



RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE

« DU PROGRAMME D'APPUI A LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE» AU NIGER

OCTOBRE 2008
VERSION FINALE

République du Niger

RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE

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

Numéro DGCD de l'intervention :	<u>NER0401711</u>
Code Navision à la CTB:	<u>12110 Santé</u>
Instance partenaire :	<u>MSP</u>
Durée de l'intervention :	<u>4 années</u>
Durée de la Convention spécifique :	<u>5ans</u>
Date de démarrage de l'intervention	16 février 2005
Contribution nigérienne	EUR 7.395.630
Contribution belge :	EUR 11.002.206
Contribution totale :	EUR 18.397 836
Secteurs d'intervention	Santé

Agence d'exécution : Coopération Technique Belge

Équipe d'évaluation finale

Chef de mission : Dr Christophe Y. DOSSOUVI, médecin de santé publique (BEST-SD)

Membres : Dr Soumana HAMMA, médecin de santé publique, expert national, Niger

: Dr Francis Moise DOSSOU, Chirurgien (BEST-SD)

: Dr Abdoul TOURE, chirurgien orthopédiste, HNN Niger

RÉSUMÉ DE L'INTERVENTION

A l'issue de la commission mixte nigéro belge de coopération au développement tenue à Bruxelles les 19 et 20 mars 2003, la santé de base a été retenue parmi les secteurs prioritaires pour la période 2004-2008. L'enveloppe budgétaire a été fixée à onze millions d'Euros, y compris l'assistance technique. Le programme indicatif de coopération (PIC) est conçu comme un appui à la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP). Il est prévu une évolution de l'approche "projet" vers une approche "programme" avec cinq sous-programmes qui s'articuleraient avec le PDS.

La mission de formulation a validé le rapport d'identification du Programme d'Appui pour la mise en œuvre du PDS et, moyennant quelques mises à jour et adaptations, en adopté le contenu. L'évaluation finale fait partie de la planification du Programme et est inscrite dans le DTF.

Par le biais du Fonds d'Etudes et d'Expertises (FEE), le Ministère de la Santé Publique du Niger a obtenu un financement pour la réalisation de l'évaluation du Programme d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PA/PDS.)

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique du Niger lance le présent appel à candidatures pour le recrutement de deux (2) consultants internationaux et de deux consultants nationaux disposant des compétences requises.

L'évaluation a eu lieu du 11 septembre au 7 octobre 2008. L'équipe d'évaluation comprend: deux médecins experts en santé publique dont un international agissant à titre de chef d'équipe; deux chirurgiens.

Au terme de sa mission, l'équipe des évaluateurs a tiré les principales conclusions suivantes :

- Le Programme d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PAPADS) a ciblé son appui sur une approche intégrée des districts sanitaires avec les Directions Régionales de Santé Publique et le Ministère de la Santé Publique comme niveau d'appui institutionnel, ce qui est très pertinent car cela s'inclut totalement dans la politique nationale de développement des districts sanitaires. Cet encrage a favorisé le renforcement des capacités institutionnelles.
- La mise en œuvre du PDS a été fortement soutenue par un processus performant de planification, suivi et évaluation : plans de développement de la région sanitaire (PDRS) plans de développement de district sanitaire, plans d'action annuels (PAA), revues semestrielles.
- Des approches pertinentes comme la formation en management de district, la formation des médecins généralistes à compétences chirurgicales, les accompagnements de proximité ont été développés et soutenus pour favoriser le développement des districts sanitaires
- Ces approches sont orientées sur le renforcement de l'offre de soins. Elles ont permis d'améliorer l'offre.
- L'amélioration de la demande des soins paraît plus timide puisque la fréquentation des CSI stagne à un niveau peu élevé depuis le début du programme. La réponse aux problèmes de santé des districts basée sur le renforcement de l'offre ne suffit pas à faire augmenter la fréquentation.
- Des approches sont en cours d'expérimentation sous formes de recherche-actions pour stimuler la demande : fonds sociaux, plaidoyer pour les accouchements assistés à Ouallam, etc. ...
- On note cependant que le niveau de réalisation physique et financière des activités est resté encore insuffisant à cause du retard de validation des PAA, la lenteur dans la demande et dans la mise à disposition des fonds, l'instabilité des cadres de districts et des coresponsables de la Cellule de Gestion et de Coordination du Programme.

- Grâce au Suivi Scientifique par l'IMT-Anvers, le Programme a travaillé sur les thèmes stratégiques apparus prioritaires : la chirurgie de district, l'utilisation des services, l'accessibilité des soins aux plus démunis. La Recherche-Action a connu un démarrage effectif
- Compte tenu des problèmes liés aux dysfonctionnements de la CDC d'une part, et du niveau insuffisant des réalisations physique et financière du Programme, la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) du PAPDS a décidé d'une prolongation du Programme. Le Programme prend fin en décembre 2009 au lieu de février 2009. Cette prolongation devrait permettre de renforcer les activités en cours et de consolider les acquis, en se concentrant sur les conclusions et les recommandations de la présente mission d'évaluation.

Enfin, pour la phase prochaine de l'appui de la Coopération Belge, l'équipe d'évaluation recommande que la Coopération Belge :

- s'engage dans une approche sectorielle dont les modalités de financement pourraient s'orienter vers le Fonds Commun Extrabudgétaire du MSP déjà appuyé par la Banque Mondiale et l'Agence Française de Coopération.
- Appuie le MSP dans la gratuité des soins
- La Cellule d'Appui Institutionnel devra être maintenue pour contribuer à la performance du Fonds Commun.
- La CAI devra en outre veiller à sauvegarder les acquis importants du PAPDS.
- Par ailleurs, l'appui à l'organisation de la santé urbaine de Niamey devra se poursuivre avec la construction de l'HD du DS I.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARMDF	:	Augmentation des revenus monétaires des femmes de Dosso
AT	:	Assistant Technique
AVP	:	Accident de la Voie Publique
BLU	:	Bande Latérale Unique
CAI	:	Cellule d'Appui Institutionnel
CDC	:	Cellule de Coordination
CTB	:	Coopération Technique Belge
CCD	:	Capacitaire en Chirurgie de District
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CNS	:	Comité National de Santé
COGES	:	Comité de Gestion de Santé
CPADS	:	Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
CPN	:	Consultation Prénatale
CPON	:	Consultation Postnatale
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CT	:	Comité Technique
CTNS	:	Comité Technique National de Santé
CUN	:	Communauté Urbaine de Niamey
DEP	:	Direction des Etudes et de la Planification
DES	:	Diplôme d'études spécialisées
DGCD	:	Direction Générale de la Coopération au Développement
DOS	:	Direction de l'Organisation des Soins
DS	:	District Sanitaire
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
DTC3	:	Vaccin anti-Diphtérie, Tétanos, Coqueluche 3 ^{ème} dose
DTF	:	Documents Techniques et Financiers
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
EDSN	:	Enquête Démographique et de Santé du Niger
FC	:	Fonds Commun
FS	:	Formation Sanitaire
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
FSP	:	Formation Sanitaire Privée/Publicue
HD	:	Hôpital de District
HNL	:	Hôpital National Lamordé
HNN	:	Hôpital National de Niamey
IMA	:	Indications Maternelles Absolues
IMT	:	Institut de Médecine Tropicale
INS	:	Institut National des Statistiques
IOM	:	Interventions Obstétricales Majeures
ISP	:	Institut de Santé Publique
JICA	:	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JNV	:	Journée Nationale de Vaccination
MCD	:	Médecin Chef de District
MEG	:	Médicament Essentiel Générique
MPE	:	Malnutrition Protéino-Energétique
MRR	:	Maternité de Référence Régionale
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MMT	:	Matériel Médico-Technique
ONPPC	:	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques

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

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Résumé de l'intervention	3
1. INTRODUCTION	10
1.1 <i>Présentation succincte du programme</i>	10
1.2 <i>Objectifs du programme</i>	10
1.1.1 Objectif global :	11
1.1.2 Objectif spécifique :	11
1.1.3 Sous-programme et résultats:.....	11
1.3 <i>Objectifs et contexte de l'évaluation finale</i>	12
1.3.1 Les objectifs de l'évaluation.....	12
1.3.2 Le contexte de l'évaluation finale.....	12
1.4 <i>Méthodologie de l'évaluation</i>	18
1.4.1 Approche et principes directeurs	18
1.4.2 Les axes d'évaluation	19
1.4.3 Organisation du recueil des données.....	19
1.4.4 La revue documentaire :	19
1.4.5 Les entretiens individuels, les instances de référence sont :.....	19
1.4.6 Les observations sur le terrain.....	20
1.4.7 Triangulation	20
1.4.8 Produits attendus.....	20
1.4.9 Composition de l'équipe	21
1.4.10 Programme de la mission (cf. programme en annexe)	21
2. ANALYSE DU CADRE LOGIQUE	21
2.1 <i>La logique conceptuelle du programme</i>	21
2.2 <i>La logique horizontale</i>	21
2.2.1 Les indicateurs.....	21
2.2.2 Les hypothèses.....	22
2.2.3 Les limites de l'évaluation	22
3. MISE EN OEUVRE ET REALISATIONS	23
3.1 <i>Sous-programme SP1 : la Région Sanitaire de Dosso</i>	23
3.1.1 Réalisation des activités	23
3.1.2 Analyse de la planification des activités	24
3.1.3 Evolutions des indicateurs.....	25
3.1.4 Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme1	26
3.1.5 Résumé.....	27
3.1.6 Recommandations.....	27
3.2 <i>Sous-programme2 : la communauté Urbaine de Niamey</i>	27

3.2.1	Réalisation des activités	27
3.2.2	Evolution des indicateurs.	28
	Tableau 7 : Evolution des indicateurs dans à la CUN	28
3.2.3	Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme2	29
3.2.4	Résumé.....	30
3.2.5	Recommandations.....	30
3.3	<i>Sous-programme3 : Service d'orthopédie traumatologie de l'HNN.....</i>	30
3.3.1	Réalisation des activités	30
3.3.2	Evolution des indicateurs.	31
	Tableau 8 : Niveau des indicateurs au service d'orthopédie-traumatologie de l'HNN	31
3.3.3	Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme3	32
3.3.4	Résumé.....	32
3.3.5	Recommandations.....	32
3.4	<i>Sous-programme4 : les institutions de formation et le Centre de Formation de Ouallam.....</i>	33
3.4.1	Réalisation des activités	33
3.4.2	Evolution des indicateurs.	34
3.4.3	Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme4	35
3.4.4	Résumé.....	36
3.4.5	Recommandations.....	36
3.5	<i>Sous-programme5 : La Cellule d'Appui Institutionnelle (CAI).....</i>	37
	Résultat 1 : La cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle	37
3.5.1	Evolution des indicateurs.	38
3.5.2	Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme5	39
3.5.3	Résumé.....	39
3.5.4	Recommandations.....	40
4.	Principaux constats / critères de l'évaluation.....	41
4.1	<i>Pertinence</i>	<i>41</i>
	Stratégies de développement des districts par le PAPDS.....	43
4.2	<i>Efficiace</i>	<i>45</i>
4.2.1	La gestion du programme.....	45
4.2.2	L'assistance technique	46
4.2.3	Le suivi-évaluation du sous programme.....	46
4.2.4	Utilisation des crédits mis à disposition.....	48
4.2.5	Synergie entre les sous-programmes	50
4.3	<i>Efficacité.....</i>	<i>50</i>
4.3.1	Evolution des indicateurs	51
4.3.2	Quelles sont les forces, faiblesse, opportunités et menaces du programme ..	51
4.4	<i>Durabilité.....</i>	<i>55</i>

4.5	<i>Cohérence</i>	55
4.6	<i>Impact</i>	56
4.7	<i>Critères HARMO</i>	56
4.7.1	Harmonisation.....	56
4.7.2	Alignement.....	56
4.7.3	Gestion axée sur les résultats.....	56
4.7.4	Responsabilité mutuelle.....	57
4.7.5	Appropriation.....	57
4.8	<i>Les thèmes transversaux</i>	57
4.8.1	Egalité entre hommes et femmes.....	57
4.8.2	L'environnement	57
4.8.3	Les droits des enfants.....	57
5.	Conclusion, recommandations et perspectives	58
5.1	<i>Conclusion</i>	58
5.2	<i>Recommandations</i>	58
5.3	<i>Perspectives</i>	59
5.3.1	Une phase de prolongation.....	59
5.3.2	L'Approche Sectorielle	59
5.3.3	La consolidation des acquis	60

1. INTRODUCTION

1.1 Présentation succincte du programme

INFORMATIONS DE BASE SUR LE PROJET

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

1.2 Objectifs du programme

1.1.1 Objectif global :

L'état de santé des populations et en particulier celui des couches les plus vulnérables est amélioré.

1.1.2 Objectif spécifique :

L'offre des services et des soins de santé est améliorée en termes de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger.

L'atteinte de ces objectifs est liée à la mise en œuvre de quatre volets opérationnels (sous programmes 1-2-3-4) et un volet d'appui institutionnel (sous programme 5). Les résultats attendus pour chaque sous programme sont les suivants.

1.1.3 Sous-programme et résultats:

Un total de vingt résultats à travers 5 sous-programmes répartis comme suit :

Sous programme 1 : La Région sanitaire de Dosso

Résultats 1 : Les capacités de la DRSP de Dosso en matière d'appui aux districts sanitaires sont améliorées

Résultat 2 : Le fonctionnement du District sanitaire de Dosso est renforcé y compris dans son rôle de recherche et de formation.

Résultat 3 : Le fonctionnement intégré du District Sanitaire de Douthi est renforcé y compris dans son rôle de recherche et de formation.

Résultat 4 : Le fonctionnement des districts sanitaires de Boboye, Gaya et Loga est soutenu dans ses activités de routine prioritaires.

Résultats 5 : Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé.

Sous programme 2: La Communauté Urbaine de Niamey

Résultat1 : Les capacités d'appui de la DRSP de Niamey aux districts sont renforcées

Résultat 2 : Le district sanitaire III de Niamey fonctionne de façon intégrée

Résultat 3 : Le District sanitaire I de Niamey est rendu progressivement fonctionnel

Sous programme 3 : Le Département d'Orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital National de Niamey.

Résultat 1 : L'efficacité du département d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital National de Niamey est assurée

Résultat 2 : La relève de l'AT au sein du département d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital National de Niamey est assurée

Résultat 3 : La spécialisation en DES de chirurgie est appuyée par le département d'orthopédie et de traumatologie.

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

Sous programme 4 : Les institutions de formation et le centre de formation de Ouallam

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

Résultat 2 : Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées.

Résultat 3 : Les autres institutions de formation sont appuyées

Sous programme 5 : L'appui institutionnel

Résultat 1 : La cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle

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

Résultat 3 : La coordination des PTF est assurée

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

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

1.3 Objectifs et contexte de l'évaluation finale**1.3.1 Les objectifs de l'évaluation**

En plus des résultats de l'évaluation à mi parcours du Plan de Développement Sanitaire dont le démarrage est prévu en Juin 2008, ceux de la présente évaluation devraient permettre d'obtenir une vue globale sur l'exécution du programme, la cohérence entre les différents volets ainsi que la contribution du programme dans la mise en œuvre du PDS.

Mais cette évaluation est nécessaire surtout pour évaluer et argumenter la pertinence du PAPDS à la mise en œuvre du PDS ainsi que la poursuite de l'appui belge au secteur de la santé après le PAPDS 2005-2008.

La présente évaluation a donc comme finalité non seulement d'évaluer le Programme au regard des critères classiques, mais surtout d'argumenter la pertinence d'une nouvelle phase d'appui au secteur de la santé et faire des recommandations et suggestions pour améliorer les processus de mise en œuvre.

Dans la région de Dosso, une attention particulière sera apportée à la collaboration avec les autres projets du programme multisectoriel Dosso de la coopération nigéro-belge ainsi qu'aux autorités régionales.

L'équipe d'évaluation devra mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour assurer un traitement équitable des différents intervenants.

L'équipe d'évaluation prendra soin d'adopter une méthode participative dans toutes ses analyses en particulier avec les groupes cibles

L'évaluation couvrira la période allant de mai 2005 à août 2008.

Sur le plan géographique l'évaluation s'est étendue à toute l'aire géographique du programme, notamment la région de Dosso, les districts sanitaires I et III de la Communauté Urbaine de Niamey (CUN) leur intégration aux Directions Régionales de la Santé de Dosso et de Niamey, au Ministère de la Santé Publique, ainsi qu'au District Sanitaire de Ouallam.

