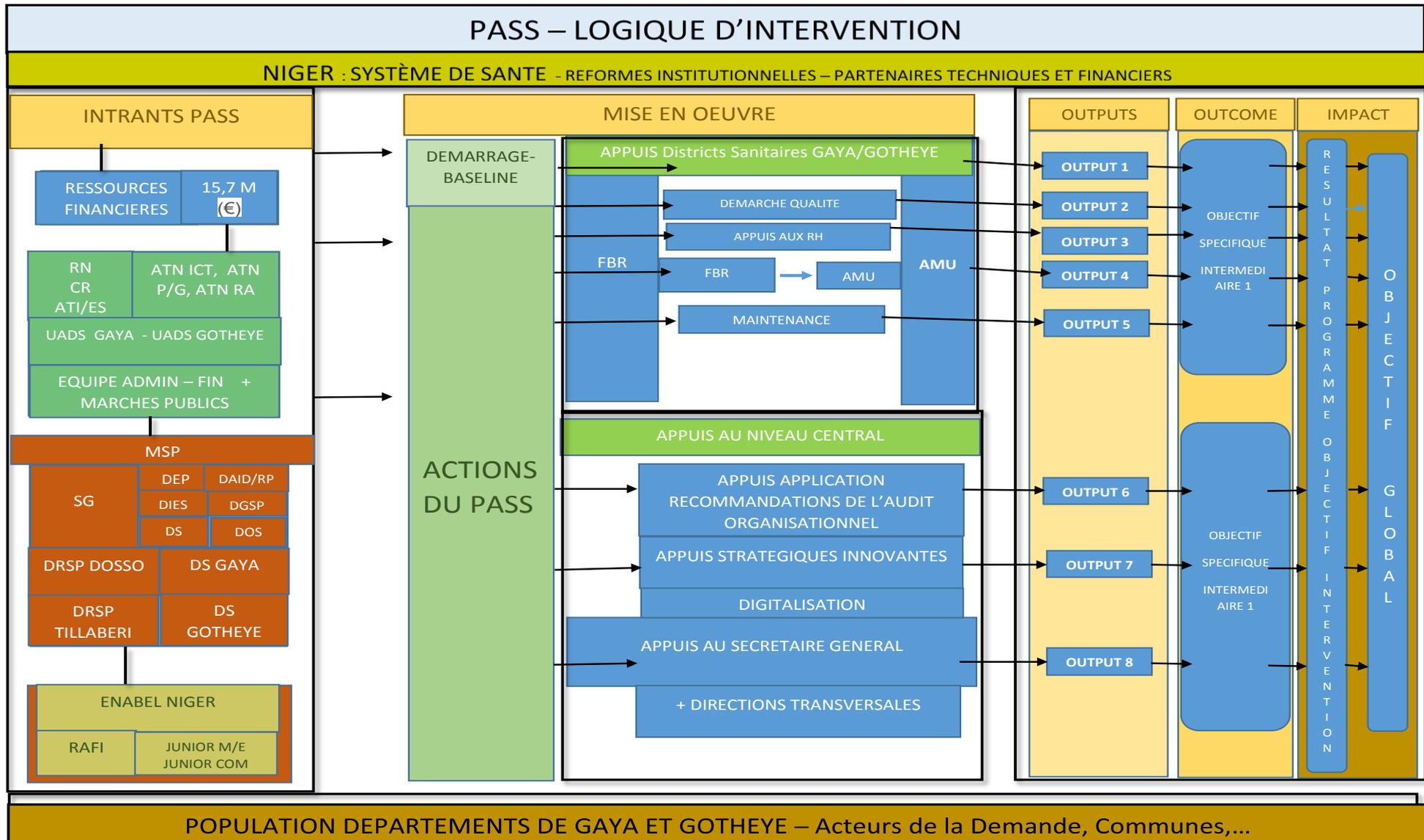
Un Comité de Pilotage (CoPil) extraordinaire conjoint PARSS/PASS a eu lieu le 25/09/18 qui, pour affronter cette situation, a pris les décisions suivantes :

- Prolonger la durée du PARSS jusqu'à la fin de la CS, soit le 30/06/2019, ce qui devra permettre d'achever les travaux et équipements des HD de Loga, Gaya et Gothèye.
- Autoriser le transfert du PARSS vers le PASS de(s) marché(s) relatif(s) à l'achèvement de la construction de Damagaram Takaya, pour un budget d'environ 1.150.000 € (travaux + contrôle) dont le PASS devra assumer la charge.

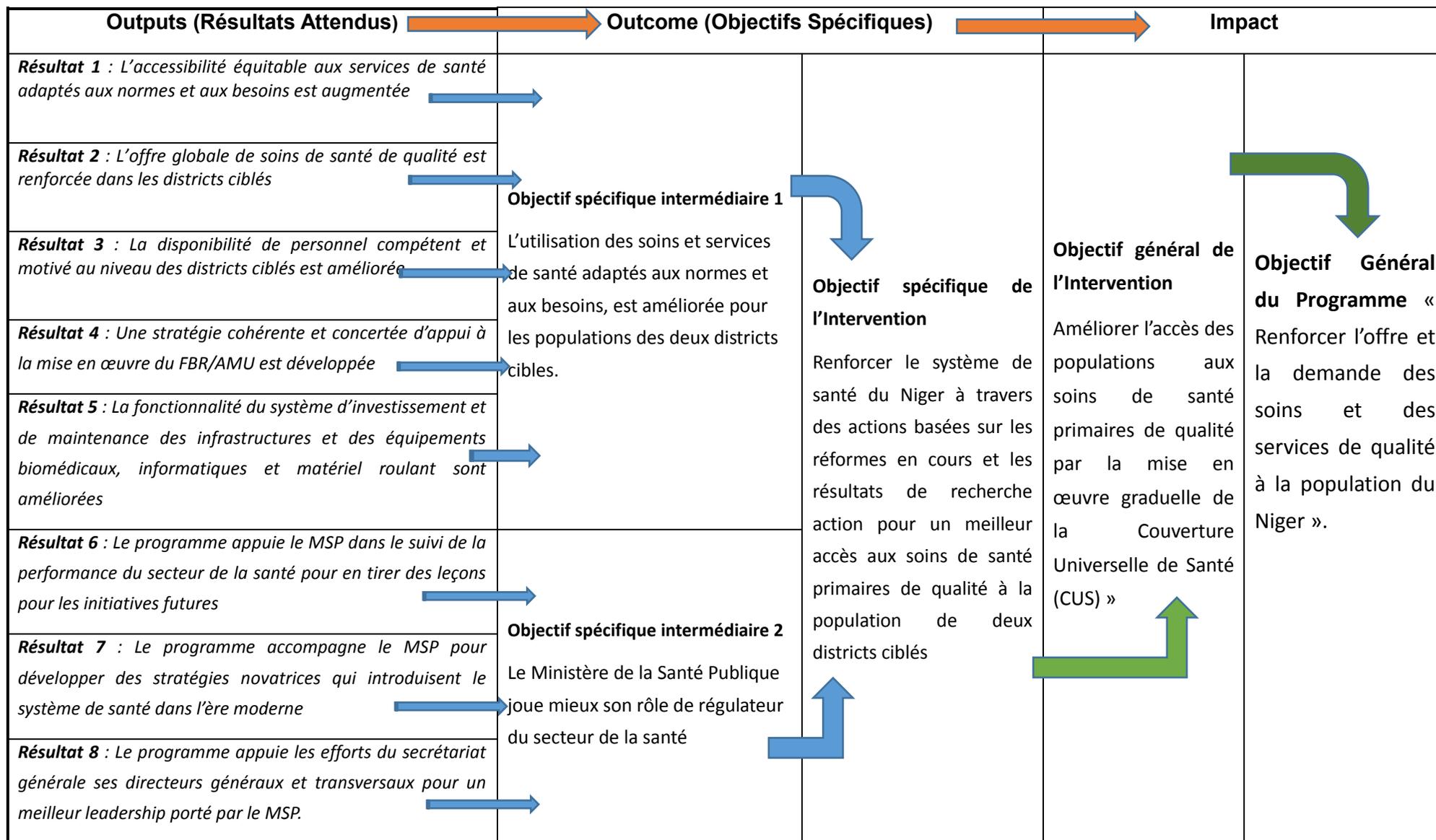
En conséquence, le PASS a présenté au CoPil du 31/10/18 un nouveau résultat 9 dans son Cadre Logique (CL), pour assumer Damagaram Takaya avec les modifications budgétaires nécessaires, soit retrancher 1.150.000 € de ses autres lignes budgétaires.

