



**CTB**



# **RAPPORT DES RESULTATS 2015**

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



<b>ACRONYMES</b> .....	<b>4</b>
<b>1 APERÇU DU PROJET</b> .....	<b>7</b>
1.1 FICHE D'INTERVENTION .....	7
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE .....	8
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	9
1.3.1 <i>Pertinence</i> .....	9
1.3.2 <i>Efficacité</i> .....	9
1.3.3 <i>Efficiéce</i> .....	10
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> .....	10
1.4 CONCLUSIONS .....	10
<b>2 MONITORING DES RESULTATS</b> .....	<b>12</b>
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE .....	12
2.1.1 <i>Contexte institutionnel</i> .....	12
2.1.2 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	13
2.1.3 <i>Contexte HARMO</i> .....	14
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME .....	15
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	15
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	15
2.2.3 <i>Impact potentiel</i> .....	16
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 .....	17
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	17
2.3.2 <i>Les incidences visées</i> .....	17
2.3.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	18
2.3.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	19
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 .....	23
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	23
2.4.2 <i>Les incidences visées</i> .....	23
2.4.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	24
2.4.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	24
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 .....	26
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	26
2.5.2 <i>Les incidences visées</i> .....	26
2.5.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	26
2.5.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	27
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 .....	28
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	28
2.6.2 <i>Les incidences visées</i> .....	28
2.6.3 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	28
2.6.4 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	29
2.7 THEMES TRANSVERSAUX.....	29
2.7.1 <i>Genre</i> .....	29
2.7.2 <i>Environnement</i> .....	30
2.7.3 <i>VIH/SIDA</i> .....	30
2.8 GESTION DES RISQUES.....	31
<b>3 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</b> .....	<b>33</b>

3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES .....	33
	APPUI TECHNIQUE A LA MISE EN ŒUVRE DE RECOMMANDATIONS DE L'AUDIT ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL DU MSP .....	33
	ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE.....	33
	REFORME HOSPITALIERE.....	33
	REFORME QUALITE/ ACCREDITATION .....	33
	RECHERCHE ACTION ET CAPITALISATION .....	33
3.2	RECOMMANDATIONS.....	34
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES .....	35
<b>4</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>36</b>
4.1	CRITERES DE QUALITE.....	36
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	40
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	41
	MATRICE DE SUIVI DES INDICATEURS DU PROJET – VALIDÉE SMCL DECEMBRE 2012 .....	41
	JOURNAL DES INCIDENCES VISEES, MARQUEURS DE PROGRES ET JOURNAL DES STRATEGIES .....	43
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS .....	69
4.5	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION .....	69
4.6	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	70

## Acronymes

AMU	Assurance maladie universelle
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
AVCN	Agence de Vérification et de Certification au Niger
BCD	Bureau de Coopération au Développement
BSS	Back Stopping Santé
BXL	Bruxelles
CDSMT	Cadre des Dépenses sectorielles à Moyen Terme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CNAT	Centre National Anti Tuberculeux
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNS	Comité National de Santé
CPADS	Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires
CRENI	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive
CRM	Couverture du Risque Maladie
CS	Convention Spécifique
CSI	Centres de Santé Intégrés
CTB	Coopération Technique Belge
CTNS	Comité Technique National de Santé
CTTCR	Comité Technique de Transfert de Compétences de Ressources
CUS	Couverture Universelle Santé
D	Disponible
DAID/RPP	Direction des Archives de la Documentation, de l'Information et des relations publiques
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DEP	Direction des Etudes et la Planification
DG	Direction Générale
DGD	Direction Générale de Coopération au Développement humanitaire
DHIS	District Health Information System
DHP/ES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la santé
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DRH	Direction des Ressources Humaines
DIES	Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DS	Direction de la Statistique Sanitaire
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
ER	Evaluation Réaliste
ESP	Ecole de Santé Publique
EST	Expertise Sectorielle et Thématique
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FC	Fonds Commun d'Appui à la mise en œuvre du PDS
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population

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

SP	Santé publique
SPT	Stratégies Plaintes Traitements
TDR	Termes de référence
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
ULB	Université Libre de Bruxelles
URC	University Research Cooperation
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