1.3.2 Le contexte de l'évaluation finale**1.3.2.1 Contexte géographique, démographique, socio économique, et culturel du Niger**

Le Niger, (1.267.000 km²), s'étend de l'isohyète 0 à 700 mm. Du sud au nord, 4 faciès écologiques différents se succèdent : zone soudanienne de savane arborée, zone sahélienne, zone sahélo saharienne et zone désertique (plus de la moitié du pays). Les conditions climatiques et pluviométriques demeurent aléatoires, irrégulières et insuffisantes dans le temps et l'espace. La pluviométrie était en baisse sur les 30 dernières années aggravant une désertification d'origine anthropique. Le Niger n'enregistre qu'une seule

saison des pluies s'étalant sur trois à quatre mois au cours desquels les populations produisent l'essentiel de leurs substances vivrières. Cette saison connaît le plus souvent des retards au démarrage et des rythmes irréguliers de pluviométrie.

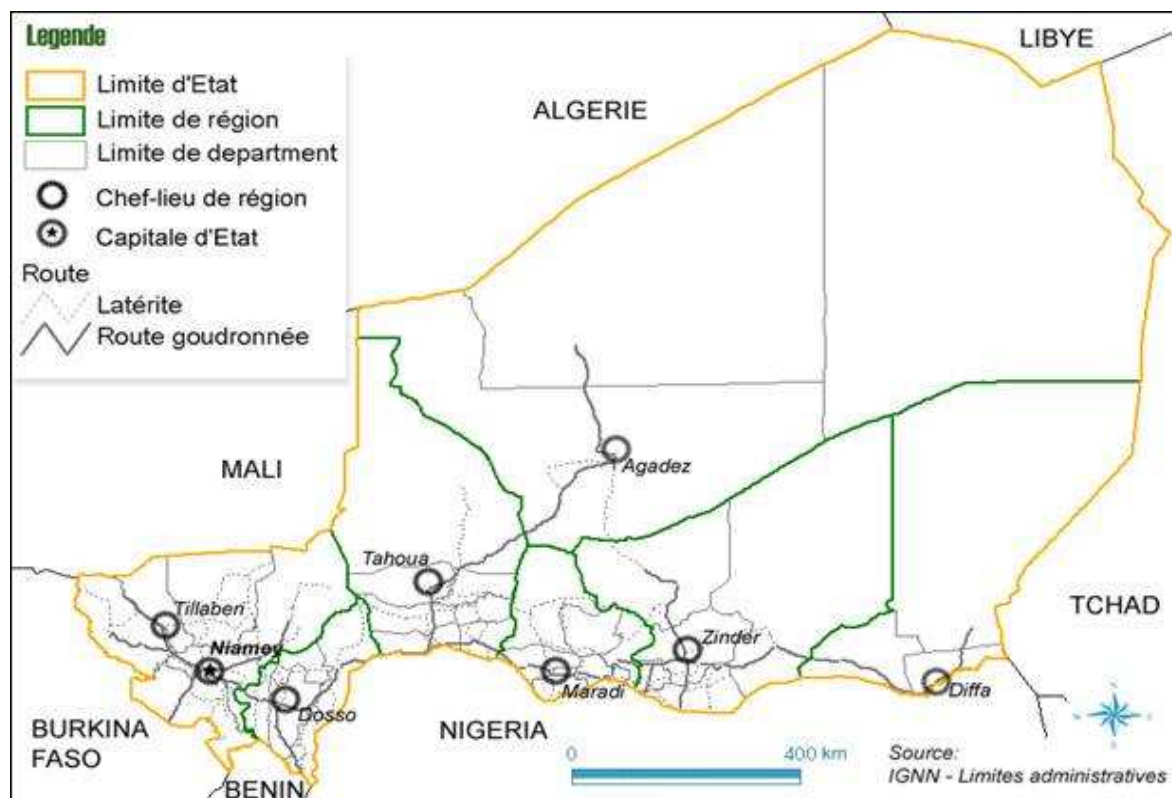


Figure N°1 : Carte géographique du Niger

La densité moyenne de population est de 9,5hbt/km². Elle présente une disparité importante entre les régions 0,60 hbt/km² à l'est et au nord du pays et 70,09 hbt/km² au sud et à l'ouest du pays. Environ 15 % de la population est nomade.

Le taux de fertilité le plus élevé au monde – 7,5 enfants par femme – qui serait même en progression¹, et un taux de croissance démographique de 3,1% par an, amènent à un doublement de la population tous les 23 ans.

TABLEAU 1 : DISTRIBUTION, CROISSANCE ET DENSITE DE LA POPULATION DE 2004 A 2009

	Population ¹ Effectif (Est 2004)	%	Population ¹ Attendue (Est 2009)	Taux Croissanc e annuelle (1988-01)	Densité (hbts/km2) 2004	Densité (hbts/km2) 2009
Agadez	344 914	2,91	402 559	3,17	0,52	0,60
Diffa	366 643	3,09	464 933	4,36	2,37	2,96
Dosso	1 622 178	13,68	1 864 128	2,91	48,65	55,08
Maradi	2 431 246	20,51	2 929 571	3,60	59,04	70,09
Tahoua	2 093 293	17,66	2 356 796	2,94	18,74	20,79
Tillabery	2 032 171	17,14	2 285 799	2,61	21,21	23,50
Zinder	2 218 623	18,71	2 537 082	2,81	14,45	16,29
C. U. N Niamey	749 160	6,33	861 670	4,15	2984,8	3379,10
Total Niger	11 856 493	100,0	13 702 538	3,1	9,5	10,81

¹Estimé d'après RGP 01, résultats provisoires

La rapidité de la progression de la population s'effectue dans un contexte socio-économique très difficile. La pauvreté largement répandue, les faiblesses du secteur agricole et de l'économie en général dans un pays sahélien où le désert progresse rapidement lui aussi, les difficultés d'accès aux services de santé et la faible connaissance et acceptation des possibilités de contrôle de la natalité, sont autant de facteurs concourant à la difficulté de mettre en œuvre des politiques qui conduiraient rapidement le pays à entrer dans les dernières phases de la transition démographique (augmentation de l'espérance de vie et réduction de la natalité vers des taux voisins du taux naturel de renouvellement).

La population du Niger est composée de plusieurs groupes sociolinguistiques qui vivent en harmonie. Il s'agit des Haoussa, Zarma-Songhay, Touareg, Peul, Arabe, Kanuri, Gourmantché, Toubou, Boudouma. Plus de 95% de la population est de confession musulmane. Elle est concentrée dans la bande Sud du pays, c'est-à-dire 1/4 de la superficie nationale et constituant la zone agricole par excellence.

Dans ce contexte, l'extension de l'accès aux services de santé (notamment santé de la reproduction et gestion intégrée de la santé de la mère et de l'enfant), ainsi que l'accès à la planification familiale représentent des défis majeurs que le Niger doit relever s'il veut être en mesure de mieux contrôler l'expansion de sa population et la ramener à des niveaux qui permettront une augmentation sensible des revenus par habitant.

La croissance démographique, la mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile

En l'absence d'impact sur la mortalité infanto juvénile (MIJ), et dans l'hypothèse d'un maintien des taux actuels (qui, signalons-le, ont diminué de 323/1000 à 198 pour mille entre les 2 enquêtes DHS de 1992 et 2006), parmi les 3.358.000 naissances attendues de 2005 à 2009, 373.362 enfants décéderont avant l'âge de 1 an, et 920.000 avant l'âge de 5 ans. Près de la moitié des décès seront liés à des problèmes nutritionnels.

1.3.2.2 Contexte sanitaire

Le système de santé

Depuis la conférence de Lusaka (Zambie) en 1985, et celle de Bamako en 1987 le cadre de la mise en œuvre de la politique de santé au Niger était basé sur les principes de l'initiative de Bamako. Le système de

santé est ainsi organisé conformément au scénario de développement sanitaire en trois phases et comprend trois (3) niveaux :

- **Le niveau central** : Cabinet du Ministre et directions générales et nationales garant de l'appui stratégique, ainsi que des centres nationaux de références et les hôpitaux nationaux prodiguant les soins tertiaires.
- **Le niveau régional** ou intermédiaire responsable de l'appui technique il est composé des 8 directions régionales de la Santé Publique (DRSP) ainsi que les 6 centres hospitaliers régionaux (CHR) qui apportent les soins secondaires.
- **Le niveau périphérique** ou opérationnel composé de 42 districts mais également de 637 centres de santé intégrés (CSI) fonctionnels, 2143 cases de santé (CS) dont 82% fonctionnelles pour la prise en charge des soins primaires.

Le personnel de santé

La situation du personnel de santé est caractérisée par une insuffisance en personnel médical : 1 médecin pour plus de 360 000 habitants en 2007.

Tableau 2 : Répartition du personnel du MSP par catégorie socioprofessionnelle en fin 2007

Catégories	Personnel national	Coopérants	Total	Ratio
Gynécologues –obstétriciens	18	7	25	
Capacitaires en chirurgie de district	42	0	42	
Chirurgiens,	11	15	26	
Médecins	270	6	276	
Total médecins	341	28	369	<u>1/360 036</u>
Médecins – Dentistes	13	6	19	
Pharmaciens	15	3	18	
Infirmiers (IC,IDE,TSSI)	2211	0	2211	1/6014
SFDE,TSSO	522	0	522	1/5604
Aides chirurgiens	39	0	39	
Aides anesthésistes	51	4	55	
Technicien Sup Radio	33	3	36	

Source : MSP/DRH 2008.

A l'instar des pays de la sous-région, le personnel est concentré à la capitale : cinq fois plus que dans le reste du pays. Mais avec la juste politique d'indemnisation du personnel suivant les régions on peut s'attendre à ce que cette disparité s'amenuise avec le temps.

Les infrastructures

Tableau 3 : Infrastructures par niveau de soins et par région

15

Régions	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéry	Zinder	CUN	Totaux
Cases prévues	87	95	275	376	410	330	378	0	1951
Cases construites	63	55	157	263	255	215	193	0	1201
En construction	24	40	118	113	155	115	185	0	750
CSI type 1	25	28	72	61	68	90	63	25	432
CSI type 2	14	7	13	23	16	19	42	12	146
Totaux	39	35	85	84	84	109	105	37	578
HD opérationnels	0	0	2	0	1	3	1	1	8
HD fonctionnel	1	1	3	6	2	5	4	1	23
Non fonctionnel	4	1	2	1	5	1	1	2	17
Nbre de lits	146	1001	137	3001	312	289	3001	79	1663
CHR	1	1	1	1	1	0	0	1	6
Nbre de Lits	134	132	212	331	280	0	0	120	1209
EPA							1	3	4
Nbre de Lits							412	1109	1521

Source PDS 2005-2010/MSP-LCE

En 2004, le Niger compte 438 CSI de type 1 et 140 CSI de type 2 (tous les centres de santé construits en 2003 et en cours d'être opérationnels ont été pris en compte).

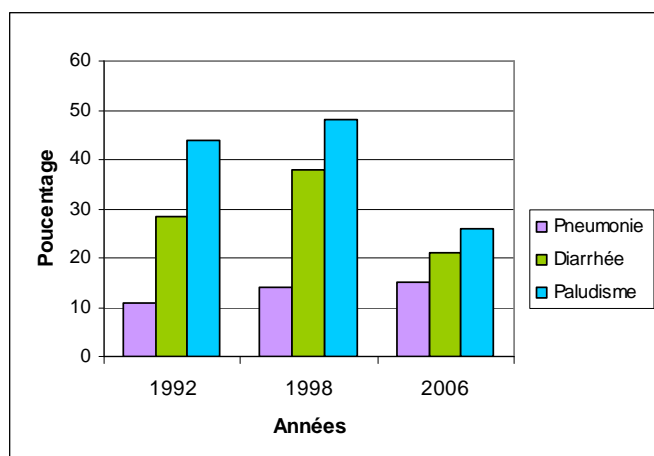
Les CHR sont des centres hospitaliers de deuxième référence, alors que les EPA dispensent des soins de niveau tertiaire.

Les cases de santé sont mises en place au niveau des villages non dotés de Centre de Santé intégré, situés au-delà de 10 Km d'un CSI. La population d'un CSI est moyenne de 10.000 habitants.

Budget alloué à la santé

La part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (Loi de Finances) a connu une augmentation, passant de 7% en 2006 à 9,5% en 2007 (Cf Plan de Développement Sanitaire 2005 – 2010), l'objectif fixé pour 2007 étant de 9%. La part du budget santé de l'Etat alloué aux Régions s'élève à 54,8% en 2007 pour un objectif fixé de 40%. Ceci témoigne de l'effectivité de la politique de déconcentration prônée par le MSP. Malgré l'effort de déconcentration, l'exécution du budget de l'Etat reste faible tant au niveau central que périphérique.

Le profil épidémiologique



(Source : EDSN, 1992, 1998, 2006)

Figure N°2 : Evolution de la prévalence des trois principales causes de morbidité chez l'enfant

Le VIH/SIDA

Les résultats de l'EDSN/MICS3 réalisée en 2006 montrent une tendance à la stabilisation de l'épidémie avec une séroprévalence de 0,70% contre 0,80% en 2002, mais la disparité entre milieu rural (0,5%) et milieu urbain (1,5%) demeure.

Dans le cadre de la prévention de la Transmission mère enfant, il existe 129 sites PTME à travers le pays en 2007. Le problème est l'approvisionnement en intrants.

Le paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité pour les femmes et les enfants. Le taux de prévalence du paludisme est passé de 6,96% en 1990 à 8,62% en 1995, 5,14% en 2000 et 6,04% en 2005. Le Taux de mortalité lié à cette maladie est en progression, passant de 0,04% en 1990 à 0,17% en 1995, 0,21% en 2000 et 0,27% en 2006 (EDSN/MICS3).

La tuberculose

Le taux de prévalence de la tuberculose est passé de 0,038% en 2000 à 0,05% en 2005 pour un taux de mortalité lié à cette maladie qui est passé de 8% en 2003 à 6% en 2005. La proportion des cas de tuberculose détectée est passée de 25,42% en 2000 à 40,2% en 2005. La proportion des cas soignés dans le cadre du traitement de brève durée sur surveillance directe (DOTS) a atteint 56% en 2005.

Tableau 4 : Evolution annuelle de la couverture vaccinale par antigène au Niger de 1999 à 2007

Antigènes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BCG	41%	35%	50%	52%	64%	72%	93%	108%	83%
DTCP 1	ND	35%	50%	40%	76%	75%	97%	114%	87%
DTCP 3	24%	23%	31%	21%	52%	62%	89%	102%	78%
VAR	28%	27%	53%	47%	64%	74%	83%	104%	67%
VAA	ND	ND	30%	30%	31%	18%	65%	58%	43%
VAT2+	45%	24%	41%	36%	40%	43%	54%	82%	69%

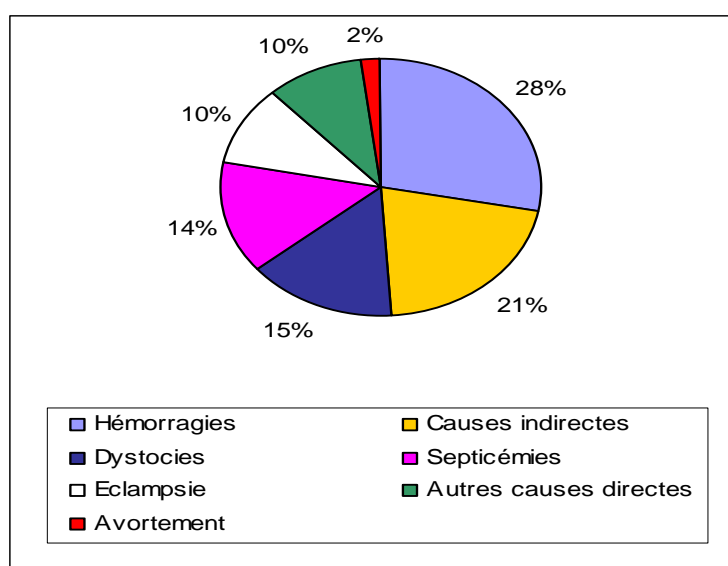
Source : Direction Nationale des Immunisations 2007

La diminution des taux de couverture en 2007 est probablement liée à la correction des données démographiques, le dénominateur revu à la hausse. Mais il semble aussi que le secteur a connu une longue rupture de stocks des antigènes.

Mortalité maternelle

Au Niger environ toutes les deux heures, une femme meurt de la grossesse, d'accouchement ou de suites de couches. Un nombre plus grand encore souffre de mauvaise santé ou d'incapacité liée à la grossesse et à l'accouchement.

En effet, **le taux de mortalité maternelle est de 648 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2006**. Ainsi, le niveau de la mortalité maternelle n'aurait pratiquement pas changé depuis l'EDSN I en 1992, avec un taux de 652 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.



Source : Etude réalisée à la maternité Issaka Gazobi 2004

Figure N°3: Grandes causes de mortalité maternelle

1.4 Méthodologie de l'évaluation

Suite aux conclusions de la réunion de la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) de Février 2008, il a été jugé nécessaire d'exécuter une évaluation finale du Programme d'appui à la mise en œuvre du PDS afin de disposer des données actuelles nécessaires à la préparation du prochain Programme Indicatif de Coopération (PIC) et à la tenue de la Commission Mixte Belgo Nigérienne prévue en Octobre 2008.