3. Cadre de monitoring final

3.1. Logique de l'intervention



Le schéma plus haut exprimer la séquence logique justifiant la mise en place du PASS. Celle-ci vise l'atteinte en cascade d'une série d'effets et résultats attendus, exprimés dans le tableau ci bas.



3.1 La matrice de monitoring

Le présent chapitre décrit, par niveau, la manière dont le PASS compte assurer le monitoring de ses résultats,⁵ qui se veut réaliste et opérationnelle⁶.

3.2.1. Niveau de l'Impact

Au niveau de l'impact (objectif général) on retrouve la conception duale du PASS, à la fois un programme et une intervention.

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Unité de mesure	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
IMPACT PROGRAMME: Renforcer l'offre et la demande des soins et des services de qualité à la population du Niger								
Taux de mortalité maternelle	520	376	455.34	Final	Sur 100 000 nais. vivantes	EDSN	INS	PASS-ATN RA
Taux de mortalité infanto-juvénile	126	95%	87.37%	Final	Sur 1 000 enfants de 0 à	EDSN	INS	PASS-ATN RA
Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés)	52	95%	72%	Final	% des enfants 12-23 mois	EDSN/ enquête de Couverture Vaccinale	ECD	PASS-ATN RA
Taux d'utilisation des soins curatifs	54	75	62.95%	Final	Nouveau consultant/hab	SNIS	ECD	ATN SP FBR

Description succincte :

Le programme vise à contribuer à la mise en œuvre du PDS 2017-2021 du Ministère de la Santé Publique. A ce niveau, on trouve des indicateurs pays sur lesquels le PASS n'aura que peu d'influence. Les deux premiers, le taux de mortalité maternelle et de mortalité infanto-juvénile, ne seront collectés que par enquête générale de population (EDSN-MICS). Les deux suivants, taux de couverture des enfants de moins d'un an complètement vacciné et du taux d'utilisation des soins curatifs, sont fournis par le SNIS régulièrement. La qualité et fiabilité des données seront celles fournies par ces deux sources, à priori fiables.

Résultats /Indicateurs	#	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Mesures de début -	Unité de mesure	Fréquence de rapportage	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
IMPACT INTERVENTION: Améliorer l'accès des populations des districts de Gaya et Gotheye aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la Couverture Unive											
Pourcentage de la population qui adhère au régime d'Assurance Maladie Universelle dans les districts de Gaya et Gotheye	OG.1	Gaya: 0 Gothèye: 0	30% de la population de Gaya et de Gothèye		Annuel	2018-2021	% de population adhérent /population totale	Annuel	Rapport PASS (CUS)	ATN SP FBR	ES
Taux de couverture sanitaire dans les deux districts ciblés	OG.2	Gaya: 58,09% Gothèye: 55,51%	Gaya: 66,33% Gothèye: 60%	Gaya: 60,91% Gothèye: 56,23%	Annuel	2018-2021	% de population couverte	Annuel	SNIS	ECD	ATN SP FBR
Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés) dans les districts de Gaya et Gotheye	OG.3	Gaya: 41% Gothèye: 41%	Gaya: 70% Gothèye: 95%	Gaya: ND Gothèye: 72%	Annuel	2018-2021	% d'enfants comp. Vaccinés/enfants estimés	Annuel	Enquête	Enquête de couverture vaccinal	ATN SP FBR
Taux d'utilisation des soins curatifs dans les districts de Gaya et Gotheye	OG.4	Gaya: 37,69% Gothèye: 39,03%	Gaya: 75% Gothèye: 75%	Gaya: 45,95% Gothèye: 62,95%	Annuel	2018-2021	consultations curatives/population totale	Annuel	SNIS	ECD	ATN SP FBR
Pourcentage d'indigents qui bénéficient des subventions des soins de santé dans les districts de Gaya et Gotheye	OG.5	Gaya: 0 Gothèye: 0		population d'indigents estimée	Annuel	2018-2021	%	Annuel	PASS	ATN SP FBR	ES

⁵Comme conseillé, les différents indicateurs seront détaillés dans des "formulaire d'indicateurs" (voir l'annexe 4.2). Nous démarrerons cette démarche avec les indicateurs complexes.

⁶ Que l'indicateur soit d'ordre qualitatif ou quantitatif, il convient toujours de compléter au maximum la matrice de monitoring.

Description succincte :

L'intervention vise à avoir un impact dans la mise en œuvre des préalables de la Couverture Universelle de Santé, dans ses trois dimensions notamment en améliorant l'accès financier, la profondeur des paquets de soins délivrés et la proportion de la population couverte, dimensions qui sont visées par les cinq indicateurs. Le PASS travaille sur 2 districts parmi les 76 que compte le Niger, en conséquence son impact ne peut être significatif quantitativement pour l'ensemble du pays.

L'effet recherché se situe dans la valeur d'exemple en étant capable de montrer comment mettre en place un FBR en transition vers une assurance maladie universelle de façon totalement opérationnelle, en affrontant toutes les difficultés liées au contexte particulier de ces deux districts dans le Niger actuel. C'est pourquoi, les cinq indicateurs vont exprimer les changements dans le territoire d'action du PASS, les deux districts de Gaya et Gothèye.

Le premier indicateur sur la population qui adhère au régime d'assurance maladie universelle sera lié directement à la mise en place de l'AMU localement. Même chose pour le taux de couverture sanitaire, couverture vaccinale et utilisation des services curatifs. L'indicateur « indigents qui bénéficient de subventions » veut exprimer des améliorations dans l'accès aux soins pour la frange la plus démunie de la population. Cependant, à ce stade (baseline) il n'y a pas une définition ni un statut clair pour la notion « indigent » au Niger. Pour cet indicateur, inspiré de l'expérience du FBR de Boboye, nous allons répertorier les patients indigents lors de leur venue aux FSFS dans une liste croisée avec les services sociaux de la Commune et/ou l'hôpital de district.