# 1 Aperçu du projet

## 1.1 Fiche d'intervention

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

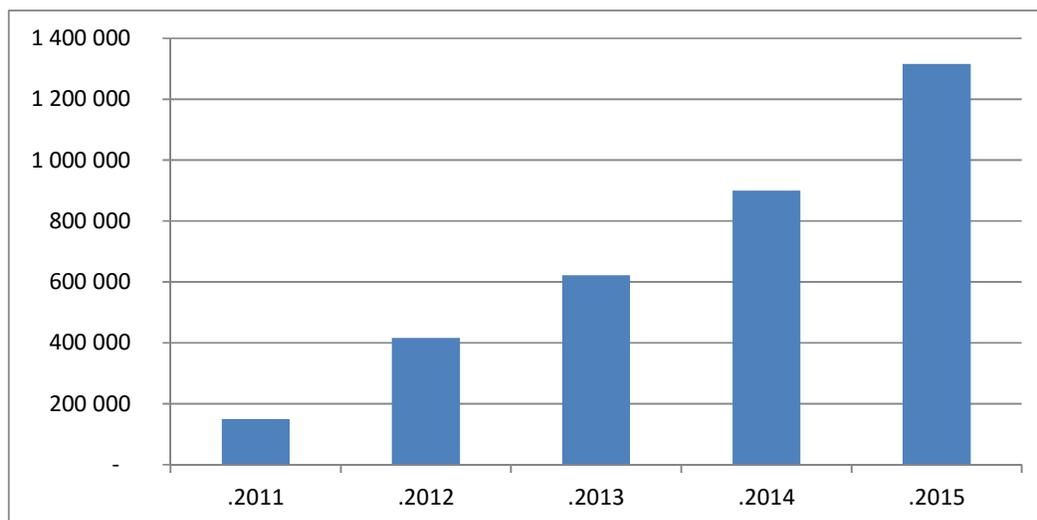
<sup>1</sup> L'échange de lettres pour une 2<sup>ème</sup> prolongation de la CS d'un an avec complément budgétaire est en cours

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

## 1.2 Exécution budgétaire

	Budget € (après hausse budgétaire)	Dépenses €		Solde €	Taux de débours ement fin 2015
		Années précédentes 2011-2014	Année couverte par le rapport 2015		
<b>Total (contribution belge)</b>	3 766 309	2 087 987	1 321 571	356 750	<b>91 %</b>
Output 1	1 204 000	552 593	646 235	5 172	100 %
Output 2	398 000	213 204	101 812	82 984	79 %
Output 3	383 000	236 498	132 703	13 798	96 %
Output 4	398 000	216 084	165 352	16 563	96 %
Réserve budgétaire					
Moyens généraux	1 383 309	869 608	275 469	238 232	83 %
<b>Total (contribution nigérienne)</b>	255 170	183 630	71 540	0	<b>100 %</b>

### Dépenses annuelles en € du projet (y compris la hausse budgétaire pour 2015 - 2016)



Les premières années du projet, les dépenses étaient largement en dessous de l'expectation. Les procédures administratives trop lourdes et une insuffisance d'autonomie du projet étaient indiquées comme les causes principales de la paralysie relative du projet. En 2013 une relance et une nouvelle approche étaient proposées avec des prévisions prometteuses. Fin 2014, une hausse budgétaire de 966.309 € était décidée pour 2015-2016. En 2015 le projet a connu une accélération de mise en œuvre des activités tout en contribuant à la réalisation des résultats attendus.

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	A

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

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

Le projet est en étroite cohérence avec les différents axes stratégiques de la politique de santé du pays telle que définie dans le PDS 2011-2015 (axe stratégique 3, 6, 7 et 8).

Le projet répond clairement aux besoins d'appui au MSP et est complètement intégré au Ministère et une concertation avec les bénéficiaires se fait régulièrement.

L'appui financier et technique du projet est complémentaire à la contribution des autres partenaires et du Fonds Commun.

Le dialogue politique sectoriel mené d'une part, dans le cadre de la mise en œuvre du PAI et d'autre part, dans le cadre plus général de la coordination sectorielle (réunions régulières entre PTF, réunions semestrielles avec le MSP, mission de terrain), s'est renforcé en 2015 suite aux contacts réguliers de l'équipe de PAI et le MSP.

### 1.3.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	B

Des avancées notables ont été constatées dans les réflexions et la mise en œuvre des activités, notamment en matière de la révision des normes et standards, l'élaboration des fiches de postes, l'élaboration des textes relatifs à la participation communautaire, l'élaboration de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé.

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

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

Le diagnostic réalisé au niveau de l'organisation et du fonctionnement du MSP ainsi que les recommandations qui en découlent, ont permis de travailler davantage sur l'efficacité et l'efficience du MSP. 19 axes prioritaires de modernisation ont été identifiés par l'audit avec 5 sur 19 priorités potentiellement porteuses de changement (team building, gestion des ressources humaines, révision de l'organigramme, révision des Normes et standards et la finalisation de la carte sanitaire) pour le leadership et le renforcement du système de santé.

Les actions du projet seront plus efficaces si les responsables du MSP créent l'environnement nécessaire à la mise en œuvre des 19 axes de modernisation issus des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP.

### 1.3.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	A

La plupart des livrables attendus au cours de 2015 ont été obtenus dans les délais. Un suivi / appui régulier par l'équipe du projet à travers des mécanismes de concertation et des séances de travail techniques régulières avec les directions du MSP a permis d'ajuster régulièrement les inputs au contexte.

Suite à l'augmentation budgétaire le PAI a pu planifier et compléter un grand nombre des activités tout en concertation avec les directions concernées du MSP.