1.4.1 Approche et principes directeurs

L'approche de l'évaluation a été à la fois rétrospective et prospective : l'évaluation a dans un premier temps établi dans quelle mesure les résultats ont été atteints, et procédé à une analyse de la pertinence des résultats observés ainsi que leur durabilité probable. Ensuite l'équipe a réalisé l'analyse de facteurs de réussite et en a tiré les leçons apprises.

Les cadres logiques des sous-programmes ont été examinés pour mesurer le niveau d'atteinte des résultats à travers les indicateurs objectivement vérifiables. Les indicateurs clés du PDS ont été retenus par le SMCL en lieu et place des indicateurs initialement retenus dans le DTF. Ils ont permis d'analyser les résultats des sous-programmes SP1, SP2 et en partie SP4. Les sous-programmes SP3 et SP5 ont été analysés sur la base des indicateurs initiaux (DTF) qui paraissent plus pertinents

L'approche retenue pour réaliser cette évaluation a été fortement participative comme indiquée dans les termes de référence. Une restitution locale a été organisée à chaque fois que cela était possible pour valider les informations recueillies, notamment aux DRSP de Dosso et de Niamey pour les sous-programmes SP1 et SP2, à l'HNN pour le SP3.

Des rencontres sur le plan de travail ont été tenues avec le cabinet du MSP, la CDC, le Représentant Résident de la CTB, le premier jour pour discuter de ses divers éléments et pour recueillir leurs commentaires et suggestions. Elles ont permis d'aboutir à un calendrier général de travail

D'autre part, les équipes-terrain de même que les différentes institutions impliquées dans le Programme visitées lors de la mission ont été consultées quant à leurs attentes face à l'évaluation.

1.4.2 Les axes d'évaluation

L'évaluation du Programme s'est basée sur les critères définis dans les termes de référence :

- la pertinence ;
- l'efficacité ;
- l'efficacités ;
- la durabilité :
- la cohérence ;
- l'impact ;
- l'appropriation ;
- ainsi que les thèmes transversaux, notamment l'égalité entre femmes et hommes, le VIH/SIDA.

Par ailleurs les limites d'évaluation du projet feront l'objet d'une analyse complémentaire

1.4.3 Organisation du recueil des données

Deux types d'informations ont été recueillis par l'équipe d'évaluation :

- Les unes relatives aux indicateurs qualitatifs
- Les autres, portant sur les indicateurs quantitatifs.

Ces différentes données ont été obtenues par :

- la revue documentaire ;
- les entretiens individuels et de groupes ;
- les observations sur le terrain;
- les mini restitutions des résultats avec les différents acteurs des projets.

1.4.4 La revue documentaire :

Les conventions, le DTF et les documents de formulation de projet ainsi que les différents rapports ont servi de référentiel à la mission.

1.4.5 Les entretiens individuels, les instances de référence sont :

Au niveau central et intermédiaire

- le cabinet du Ministre de la santé,
- le Secrétariat Général du MSP,

- le Conseiller de la Coopération Internationale de l'Ambassade de Belgique,
- la Représentation Résidente de la CTB au Niger,
- les directions centrales et les services déconcentrés du Ministère de la Santé Publique,
- la Direction du programme (PAPDS),
- les assistants techniques et le personnel d'appui œuvrant dans les sous programmes,
- les membres de la SMCL,
- les Partenaires Techniques et Financiers du secteur, tant à Niamey qu'à Dosso,
- les autorités locales des zones d'intervention,
- les populations des zones couvertes (femmes et hommes), les Comités de gestion des centres de santé,
- les autres agences/projets/programmes intervenant dans le secteur de la santé des zones d'intervention du Programme,
- les autorités régionales de Dosso, notamment le Gouverneur et le secrétaire général du gouvernement
- les autorités provinciales de Dosso : DJERMAKOYE
- La Faculté des Sciences de la Santé
- L'Institut de Santé Publique

Les membres du suivi scientifique, résidant tous en Belgique n'ont pu être rencontrés

1.4.6 Les observations sur le terrain

L'équipe a visité les sites du programme, notamment :

- les districts sanitaires I et III de la Communauté Urbaine de Niamey,
- la Région Sanitaire de Dosso : le CHR et les DS de Gaya, Dosso, Douchi, Boboye, les partenaires techniques et financiers,
- le DS de Ouallam et son centre de perfectionnement CPADS,
- l'Hôpital National de Niamey.

1.4.7 Triangulation

Les différentes sources ou types d'informations ont permis de vérifier et de soutenir les appréciations ou points de vue.

1.4.8 Produits attendus

Un Aide-mémoire comprenant d'une façon synthétique l'ensemble des observations et recommandations exprimées par la mission d'évaluation. L'Aide-mémoire constitue la base du rapport provisoire et a été remis au MSP et à la Représentation Résidente de la CTB lors de la réunion de restitution organisée le dernier jour de la mission au Niger.

Le rapport provisoire est élaboré en intégrant dans l'aide mémoire les observations pertinentes faites par les différentes parties lors de la réunion de restitution. Ce rapport sera transmis au MSP et à la Représentation de la CTB au plus tard 10 jours après la fin de la mission. Il pourra faire l'objet d'observations de la part du MSP, de la Représentation Résidente de la CTB, du Responsable et du Coresponsable du Programme ainsi que du siège de la CTB dans un délai de 7 jours.

Le rapport définitif sera transmis au MSP et à la Représentation Résidente de la CTB au plus tard 5 jours après la période prévue pour la réception des commentaires.

1.4.9 Composition de l'équipe

La mission était composée

- Dr DOSSOUVI Christophe, médecin de santé publique, consultant international, chef de mission, BEST-SD, Parakou, Bénin
- Dr HAMMA Soumana Adamou, médecin de santé publique, consultant national
- Dr DOSSOU Francis, chirurgien, consultant international, BEST-SD, Parakou, Bénin
- Dr TOURE Abdoul, chirurgien, consultant national

1.4.10 Programme de la mission (cf. programme en annexe)

La mission a eu lieu du 11 septembre au 7 octobre 2008. Le programme a été validé avec l'ensemble des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet ainsi que les acteurs stratégiques au niveau du Ministère de la Santé.

2. ANALYSE DU CADRE LOGIQUE

2.1 La logique conceptuelle du programme

Chaque sous-programme a son cadre logique dont les résultats contribuent à l'atteinte de l'objectif spécifique qui lui contribue bien à l'atteinte de l'objectif général.

Il existe une relative logique verticale entre les résultats intermédiaires des sous-programmes et l'objectif spécifique. Les activités paraissent pertinentes.

Le sous-programme SP3 l'Hôpital National de Niamey présente cependant une faible cohérence avec l'objectif spécifique. On se demande pourquoi l'orthopédie-traumatologie trop spécialisée et spécifique plutôt que la chirurgie tout court puisqu'il s'agit ici de former en Capacité Chirurgicale de District et en DES de chirurgie générale et non en orthopédie et traumatologie.

2.2 La logique horizontale

2.2.1 Les indicateurs

Le DTF a retenu un certain nombre d'indicateurs objectivement vérifiables en rapport avec l'objectif spécifique du programme et les résultats. La majeure partie des indicateurs du DTF relève du processus et non des indicateurs de résultat. Ce qui rend la mesure difficile, voire aléatoire. Bon nombre des indicateurs sont des indicateurs de qualité :

- Part du temps passé par les médecins de la DRSP dans les DS

- Existence d'un plan de couverture sanitaire de la CUN
- Affectation d'un homologue chirurgical O.T.
- Etc. ...

Le niveau attendu des indicateurs est rarement précisé.

Le SMCL a recommandé d'adapter les indicateurs du programme à ceux du PDS. Ainsi les sous-programmes SP1, SP2, SP4 sont suivis sur la base des indicateurs du PDS. Le nombre de ces indicateurs (42 et plus) nous paraît cependant pléthorique. On pourrait mettre l'accent sur les dix indicateurs clefs du PDS.

Les sous-programmes SP3 et SP5 ont gardé les indicateurs initiaux prévus dans le DTF. Ils paraissent plus pertinents.

2.2.2 Les hypothèses

Les suppositions retenues dans le cadre logique sont globalement au nombre de 7

- La SRP est mise en œuvre et donne les résultats escomptés (les niveaux de vie, d'éducation, d'alphabétisation, ...) augmentent.
- La paix civile est maintenue.
- Il n'y a pas de catastrophe naturelle ni épidémiologique.
- Les attitudes face à la santé deviennent plus actives
- Les cadres centraux du MSP/LCE reconnaissent le mandat de la cellule d'appui institutionnel chargée de renforcer la capitalisation au niveau national des résultats du terrain.
- Les PTF prennent en compte les résultats obtenus dans les zones d'intervention du programme
- Un financement est disponible pour l'exécution des plans.

Les suppositions retenues nous paraissent pertinentes, cependant l'hypothèse relative à la catastrophe naturelle ne peut ni être évaluée pour en connaître la probabilité de survenue, ni faire l'objet d'un suivi afin d'en contrôler la survenue. C'est une supposition « fatale » qui ne devrait pas à notre avis être retenue.

En ce qui concerne les autres hypothèses :

- La mise en œuvre de la SRP se poursuit. Les résultats ne sont pas encore atteints.
- Depuis février 2007, une nouvelle rébellion est née dans le Nord du pays créant un problème d'insécurité surtout dans la partie Nord du pays. Les zones opérationnelles d'intervention du PAPDS sont peu concernées.
- Il n'y pas d'éléments qui prouvent un changement notoire dans les attitudes face à la santé
- la cellule d'appui institutionnel est bien acceptée par les cadres centraux, régionaux et de district du MSP. Son soutien est bien apprécié.
- Un système de coordination mis en place fonctionne avec des chefs de File au niveau central et régional, créant un cadre adéquat d'informations et de prises de décisions des PTF avec le MSP.
- les salaires du personnel sont payés régulièrement Ils reçoivent en outre des primes d'éloignement
- le marché pour l'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques est fonctionnel.

2.2.3 Les limites de l'évaluation

La capacité de réponse des membres des équipes des sous-programmes à cette demande de données et le degré de conformité de cette réponse a eu une incidence certaine sur la portée effective de l'exercice d'évaluation – et sur ses limites – et ce, par rapport à tous les axes. En effet, pour que puisse se faire adéquatement cette évaluation finale, l'équipe d'évaluation devait être en mesure d'apprécier le degré et la nature des résultats effectivement atteints à ce jour (axes efficacité et impact) et notamment d'établir des liens de corrélation entre ces résultats et leur potentiel de durabilité, de même qu'entre ces résultats et la pertinence, l'efficacité, la gestion des Projets dans leur ensemble.

L'absence d'évaluation à mi-parcours que la présente devrait confirmer et conforter constitue une limite supplémentaire à cette évaluation.

3. MISE EN OEUVRE ET REALISATIONS

Les éléments de mise en œuvre sont déclinés par sous-programme autour des résultats intermédiaires attendus dans chacun des districts sanitaires.

3.1 Sous-programme SP1 : la Région Sanitaire de Dosso

Ce sous-programme compte cinq résultats

3.1.1 Réalisation des activités

Tableau 5 : Niveau de réalisation physique des activités par le PAPDS

Taux de réalisation physique du PAPDS Dosso				
Année	2006	2007	1er semestre 2008	Global
DRSP	60	75	48	62
CHR	55	47	36	47
DS Dosso	44	57	42	47
DS Doutchi	37	58	35	43
DS Boboye	63	75	40	59
DS Gaya	32	81	56	47
DS Loga	35	61	40	46
Total	45	64	42	50

Source: AT DRSP/Dosso

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

Il s'agissait de:

- L'élaboration et à la mise en œuvre du PDSR. C'est le point fort de la DRSP de Dosso avec notamment
 - ✓ La coordination des PTF : l'AT international en est le chef de file On note également une collaboration au niveau opération de certains projets comme le « Projet d'appui à la mise en place des entités décentralisées de la région de Dosso » (PAMED), le projet « Augmentation des revenus monétaires des femmes de la région de Dosso » dans son volet OFS
 - ✓ L'élaboration du PDSR et appui à élaboration des PDS
 - ✓ Les revues du PDSR
 - ✓ L'édition d'un Bulletin d'info AREWA
- Renforcement des capacités d'appui aux districts sanitaires : formation en management de district, en CCD, supervision, encadrement de proximité pour la mise en place de CSI modèles.

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

Les activités sont relatives :

- Au renforcement de l'ECD
- A la formation continue du personnel

- Au fonctionnement rationnel de l'HD et des CSI
- A l'érection de DS de Dosso en terrain de stage.

Bon nombre des activités n'ont pas été réalisées pour les raisons essentiellement liées à l'instabilité de l'ECD, notamment :

- La mise en place des outils de référence et contre référence
- Appui à la micro planification des CSI ;
- Prime des CSI en rapport avec la maintenance

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

Les activités afférentes sont :

- Renforcement de l'ECD
- Renforcement de la formation continue du personnel
- Appui au fonctionnement de l'HD et des CSI
- Appui à l'érection de DS de Doutchi en terrain de stage.

Le niveau de réalisation physique des activités faible : 43%.

Les activités relatives aux formations et aux réhabilitations des infrastructures et aux équipements ont été les moins réalisées probablement liées aux difficultés de procédures d'acquisition du marché publique.

Le DS de Doutchi met progressivement en place un DS et des CSI modèle. Une recherche action est en cours pour tester un système d'encadrement rapproché au niveau ECD, CSI et HD devant conduire à un **district fonctionnel** pour une meilleure santé des populations.

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

Les activités suivantes devraient permettre d'atteindre ce résultat :

- Renforcement de l'ECD
- Renforcement de formation continue du personnel
- Appui au fonctionnement de l'HD et des CSI

Le niveau de réalisation des activités est également faible pour les mêmes raisons :

- DAO non aboutis ;
- Insuffisance de capacité d'accueil au CPADS de Ouallam.

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

Les activités suivantes devraient permettre d'atteindre ce résultat :

- Renforcement de l'EC du CHR
- Renforcement de formation continue du personnel
- Fonctionnement rationnel du CHR

Les constats sont identiques ceux des résultats précédents. Les travaux de réhabilitation notamment du circuit électrique n'ont pas été réalisés

3.1.2 Analyse de la planification des activités

Seulement 50% des activités prévues ont été réalisées jusqu'à ce jour, ce qui paraît faible à moins de 6 mois de la fin officielle du programme. Il faut noter cependant que des activités concernant les investissements en infrastructures, en équipements, en mobiliers et en motos sont en cours et pourraient permettre d'augmenter très sensiblement le niveau de réalisation des activités.

Les retards de planifications sont en rapport avec plusieurs facteurs :

- Planification trop optimiste, et perturbée par les activités non programmées
- Retard à l'adoption du plan d'action (mars 2007)

- Non maîtrise des procédures par les gestionnaires des structures appuyées
- Retards ou absence de soumission de requêtes
- Les retards survenus dans les réhabilitations et l'équipement des formations sanitaires ont une influence négative sur la qualité des services et la motivation des acteurs. Les activités de formation non réalisées sont en cours dans les districts sanitaires.

Un problème paraît récurrent : les dossiers d'appel d'offre (DAO) n'aboutissent pas. Malgré la présence d'un manuel de procédures, les gestionnaires ne maîtrisent pas les procédures. L'équipe des évaluateurs pense que les gestionnaires n'ont pas reçu l'encadrement nécessaire pour maîtriser les procédures : formations et encadrements de proximité.

L'élaboration des DAO est un exercice de spécialistes capables d'indiquer les caractéristiques spécifiques des infrastructures et des équipements. Il semble que les équipes opérationnelles ont encore du mal à maîtriser cela. Les compétences existent certainement à la DIES, mais pas dans les DS.

3.1.3 Evolutions des indicateurs

Tableau 6: Evolution des IOV de 2006 à 2008 dans la région sanitaire de Dosso

INDICATEUR DE SUIVI DU PDS	Niveau de base	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	Attendu 2008
% des populations ayant accès aux centres de santé offrant le PMA	39	40	41	42	50
Taux d'exécution des activités du PAA	53	50	66	51	80
Taux d'exécution des budgets du PAA	DND	26	64	46	80
% des formations sanitaires disposant du personnel selon les normes	DND	30	22	19	50
Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI et HD	DND	5	10	2,65	5
Taux d'utilisation des soins curatifs	15	21	30	25	30
Pourcentage de HD pratiquant les soins obstétricaux d'urgence complets	ND	0,0	75	75	40
Taux de Couverture en structures SONUB	ND	29	43	14	85
Taux de couverture en CPN	54	54	78	82	80
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	9	12	14	21	20
Taux d'utilisation de la PF	3	5	8	9	10
Taux de Couverture DTCP 3	87	100	96	86	95
Taux de Couverture VAR	75	94	88	76	95

Source : Données du système d'information sanitaire DRSP Dosso (SPIS)

De manière générale on note que l'insuffisance en personnel et l'accessibilité géographique aux soins constituent pour le Région Sanitaire de Dosso d'importants facteurs limitant la demande de soins curatifs et en accouchements assistés. Bien que encore faible, le taux d'utilisation des soins est en progression entre 2006 et 2008. Cette progression provient essentiellement de la gratuité des soins chez les enfants de 0-5 ans introduite en 2007.