3.2.2. Niveau de l'Outcome

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Unité de mesure	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTCOME: Renforcer le système de santé du Niger à travers des actions basées sur les réformes en cours et les résultats de recherche action pour un meilleur accès aux soins de santé primaires de qualité à la population								
O.1 Nombre de stratégies nationales (<i>reformes</i>) du PDS appuyées par le PASS ayant eu des résultats (évidences)	0	AD	N/A	Annuel	Nombre	PASS	ATN P/G	PASS
OUTCOME 1: L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des districts de Gaya et Gothèye								
OS1.1. Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya: 36,97% Gothèye: 33,26%	Gaya: 60% Gothèye: 60%	Gaya: 45% Gothèye:51%	Annuel	%	SNIS	Personnel CSI	ECD
OS1.2. Taux de césariennes dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya: 1,34% Gothèye:NA	Gaya: 5% Gothèye: 5%	Gaya: 2% Gothèye: 2%	Annuel	%	SNIS	Responsable HD	ECD
OUTCOME 2 : Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé								
OS2.1 La capacité du MSP de jouer son rôle de régulateur est développé	n/a	AD	N/A	Annuel	score	Rapport PASS	ATN P/G	ATN P/G

L'Outcome (Objectif Spécifique) exprime le double ancrage de l'intervention : dans deux districts sanitaires et au sein du Ministère. Dans les districts sanitaires, l'intervention mettra en œuvre plusieurs stratégies existantes et réformes en cours pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé de qualité et mènera des initiatives de recherche action qui alimenteront la mise en œuvre des réformes du MSP. Entre autres, la digitalisation, la démarche qualité, le financement à travers le FBR/AMU et la maintenance. L'indicateur de

l'Outcome, *nombre de réformes du PDS...* a été rendu plus spécifique en faisant le lien avec le PASS, qui appui une quinzaine de réformes en cours. La mesure de son évolution est décrite dans la fiche de l'indicateur, en annexes.

L'Outcome 1 (Objectif spécifique intermédiaire 1) se concentre sur la qualité et l'accessibilité des soins dans les 2 districts cibles. Avec la mise en œuvre d'un financement basé sur les résultats, l'intervention vise à rendre les formations sanitaires plus autonomes dans leur gestion et plus viables. Le FBR est compris comme un premier pas vers la création d'une Assurance Maladie Universelle. Les deux indicateurs (accouchements assistés et césariennes) traduit l'amélioration de la qualité et sa collecte n'offre pas de problèmes puisque cela se fait par le système de routine.

L'Outcome 2 (Objectif spécifique intermédiaire 2) vise le renforcement du MSP dans son rôle de régulateur du système. Il s'agit d'aider le Ministère à concevoir l'extension des stratégies novatrices (FBR/AMU, maladies non transmissibles, la maintenance, la digitalisation) sur base des leçons apprises des expériences du terrain.

L'indicateur de l'O2 « La capacité du Ministère de jouer son rôle de régulateur est développée. » est nouveau par rapport au deux proposés dans le DTF « *Nombre de stratégies novatrices adoptées par un document officiel et partagées avec les PTF - Nombre de goulots d'étranglement identifiés lors de l'audit organisationnel du MSP qui ont été résolus* ». Fruit du travail lors de l'atelier Baseline de septembre, il s'agit d'un indicateur qualitatif composite (voir sa fiche) qui synthétise les avancées dans cinq domaines : 4 issus de l'audit du MSP (gouvernance, financement, ressources humaines, SNIS & communication), et un (stratégies novatrices) propre au PASS. Il sera exprimé graphiquement en « toile d'araignée ».

3.2.3. Niveau des Output

3.2.3.1. Output 1

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Unité de mesure	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins dans les districts de Gaya et Gotheye, est augmentée								
R1.1. Taux de couverture des enfants de moins d'un an complètement vaccinés dans les districts de Gaya et Gotheye	Gaya: 46,37% Gothèye:	Gaya: 70% Gothèye:	Gaya: 50% Gothèye:	Mensuel	%	Registre de vaccination	Personnel CSI	ECD
R1.2 Taux d'utilisation CPN 4 dans les districts de Gaya et Gotheye	Gaya: 38,12% Gothèye: 40,84%	Gaya: 60% Gothèye: 60%	Gaya: 40% Gothèye: 38%	Mensuel	%	Fiche CPNR	Personnel CSI	ECD
R1.3 Proportion des populations couvertes par les sorties avancées (foraines et mobiles) dans les districts de Gaya et Gotheye	Gaya: 87,77% Gothèye: 52,49%	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Gaya: 90% Gothèye: 60%	Annuel	%	Registre foraines et mobiles	Personnel CSI	ECD
R1.4 Pourcentage des CSI/HD, dans les districts de Gaya et Gotheye, qui utilise la nouvelle carte sanitaire pour leur planification	Gaya: 0 Gothèye: 0	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Gaya: 0% Gothèye:0%	Trimestriel	%	Rapport de supervision	ATN SP FBR	ATN ICT

Moins d'Indicateurs que dans le DTF ; Dans le DTF l'output 1 comptait huit (8) indicateurs sortis du guide de suivi-évaluation du PDS 2017-2021 qui, suite aux travaux de la Baseline, ont été réduits à quatre. L'indicateur « *taux d'utilisation des services curatifs* » a été éliminé

car il se trouve déjà dans l'impact de l'intervention, les deux indicateurs sur la vaccination ont été unifiés en un. Les 4 IOV résument bien les améliorations visées en accessibilité équitable aux services de santé des deux districts.

Remarques sur la Baseline : Les états des lieux organisés dans les deux districts ont permis de disposer de données 2017 pour la Baseline. Ces indicateurs sont régulièrement collectés et rapportés par le SNIS/DHIS2 ce qui permet d'éviter le risque relatif au rapportage multiple et de transmission.

3.2.3.2. Output 2

Résultats /Indicateurs	#	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Mesures de début -	Unité de mesure	Fréquence de rapportage	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les deux districts ciblés (2e dimension CUS)											
R2.1 Le degré de la gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient, consultations) dans les districts de Gothèye et Gaya		L'utilisation d'outils informatiques pour la gestion dans les DS est très faible	Outils informatiques pour la gestion des ressources et le suivi des patients sont fonctionnels	Identification des besoins + acquisition d'une partie de l'équipement	annuel		Nombre	Semestriel	PASS	ATN SP FBR	ATN ICT
R2.2 Pourcentage des CSI/HD, dans les districts de Gaya et Gotheye, qui appliquent l'approche intégrée d'assurance qualité		Gaya: 0 Gothèye: 0	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Gaya: 0% Gothèye:0%	annuel	2018-2021	%	Annuel	PASS	PASS	ATN RA Q
R2.3 Nombre de patients, dans les districts de Gaya et Gotheye, vus en consultation curative par les spécialistes (ORL, santé mentale, ophtalmo et dentiste)		Gaya ORL: 201 SM:72 Gothèye: 0	Gaya: ORL 535 SM 233 Gothèye: AD par le HD quand fonctionnel	Gaya: ORL 353, SM 120 Gothèye: NA	Annuel	2018-2021	Nbre	Annuel	Registre de consultations des spécialistes	Personnel HD	ECD
R2.4 Taux de rupture de médicaments essentiels du panier par niveau (CSI/HD, pharmacie de district) dans les districts de Gaya et Gotheye		Gothèye: 8,79% Gaya: 12,23%	Gaya: 0% Gothèye: 0%	Gaya: 6% Gothèye: 1,2%	Annuel	2018-2021	%	Annuel	Annuaire statistique Rapport SNIS	Personnel CSI/HD	ECD

Initialement au nombre de cinq (5) dans le DTF (4 du SNIS et 1 lié au FBR), la Baseline a décidé de conserver l'IOV sur les ruptures de médicaments et créer trois autres qui soient liés aux activités du PASS (voir les fiches) : « *le Degré de la gestion informatisée dans les DS...* », est un IOV composite calculé sur le nombre de structures dotées d'un système de gestion informatisée fonctionnel par domaines⁷, comme expliqué dans la fiche de cet indicateur en annexes.

le « *% de CSI/HD qui appliquent l'approche intégrée d'assurance qualité* » montrera la pénétration de cette stratégie innovante. Le « *Nombre de patients vus en consultation curative par les spécialistes ...* » montrera l'évolution des soins spécialisés dans les HD appuyés. A noter que pour 2018 il y a bien une cible pour Gaya...et pas pour Gothèye car l'hôpital n'est pas encore fonctionnel et on a besoin que l'HD mette en place ces soins pour estimer un nombre de patients à atteindre.

Il y a des données de base pour tous les indicateurs de l'output 2 sauf pour celui exprimant la gestion informatisée, activité introduite par le PASS. Le rapportage de ces indicateurs sera placé sous la responsabilité de l'ECD assistée par l'UADS du PASS.

⁷ On ne sait pas encore combien d'outils au final. On sait qu'on va mettre en place un dossier du patient, GMAO maintenance, gestion des ressources à l'HD et les CSI, ...En fonction de la mission du siège accord cadre digitalisation prévue en janvier 2019

3.2.3.3. Output 3

Résultats /Indicateurs	#	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Mesures de début -	Unité de mesure	Fréquence de rapportage	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 3 : La disponibilité de personnel compétent au niveau des districts de Gaya et Gothèye est améliorée											
R3.1 Pourcentage des postes du système de santé dont la fiche de poste a été testée, dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP de Tillabéri et Dosso		Gaya: 0 Gothèye: 0 DSRP Dosso: 0 DSRP Tillabéri: 0	AD		Annuel		%	Semestriel	PASS	ATN SP FBR	ATN P/G
R3.2 Pourcentage de personnel dans les districts de Gaya et Gothèye et de la DRSP évalué sur la base de leur fiche de poste		Gaya: 0 Gothèye: 0 DSRP Dosso: 0 DSRP Tillabéri: 0	AD		Annuel	2018-2021	%	Semestriel	PASS	ATN SP FBR	ATN P/G
R3.3 Proportion d'agents de santé (a) des districts de Gaya et Gothèye et (b) des DRSP de Tillabéri et Dosso formés par le PASS		Gaya: 0 Gothèye: 0 DSRP Dosso: 0 DSRP Tillabéri: 0	AD		Annuel		%	Semestriel	PASS	ATN SP FBR	ATN P/G
R3.4 Rapport entre la disponibilité (%) de personnel selon les normes par FS, et le nombre total de formations sanitaires (CSI et HD)		Gaya: ND Gothèye: ND	Gaya et Gothèye: 85 % de FS avec un personnel / normes supérieur à 60%	Gaya: 0% Gothèye: 70%	Annuel	2018-2021	%	Annuel	Annuaire statistique Rapport SNIS	Personnel CSI	ECD
R3.5 Degré de complétude et promptitude des donnée transmises au niveau supérieur sur le personnel des DS de Gaya et Gothèye et des DRSP de Tillabéri et Dosso		DND	AD		Trimestriel		Nombre	Semestriel	ECD+ DRSP+ DRH		ATN Gaya x Région Dosso ATN Gothèye x région Tillabéri

L'output 3 compte cinq indicateurs sur les quatre du DTF. A été ajoutée le R.3.1. au R3.2. originel qui montre si les fiches de poste permettant l'évaluation du personnel, ont été testées aux différents niveaux. Une fois les fiches en place, on l'utilise comme outil pour l'évaluation périodique des agents. Le R3.3. « Proportion d'agents de santé formés par le PASS » a été créé pour apprécier le renforcement des capacités du personnel. Le R3.4. exprime l'évolution de la disponibilité de l'ensemble du personnel des CSI/HD en rapport aux normes. Il faut préciser que cet indicateur se trouve en dehors du contrôle de l'intervention (le PASS n'intervient pas dans le recrutement du personnel) sauf si on le considère comme une mesure indirecte des effets du FBR qui augmente la capacité des FS à recruter.

Le R.3.5. est un indicateur qui permet de constater et suivre si les appuis fournis par le PASS pour améliorer la gestion du personnel dans les districts et les DRSP, ont un effet sur la remontée des informations RH.Voir la fiche.

Les risques liés à la qualité des indicateurs : La collecte des données relatives aux indicateurs de l'output 3 se fera à travers les rapports annuels du programme, qui seront renseignés sur base des données collectées par l'UADS de Gaya et Gothèye. L'indicateur R3.4. « *CSI disposant de personnel selon les normes* » sera rapporté sur base des données fournies par le SNIS.

3.2.3.4. Output 4

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR vers l'AMU (assurance maladie universelle) est développée (1e dimension CUS)							
R4.1 Degré de fonctionnalité du FBR dans les districts de Gaya et Gotheye	Gaya: 0 Gothèye: 0	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Gaya: 66,6% (4/6) Gothèye: 66,6% (4/6)	Trimestriel	Rapport Evaluation Qualité	ATN SP FBR	ATN RA/Q & ES
R4.2 Proportion des organisations communautaires participant dans la plateforme des utilisateurs (formées/non formées)	Gaya: 0 Gothèye: 0	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Ga-Go: toutes les Org. Com. sont identifiées.	Annuel	Rapport PASS	ATN SP FBR	ATN RA/Q & ES
R4.3 Indice moyen de qualité du FBR des structures contractantes	Gaya: DND Gothèye: DND	Gaya: 95% Gothèye: 95%	Ga-Go: l'indice est complété avec toutes ses composantes	Trimestriel	Rapport Evaluation Qualité	ATN SP FBR	ATN RA/Q & ES
R4.4 Degré de mise en œuvre des activités planifiées pour le développement de l'AMU	Gaya: DND Gothèye: DND	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Pas d'activités AMU planifiées	Annuel	Rapport PASS	ATN SP FBR	ATN RA/Q & ES

Dans le DTF figurent 4 indicateurs pour le R4. Deux liés au FBR : « *L'indice de qualité du FBR augmente (HD, CSI) et le % de CSI bénéficiaires du FBR avec un indice de qualité > 80 %* », Suite au travail de baseline, les changements suivants ont été introduits : il y a maintenant deux nouveaux indicateurs sur le FBR : le R4.1. (*degré de fonctionnalité...*) permet de suivre la mise en place du dispositif FBR entre 2018 et 2019. L'autre (*indice moyen de qualité du FBR des structures contractantes*), sans doute un des plus importants indicateurs du PASS, équivaut aux deux IOV/FBR du DTF et montre la progression dans l'amélioration de la qualité des FS appuyés par le FBR. Cet indicateur montrera la moyenne des scores FBR obtenus par les FS de chaque district, trimestriellement.

Concernant les deux indicateurs sur l'AMU du DTF : « *% de la population qui adhère au régime d'assurance maladie universelle, et % de communes disposant d'un mécanisme de mutualisation* », le premier a été éliminé car il se trouve déjà dans l'Impact de l'intervention (OG1). Le deuxième a été éliminé aussi puisqu'à Gothèye, par exemple, il n'y a que deux communes et l'indicateur n'allait pas varier beaucoup. Ils ont été remplacés par un nouvel indicateur R4.4. exprimant *l'évolution dans l'implantation de l'AMU, telle que planifiée par le PASS*.

A été introduit un nouvel indicateur R4.2. pour exprimer la *mobilisation des organisations de la Demande autour d'une plateforme des utilisateurs des soins de santé*, sensée participer déjà dans le FBR, et être à l'origine de la constitution de l'AMU dans chaque district appuyé.

Toutes les valeurs Baseline sont au point zéro puisque ces indicateurs sont liés à des actions innovantes introduites par l'intervention. Il faut donc mesurer comment le FBR est rendu opérationnel et ses résultats dans les deux districts cibles et ensuite comment se fait le passage.