Les couvertures en soins préventifs (CPN et antigène du PEV) paraissent excellentes. Ces résultats encourageants sont liés aux activités avancées, en foraines organisées par les CSI, mais aussi à la gratuité de la CPN qui a démarré en 2007.

La couverture en structures SONUB est en rapport avec l'accessibilité des populations aux PMA. On note avec satisfaction que la région sanitaire de Dosso a 75% de ses HD qui pratiquent les soins obstétricaux d'urgence complets. Cette performance est probablement liée à la disponibilité des médecins à compétence chirurgicale dans cette région

3.1.4 Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme1

3.1.4.1 Forces

Au nombre des forces de la région sanitaire

- Le processus de planification suivi évaluation
- La régularité des supervisions de la DRSP vers les ECD
- La tenue régulière des réunions du comité technique du CHR
- La mise en place à la DRSP des points focaux
- Le renforcement progressif des CSI.
- Les blocs opératoires des hôpitaux de district de Douthi, Gaya et Loga fonctionnent et sont supervisées régulièrement par les assistants techniques régionaux du PAPDS.
- Le démarrage d'une recherche action sur le « Développement progressif d'un district sanitaire fonctionnel à Dogondoutchi,
- Le démarrage d'une recherche action sur l'accessibilité aux soins et services pour les populations les plus démunies, dans le CSI de Koré Maïroua (district sanitaire de Dogondoutchi)
- Recherche action sur le maintien en poste rural des médecins formés en capacité de district dans les trois hôpitaux de district de la Région de Dosso ayant des blocs opératoires
- Le renforcement de la capacité gestionnaire des districts avec des ECD formées en management de district
- Un service de maintenance fonctionne avec l'appui de l'expert biomédical du PAPDS
- Redynamisation du système de référence et contre référence
- Poursuite du fonds social de santé au CHR pour la prise en charge des démunis

3.1.4.2 Faiblesses

- L'insuffisance notoire en personnel
- Le faible niveau d'exécution des activités
- La non maîtrise des procédures en général et des DAO en particulier
- Les infrastructures ne répondent plus aux normes : vétusté et exigüité

3.1.4.3 Opportunités

- La concertation et la mobilisation des PTF autour des PDS
- La mise en place d'un conseil médical regroupant tous les médecins de la ville de Dosso
- L'approche sectorielle

3.1.4.4 Menaces

- L'absence d'imageries au CHR de Dosso et dans la région

- L'état de délabrement avancé de l'HD de Gaya et de la maternité de l'HD de Douthi;
- L'extrême instabilité et mobilité des agents de santé

3.1.5 Résumé

3.1.5.1 Les acquis à consolider

- Importante capacité en chirurgie de District avec des blocs opératoires de district opérationnels
- Districts modèles
- Processus de planification, suivi-évaluation dynamique
- Recherche-action en cours

3.1.5.2 Des défis à relever

- Pas d'accent particulier sur les ressources humaines affectées aux tâches techniques
- Équipements techniques insuffisants et désuets (Appareil de radiologie du CHR de Dosso)
- Infrastructures vétustes et exiguës, voire dangereuses (HD Gaya, maternité HD Douthi)
- Absence de politique de gestion de l'environnement: incinérateurs dépassés.

3.1.6 Recommandations

- Consolidation des acquis du programme
 - ✓ Management du district
 - ✓ Amélioration chaîne planification suivi évaluation
 - ✓ CCD
 - ✓ District et CSI modèles
 - ✓ Recherche-action
- Réflexion sur la fonctionnalité des hôpitaux:
 - ✓ Circuit du malade
 - ✓ Plateau technique
 - ✓ Infrastructures et équipements
 - ✓ Mise en place d'un mécanisme pérennisation des compétences
- Poursuite du processus de concertation des PTF à chaque niveau
- Des urgences à régler :
 - ✓ La maternité de l'hôpital de Douthi, dont la réhabilitation est déjà programmée
 - ✓ L'appareil de radiologie du CHR
 - ✓ La reprise de l'HD de Gaya.

Bien que ne se trouvant pas dans le PTF, il nous paraît important que ces deux derniers points fassent l'objet d'une recherche de solution. Les populations de Gaya et de Dosso en font une préoccupation majeure.

3.2 Sous-programme2 : la communauté Urbaine de Niamey

Trois résultats sont attendus dans ce sous-programme

3.2.1 Réalisation des activités

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

Il s'agit de :

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de couverture sanitaire au niveau de la CUN de Niamey
- Renforcer les capacités d'appui aux DS

L'essentiel des activités prévues ont été réalisés, notamment :

- L'élaboration et les revues du PDRS

- Le renforcement de capacités de la DRSP en matière de supervision
- Les formations dans le cadre de renforcement de capacité ;
- La mise en place d'un cadre de concertation avec les PTF

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

Les activités suivantes devraient permettre d'atteindre ce résultat :

- Renforcement de capacités de l'ECD
- Formation continue du personnel
- Rationalisation du fonctionnement de l'HD et des CSI
- Amélioration de la couverture sanitaire des CSI

Il faut souligner que :

- Un service de garde d'urgence chirurgicale a été mis en place courant avril 2007. Il a fonctionné presque régulièrement depuis cette date. Aussi la prise en charge des urgences gynéco obstétricales 24H/24 est devenue effective. Cependant il n'y a pas de garde couchée avec présence effective à l'hôpital. En cas d'urgence l'ambulance de l'hôpital est chargée de faire le tour des domiciles pour mobiliser l'équipe de garde. Il est évident que cette mobilisation de l'équipe peut prendre des fois beaucoup de temps.
- Par contre la non réalisation d'un nombre significatif d'activités est due au changement de leader de l'ECD.
- La formation en management de district du médecin-chef n'a pas encore lieu.

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

Une bonne partie des activités a été réalisée malgré la grande mobilité de l'ECD pour des raisons de formation : MCA en formation de capacité de chirurgie pendant 9 mois, formation à Ouallam de 2 membres pendant 2 mois ½, formation à Ouidah d'un membre pendant un mois). Ce fait explique la non réalisation de certaines activités de routine.

La construction l'HD du DSI a fait l'objet d'une étude approfondie, mais finalement sa réalisation est reportée pour la prochaine phase.

3.2.2 Evolution des indicateurs.

Tableau 7 : Evolution des indicateurs dans à la CUN

Indicateurs	2006	2007	1 ^{er} SEM 2008	Objectif 2008
Pourcentage des centres de santé menant des activités foraines	0%	100%	100%	70%
Taux d'exécution des budgets au niveau régional	44%	30%	47%	70%
Pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes (CSI, HD, CHR)	95 %	98%	98 %	80%
Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI,	0,05%	0%	4%	5%
	0%	0%	0%	
	0 %	10%	0%	

Pourcentage de population ayant accès aux centres de santé offrant le PMA 0-5km	65%	65%	65%	70%
Taux d'utilisation des soins curatifs	22%	30%	40%	40%
Pourcentage d'hôpitaux de district pratiquant les soins obstétricaux d'urgence complets	0%	100%	100%	
Couverture en structures SONUB	0%	29%		
Taux de couverture CPN	69%	73%	94%	55%
Taux de prévalence contraceptive	12%	19%	26%	13%
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	50%	64%	57%	22%
Taux de couverture DTC3	79%	85%	81%	65

Source : Données du système d'information sanitaire DRSP CUN (SPIS)

En dehors du taux de réalisation budgétaire qui apparaît faible au regard du taux attendu, les indicateurs de suivi du PDS/PAPDS sont bons

3.2.3 Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme2

3.2.3.1 Forces

- Processus de planification, suivi-évaluation
- Capacité d'appui aux DS améliorée
- Démarrage d'une recherche action sur le développement progressif des CSI et de l'HD en 2008 au DS III
- Elaboration du plan de couverture sanitaire régional et pour chaque district sanitaire
- Elaboration du Plan directeur de l'hôpital du district Niamey I en cours
- Renforcement du bloc chirurgical du district sanitaire Niamey III.
- Extension de la couverture géographique par la construction et l'équipement du CSI de Bangabana dès la 1^o année du projet

3.2.3.2 Faiblesses

- Il y a un grand retard par rapport aux prévisions du DTF en termes d'investissement
- L'insuffisance dans l'organisation de la prise en charge des urgences à l'HD III
- La non fonctionnalité du, CSI de Bangabana construit dès la première année du projet et qui n'est pas encore équipé

3.2.3.3 Opportunités

- L'approche sectorielle
- La concertation et la mobilisation des PTF autour des PDS et du PDSR

3.2.3.4 Menaces

- L'extrême instabilité et mobilité des agents de santé
- Pléthore de personnel en milieu urbain mettant les CSI hors normes de gestion.

3.2.4 Résumé

3.2.4.1 Les acquis à consolider

- Importante capacité en chirurgie de District
- Processus de mise en place d'un District modèle au DSIII
- Processus de planification, suivi-évaluation dynamique
- Démarche Assurance Qualité en cours au DS III
- Recherche-action en cours

3.2.4.2 Des défis à relever

- Absence de politique de gestion de l'environnement: incinérateurs dépassés
- Organisation de la santé urbaine à Niamey
- Rationalisation de la gestion des ressources humaines

3.2.5 Recommandations

- Poursuivre :
 - ✓ Coordination des PTF de Niamey
 - ✓ Recherche action
 - ✓ Institutionnalisation de l'Assurance qualité au DS III
- Veiller à la formation du médecin-chef de district III en management de district
- Construire l'HD de DSI de Niamey

3.3 Sous-programme3 : Service d'orthopédie traumatologie de l'HNN

Quatre résultats sont attendus dans ce sous-programme.

3.3.1 Réalisation des activités

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

Il s'agit de :

- Doter le département d'orthopédie-traumatologie d'un chirurgien
- Fournir le matériel chirurgical complémentaire
- Appuyer le fonctionnement du département

Toutes les activités ont été réalisées, trois chirurgiens Nigériens ont été affectés dans le département.

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

L'atteinte de ce résultat passe par les activités ci-après :

- Former un successeur à l'AT chirurgien
- Planifier la relève

La relève technique est largement assurée avec 3 chirurgiens affectés dans le département. .

Résultat 3: Le DES de chirurgie est appuyé.

- Assurer la formation théorique et pratique des médecins en spécialisation de DES de chirurgie
- Supporter les bourses à l'intérieur et à l'extérieur

Il faut noter que :

- La spécialisation en chirurgie générale est assurée dans le cadre du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de chirurgie:
- 6 bourses-projet ont été allouées (Rapport 2007)

- Nombre de médecins en spécialisation de chirurgie générale (DES) : 33 DES sont actuellement en formation
- D'ici 4 ans le nombre de chirurgiens aura passé de 11 à 47 (Rapport PAPDS 2007)

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

Les activités :

- Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district
- Donner des cours aux étudiants en chirurgie de district
- Participer à l'encadrement des hôpitaux de district en matière de chirurgie

La disponibilité en CCD dans les hôpitaux de district couverts par le PAPSD est de 100% alors qu'au niveau national, le nombre de HD pratiquant la CCD est passé de 8 à 24 entre 2004 et 2008.

3.3.2 Evolution des indicateurs.

Tableau 8 : Niveau des indicateurs au service d'orthopédie-traumatologie de l'HNN

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

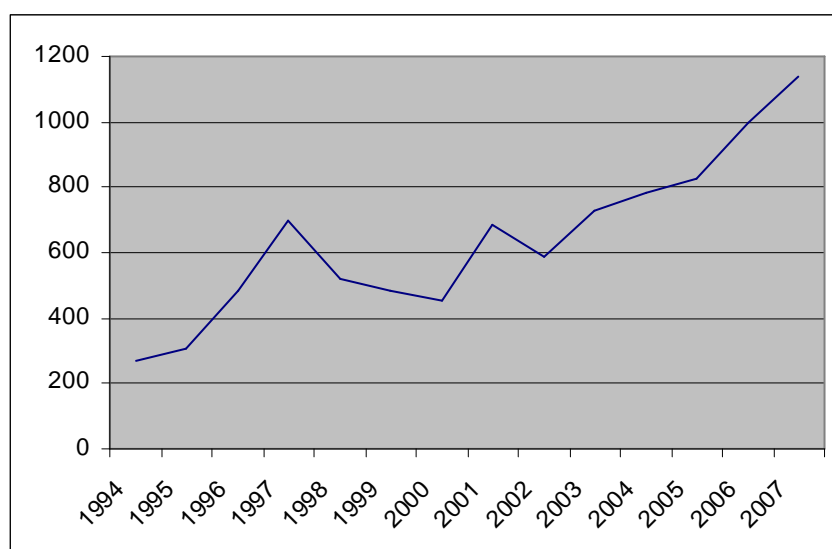


Figure N°4: Evolution du nombre d'interventions OT pratiquées à l'HNN

3.3.3 Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme3

3.3.3.1 Forces

- Les activités opératoires ont été assurées (voir annexe 01 SP3)
- 18 médecins sont formés en DES de chirurgie janvier 2008 et 23 autres sont actuellement en formation.
- Appui technique à la formation des médecins en chirurgie de district a été effectué : 21 en 2005-2006, 21 en 2006-2007 et 14 en cours pour 2007-2008.
- Supervision des activités des blocs chirurgicaux de district de la Région de Dosso.
- La formation de médecins en chirurgie générale au Niger a été appuyée dans sa création et sa poursuite par le SP3 et 28 médecins sont actuellement en cours de formation. Fin 2009, 33 chirurgiens auront été formés sur place.

3.3.3.2 Faiblesses

- La relève administrative et gestionnaire ne semble pas être assurée
- Le service d'orthopédie-chirurgie paraît encore être l'affaire du seul AT
- La relève technique ne paraît pas faire l'objet d'un consensus dégagé au sein de l'équipe du département.

3.3.3.3 Opportunités

- L'approche sectorielle
- La concertation et la mobilisation des PTF autour des PDSR et des PDS
- La disponibilité du personnel chirurgical dans un proche avenir.

3.3.3.4 Menaces

- L'équipe du département d'orthopédie et de traumatologie déplore la gestion solitaire de l'AT.
- L'expérience de gestion du département d'orthopédie-traumatologie non partagée avec le chef dudit service

3.3.4 Résumé

3.3.4.1 Les acquis à consolider

- La référence en matière de chirurgie orthopédique et traumatologique à l'échelle du Niger
- L'encadrement de DES en chirurgie
- La contribution à la mise en place de CCD
- La supervision technique des blocs de chirurgie tant au CHR qu'aux HD

3.3.4.2 Des défis à relever

- Préparer la relève de la gestion du département
- Maintenir le niveau de performance actuelle du département

3.3.5 Recommandations

La question de la relève de l'assistance technique devra faire l'objet d'une réflexion approfondie au sein de l'équipe du département d'orthopédie-chirurgie. La disponibilité de compétences en orthopédie-chirurgie ne fait l'objet d'aucun doute.

Il faudrait :

- Assurer la consolidation des acquis du sous-programme
 - ✓ Poursuivre la formation en DES de chirurgie et en CCD
 - ✓ Mettre en place des mécanismes durables d'appui du service : budgétisation, plan d'équipement, etc.

- ✓ Assurer la motivation des personnels cadres de soutien
- Entamer une réflexion sur la fonctionnalité du service:
 - ✓ Circuit du malade
 - ✓ Plateau technique
 - ✓ Infrastructures et équipements
- Mettre en place un mécanisme de pérennisation des compétences
- Assurer la relève de l'assistance technique par le MSP en appuyant directement le niveau opérationnel central représenté ici par l'HNN : mise en place de mécanismes durables d'appui au service d'orthopédie-traumatologie mais aussi au reste du bloc opératoire en développant un meilleur processus de gestion : budgétisation ascendante, plan d'équipement, incitation du personnel à la performance, à la bonne collaboration et au travail en équipe

Le suivi scientifique de l'IMT a contribué à la documentation, l'enrichissement des réflexions sur les thèmes de la chirurgie de district, la recherche action, la mise en place des DS modèles.