3.2.3.5. Output 5

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système de MAINTENANCE et d'investissement des équipements et des infrastructures sont améliorées							
R5.1 Pourcentage des CSI/HDs dans les districts de Gaya et Gotheye possédant et utilisant un Plan de Maintenance Préventive pour la gestion des équipements et appareils	Gaya: 0 Gothèye: 0	Gaya: 100% Gothèye: 100%	ingénieur biomédical recruté et en activité	Annuel	PASS	OPM	Ingénieur Biomed.
R.5.2 Taux de bon fonctionnement des appareils dans les CSI/HD dans les districts de Gaya et	Gaya: DND Gothèye: DND	Gaya: 90% Gothèye: 90%	etat de lieux baseline réalisé	Annuel	PASS	OPM	Ingénieur Biomed.
R5.3 Pourcentage des CSI/HD dans les districts de Gaya et Gotheye disposant des matériels et équipements médicaux essentiels		Gaya: 100% Gothèye: 100%	Appel d'offre lancé pour l'acquisition du matériel essentiel	Annuel	PASS	OPM	Ingénieur Biomed.

Le DTF décrivait 5 indicateurs pour le R5 : % des structures respectant au moins 80% des normes de maintenance par niveau (HD, CSI), Taux de réalisation des tâches de maintenance planifiées, % de postes de GMAO⁸ fonctionnel, Proportion des contrôles de maintenance préventive, Durée du délai d'intervention en maintenance curative. La baseline et surtout la mission d'état des lieux ont montré qu'à part les indicateurs liés à la maintenance il était nécessaire d'en inclure aussi pour mesurer l'état d'équipement des formations sanitaires, tant les lacunes constatées à ce niveau étaient grandes. Des lors, les IOV du R5 ont été simplifiés passant de 5 à 3 nouveaux mieux adaptés à la situation de départ. Un pour mesurer le *niveau de maintenance* (5.1.), un autre pour mesurer *la situation de disponibilité d'équipement et leur taux de fonctionnement*.

A noter que lorsqu'un ingénieur biomédical sera recruté par le PASS, il pourra mieux redéfinir les indicateurs relatifs à l'output 5 sur la maintenance, quitte à revenir si pertinents, sur ceux définis dans le DTF. Une fois en place à Dosso, il devra démarrer un processus d'évaluation périodique de la fonctionnalité des équipements dans les CSI et surtout les HD. La notion « bon fonctionnement » sera précisée pour chaque type d'appareil à ce moment-là. Cela donnera une moyenne exprimée en pourcentage des appareils considérés comme fonctionnels sur le total existant. La notion équipement essentiel a été créée par le PASS après l'état des lieux : le constat a été tellement désastreux que pour acquérir l'équipement pour les CSI (objet du DAO en cours) on ne pouvait pas prendre les besoins en termes d'écart par rapport aux normes du MSP (DIES) car on explosait le budget. On a décidé, en accord avec les ECD, de lister les « équipements essentiels » permettant de fonctionner correctement un CSI par rapport aux tâches médicales fondamentales, et ce sont ceux là qui vont faire

La mesure des 3 IOV se placera sous le leadership de l'ingénieur biomédical mandaté par la DRSP Dosso et Tillabéri avec l'appui des UADS et des ECD de Gaya et Gothèye. Pour cela une première tournée exhaustive de tous les CSI sera nécessaire, au cours de laquelle seront mesurés les IOV du R5. Les formations des chef de CSI et l'équipe de l'HD/ECD à la maintenance, incluront la programmation pour mesurer les valeurs des indicateurs du R5, les

⁸ Sigles de logiciel standard pour la gestion de la maintenance des équipements

actuels et les futurs proposés par l'ingénieur Biomédical du PASS, y compris l'ajustement des valeurs Baseline.

L'objet d'acquisition par le PASS...et l'indicateur cible ceux-là de façon très « réaliste » par rapport à leur situation.

3.2.3.6. Output 6

Résultats /Indicateurs		Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Valeur cible année 1 2018	Fréquence collecte de données	mesures de début - fin	Unité de mesure	Fréquence de rapportage	Source de Vérification	Responsable collecte de données	Responsable de la consolidation
OUTPUT 6 : L'intervention appuie le MSP dans le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures											
R6.1. Pourcentage de PAA appuyés par le PASS ayant connu des améliorations	R6.1	0% = Planification ascendante irrégulière	100%	PAAs identifiés	Annuel	2018-2021	le nombre de plans d'actions annuels appuyés par le PASS	Semestriel	PASS	ATN P/G	ATN P/G
R6.2. Nombre de personnes formés par le PASS sur la Recherche-Action et dans la capitalisation des expériences	R6.2	0	AD	30	Annuel	2018-2021	Nombre de personnes formées	Semestriel	PASS	ATN RA/Q	ATN RA/Q
R6. 3.Pourcentage d'établissements privés contrôlés ou inspectés par l'IGS/DOS dans les deux régions avec l'appui du PASS	R6.3	0%	80%	0%	Semestriel	2018-2021	% d'établissements inspectés sur le total existant		PASS	ATN P/G	ATN P/G

Tout d'abord il faut noter qu'autant les output 1-5 sont formulés dans le DTF comme des vrais résultats, autant les output 6-8 sont formulés comme des activités. Dans le DTF il n'y a pas d'indicateurs pour les R6-R8 (on a inscrit l'activité principale à la place) en indiquant que ces outputs seront mesurés selon un journal d'incidences à définir lors de l'exécution. La Baseline s'est attaquée à cette question et le travail a donné lieu à la formulation de vrais indicateurs, pour la plupart de type qualitatif, et pour certains ils sont composés de plusieurs parties qui vont évoluer, comme un journal d'incidences.

Le premier de ce type est l'indicateur de l'Outcome 2 qui possède 5 composantes (Gouvernance, Ressources Humaines, Financement, Information sanitaire et communication et Stratégies novatrices). Ainsi les actions incluses dans le R6 concernant le développement des RH, l'application des recommandations de l'audit organisationnel du MSP et les données sanitaires de qualité, seront mesurées par l'OS2. Voir la fiche de cet indicateur.

Nous n'avons gardé que trois indicateurs pour le R6 relatifs à

- R6.1. *% des PAA appuyés par le PASS ayant connu des améliorations* : Appui à la planification ascendante, il s'agit ici d'un indicateur qui mesure la qualité de la planification des structures appuyées, évaluée par la qualité des PAA selon des critères définis. La notion d'« amélioration » est lié aux constats objectifs de changements positifs notés sur les PAA. La fiche décrit en détail ce mode de calcul.
- R6.2. le renforcement en recherche/capitalisation sous forme simple d'IOV quantitatif.
- R6.3. le % d'établissements privés contrôlés..., permet de mesurer l'amélioration du rôle régulateur du MSP, via l'action de l'inspection Générale de la Santé (avec l'appui de la DOS) vis-à-vis des établissements privés.

3.2.3.7. Output 7

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 7 : L'Intervention accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices pour le système de santé.							
R7.1 Nombre des stratégies nationales développées / révisées avec l'appui du PASS.	Peu des stratégies nationales sont développées/révisées	Des initiatives d'échanges/formation dans le cadre des stratégies novatrices sont prises régulièrement. 100% de celles appuyées par le PASS	stratégies à appuyer par le PASS, identifiées	Annuel	PASS	ATN P/G	ATN P/G
R7.2 Degré de réalisation des appuis planifiés par le PASS au MSP pour la mise en œuvre du E-	Le E-Santé est très peu développé	Le E-Santé est fonctionnel au Niger	Le plan (schéma) E-Santé est	Annuel	PASS	ATN ICT	ATN ICT
R7.3 Degré de réalisation des appuis planifiés par le PASS au MSP pour la mise en œuvre de la CSU pour le développement de	Pas de feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger	L'AMU est mise en œuvre		Annuel	PASS	ES	ES

Au même titre que dans le R6, nous avons traduit les 5 activités principales du R7 en 3 indicateurs auxquels se joint encore le OS2 qui inclut les stratégies novatrices.

Nous avons retenu un IOV quantitatif R7.1. et deux qualitatifs exprimant

- L'avancement du E-santé au Niger. De l'atelier de validation du document E-santé (8-9/11/18) à Niamey, est sorti la feuille de route. Après sa validation on aura le niveau à atteindre pour considérer que le E-santé est fonctionnel au Niger.
- Pour la CSU, c'est une dynamique à tellement longue échéance que lier notre réussite à l'avancement de la feuille de route globale CSU du pays c'est finaliser le PASS avec peu d'avancement...on a préféré lier cet indicateur à la réalisation de nos appuis planifiés...même si comparé à tout le pays ce sera peu de chose, ce sera bien ce qu'on pouvait faire à notre niveau.

A noter, pour les valeurs baseline 2017 que plutôt que mettre un zéro sans signification, nous avons préféré expliquer la situation Baseline et la situation qu'on veut atteindre. C'est mieux pour la compréhension étant donné que nous sommes ici dans le domaine des changements qualitatifs dans le mode de fonctionner du ministère.

3.2.3.8. Output 8

Résultats /Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur cible finale	Cible année 1 2018	Fréquence collecte	Source de Vérification	Responsable collecte	Responsable de la consolidation
OUTPUT 8 : L'Intervention appuie les efforts du Secrétariat général, des directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MS							
R8.1 Nombre d'initiatives du SG du MSP appuyées par le PASS	La vision et les stratégies prioritaires communes ne sont pas partagées systématiquement. Le SG est peu appuyé dans la coordination	Une stratégie de communication est fonctionnelle au MSP pour partager la vision et les stratégies prioritaires communes	L'appui du PASS au SG est opérationnel	Annuel	PASS	ATN P/G	ATN P/G
R8.2 Nombre d'initiatives du SG du MSP impliquant les PTF appuyées par le PASS	Pas de dialogue régulier avec les PTF. Le SG est peu appuyé dans la coordination externe.	Un dialogue cohérent et consistant avec les PTF est en place avec une division de travail entre les PTF	L'appui du PASS au SG est opérationnel	Annuel	PASS	ATN P/G	ATN P/G

Les activités du R8 ont été traduites en deux indicateurs qui veulent montrer l'évolution par rapport aux deux aspects essentiels identifiés dans le DTF sur lesquels appuyer le Secrétariat Général :

- a) dans la coordination interne avec les directions centrales du MSP pour partager une même vision commune des priorités à développer dans le cadre de la politique nationale, A nouveau, plutôt que marquer dans les valeurs baseline et cibles, 0% et 100% d'initiatives, nous avons préféré expliquer la situation d'où on part et celle où on veut arriver ; On parle bien ici d'améliorer un mode de fonctionnement, une « culture » bien ancrée. Il faut donc voir un équilibre entre la simplicité du « nombre d'initiatives » (facile à calculer) et le fait qu'à travers elles on cherche à établir un changement qualitatifs exprimé comme un meilleur mode de partage interne entre le SG et ses directions.
- b) dans la coordination externe avec les PTF dans le même but. Dans cet aspect, le PASS est aligné avec l'appui déjà exercé par l'Experte en Coopération Technique-ECT1 au nom de l'Ambassade de Belgique en tant que chef de file des PTF Santé.
Par rapport à la valeur cible finale nous n'avons pas mis une valeur car c'est artificiel d'en fixer car ce qu'on cherche » *c'est améliorer la coordination du SG avec les PTF* ». C'est expliqué dans la fiche et au besoin dans le rapport de résultats annuel.

3.2 Plan de gestion des risques

Le présent chapitre décrit la manière dont l'intervention gèrera ses risques.

En accord avec la distinction réalisée dans PILOT, le nouvel logiciel d'Enabel pour le suivi & monitoring, nous avons séparé en deux catégories les risques : des « PROBLEMES » car la problématique qu'ils sou tendent est déjà en place et vérifiée, et les « RISQUES » car ils pointent une problématique qui « potentiellement » pourrait devenir un problème.

Les catégories des risques sont d'ordre juridique, financier, opérationnel ou de réputation, et liés au développement ou viabilité pour l'intervention.

Tableau I : Problèmes identifiés et les Mesures d'atténuation

	Problèmes	Catégorie	Mesures d'atténuation	Responsable
1	Instabilité institutionnelle	Développement	Renforcer les activités ciblant la gouvernance du secteur	Direction
Identifier les 'leaders' potentiels parmi les fonctions techniques			ATN et ATI	
2	Faible adhésion de la population aux actions de santé dans les districts	Développement	L'intervention incorpore un appui à « la demande » et pourra faire appel à des organisations de la société civile pour promouvoir l'adhésion de la population et pour limiter la persistance des pratiques néfastes.	Direction, Société civile
3	Economique et financier	Financier	Assurer au niveau de la concertation sectorielle MSP-PTF l'adhérence des PTF à l'initiative FBR et l'AMU	Direction et SG/MSP
4	Pérennisation des changements acquis	Financier	L'intervention veillera à créer et maintenir les conditions pour faciliter la pérennisation en :	
			ayant une stratégie de mise en œuvre basée sur l'accompagnement des acteurs (et non pas de travailler à leur place).	Direction et AT
			Renforcement des compétences de ces parties prenantes par la complémentarité avec le intervention « Renforcement des capacités ».	Direction, AT et SG/MSP
			Investissant dans le dialogue politique et la coordination entre les PTF et d'obtenir l'approbation de l'ensemble des PTF sur les réformes à entamer afin d'avancer graduellement avec tous les acteurs dans une même direction. Ces efforts sont réalistes : le fonds commun offre l'opportunité de s'inscrire dans la nouvelle dynamique	Délégation et SG/MSP
5	Risque fiduciaire	Financier	Les modalités prévoient des audits systématiques et permettent des contrôles financiers à chaque moment du cycle d'engagement financier.	Direction

▪ Source : Matrice des risques du PASS

Tableau II : Risques identifiées et les mesures d'atténuation

	Risques	Catégorie	Notation	Mesures d'atténuation	Responsable
1	Instabilité sociale	Développement	Low risk	L'intervention vise une réponse à long terme à la fragilisation sociale. Cette réponse de la CUS est appuyée par les ODD et par la politique Nigérienne. Si dans le court-terme, il est limité dans sa capacité d'action, elle contribue à une réponse durable à cette problématique.	Direction
2	Politisation de l'administration	Développement	Medium risk	Le dialogue politique, la concertation sectorielle MSP-PTF et devra permettre de mitiger cet aspect. Les actions par l'intervention au niveau central devront amener le MSP à mettre en œuvre les stratégies existantes et à développer tels qu'arrêtés.	Direction et SG/MSP
3	Durabilité des investissements	Développement	Very high risk	L'intervention intègre une composante qui vise le fonctionnement de la maintenance des ressources physiques et des intrants dans le secteur. Il appuie ainsi la recherche d'une réponse durable à cette problématique	Direction, AT et SG/MSP
4	Durabilité des résultats « soft »	Développement	Medium risk	La stratégie de mise en œuvre prend en compte cet aspect et privilégie une approche d'accompagnement.	ATN et ATI
				L'intervention de renforcement des capacités interviendra de façon complémentaire au intervention sectoriel. Les compétences ainsi développées contribueront à mieux préparer le système national aux changements visés.	ATN et ATI
5	Faible appropriation par les parties prenantes	Développement	Medium risk	Assurer le portage technique des actions d'intervention par les structures décentralisées/déconcentrées, par un comité technique; sensibiliser et impliquer les bénéficiaires finaux ; développer la stratégie du double ancrage.	Direction, AT et SG/MSP
6	Capacité limitée de gestion des procédures par les partenaires	Juridique	Medium risk	Fournir un appui systématique aux partenaires ; choisir des modalités de mise en œuvre adaptées.	Délégation et SG/MSP
7	Absence d'une réforme profonde de la fonction publique	Opérationnelle	Very high risk	Stimuler le dialogue interministériel	Délégation et SG/MSP
8	Catastrophes naturelles	Opérationnelle	Low risk	Collaboration technique avec les services concernés du MSP et les PTF intervenants.	Direction et SG/MSP
				Renforcement du MSP pour la coordination intra et intersectorielle et l'appui technique pour la bonne gestion de la crise	Direction, AT et SG/MSP
				Appui des ATN dans la préparation des ripostes et gestion des catastrophes dans les districts de Gothèye et Gaya	ATN et ATI
9	sécuritaire	Opérationnelle	Low risk	Ce facteur a été pris en compte dans le choix des zones d'intervention ; définir un cadre organisationnel de l'intervention adapté ; élaborer et mettre en œuvre des plans de sécurité (y inclus budget).	Direction et SG/MSP
10	Capacité d'action et de leadership	Opérationnelle	Medium risk	Ce facteur est mitigé par le dispositif organisationnel qui prévoit un nombre important d'assistance technique - surtout nationale mais aussi internationale – et qui prévoit également un suivi par des missions de « backstopping », assurées aussi bien par une équipe de suivi scientifique et par les experts santé d'Enabel.	Direction, AT et SG/MSP
				La concentration géographique sur les 2 districts pilotes sélectionnés, permet de mieux maîtriser la dynamique d'action et de mieux agir sur la complexité de la problématique.	Direction, AT et SG/MSP
11	Instabilité du personnel en zone rurale	Opérationnelle	High risk	L'intervention vise à piloter, par le FBR, une approche structurelle à cette problématique en incluant des mécanismes pour motiver le personnel et ainsi la volonté de rester dans le lieu d'affectation.	Direction, AT, MSP et Partenaires