3.4 Sous-programme 4 : les institutions de formation et le Centre de Formation de Ouallam

Trois résultats sont attendus dans ce sous-programme

3.4.1 Réalisation des activités

Résultat 1: Le District Sanitaire de Ouallam fonctionne comme un DS modèle et assure la formation en management de DS

Il s'agit de :

- Renforcer le centre de formation en management de DS de Ouallam
- Renforcer les capacités de l'ECD de Ouallam
- Assurer la formation continue du personnel du DS
- Renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI

Les réalisations ont porté sur : la construction du domicile du coordonnateur du centre, d'un bureau avec salle de bibliothèque, l'équipement de la salle de formation en mobilier, matériel didactique et informatique et la dotation d'un véhicule pour les stages. Le programme de formation a été révisé et le centre dispose d'un statut juridique qui le rattache à la Direction des Ressources Humaines du Ministère.

Le centre a organisé depuis le démarrage du PAPDS cinq sessions de formation totalisant 78 agents des équipes ECD et DRSP.

Les activités relatives à l'équipement du domicile du responsable du centre, la construction d'un deuxième bureau pour les encadreurs, la dotation de l'HD en ambulance et en véhicule de supervision n'ont été réalisées

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

Pour l'atteinte de ce résultat les activités ci-après ont été réalisées:

- Aménager une salle de formation pour chirurgie DS
- Appuyer l'équipement en matériel didactique, informatique et de reproduction
- Appuyer la fourniture de matériels et consommables chirurgicaux
- Suivre les stagiaires en chirurgie de district et en management après la formation
- Appuyer la documentation
- Appuyer la conception du diplôme en chirurgie de district.

L'intégration de la formation de Ouallam dans le programme d'enseignement de la FSS fait en ce moment l'objet d'une réflexion entre le CPADS et la FSS

Résultat 3: Les institutions de formation sont appuyées.

- Mettre en place des terrains de stage modèles aux DS de Ouallam, Commune III, Dosso et Douthi
- Encadrer les étudiants des institutions de formation pour leurs thèses
- Donner certains cours dans les institutions de formation
- Appuyer les institutions de formation ENSP et ISP selon les besoins identifiés, notamment pour le suivi des stagiaires sur les terrains de stage
- Suivre les stagiaires en chirurgie de district et en management après la formation

Hormis l'encadrement de thèses et mémoires les institutions de formation ENSP et ISP n'ont pas été réellement pris en compte par le programme. La mise en place de terrain de prévus, est en cours de réalisation.

3.4.2 Evolution des indicateurs.

Tableau 9: Evolution des indicateurs dans le DS de Ouallam

INDICATEURS DE SUIVI DU PDS	Niveau de base 2005	Niveau atteint en 2006	Niveau atteint en 2007	Niveau atteint 1Trim 2008	Niveau attendu 2008
% des populations ayant accès aux centres de santé offrant le PMA	ND	26%	31,8%	32%	70%
Taux d'exécution des activités du PAA	ND	50%	45%	57,42%	70%
Taux d'exécution des budgets du PAA	ND	42%	44%	62,88	70%
% des formations sanitaires disposant du personnel selon les normes	ND	59%	43%	60%	80%
Taux de rupture des six molécules essentielles par niveau	20%	10%	0,42%	0,41%	5%
Taux d'utilisation des soins curatifs	20%	18%	31%	25%	40%
Taux de couverture en CPN	42%	65%	85%	83%	55%
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	16%	10%	12%	11%	22%
Taux d'utilisation de la PF	4%	7%	8%	9%	13%
Taux de Couverture DTCP 3	53%	84%	85%	76%	65%

Source : Revue de la mise en œuvre à mi-parcours des PAA, Ouallam, juin 2008

34

L'accessibilité aux PMA dans le DS de Ouallam est faible, le personnel qualifié insuffisant. Les niveaux de réalisation physique et financière paraissent aussi insuffisants. L'utilisation en soins curatifs et en accouchements assistés par un personnel qualifié est faible.

Grâce aux PMA offerts en tournées foraines (80% des CSI) les couvertures en soins préventifs sont excellentes.

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

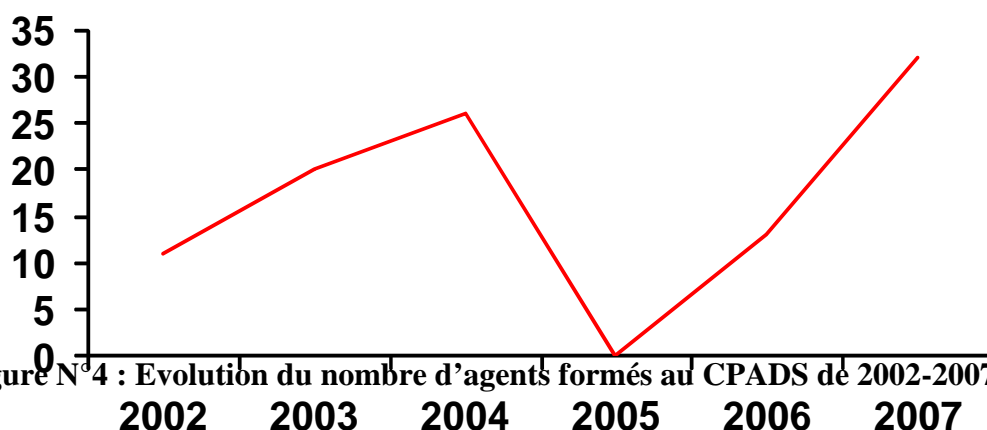


Figure N°4 : Evolution du nombre d'agents formés au CPADS de 2002-2007

La demande en formation au CPADS est en constante croissance.

3.4.3 Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme4

3.4.3.1 Forces

- ◆ CPADS/DS de Ouallam :
 - La renommée du CPADS
 - L'augmentation du nombre d'encadreurs permanents
 - La régularité des sessions de formation des membres des équipes cadres de district depuis 2005
 - Appui au fonctionnement du CPADS et du district sanitaire de Ouallam qui est le district de démonstration pour le CPADS
 - Amélioration des conditions de travail (Appui logistique, matériel technique et infrastructures du CPADS et du district sanitaire de Ouallam
 - L'existence d'un pool de formateurs nationaux ;
 - Le suivi scientifique par l'IMT
 - La reconnaissance du centre par le MSP et les PTF
 - La collaboration avec la FSS et les autres instituts de SP
 - L'organisation des activités en stratégies avancée et mobile ;
 - La régularité de la supervision des CSI

- ◆ FSS :
 - L'engagement de l'équipe décanale à poursuivre l'expérience de la formation en chirurgie de district
 - Appui à la conception du programme de formation en chirurgie de district
 - Participation au Comité de gestion de la formation en chirurgie de district
 - Participation à la Formation et Financement des bourses d'études des médecins en DES de chirurgie
 - Appui technique à la supervision des activités des blocs chirurgicales des districts sanitaires du pays qui entre dans le cadre de l'encadrement post formation des capacitaires en chirurgie de district.

3.4.3.2 Faiblesses

- L'instabilité et la mobilité des membres de l'ECD
- L'implication insuffisante des cadres de district dans l'enseignement théorique du CPADS
- Faible intégration des activités entre le CPADS et le District Sanitaire
- La faible capacité d'accueil du centre ;
- Le niveau de fonctionnement insuffisant de l'HD comme cadre de démonstration par absence de l'aide-anesthésiste
- Le nombre insuffisant d'encadreurs permanents ;
- L'insuffisance du suivi après formation des stagiaires
- L'insuffisance quantitative du personnel des CSI ;
- La faiblesse de la couverture sanitaire
- La vétusté du parc auto-moto

3.4.3.3 Opportunités

- La demande croissante en formation
- L'ouverture offerte par la FSS d'insérer dans ses curricula les modules de formation en management de district
- Des opportunités existent à l'extérieur du Niger

3.4.3.4 Menaces

- L'instabilité des membres de l'ECD
- Possibilité de concurrence dans la sous-région.

3.4.4 Résumé

3.4.4.1 Les acquis à consolider

- La poursuite de la formation des cadres des districts en management de district
- La poursuite de la révision des modules de formation
- L'encadrement de proximité des CSI afin d'augmenter le nombre de CSI de démonstration

3.4.4.2 Des défis à relever

- Rendre le DS de Ouallam fonctionnel et le maintenir comme modèle
- Maintenir le niveau de performance actuelle du CPADS
- Meilleure intégration des activités entre le DS et le CPADS

3.4.5 Recommandations

Il nous paraît important d'augmenter la capacité d'accueil du CPADS pour qu'il réponde à la demande actuelle du pays.

Des mesures efficaces doivent être prises pour renforcer non seulement le personnel d'encadrement interne du CPADS, mais aussi celui du DS et de l'HD dont la stabilité en poste doit optimiser le fonctionnement de l'HD.

La non disponibilité de l'aide-anesthésiste constitue une préoccupation majeure
Le renouvellement du parc automobile paraît urgent, notamment l'ambulance et le véhicule de supervision
La fonction de formation devrait aller de pair avec la capacité du CPADS à promouvoir la recherche-action pour le développement d'un district sanitaire fonctionnel.

3.5 Sous-programme 5 : La Cellule d'Appui Institutionnelle (CAI)

Réalisation des activités

Résultat 1 : La cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle

- Mettre en place la cellule d'appui institutionnel
- Equiper la cellule d'appui institutionnel
- Assurer le fonctionnement de la cellule

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

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

L'atteinte de ce résultat passe par les activités ci-après :

- Appuyer l'élaboration des PDS et PDSR
- Appuyer l'élaboration, le suivi et l'évaluation des PAA aux niveaux central, régional et de district
- Elaborer et appliquer des outils de planification, de suivi et d'évaluation
- Appuyer l'organisation des services de santé en milieu urbain

La contribution de la Cellule d'Appui Institutionnel a été déterminante dans le processus d'élaboration des plans de développement sanitaire des districts (PDS), des plans de développement des Régions (PDSR) et des plans quinquennaux des Centres hospitaliers régionaux (CHR). Toutes les structures disposent aujourd'hui d'un plan de développement sanitaire.

Les revues semestrielles et annuelles des PAA ont été régulièrement organisées.

Avec le sous-programme Niamey, la CAI a contribué aux réflexions sur l'élaboration d'une politique de santé urbaine à travers l'appui à l'élaboration des PDS, PDSR de la Région de Niamey.

Résultat 3 : La coordination des PTF est assurée.

- Mettre en place des mécanismes de coordination des PTF à tous les niveaux
- Participer à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières
- Assurer le secrétariat des réunions des PTF au niveau central.

La CAI a appuyé le Chef de File des partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur santé au Niger, assuré par le Royaume de Belgique.

La CAI a assuré le secrétariat des réunions des PTF et du MSP

Elle a participé à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PDS.

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

- Appuyer l'encadrement de proximité des DRSP et des ECD
- Participer aux formations et réunions

- Appuyer l'organisation des formations continues

En soutien au CAPDS, la CAI participe à la formation en management des districts des équipes des DRSP et ECD

La CAI a participé à l'élaboration d'un guide de formation en micro planification et la formation des formateurs en micro planification au niveau des Régions de Dosso et de Tillabéri.

La CAI a appuyé la DRSP de Dosso et celle de Niamey pour la formation théorique et pratique des équipes de DRSP en supervision ainsi que l'élaboration d'un guide de supervision des ECD.

En appui à la DEP, la CAI a participé à l'élaboration du guide de suivi évaluation du PDS et à la formation des agents au niveaux central, régional et district en matière de suivi évaluation.

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

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

- Appuyer le plan national de recherche
- Former et encadrer les ECD et DRSP en recherche sur les systèmes de santé
- Appuyer l'évaluation, la documentation, la diffusion et la réplique des expériences
- Intégrer les résultats des expériences et des recherches dans la planification et la formation
- Appuyer le département de santé publique de la FSS en matière de recherche en système de santé
- Appuyer la coordination de la formation et de la recherche

Avec l'appui de l'équipe du suivi scientifique de l'IMT, quatre protocoles de recherche action (RA) ont été élaborés et sont mis en œuvre. Il s'agit :

- Du développement du district sanitaire fonctionnel de Dogondoutchi,
- de l'amélioration de la qualité des soins au DSIII de Niamey,
- du maintien des CCD en zone rurale
- et de l'accès aux accouchements dans le DS de Ouallam.

La CAI participe au suivi de ces RA en appui à la DEP, à la DOS, au CPADS et aux DRSP et ECD concernées. Un des résultats attendus de cette approche est le renforcement des compétences en matière de recherche aux différents niveaux du système de santé. Cependant il n'existe pas encore de résultats tangibles.

3.5.1 Evolution des indicateurs.

- Nombre de visites d'encadrement : plusieurs visites reconnues par les acteurs de terrain
- Nombre de PDS élaborés : à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Outils de suivi-évaluation : élaborés et mis en œuvre
- Réunion PTF : mensuelle
- Intégration des interventions des PTF dans les plans de développement : intégrées à divers niveaux

3.5.2 Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du sous-programme5

3.5.2.1 Forces

- Appui à l'élaboration des PDS, PDSR et PAA
- Appui aux revues semestrielles et annuelles du PDS
- Appui à l'élaboration d'outils de planification (guide de suivi évaluation, du PDS, canevas d'élaboration et d'évaluation des PAA...)
- Appui à l'évaluation à mi parcours du PDS 2005-2010
- Appui à la coordination des interventions des PTF du secteur de la santé avec comme chef de file le Conseiller en Coopération du Royaume de Belgique au Niger.
- Renforcement des capacités des ECD, DRSP et MSP (supervision, micro planification, suivi évaluation...)
- Appui à la recherche dans les districts sanitaires et au niveau central avec démarrage de l'intégration de la FSS dans la recherche
- Appui à la conception des documents de Politique de santé: système de référence, politique de contractualisation, réforme hospitalière, supervision intégrée, Planification stratégique, dispositif de suivi évaluation, participation communautaire, monitoring de la gratuité des soins, normes et standards...
- Appui à la révision des supports du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)
- Appui à l'organisation technique des formations du CPADS
- Formation des membres des ECD lors des sessions de formations organisées au CPADS de Ouallam
- Enseignement de quelques modules de santé publique à la Formation des médecins en capacité de chirurgie de district organisée par la FSS

3.5.2.2 Faiblesses

- Au niveau MSP : l'insuffisance de personnel opérationnel et sa mobilité en périphérie et l'inadéquation profil/poste au niveau central ;
- Le retard dans le démarrage du processus de Recherche-Action

3.5.2.3 Opportunités

- La place de choix de la CAI au sein du MSP
- L'importance de la CAI reconnue par tous les PTF
- La reconduction de la CAI dans une nouvelle phase

3.5.2.4 Menaces

- L'instabilité des membres de l'ECD

3.5.3 Résumé

3.5.3.1 Les acquis à consolider

- Le processus de planification suivi évaluation
- L'encadrement de proximité des DS et des CSI en vue de renforcement des structures modèles
- Le renforcement de la recherche-action
- La coordination des PTF
- L'appui aux formations en management de district, en DES de chirurgie et capacité chirurgicale de district

3.5.3.2 Des défis à relever

- La conciliation de la planification ascendante et la planification descendante
- Le développement du système de santé urbain à Niamey,
- Le transfert de compétences plutôt que la substitution.

3.5.4 Recommandations

La Cellule d'Appui Institutionnel (CAI) compte tenu de sa surcharge de travail devrait à l'avenir concentrer ses efforts aux questions stratégiques : assurer l'appui aux structures et non passer à la mise en œuvre.

Le renforcement des districts modèles est une question certes stratégique, mais l'encadrement de proximité devait être dévolu aux DRSP. Le renforcement de capacité des DRSP est bien entendu une préalable que la CAI doit assumer.

La recherche-action est enseigné au CPADS. Il nous paraît plus pertinent que ce soit ce centre qui dans son suivi post formation assure l'encadrement des DS en recherche-action. Compte tenu de l'importance du module en recherche action, le CPADS devrait être renforcé en interne par une personne compétente en la matière.

La CAI dans l'Approche Sectorielle qui se profile à l'horizon aura un plus grand rôle d'appui au MSP à jouer :

- Renforcement de la coordination des PTF dans la mise en œuvre de tous les PDS ; PDRS et PDDS du pays et non seulement des régions couvertes par la Coopération Belge et cela dans l'esprit de la déclaration de Paris;
- Développement d'une synergie avec les Assistants Technique à charge de l'appui au Fonds Commun
- Le renforcement et la consolidation du processus de planification suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le renforcement du système d'information sanitaire
- Une meilleure organisation de la référence et contre référence
- La mise en œuvre de la politique de contractualisation du MSP.

4. PRINCIPAUX CONSTATS /CRITERES DE L'EVALUATION

4.1 Pertinence

Dans quelle mesure les objectifs du programme correspondent-ils aux objectifs du Gouvernement Nigériens : OMD, SDRP, PDS?