■ Source : Matrice des risques du PASS

Explication des risques identifiés :

Le risque global du projet peut être jugé moyen. Cependant, la mise en œuvre du projet reste complexe du fait de l'orientation et des appuis multiformes qui sont visés. Bien que le ministère dispose de capacité de mise en œuvre, des lacunes persistent surtout dans sa capacité de leadership, la qualité des soins et services, la gestion managériale des districts sanitaires et des formations sanitaires, et dans la prise en charge de la santé dans son ensemble pour les populations les plus vulnérables.

Afin de réduire les risques identifiés, le projet envisage un appui au Ministère de la Santé Publique et aux Districts Sanitaires ciblés ainsi que la mise en place du FBR et de l'AMU. Le plan de mitigation des risques présenté dans le tableau ci-dessous précise les détails des mesures à mettre en place.

3.4 Planification opérationnelle

Suite aux travaux de la Baseline, nous fournissons dans ce chapitre une planification opérationnelle mise à jour au début du Q4 2018. Il s'agit de celle figurant dans le fichier MONOP Q4 2018.

PASS NIGER-CHRONOGRAMME DE L'INTERVENTION		Année 1 (2018)				An 2 (2019)		An 3 (2020)		An 4 (2021)	
RESULTATS/ACTIVITES PRINCIPALES		Q1	Q2	Q3	Q4	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8
A 01	Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins est augmentée (3ème dimension CUS)										
A-01-01	La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mise à jour										
A-01-02	Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya										
A-01-03	Les plans d'actions pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et budget disponible										
A-01-04	Les populations des rayons de plus de 5 km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya										
A-01-05	Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya										
A 02	Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés (2ème dimension CUS)										
A-02-01	Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualité dans les CS CSI et HD des deux districts ciblés										
A-02-02	Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL										
A-02-03	La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN										
A-02-04	Un cadre de collaboration entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri, Dosso ainsi que dans les districts de Gothèye et Gaya										
A-02-05	La participation communautaire et les acteurs de la Demande est renforcée dans les districts de Gothèye et Gaya										
A 03	Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée										
A-03-01	Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible										
A-03-02	Un mécanisme de motivation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué										
A-03-03	Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcées										
A-03-04	Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé										

PASS NIGER-CHRONOGRAMME DE L'INTERVENTION		Année 1 (2018)				An 2 (2019)		An 3 (2020)		An 4 (2021)	
RESULTATS/ACTIVITES PRINCIPALES		Q1	Q2	Q3	Q4	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8
A 04	Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AUM) est développée (1ere dimension CUS)										
A-04-01	Le FBR est appliqué dans les districts sanitaires de Gaya et Gothèye										
A-04-02	L'unité de gestion de l'AMU est créée dans chacun des 2 districts										
A-04-03	Un système d'informatisation pour la gestion du FBR/l'AMU est développé										
A-04-04	Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation d'AMU de leur rôle complémentaire et synergique										
A-04-05	La plateforme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2										
A 05	Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance d'équipements et des infrastructures sont améliorées.										
A-05-01	La stratégie de maintenance des équipements informatiques et biomédicaux développés à partir de la recherche action maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées										
A-05-02	Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques et biomédicaux et logistique complémentaire										
A-05-03	L'entretien des infrastructures est assuré										
A-05-04	Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagés										
PASS NIGER-CHRONOGRAMME DE L'INTERVENTION		Année 1 (2018)				An 2 (2019)		An 3 (2020)		An 4 (2021)	
RESULTATS/ACTIVITES PRINCIPALES		Q1	Q2	Q3	Q4	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8
A 06	Résultat 6 : Le Programme appuie le MSP dans le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures										
A-06-01	La mise en œuvre de la planification ascendante, intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée										
A-06-02	Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS										
A-06-03	Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP est appuyé										
A-06-04	Les compétences du MSP dans le suivi des recherches action et la capitalisation des expériences sont renforcées										
A-06-05	Le processus d'accréditation des écoles de santé, des structures de soins et des laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé										
A-06-06	Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé										

PASS NIGER-CHRONOGRAMME DE L'INTERVENTION		Année 1 (2018)				An 2 (2019)		An 3 (2020)		An 4 (2021)	
RESULTATS/ACTIVITES PRINCIPALES		Q1	Q2	Q3	Q4	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8
A 07 Résultat7 : Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne											
A-07-01	Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation, information/digitalisation du secteur, l'utilisation des cartes sanitaires et la micro planification, stratégie sur les maladies non transmissibles, sont développées/révisées.										
A-07-02	Des échanges et des formations dans le cadre des stratégies novatrices sont réalisés										
A-07-03	La régulation du secteur privé de santé est appuyée										
A-07-04	Le E-Santé est fonctionnel										
A-07-05	La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue										
A 08 Résultat 8 : Le Programme appuie les efforts du Secrétariat Général ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP											
A-08-01	Appuyer le partage des stratégies prioritaires par le SG et ses directions pour assurer un appui cohérent au système de santé										
A-08-02	Appuyer le SG et les directeurs pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF et autres secteurs, afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis.										
A-08-03	Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes<<PTF-MSP>> qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays.										
A 09 Résultat 9 : La construction de l'hôpital de district de Damagaram Takaya est assurée, en continuité avec le PARSS.											
A-09-01	Veiller à la bonne exécution des travaux sur base du contrat avec l'entreprise attributaire.										
A-09-02	Le suivi et pilotage de la construction de l'HD Damagaram Takaya sont assurés										

3.5 Mécanismes de suivi

La mise en œuvre du système de suivi-évaluation de PASS doit répondre aux besoins en informations de ses principaux utilisateurs. Le tableau suivant résume les grandes lignes de ces besoins par catégorie d'acteurs.

Acteurs / instances	Besoins en informations
DGD / HQ Enabel	<ul style="list-style-type: none"> • Progrès vers l'atteinte des résultats de développement • Bonnes pratiques, leçons apprises et expériences reproductibles • Prise en compte des priorités du Programme de coopération
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Etat d'avancement général de l'intervention • Progression vers la réalisation des objectifs du programme
Représentation Enabel / DGCT	<ul style="list-style-type: none"> • L'exécution opérationnelle du programme • Le niveau de réalisation des indicateurs de l'intervention
Organisations bénéficiaires impliqués dans la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • L'appréciation de l'état d'avancement et d'exécution financière de de l'intervention pour la prise de décision, la planification et la redevabilité
Tutelle et autorités locales / régionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations et décisions des différents niveaux d'orientation stratégique et de pilotage opérationnel de l'intervention pour amélioration de la mise en œuvre
L'unité d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations relatives au suivi opérationnel et au suivi de résultats

Les mécanismes de suivi de l'intervention se situent à différents niveaux : internes et externes ; et à tous les niveaux un regard permanent sera tiré sur la cohérence avec les autres interventions dans le pays. L'équipe de l'intervention est responsable de l'élaboration des documents qui sous-tendent les mécanismes de suivi.

Le premier mécanisme, de suivi se constitue d'une part, des réunions internes à l'équipe de l'intervention et celles avec les partenaires de mise en œuvre et, d'autre part, avec les autres interventions du programme :

Les réunions hebdomadaires internes à l'intervention sont consacrées au bilan et programmation hebdomadaires pour un suivi rapproché de l'exécution des activités.

Les réunions mensuelles de bilan et programmation conjointe avec les partenaires de mise en œuvre visent à assurer la coordination de l'exécution des activités prévues dans le MONOP (outil de planification) pour une cohérence d'action. Dès que l'équipe de l'intervention et ses partenaires montreront leur capacité d'autonomie dans la mise en œuvre du MONOP, ce genre de réunions intégrera un rythme trimestriel.

Les réunions mensuelles de coordination du programme visent le renforcement de la dynamique des équipes d'intervention et le maintien constant de la cohérence interne au sein du programme. Une attention particulière sera accordée aux synergies/collaborations avec d'autres interventions orientées sur le FBR/CUS.

Le deuxième mécanisme de suivi est constitué du MONOP :

Elaboré au rythme trimestriel, le MONOP est un outil essentiellement de planification opérationnelle des activités, des finances et des marchés publics, de suivi des risques et des recommandations issues du Comité de pilotage. Il est réalisé, de manière participative, au niveau de l'équipe d'intervention, et discuté avec la Représentation Enabel pour laquelle il constitue le principal outil de suivi de l'exécution du projet.

Le troisième mécanisme de suivi se constitue du Rapport de Résultats :

Elaboré au rythme annuel, il est orienté sur les changements. A cet effet, il comporte une première partie sur l'analyse des critères de performance de l'intervention (pertinence, efficacité, efficience, durabilité) et de son contexte d'exécution ; une deuxième partie permet de suivre les performances de la mise en œuvre de l'intervention (exécution physique des activités, des finances, atteinte des changements, la prise en compte des thèmes transversaux) ; et la troisième partie est consacrée aux leçons tirées, recommandations et réorientations stratégiques. Le Rapport de Résultat est réalisé, de manière participative, au niveau de l'équipe d'intervention. A cette fin, elle organisera un atelier pour tirer des leçons, l'identification des réorientations stratégiques et la formulation des recommandations. Le rapport sera transmis à la Représentation pour approbation avant l'envoi au Comité de Pilotage.

Le rapport de Résultats constitue la base de la réunion du Comité de Pilotage de début d'année. Il permet de suivre les performances de la mise en œuvre de l'intervention et de prendre des décisions idoines pour des réorientations stratégiques de l'intervention. Le Comité de pilotage valide le rapport. Une deuxième réunion du comité de pilotage se tient au cours de l'année et vise le suivi des décisions prises lors de la première réunion.

Le quatrième mécanisme de suivi est constitué par les revues et des audits :

La fonction principale des exercices de revue à mi-parcours et finale est de fournir un point de vue extérieur sur la performance de l'intervention ainsi que d'analyser en profondeur le processus de développement en cours ou terminé. Les revues sont ainsi utilisées pour :

- analyser s'il est nécessaire de réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique,
- fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques ;
- identifier les enseignements tirés et y réfléchir.

Etant réalisés par un acteur externe indépendant, les revues jouent un rôle important dans la redevabilité sur la performance de l'intervention. Les revues sont pilotées par le siège selon les processus en vigueur. Les revues doivent être présentées en comité de pilotage afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces décisions sont intégralement reprises dans le PV du comité de pilotage).

En outre, les deux gouvernements (Niger et Belgique) pourront chacun, le cas échéant, procéder à une évaluation externe de l'atteinte des objectifs et des différents aspects de l'intervention.

L'intervention doit être auditée au minimum une fois sur la durée de mise en œuvre des activités. L'audit portera sur :

- la vérification que les comptes de l'intervention reflètent bien la réalité ; et le respect des procédures ;
- la maturité du système de contrôle interne et le respect des procédures ;
- la vérification de l'utilisation économique, efficiente et efficace des moyens de l'intervention.

Le rapport d'audit sera communiqué à Enabel et au Comité de pilotage. La direction de l'intervention doit élaborer un plan d'actions afin d'améliorer le système de contrôle interne et prouver que des mesures correctives ont été entreprises et appliquées.

Les autorités partenaires peuvent également procéder à un audit. Dans ce cas, le périmètre de contrôle devra se limiter aux activités définies dans le budget sous modalité « cogestion ».

Tous les rapports d'audit seront partagés entre les parties et présentés au comité de pilotage.

4. Annexes

4.1. Formulaires d'indicateurs

La matrice des indicateurs ensemble avec les formulaires d'indicateurs se trouvent en version Excel sur GoFast. Ils seront adaptés au fur et à mesure par l'équipe de PASS.

4.2. Liste des acteurs impliqués dans le processus Baseline.

- Equipe PASS : la direction (2) Assistants Techniques (8 personnes) et Admin-Fin (5 personnes)
- À la Représentation d'Enabel Niger : Junior Expert Monitoring & Evaluation, Expert Coopération Technique 1-ECT1 (Ambassade de Belgique), Responsable Administratif et Financier International-RAFI.
- La représentante de la DIES du MSP
- Les équipes cadres des districts sanitaires de Gaya
- Les équipes cadres des districts sanitaires de Gothèye
- Le représentant de la direction régionale de la santé publique de Dosso
- Le représentant de la direction régionale de la santé publique de Tillabéry, des partenaires des directions centrales du MSP
- Consultant Accord Cadre Baseline (MDF) Ingrid Plag
- EST Enabel, Dr P Bossyns, chargé du Backstopping technique du PASS

Etat des lieux:

- Les équipes techniques des 30 centres de santé de Gaya et Gothèye
- Les membres des 30 COGES des CSI de Gaya et Gothèye
- Les membres des 2 COGES des districts de Gaya et Gothèye
- Les 12 enquêteurs des états des lieux (volet inventaires des infrastructures sanitaires, équipements biomédicaux et matériels techniques)

4.3. Bibliographie

- DTF PASS
- Guide du S&E du PDS 2017-2021 du MSP
- Référentiel des indicateurs de santé du SNIS version 2015
- Annuaire des statistiques sanitaires du Niger Année 2016, SNIS
- Rapport d'analyse de situation et diagnostique de la mission d'audit organisationnel et fonctionnel du MSP du Niger
- Le guide de MoRe Results, Enabel

4.4. Liste des études complémentaires (le cas échéant)

- Rapport de l'Etat des Lieux, PASS
- « Analyse des capacités des acteurs de la Demande » dans les districts de Gaya et Gothèye. (Analyse en cours actuellement, rapport disponible Q4 2018)