Tableau 10 : Pertinence des objectifs du projet par rapport aux objectifs du Gouvernement Nigérien

Objectifs du secteur	Objectifs du Programme
<p>Objectif général : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.</p>	<p>Objectif global: L'état de santé des populations et en particulier celui des couches les plus vulnérables est amélioré</p>
<p>Objectif spécifique1 du PDS Augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité</p>	<p>Objectif spécifique du PAPDS L'offre des services et des soins de santé est améliorée en termes de qualité et d'accessibilité pour les populations du Niger.</p>
<p>Objectif spécifique5 du PDS Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP</p>	<p>Sous-programmes SP1, SP2 & SP5: SP1/R1 : Les capacités de la DRSP de Dosso en matière d'appui aux districts sanitaires sont améliorées SP2/R1 : Les capacités d'appui de la DRSP de Niamey aux districts sont renforcées SP5/R4 : Les capacités gestionnaires des DRSP et ECD du pays sont renforcées</p>
<p>Objectif spécifique 3 du PDS Renforcer le processus de décentralisation dans le secteur de la santé</p>	<p>Sous-programmes SP1 et SP2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SP1/R2 : Le fonctionnement du District sanitaire de Dosso est renforcé y compris dans son rôle de recherche et de formation. • SP1/R3 : Le fonctionnement intégré du District Sanitaire de Douchi est renforcé y compris dans son rôle de recherche et de formation. • SP1/R4 : Le fonctionnement des districts sanitaires de Boboye, Gaya et Loga est soutenu dans ses activités de routine prioritaires. <p>SP2/R2 : Le district sanitaire III de Niamey fonctionne de façon intégrée</p> <ul style="list-style-type: none"> • SP2/R3 : Le district sanitaire I de Niamey est rendu progressivement fonctionnel
<p>Objectif spécifiques 2, 7 & 8 du PDS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les activités de santé de la reproduction : 	<p>SP1/R5 du programme: Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé.</p>

reproduction ; <ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'efficacité et l'efficience de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mise à la disposition des services de santé ; • Accroître la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires. 	SP5/R5 : Le suivi de la mise en œuvre du PDS est assuré
--	---

Ces résultats visent d'une part:

- l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans la Région de Dosso et dans la CUN,
- le renforcement du processus de décentralisation à travers les districts sanitaires Dosso, Boboye, Dogondoutchi, de Gaya, Loga, Niamey I et Niamaey III.

D'autre part

- L'atteinte de ces résultats passe par le renforcement de l'appui des DRSP de Dosso et de Niamey aux districts sanitaires de Dosso et la CUN, notamment dans les domaines suivants :
 - ✓ Supervision/ encadrement ECD
 - ✓ Formation
 - ✓ Coordination PTF
 - ✓ Planification-suivi-évaluation
 - ✓ recherche

Le programme répond-il aux besoins des bénéficiaires ?

Par bénéficiaires, les parties belge et nigérienne entendaient,

- d'une manière générale, toute la population du Niger,
- mais aussi des bénéficiaires indirects du programme :
 - ✓ ECD/Personnel de santé
 - ✓ Personnel DRSP
 - ✓ Personnel CHR
 - ✓ Structures de formation

Tableau 11. Pertinence des objectifs du projet par rapport aux besoins des bénéficiaires

Besoins des bénéficiaires directs	Objectifs du programme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir un service permanent (de 24 heures) à l'hôpital ▪ Etre pris en charge de façon globale, continue, intégrée ▪ Etre impliqués dans les prises de décision 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OS/PAPDS : L'offre des services et soins de santé est renforcée en termes de qualité et d'accessibilité pour la population du Niger ▪ Organisation services ▪ Réhabilitation ▪ Acquisition logistique ▪ Equipements en MMT ▪ Fournitures de consommables ▪ Fournitures de soins au CHR

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonds social au CHR
Les Equipes de la DRSP, du CHR, les cadres de district et le personnel <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du cadre de travail • Renforcement de capacités • Renforcement de compétence 	<p>Les sous-programmes SP1 et SP2 contribuent à l'amélioration du cadre de travail du personnel</p> <p>Les sous-programmes SP3, SP4 et SP5 dans toutes leurs composantes visent essentiellement le renforcement des capacités et de compétences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>

Les objectifs du programme correspondent très bien aux besoins de la Direction Régionale de Santé Publique, du Centre Hospitalier Régional, des Districts Sanitaires de la Région de Dosso.

Concordance du PAPDS avec la Politique de la Coopération Belge d'Aide au Développement

Tableau 12 : Concordance du PAPDS avec la Politique de Coopération Belge au Développement

Principales stratégies énoncées dans le PIC	Stratégies de développement des districts par le PAPDS
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la déconcentration des services de santé en vue d'accroître leur autonomie ; • Poursuite de la réorganisation des services de santé y compris la réforme hospitalière ; • Amélioration de la demande des services et soins de santé • Développement de la participation communautaire • Développement des RH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ On peut concevoir le développement des districts comme un processus continu qui évolue selon cinq axes. Les cinq axes sont progressivement renforcés avec des intensités différentes, ces intensités variant en fonction du niveau de développement et des besoins spécifiques de chacun des districts. ➤ L'axe du <u>renforcement de l'ECD</u> doit se développer le plus précocement, car du bon fonctionnement de l'ECD dépend le développement du DS. L'organisation de l'équipe doit permettre à ses membres d'être actifs aussi bien dans le management du DS et de l'hôpital que dans la prestation clinique, y compris la chirurgie de district. La supervision des services hospitaliers et des CSI constitue une activité essentielle. Les autres activités sont la planification, la formation et l'évaluation conçue dans l'esprit de recherche en système de santé. ➤ L'axe de la <u>promotion des ressources humaines</u> implique des activités de formation initiale, de formation continue, de standardisation des tâches, de supervision et d'encadrement des activités. Les stages dans les structures qui ont atteint un bon niveau de performance est une alternative intéressante aux séminaires. ➤ à contribuer à la formation en chirurgie de district.

<ul style="list-style-type: none"> • Développement du secteur privé ; • Amélioration de la qualité des soins • Accroissement de la disponibilité des ressources matérielles et la rationalisation de leur gestion ; • Renforcement du Système d'Information et Promotion de la Recherche en Santé ; • • Renforcement du partenariat avec tous les acteurs intervenant dans le secteur ; <p style="text-align: center;">Appui à l'élaboration du document</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ à participer à toutes les expériences pilotes portant sur le système de santé, en synergie avec les institutions appropriées et la cellule d'appui institutionnel mise en place au MSP/LCE dans le cadre du programme et ce en matière, par exemple, de gestion des ressources humaines, de qualité des soins et de l'organisation des services, de maintenance, de formation continue, de participation de la communauté, d'accessibilité financière des services, ... ➤ A travers l'axe du <u>développement de la couverture sanitaire</u>, il s'agit par une planification rigoureuse de trouver l'équilibre entre le besoin de décentralisation pour augmenter l'accessibilité pour la population (création de nouveaux CSI, consultations préventives avancées, ...) et le besoin de concentration des ressources pour réunir la masse critique d'équipements et de personnes nécessaire pour assurer des services de qualité. Il s'agit aussi d'inverser la tendance à la sur utilisation des hôpitaux pour les soins primaires et à leur sous utilisation pour les cas nécessitant une référence. ➤ L'axe du <u>développement des activités et de l'amélioration du niveau de soins</u> est destiné à se développer continuellement. Il sera toujours souhaitable de rehausser le niveau de soins donnés dans chaque type de formation sanitaire en fonction des ressources disponibles et de l'évolution du contexte. Ainsi, par exemple, est il prévu d'assurer une permanence de 24 heures en chirurgie dans les hôpitaux des Districts sanitaires III et I de Niamey (qui n'est pas assurée aujourd'hui) ou, encore, d'y améliorer la participation de la population. L'intégration véritable des programmes verticaux s'inscrit aussi dans cet axe. ➤ L'axe de la <u>rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires</u> vise à "<i>faire fonctionner l'existant</i>" et assurer le PMA dans les CSI, le PCA dans les hôpitaux. L'hôpital, formation la plus importante, la plus complexe et la plus
---	---

stratégique sur la réforme hospitalière	<p>coûteuse, est celle qui doit être soumise en priorité à la rationalisation de ses activités, en suivant, par exemple, une méthodologie proche de celle suivie au CHR de Dosso lors de la phase précédente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une des vocations est d'être utile au pays en servant de terrain de démonstration ainsi que de structure pour tester des actions innovatrices par la recherche en système de santé . ➤ Une meilleure coordination des bailleurs et de tous les intervenants (O. N. G, privé,..) dans le domaine de la santé. Intégration et participation des programmes à la Politique Sanitaire définie dans le PDS.
---	---

Le PAPDS est en parfaite concordance avec le Programme Indicatif de la Coopération (PIC) Belge.

En résumé, les objectifs du programme sont parfaitement en concordance avec ceux du secteur santé au Niger et de la Politique au développement de la Coopération Belge

4.2 Efficience

Les modalités de mise en œuvre ont-elles favorisé réalisations des résultats attendus ?

« En constituant un programme, les cinq sous-programmes partagent une vision commune vis à vis de la stratégie de développement à mettre en œuvre. Ils identifient des contraintes communes sur lesquelles ils peuvent travailler dans une optique de recherche en système de santé. Les outputs de l'un peuvent servir d'inputs pour un autre. La formation est une activité transversale qui concerne toutes les sous-programmes. En particulier, la formation en chirurgie de district implique tous les sous-programmes. Les résultats du terrain peuvent alimenter la politique sanitaire. »

4.2.1 La gestion du programme

Le mode de gestion est double :

- La régie sous la responsabilité de la seule partie belge
- La cogestion

Un manuel de procédures devant faciliter la mise à disposition des fonds du programme a été élaboré. Mais comme il n'a pas été approuvé par le SMCL certains acteurs mettent en cause sa validité même au sein de la Cellule de Gestion et de Coordination.

La procédure de mise à disposition des fonds se présente globalement comme suit :

- Elaboration des PDSR, PDS, PAA
- Arbitrage des PAA en présence des partenaires, des représentants des communautés
- Validation des PAA
- Elaboration des Termes de Références (TdR) avec l'appui des AT
- Appréciation des TdR par la Cellule de gestion et de Coordination (CdC)
- Déblocage des fonds

Les constats sont les suivants :

- Lenteur dans la validation des PAA
- Lenteur dans la transmission des TdR
- La non justification des fonds mis à disposition
- Lenteur dans le déblocage des fonds

La Cellule de Gestion et de Coordination estime que la qualité des TdR est en-deçà de ce qu'on peut attendre des partenaires.

« Les gestionnaires aux niveaux décentralisés devront être formés à la mise en œuvre des procédures nouvelles ; au début un suivi rapproché de l'application de celles-ci sera nécessaire.

La formation sera donnée par la cellule de gestion et de coordination dès que les manuels de procédure auront été confectionnés et adoptés par la SMCL ; elle constitue un appui institutionnel qui contribue à la durabilité du programme et à une vraie cogestion ».

La Cellule de Gestion et de Coordination est cependant d'avis avec les évaluateurs que le travail de proximité qui devrait se faire avec les partenaires des sous-programmes n'a pas non plus été à la hauteur de ce qu'on pouvait espérer. L'équipe de la CdC a très peu été sur le terrain.

La réalisation des activités financées par le PAPDS est faible en général dans le Programme, mais l'est encore plus au CHR de Dosso malgré tous les besoins en souffrance dans cette structure.

4.2.2 L'assistance technique

La Coopération Technique Belge a opté pour une assistance technique intégrée. Elle comprend :

- SP1 Région Sanitaire de Dosso : 5 AT dont 2 cliniciens
- SP2 La Communauté Urbaine de Niamey : 2AT
- SP3 Orthopédie Traumatologie : 1 AT
- SP5 La Cellule d'Appui Institutionnel : 3 AT
- 2 volontaires belges, économiste socio-anthropologue se sont ajoutées à l'équipe

La mixité (national et international) de l'équipe est une source potentielle de richesse et de complémentarité en expériences. Ainsi malgré le changement des responsables AT internationaux à la CAI (3 en 4 ans), la continuité des activités a pu être assurée

4.2.3 Le suivi-évaluation du sous programme

La Structure Mixte de Concertation Locale est l'organe suprême du Programme. Elle a été instituée le 16 février 2004. Elle est présidée par la Secrétaire Générale du MSP qui en est l'ordonnatrice. Elle a pour attributs :

- donner un avis motivé sur le Dossier Technique et Financier en vue de son approbation par les parties ;
- superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- apprécier l'état d'avancement du programme et de l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports d'exécution du programme ;
- approuver les plans d'activités du programme ;
- approuver les ajustements et/ou les modifications éventuels des résultats intermédiaires tout en respectant l'objectif spécifique et l'enveloppe budgétaire attribués au programme et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;

- faire des recommandations aux autorités des deux Parties dans le cadre de la mise en œuvre du programme et de l'atteinte de son objectif spécifique ;
- initier à tout moment des missions d'évaluation technique et d'audit financier ;
- veiller à la bonne exécution du programme ;
- approuver le rapport final et superviser la clôture du programme.

Elle se réunit une fois par semestre. La SMCL/PAPDS a tenu ses deux réunions en 2004. Mais elle n'a tenu aucune réunion en 2005. Une seule réunion a eu lieu en 2006. Les années 2007 et 2008 ont enregistré deux réunions chacune.

La SMCL a pris d'importantes décisions au cours de son mandat, notamment :

- L'approbation du profil des AT dont celui du coresponsable,
- L'approbation du DTF,
- L'approbation des budgets
- La prolongation de la prolongation du Programme

La SMCL a créé le Comité de suivi du Programme qui s'est réunie très peu.

Après la mise en place des PDS et des PAA, une approche de suivi a été mise en place à travers des revues semestrielles qui analysent le niveau de réalisation physique des activités et de consommation des crédits, le suivi des IOV. Le suivi des recommandations de ces revues a certainement permis d'améliorer la performance du secteur.

Pat ailleurs, le PAPDS fait l'objet d'un accompagnement scientifique par l'IMT d'Anvers : quatre missions d'accompagnements se sont succédées depuis novembre 2006. Chaque sous-programme fait l'objet d'une attention particulière

Tableau 13 : Suivi scientifique par IMT.

Intitulé du Suivi	Période	Intervenants
Suivi scientifique, première mission de terrain	24.10.06 au 11.11.06	IMT Anvers Monique Van Dormael, Patrick Martiny, Ernest Denerville
Suivi scientifique, deuxième mission de terrain	24.04.07 au 09.05.07	IMT Anvers Monique Van Dormael, Ernest Denerville
Suivi scientifique, troisième mission de terrain	16.10.07 au 02.11.07	IMT Anvers : Patrick Martiny, Ernest Denerville
Suivi scientifique, quatrième mission de terrain	06.04 au 28.04.2008	IMT Anvers : Patrick Martiny, Ernest Denerville

Le point sur « l'avancement du développement des districts et CSI » a particulièrement retenu l'attention de la mission :

- Le processus de planification nous a semblé être un processus globalement descendant (top down) et très directif. Les objectifs sont essentiellement ceux du PSD/MSP sans autres particularités pour les régions et les districts, encore moins pour les CSI où c'est seulement maintenant que les microplans sont en cours d'élaboration. On n'y trouve ni la vision partagée des équipes, ni la mission en dehors de celles prévues par les textes. Les indicateurs objectivement vérifiables ~~47~~ 47

paraissent pléthoriques. Un certain nombre de ces indicateurs ont pour sources de vérification des enquêtes (% enfants dormant sous MI, prévalence VIH/SIDA, utilisateurs des services satisfaits) qui demandent évidemment beaucoup de moyens pour leur réalisation. La périodicité de ces enquêtes devrait être précisée pour que les données ne soient pas considérées comme manquantes lors des revues.

- Quant à la stratégie de développement progressif de concept DS et CSI modèles, un atelier a eu lieu à Ouallam les 17 et 18 avril 2007. Il précise le processus de développement d'un DS fonctionnel suivant les cinq axes. Même si ce processus peut s'avérer long, la mission a eu l'impression que le processus de renforcement des CSI piétine. Le processus prend beaucoup de temps et aurait dû démarrer plus tôt pour avoir quelques résultats avant la fin de la phase actuelle du programme. A Douchi, le CSI de Koré Mairoua fait l'objet d'un encadrement rapproché depuis quelques mois afin de servir de modèle. L'équipe en place paraît très engagée pour mener à bien le processus. La stabilité de l'équipe constitue une condition essentielle pour la réussite de cette expérience.

Le CSI de Mantakari est en pleine réfection, et le développement du concept à proprement dit n'a pas commencé. Toutefois le personnel actuellement en place ne paraît pas suffisamment motivé et engagé pour répondre aux exigences d'un tel processus.

Le processus de renforcement des CSI modèle est également en cours dans le DS III de Niamey.

- En matière de recherche-action, le processus est en cours :
 - ✓ Le DS de Ouallam est actuellement en pleine recherche action sur « **LE FAIBLE TAUX DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE OUALLAM** »
 - ✓ Le DS de Niamey III a démarré également une recherche-action sur « **LA QUALITE DES SOINS** »
 - ✓ Le DS de Douchi veut tester justement la mise en place progressive d'un système d'encadrement rapproché au niveau CSI et HD devant conduire à un **DISTRICT FONCTIONNEL** pour une meilleure santé des populations.
 - ✓ Enfin, la Direction des Etudes et de la Planification a initié une recherche-action sur le **MAINTIEN DES MEDECINS CAPACITAIRES EN CHIRURGIE DE DISTRICT DANS LES HOPITAUX DE DISTRICT**. Le protocole est déjà élaboré.

Des étudiants de la FSS et de l'ISP ont été soutenus par le programme dans le cadre de leurs thèses et mémoires.

4.2.4 Utilisation des crédits mis à disposition

Tableau 14 : Niveau de consommation des fonds mis à la disposition du PAPDS

Description	Mode Fin	Budget (€)	Dépenses jan-août 2008 (€)	Total dépenses fin août 2008 (€)	Taux réalisés (%)
L'offre des services et des soins de santé est renforcée en termes de qualité et d'accessibilité pour la population du Niger		6277860	502891	3785575	60%

Sous-programme SP1 : Région de Dosso		3 340 573	226289,17	1 867 745,53	56%
01 Les capacités de la DRSP de Dosso en matière d'appui aux DS sont renforcées	COGES	908104	64491,74	555816,84	61%
02 Le fonctionnement du DS de Dosso est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et formation	COGES	309913	18510,70	181790,90	59%
03 Le fonctionnement intégré du DS de Doutchi est renforcé, y compris dans son rôle de recherche et de formation	COGES	531946	28425,90	246451,11	46%
04 Le fonctionnement des DS de Boboye, Gaya et Loga est soutenu dans ses activités de routine prioritaires	COGES	892450	59921,63	599003,67	67%
05 Le fonctionnement du CHR de Dosso est renforcé	COGES	698160	54939,20	284683,01	41%
Sous-programme SP2 : la Communauté Urbaine de Niamey		836648	114737,38	608970,4	73%
06 Les capacités d'appui de la DRSP de Niamey aux districts sont renforcées	COGES	152749	23012,56	107023 ,73	70%
07 Le district sanitaire III de Niamey fonctionne de façon intégrée	COGES	403467	54582,06	298264,23	74%
08 Le district sanitaire I de Niamey est rendu progressivement fonctionnel	COGES	280432	37142,76	203682 ,44	73%
Sous-programme SP3 : l'Hôpital National de Niamey, l'orthopédie / traumatologie		488788	42311,14	296025,73	61%
09 L'efficacité du département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	COGES	233203	36806 ,45	144146,57	62%
10 La relève de l'assistance technique au département de chirurgie orthopédique et traumatologique est assurée	COGES	24875	14230	10636 ,97	57%
11 La spécialisation en DES de chirurgie est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique	COGES	219101	31076,89	130078,13	59%
12 La formation en chirurgie de district est appuyée par le département de chirurgie orthopédique et traumatologique	COGES	11609	3272,32	7563	65%
Sous-programme SP4 : Les institutions de formation ; le Centre de formation de Ouallam		735 387,04	37 928,42	500 358,08	68%
13 Le district sanitaire de Ouallam fonctionne comme un district modèle et assure la formation en management du district sanitaire	COGES	567660	27836,30	420484	74%
14 Les capacités de formation de la FSS en management et en chirurgie de district sont renforcées	COGES	164235,02	10092,12	76381,61	47%
15 Les autres institutions de formations sont appuyées	COGES	3492,02	0,00	3492,47	100%
Sous-programme SP5 : l'appui institutionnel		876 463,96	81 624,44	512 475,18	58%
16 La cellule d'appui à la mise en œuvre du PDS est fonctionnelle	COGES	422736	47183,14	290709,28	69%
17 Le suivi de la mise en œuvre du PDS est assuré	COGES	277226	25817,57	191374,56	69%
18 La coordination des partenaires techniques et financiers est assurée	COGES	6,02	0,00	6,10	101%
19 Les capacités gestionnaires des DRSP et ECD du pays sont renforcées	COGES	79572	2221,88	10905,91	14%

20 Les capacités en recherche en système de santé sont renforcées et les résultats utilisés	COGES	96923,94	6401,85	19479,33	20%
---	-------	----------	---------	----------	-----

A moins de 6 mois de la fin officielle du programme, seulement 60% du budget prévu dans le PAPDS a été consommé malgré les besoins importants non encore satisfaits notamment au CHR de Dosso et dans le DS de Douthi. L'accompagnement de proximité des DRSP et des DS et le renforcement des capacités de recherche en santé ont souffert également de la nécessaire disponibilité des cadres du MSP. Cette situation justifie la demande d'une phase de prolongation que le SMCL a entérinée au cours de sa réunion ordinaire du 1^{er} juillet 2008

4.2.5 Synergie entre les sous-programmes

Le fondement du programme est la synergie recherchée entre les différents anciens projets de santé au Niger appuyés par la CTB, devenus sous-programmes. La cellule de gestion et de coordination n'a pas pendant longtemps été en mesure d'assurer la coordination technique du programme pour des raisons multiples :

- Suspension des responsables de la cellule de gestion et de coordination (responsable et coresponsable)
- Vacance de poste pendant près de 9 mois
- Nombreuses absences de la responsable de la CDC
- Absence du nouveau coresponsable pour des raisons de santé

Avec le changement intervenu à la CDC et le changement de profil du coresponsable, la CAI a été sollicitée pour appuyer la CDC dans la coordination technique des sous-programmes.

Pour améliorer la coordination du programme, la CDC organise une réunion hebdomadaire du staff regroupant uniquement les assistants techniques. Cette réunion statue sur la vie du programme et prend des décisions aussi bien administratives que techniques. Un mécanisme de suivi des décisions accompagne ces réunions. Mais les responsables non assistants techniques (DRSP, MCD, CPADS) paraissent exclus de la vie du programme d'autant plus que les réunions du Comité Technique seraient devenues rares.

Intervention conjointe PAPDS – ARMFD à Matankari

« Il s'agit d'un « package » visant la mise en place d'activités de communication et le renforcement de la participation communautaire afin d'améliorer l'état de santé des femmes et des enfants de la commune de Matankari. Dans ce cadre, on souhaite développer « un processus de synergie et d'échanges entre le secteur de la santé, l'animation rurale (activités ARMFD), la commune de Matankari et les autres acteurs intervenant dans la commune ».

Développer des synergies entre le sous-programme Dosso du PAPDS et le Projet d'augmentation des revenus monétaires des femmes de Dosso (ARMFD), également soutenu par la CTB, est parfaitement louable, d'autant plus que l'intervention proposée ne comporte aucune contradiction avec le modèle de district sanitaire voulu par le Niger¹⁷. La volontaire CTB rattachée au SP Dosso, encadrée par les AT s'est beaucoup investie dans le travail d'élaboration de ce projet. »

4.3 Efficacité

Un cadre logique précisant l'objectif général, l'objectif spécifique, les résultats, les activités, les suppositions et les conditions a été élaboré par l'équipe de formulation. Les lignes budgétaires ont été définies

Dans quelle mesure ces résultats sont-ils atteints?

4.3.1 Evolution des indicateurs

Le SMCL a pris la juste décision de remplacer les indicateurs de suivi du Programme par ceux du PDS. Si ces indicateurs permettent de mesurer le niveau d'atteinte des résultats SP1, SP2, SP4, il n'en est pas de même des autres sous-programmes.

Ces indicateurs ont connu diverses évolutions :

- La Région Sanitaire de Niamey présente de bons indicateurs en rapport avec une bonne accessibilité aux PMA, une bonne disponibilité en personnel qualifié et une bonne capacité d'appui de la DRSP aux DS
- La Région Sanitaire de Dosso et le DS de Ouallam par contre présente une faible accessibilité aux soins, une disponibilité insuffisante en ressources humaine qualifiée. L'utilisation en soins curatifs et en accouchement assistés y est faible.
- Pour ce qui concerne le résultat 3 : L'HNN, Orthopédie-Traumatologie, au vu des indicateurs retenus, le service d'orthopédie-traumatologie de l'HNN reste performant.
- Le sous-programme SP4 a un indicateur spécifique pour le CPADS: le nombre de d'agents formés en management de district : il est passé 13 en 2006 à 32 en 2007 et 33 en 2008 soit un total de 78 ; c'est une excellente performance. Néanmoins le suivi après formation reste à organiser. Par ailleurs le fonctionnement de l'hôpital de district de Ouallam ne paraît pas optimal pour offrir un terrain de stage modèle. Les longues absences de l'aide-anesthésiste ne permettent pas de prendre en charges les urgences chirurgico-obstétricales.
- La cellule d'Appui Institutionnel au vu de ses indicateurs de suivi spécifiques se révèle être une structure efficace.

4.3.2 Quelles sont les forces, faiblesse, opportunités et menaces du programme

4.3.2.1 Les acquis du programme

Au nombre des forces du programme :

a) La coordination des PTF

La coordination efficace des Partenaires Techniques et Financiers mobilisés autour du Plan de Développement Sanitaire (PDS) du MSP du Niger a été reconnue tant du côté des partenaires nationaux que des bailleurs de fonds. Le rôle de chef de file joué par la Coopération Belge tant au niveau central qu'au niveau régional aurait été déterminant

b) Le renforcement des compétences des professionnels de santé, notamment :

- ✓ **Le management de district.** L'équipe des consultants remarque avec satisfaction que le Niger fait partie des rares pays de la sous-région où les ECD apprennent à gérer le DS. **Le Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire (CPADS) de Ouallam** revitalisé par le PAPDS est le promoteur principal de cette formation en gestion de district sanitaire
- ✓ **La capacité chirurgicale de district (CCD).** Elle a permis de couvrir 24 DS sur 29 prévus dans le PSD. Les populations peuvent se réjouir d'avoir un accès direct aux soins essentiels à proximité. La capacité chirurgicale de district permettra au Niger mieux prendre en charge les urgences chirurgicales et "interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues". La mise en place des CCD est couplée à la formation en DES de Chirurgie afin de couvrir progressivement le pays.

51

Le rôle joué par la **Faculté des Sciences de la Santé (FSS)** du Niger et le **Service de d'Orthopédie et Traumatologie de l'Hôpital National de Niamey** a été ici aussi déterminant, ainsi que le rôle d'encadrement de stage au CHR de Dosso et l'appui de la CAI au comité de gestion de la formation des CCD.

- ✓ **Les DS et les CSI modèles** sont entrain d'être mis en place pour apporter un soutien pratique aux stagiaires grâce à l'encadrement rapproché des AT en général et ceux de la **de la Cellule d'Appui Institutionnel (CAI)** en particulier
- ✓ L'amélioration continue du fonctionnement de ces DS est soutenue par des Recherches Actions impulsées dans les districts et au MSP par le PAPDS, avec l'appui scientifique et technique de l'IMT.
- ✓ **Le sous-programme I (RS de Dosso)** a contribué à la recherche dans le domaine de la Capacité en Chirurgie de District ainsi que le Fonds Social au CHR de Dosso. **Le sous-programme II (CUN)** a contribué quant à lui à la recherche sur la gratuité des soins.

c) **Le processus de planification suivi évaluation**

Tous les DS du pays disposent aujourd'hui d'un PDSD, les Régions Sanitaires d'un PDSR et le MSP d'un PDS. Ces plans sont déclinés en Plans d'Action Annuelle (PAA) qui font l'objet d'un suivi régulier à travers les revues semestrielles. Cet exercice devra à terme permettre d'améliorer la performance du secteur de la santé au Niger.

d) **La bonne performance du service d'orthopédie et de traumatologie de l'HNN**

Le service d'orthopédie et de traumatologie apparaît comme un service exceptionnel à la lumière d'une étude comparative réalisée dans la sous-région.

Ce service participe activement à la formation des DES en chirurgie et en CCD. Il offre également des soins de troisième référence aux populations du Niger

Cependant le SP3 devrait mieux s'intégrer dans l'environnement hospitalier de l'HNN pour avoir plus d'impact non seulement sur le département de la chirurgie, mais aussi de l'HNN et favoriser l'appropriation du sous-programme..

e) **L'efficacité de la Cellule d'Appui Institutionnel (CAI).**

Il a joué un rôle déterminant dans le processus de planification suivi et évaluation en appui à la Direction des Etudes et Planification du MSP, la coordination des PTF, le développement des districts modèle et la recherche-Action

f) **La supervision formative**

Elle est au centre de la formation au CPADS de Ouallam et constitue la meilleure stratégie de soutien aux DRSP et aux DS. La mise en place à la DRSP de Dosso des points focaux des districts est une initiative intéressante qui mériterait d'être documentée afin d'en mesurer l'impact

g) **Le suivi scientifique par l'IMT.**

L'ensemble de la démarche du PAPDS est une approche de recherche. Un nombre important de décisions prises de façon empiriques et évaluées en routine, demandent le regard « d'un œil extérieur » sous forme d'échange pour mieux apprécier la pertinence de ces décisions. C'est dans ce sens que le PAPDS bénéficie d'un suivi de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT), sous forme de guidance scientifique. Une équipe de l'IMT effectue deux fois par an des missions de suivi. Les TDR de ces missions sont définis de commun accord avec le MSP et les AT du programme en fonction des besoins identifiés. L'importance de cet appui est reconnue par tous les acteurs. Récemment, au vu des deux années d'expérience de suivi, les interventions de l'IMT ont été réorientées vers un appui plus ciblé à la recherche et à la formation pour un renforcement des compétences au niveau central et du terrain.

A la première mission scientifique de l'IMT, trois thèmes ont été sélectionnés et feront en priorité l'objet d'une documentation. Il s'agit de :

- La chirurgie de district.
- L'utilisation des structures sanitaires publiques
- L'accessibilité financière aux plus démunis.

Chaque dossier thématique comporte un volet documentation de processus en cours à large échelle, et un volet recherches actions qui devraient permettre de tester à échelle limitée des hypothèses originales.

La deuxième mission a donné un appui à l'élaboration des PDDS avec un lancement dans le DS de Douchi. Les thèmes prioritaires retenus à la première mission ont fait l'objet d'un suivi particulier : La chirurgie de district s'est penchée sur le devenir des médecins formés, les stratégies d'affectation à mettre en place et le paquet d'incitants envisagés.

A la faveur de l'encadrement de la thèse d'un étudiant en médecine, les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé ont été confirmés: accessibilité géographique, accessibilité économique, et qualité perçue des soins.

La documentation sur l'accessibilité financière au plus démunis a été l'occasion pour visiter le fonds social du CHR de Dosso et celui de l'hôpital de Gaweyé à Niamey. Ces visites ont permis de mettre en évidence la faible couverture des indigents par le Fonds Social.

La troisième mission scientifique a permis de faire le bilan des trois dossiers thématiques : il y a eu très peu d'avancement dans la mise en œuvre des recherches actions envisagées alors que beaucoup de documents ont été produits. La nécessité d'obtenir l'autorisation du MS pour pouvoir effectuer les recherches actions a été soulignée.

En outre la troisième mission s'est intéressée à la formation au CPADS de Ouallam. Les constats suivants ont été faits :

- Le programme de formation n'est pas structuré de façon explicite, de manière à montrer comment la formation répond aux besoins des participants.
- Peu de temps est réservé à la discussion du système intégré de district, à ses composantes, ses tâches, les capacités nécessaires. Le CSI et l'équipe cadre ne sont pas abordés.
- Des chevauchements (duplication de contenu) entre certains modules ont été observés
- La mise en pratique des concepts théoriques dans le contexte nigérien est parfois insuffisamment décrite ; le comment faire insuffisamment développé (notamment pour la participation communautaire).
- La partie pratique est insuffisamment guidée : seul le nombre d'heures à consacrer à la partie pratique est mentionné.

Sur la base de ces constats, la mission a recommandé de réviser les modules

Pour ce qui concerne la stratégie de développement progressif (concept DS modèle, CSI modèle), la mission après avoir examiné l'expérience en cours dans le DS de Douchi a tenu à rappeler les 3 phases qu'il faudrait pouvoir distinguer trois phases dans ce développement: 1) sélection des CSI « pilotes », 2) satisfaction de préalables et 3) mise en œuvre du renforcement.

La quatrième et dernière mission effectuée avant l'actuelle évaluation est largement revenue sur les thèmes prioritaires retenus. Elle a permis de faire des avancées certaines dans l'élaboration de protocole sur :

- La qualité des soins dans les districts sanitaires de Dogondoutchi, Niamey III et Ouallam ;
- L'accessibilité financière avec la commune de Koré Maroua comme terrain d'expérimentation.

Le troisième thème sur la chirurgie de district s'est finalement focalisé sur « Comment améliorer la motivation des équipes chirurgicales des hôpitaux de district périphériques du Niger pour augmenter les chances de leur maintien en poste ? » Le protocole n'a pas été finalisé au cours de la mission.

Le rôle de backstopping assuré par l'IMT a permis d'attirer l'attention sur un certain nombre de problèmes stratégiques tels que la planification, les modèles de CSI ou de DS, la RA, etc..

Le suivi scientifique de l'IMT a contribué à la documentation, l'enrichissement des réflexions sur les thèmes de la chirurgie de district, la recherche action, la mise en place des DS modèles et l'initiation de

l'AT international aux techniques de recherche documentaires. Le suivi scientifique plus systématisé et concentré sur quelques thèmes porteurs de synergie au sein du programme (DS modèle dont CCD, et gratuité des soins) serait plus bénéfique. Il semble aussi que ses termes de références soient trop ambitieux. L'accès Internet actuel du SP Dosso ne facilite pas une communication aisée à distance (Skype) pour renforcer le suivi des missions de terrain.

h) La maintenance des infrastructures et équipements de la RS de Dosso

- Mise en place des 3 STM (Services Techniques de Maintenance) aujourd'hui opérationnels,
- Le suivi et l'encadrement des ouvriers polyvalents de maintenance mis au niveau des districts dans le cadre du projet FAD;
- La disponibilité en outillage en quantité suffisante pour tous les services.
- Disponibilité des Dossiers Techniques
- L'installation de la GMAO (Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur).

4.3.2.2 Les Faiblesses

a) La faiblesse de la Cellule de Gestion et de Coordination (CDC)

La cellule de coordination n'a pas vraiment joué son rôle de coordination des sous-programmes. La longue vacance des postes, intervenue à la tête de cette cellule ne peuvent pas rester sans conséquence sur la performance de cette structure.

Avec la vacance de poste des responsables de la CDC et le changement de profil du coresponsable, la CAI assurer la Coordination Technique des sous-programmes.

Le suivi financier a été également insuffisant. Les multiples tâches administratives des membres de la CDC en seraient la cause.

b) Le faible niveau d'exécution des activités

La cause principale évoquée par la CDC est la faible qualité des termes de références soumis par les partenaires qui ont été en deçà des attentes de la CDC.

c) Le caractère trop centralisé (Top down) et directif des Plans de développement sanitaire.

On peut noter que c'est seulement maintenant que les microplans des CSI sont en cours d'élaboration. Les IOV paraissent également nombreux.

4.3.2.3 Opportunités

- a) La concertation et la mobilisation des PTF autour des PDS
- b) La mise en place d'un conseil médical regroupant tous les médecins de la ville de Dosso
- c) La disponibilité de la FSS à continuer la formation des CCD après la phase de trois ans retenue initialement ;
- d) L'unanimité des PTF sur la nécessité d'une approche sectorielle à la santé
- e) Décentralisation administrative en cours

4.3.2.4 Menaces

- a) Les questions émotionnelles et sensibles entre la Belgique et la région de Dosso : la fixation sur l'appareil de radiologie du CHR, l'PHD de Gaya en sont les manifestations actuelles

- b) L'instabilité des cadres de districts et leur extrême mobilité
- c) La réticence des agences des Nations Unies à adopter le fonds commun comme mode de financement du secteur.

4.4 Durabilité

Dans quelle mesure le Programme a-t-il contribué à la durabilité sur le plan technique, économique, institutionnel ou organisationnel.

Quels sont les facteurs de durabilité

- Formation des membres de l'ECED en management de district ;
- Formation de la gynécologue du CHR de Dosso à une formation en prise en charge des fistules obstétricales (par l'UNFPA) et en gestion des services de Santé de la Reproduction
- Formation des médecins à compétence chirurgicale
- Un transfert de compétence progressif des capacités d'encadrement vers DRSP, DS et CHR
- Le renforcement du processus de planification suivi évaluation favorisé par l'intégration des AT dans les structures bénéficiaires
- La supervision des DS et des CSI
- Mise en place d'une stratégie de maintenance des infrastructures et équipements
- Le renforcement des capacités techniques en chirurgie et en gynéco-obstétrique des CCD au CHR

Quels sont les facteurs de risque

- L'instabilité des cadres de district: 5 MCD en 3 ans par exemple à Boboye, 3 à Gaya, 3 à Douthi, 3 à Loga. C'est une des suppositions importantes non satisfaite du cadre logique du PAPDS
- La grande dépendance vis-à-vis du programme
- L'insuffisance de renforcement de compétence clinique du personnel paramédical affecté aux soins
- L'absence d'un plan d'équipement
- Les dépenses stratégiques à la charge du programme
 - ✓ Salaires et indemnités du personnel opérationnels
 - ✓ Fournitures des consommables et produits d'entretien
 - ✓ Le salaire des cliniciens du CHR de Dosso
- Le départ imminent de l'ingénieur de la maintenance biomédicale

4.5 Cohérence

- La cohérence du Sous-Programme 3 est faible car il relève plus d'une logique de programme vertical que d'un développement global. Il aurait fallu pour cela un appui au département de Chirurgie si le but était d'assurer le DES en chirurgie et en CCD.
- Les cinq sous-programmes restent cependant globalement cohérents avec les aspirations nationales exprimées sur le renforcement dans le PSD.

4.6 Impact

A-t-on des effets induits susceptibles de se poursuivre ?

- Le processus de planification suivi-évaluation
- Le travail en équipe induit par la formation en management de district
- Les supervisions régulières et l'encadrement rapprochés des DS et CSI
- La capacité en chirurgie de district (CCD)
- La recherche-action

4.7 Critères HARMO

4.7.1 Harmonisation

La CTB est très active au sein du groupe des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé. L'attaché à la coordination en est actuellement le chef de file. La CTB en collaboration avec les autres PTF œuvre activement pour une alternative de financement plus efficient du secteur. L'option faite d'intervenir au niveau des DS constitue un indicateur pertinent de l'alignement de l'appui de la CTB aux options stratégiques nationales dans le secteur de la santé.

4.7.2 Alignement

Le PAPDS a tenu à se conformer aux procédures de passation des marchés du Niger au point de compromettre l'atteinte des objectifs du programme.

4.7.3 Gestion axée sur les résultats

Le suivi et l'évaluation continue de la prestation sont réalisés par la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL), à laquelle est soumis annuellement par les responsables du projet le bilan des activités réalisées en comparaison avec le plan établi pour la période concernée et le planning des activités programmées pour la période suivante. Ce mécanisme est cependant plus axé sur des éléments de processus que sur des résultats qui par ailleurs sont difficiles à mettre en évidence au regard des insuffisances relevées sur les indicateurs.

4.7.4 Responsabilité mutuelle

La mission d'évaluation a pu noter que les différents acteurs directs et indirects du projet avaient une bonne connaissance de l'évolution du projet, des dépenses engagées et que les informations étaient assez bien partagées entre tous les partenaires du programme.

Les réunions de la SMCL se tiennent régulièrement tous les semestres, les plans d'action sont régulièrement approuvés.

4.7.5 Appropriation

Le bilan final du projet montre qu'une grande partie des ressources essentielles ont été mises en place, que des sous – système essentiels dans le développement d'un DS ont été améliorés (management de district, soins de référence, approvisionnement en médicaments, supervision formative), que le savoir – faire du personnel cadre de DS.

Mais l'instabilité des équipes techniques constitue un risque certain pour l'appropriation.

4.8 Les thèmes transversaux

4.8.1 Egalité entre hommes et femmes

Les femmes constituent la grande majorité des utilisateurs des centres de santé notamment dans le domaine de la Santé Maternelle et Infantile (SMI). La politique nationale met un accent particulier sur la prise en charge des femmes et des enfants (réduction de la mortalité maternelle et infantile) qui constituent les couches les plus vulnérables de la population. En appuyant le PMA dans les services de santé de premier échelon et le PCA, le programme a largement contribué à l'accès équitables de femmes aux activités développées et aux bénéfiques des résultats générés : amélioration des taux de couvertures vaccinales, des consultations prénatales et des accouchements assistés.

Dans le programme, des indicateurs objectivement vérifiables « genre sensibles » ont été identifiés:

- Réduction des besoins obstétricaux non couverts ;
- Taux de prévalence contraceptive;
- Taux de déficit en IOM pour IMA ;
- Taux de mortalité maternelle intra hospitalière

4.8.2 L'environnement

Les préoccupations en rapport avec l'environnement ont été prises en compte par la mise en place systématique des incinérateurs dans les formations sanitaires lorsque cela était nécessaire afin d'assurer une gestion efficace des déchets biomédicaux

4.8.3 Les droits des enfants

Le projet n'a pas une orientation spécifique sur l'enfant mais en ciblant le PMA et le PCA, le programme a indiscutablement apporté des solutions aux problèmes de santé des enfants (soins curatifs, accouchements assistés, vaccination)

5. CONCLUSION, RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

5.1 Conclusion

Au bout de quatre années de mise en œuvre, le PAPDS présente un bilan que l'équipe des évaluateurs juge largement positif :

- Une coordination efficace et dynamique des PTF autour du PDS du MSP au Niger ;
- Un processus de planification, suivi et évaluation institutionnalisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Niger
- Un Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire revitalisé et reconnu avec un statut autonome
- Des districts sanitaires opérationnels grâce à la formation des ECD en managements et capacité de chirurgie de districts ;
- Dotation en logistiques
- Bonne prise en charge des urgences chirurgicales et obstétricales.
- Fonds social au CHR de Dosso

Cependant le fonctionnement de la Cellule de Gestion et de Coordination du Programme n'a pas été optimal pour optimiser la synergie tant recherchée au moment du montage du programme. Les raisons sont multiples et variées.

Les structures de formations et la Cellule d'Appui Institutionnel, et les AT ont été déterminants dans les résultats obtenus.

Des défis restent à relever :

- Accent particulier sur les ressources humaines affectées aux tâches techniques
- Équipements techniques insuffisants et désuets (Appareil de radiologie du CHR de Dosso)
- Infrastructures vétustes et exigües, voire dangereuses (maternité HD Douchi)
- Absence de politique de gestion de l'environnement: incinérateurs dépassés

5.2 Recommandations

- Consolidation des acquis du programme
 - ✓ Appui institutionnel
 - ✓ Management du district
 - ✓ Amélioration chaîne planification suivi évaluation
 - ✓ Formation en CCD
 - ✓ Développement de District et CSI modèles
- Réflexion sur la fonctionnalité des hôpitaux : élaboration de projets d'établissements à soutenir par PAPDS.
 - ✓ Circuit du malade
 - ✓ Plateau technique
 - ✓ Infrastructures et équipements
 - ✓ Mise en place d'un mécanisme pérennisation des compétences
- Poursuite du processus de concertation des PTF à chaque niveau
- La mise à disposition des partenaires d'un fonds de roulement par la CDC pourrait permettre d'améliorer la célérité dans la réalisation des activités.
- Des urgences à régler :

- ✓ La maternité de l'hôpital de Douthi
- ✓ L'appareil de radiologie du CHR à cause de son caractère sensible

5.3 Perspectives

5.3.1 Une phase de prolongation

Au cours de sa réunion ordinaire du premier juillet 2008, la Structure Mixte de Concertation Locale a jugé nécessaire de prolonger le programme au vu des résultats obtenus, mais aussi des difficultés qui ont marqué la mise en œuvre des activités afin de corriger les insuffisances et permettre d'atteindre les objectifs fixés.

Le programme finit donc en décembre 2009 au lieu de février 2009.

5.3.2 L'Approche Sectorielle

L'approche sectorielle comme approche d'appui au secteur de la santé au Niger fait l'unanimité de la plupart des acteurs y compris les PTF.

La Commission européenne utilise l'approche sectorielle pour travailler avec les gouvernements partenaires, les donateurs et les autres parties prenantes. Elle permet aux gouvernements locaux de maîtriser leurs politiques, stratégies et dépenses de développement. L'approche sectorielle offre, par ailleurs, une meilleure cohérence entre les politiques nationales, les politiques sectorielles, l'allocation des ressources et les pratiques de dépense. Enfin, en mettant activement en œuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, elle permet de réduire les coûts de transaction encourus par les gouvernements partenaires.

Grâce à l'approche sectorielle, les gouvernements, en consultation avec les partenaires donateurs et les autres parties prenantes, peuvent développer un programme sectoriel. Celui-ci comprendra:

- Un document de politique sectorielle approuvé et un cadre d'orientation stratégique convenu avec des résultats mesurables précis, un calendrier ainsi qu'un cadre institutionnel pour veiller à l'efficacité de sa mise en œuvre.
- Un cadre de financement à moyen terme établi à l'intérieur de limites budgétaires réalistes également à moyen terme provenant de toutes les sources
- Un processus de coordination entre les différents donateurs du secteur dirigé par le gouvernement, ainsi que l'harmonisation et l'alignement des processus de coordination, également sous l'égide du gouvernement.
- Un système de contrôle des performances convenu entre les différents acteurs, y compris un mécanisme de consultation systématique des clients.

On désigne sous le nom de **Programmes d'appui aux politiques sectorielles (PAPS)** les programmes de la Commission européenne conçus pour soutenir le programme sectoriel d'un gouvernement partenaire. Un PAPS peut avoir recours aux sources de financement suivantes:

- Lorsqu'il est possible, l'appui au budget sectoriel est la modalité de choix et consiste à transférer des fonds au trésor du gouvernement partenaire en vue d'une utilisation visant un ensemble de résultats sectoriels convenus entre les parties prenantes.
- Des fonds communs ou un panier de financements (c'est-à-dire des ressources provenant de différents donateurs mises en commun selon un ensemble de procédures convenues) au profit d'un groupe spécifique d'activités dans le programme sectoriel en question. En règle générale, l'un des donateurs prend en charge la coordination et la gestion des fonds mis en commun. Ceux-ci sont ensuite débloqués par le donateur et transférés au gouvernement bénéficiaire conformément aux critères convenus.

La source de financement en cours actuellement dans le secteur santé au Niger est le Fond Commun extrabudgétaire. Il ne paraît pas rencontrer pour l'instant de l'adhésion des agences des Nations Unies.

Deux partenaires alimentent le Fonds Commun actuellement, à savoir la Banque Mondiale et l'Agence Française de Développement. D'autres PTF tels que l'Allemagne (KFW) et l'Espagne manifestent leur intérêt pour l'adhésion au FC.

Le Royaume de Belgique également manifeste son intérêt pour le Fonds Commun. L'Approche Sectorielle est un juste engagement pris entre les PTF et les pays en voie de développement. Les modalités de son financement devront faire l'objet d'une analyse profonde.

La Belgique en tant que Chef de File des PTF du MSP au Niger pourrait difficilement se soustraire du Fonds Commun qui reste un cheval de bataille du MSP.

Le gouvernement du Niger a par ailleurs inscrit dans l'Identification du prochain programme :

- L'appui Institutionnel
- La construction de l'Hôpital de District Sanitaire I de Niamey et
- L'appui à la Gratuité des Soins.

La construction de l'HD du DS I se justifie. Elle a été planifiée pour le programme en cours d'exécution actuellement, mais le budget prévu s'est révélé insuffisant.

Pour ce qui concerne la gratuité des soins, elle se justifie pour soutenir le gouvernement nigérien dans son effort de rendre gratuit les soins notamment pour les couches les plus vulnérables de la population

5.3.3 La consolidation des acquis

La consolidation des nombreux acquis du PAPDS devra être une préoccupation majeure de la CTB :

- La Cellule d'Appui Institutionnel (CAI)
- Le Management de district et son centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
- La Capacité en Chirurgie de District
- District et CSI modèles

5.3.3.1 Stratégie de mise en œuvre de la consolidation des acquis

La cellule d'appui institutionnel a son point d'encrage toujours à la DPP du MSP. Ses attributions doivent être revues pour le décharger des activités de terrain. Elle doit tout au plus appuyer les DRSP. Elle doit veiller à la consolidation des acquis du PAPDS. Le développement des DS et CSI modèle devra être assuré par les DRSP.

La formation en management de district doit à terme s'insérer dans la formation de base des écoles de formation. Ces écoles ne dépendent pas du MSP. Le fonds commun ne pourra donc pas appuyer ces écoles notamment la FSS dans la formation en CCD et plus tard en management de district. La Coopération Technique belge devra donc trouver un mécanisme d'appui pour renforcer la formation en CCD et le transfert de la formation en management de District.

Dans la région de Dosso, une attention particulière sera apportée à la collaboration avec les autres projets du programme multisectoriel Dosso de la coopération nigéro-belge

Les ressources pourraient être mises à la disposition des communes pour le secteur santé en vue d'assurer la maintenance des infrastructures et la sensibilisation des populations avec l'appui de PAMED.

ARMFD pourrait être mis à contribution pour un renforcement des CSI notamment celui de Mantakari dans la communication et la mise en place d'un fonds social.

ANNEXES

(Voir document annexe)

- Annexe 1 : Termes de références
 - Annexe 2 : Programme de la mission
 - Annexe 3 : Documents consultés
 - Annexe 4 : Personnes rencontrées
-