La majorité des activités ont pu être réalisées, cependant des activités non planifiées mais réalisées et qui représentent 11 % de l'ensemble des activités se sont ajoutés.

La prise en compte d'activités non planifiées a permis de rattraper des actions pertinentes non perçues lors de la planification initiale et qui ont contribué à la réalisation des résultats attendus.

Le projet a ainsi atteint, un taux d'exécution financière en 2015 de 108 % par rapport à la première planification 2015.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	B

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

Les efforts du PAI ont permis de renforcer les cadres conjoints pour la coordination, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du PDS. Le PAI a certainement influencé positivement le renforcement de la coordination sectorielle et permis de contribuer au renforcement du leadership du MSP.

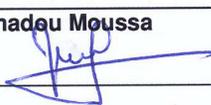
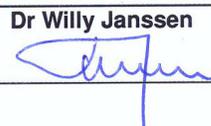
L'appropriation des interventions du PAI à tous les niveaux est perceptible, depuis le SG qui coordonne l'ensemble, en passant par la DEP qui pilote la planification. Toutefois, l'environnement de travail des structures mérite d'être adapté en vue de créer des conditions plus adéquate de collaboration (Coordination intra structures et inter structures notamment). Cette condition est indispensable pour espérer une durabilité des interventions du PAI, de l'Etat et autres partenaires.

## 1.4 Conclusions

- Suite à la hausse budgétaire pour 2015-2016, le projet a connu une forte accélération de mise en œuvre des activités d'appui institutionnel en 2015 tout en contribuant à la réalisation des résultats attendus. Le taux d'exécution en 2015 est de **108 %** et le taux d'exécution global du projet est de **91 %**.
- L'audit organisationnel et fonctionnel du MSP, appuyé et financé par le PAI a jeté les jalons d'une meilleure compréhension des faiblesses et contraintes du MSP. Il a aussi dégagé les pistes et leviers de la modernisation du MSP. Le processus de l'audit a permis de créer une prise de conscience collective au MSP des goulots d'étranglement à la performance du secteur de la santé, et de l'urgence de mener des actions de modernisation afin de pouvoir avoir un effet sur l'amélioration de la santé des populations. Ce travail politiquement sensible, mais capital, a permis d'identifier de façon participative 19 axes prioritaires de

modernisation.

- Les réussites de tout appui seront conditionnées par des réformes en profondeur du Ministère (à la fois un changement de culture, de leadership à tous les niveaux et un renforcement des compétences).
- La participation du PAI au comité de suivi évaluation du PDS a contribué à améliorer l'encadrement de l'exercice des revues conjointes tant par l'appui technique au niveau central et régional que dans la révision de divers documents. Il en est de même dans la présence effective aux comités rédactionnels de guidance/rapportages pour développer les stratégies et politiques du système comme : l'élaboration du nouveau PDS 2016-2020, les PQ, le CDSMT et la révision de la politique sanitaire.  
Le nouveau PDS (validation prévue en avril 2016) sera partie intégrante du nouveau PDES, qui est un des documents de base pour le nouveau PC 2016-2020 de la Belgique.
- L'accompagnement technique et financier du PAI dans un nombre de comités thématiques mis en place au MSP, a produit des avancées notables, notamment en matière de mise en œuvre du Groupe de Travail National sur la CUS ; la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, l'élaboration et finalisation de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé et la mise en œuvre de dispositif dans quelques
- Le PAI a pu obtenir des avancées notables dans un nombre de réformes (le dispositif qualité, la finalisation de la stratégie de RCR, le développement d'une approche communautaire autour des cases de santé, la maintenance bio médicale sous forme de recherche action, et la description et finalisation de fiches de postes à tous les niveaux opérationnels) et a mis tout en œuvre pour appuyer l'opérationnalité de ces réformes.
- La complémentarité avec d'autres partenaires existe à travers les différents mécanismes de concertation PTF/MSP, le CTNS, le CNS, et les revues semestrielles et annuelles ainsi que des mécanismes de coordination interne des PTF.
- Le projet a continué à intégrer dans son système de suivi-évaluation les outils et techniques d'Outcome Mapping. Le journal actualisé des incidences visées et marqueurs de progrès (en annexe) complètent les indicateurs traditionnels du cadre logique.

Fonctionnaire exécution nationale <sup>2</sup>	Fonctionnaire exécution CTB <sup>3</sup>
<b>M Hamadou Moussa</b> 	<b>Dr Willy Janssen</b> 

## 2 Monitoring des résultats<sup>3</sup>

### 2.1 Évolution du contexte

Depuis 2014 le Niger s'est retrouvé dans un environnement entouré d'un certain nombre de pays où des cas d'Ebola ont été détectés. De ce fait, le Niger s'est retrouvé dans une situation de pays à risque de contagion par le virus.

Le Ministère de la Santé Publique, avec le soutien du Gouvernement nigérien et ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF), a pris toutes les dispositions nécessaires pour la lutte contre ce fléau de portée mondiale.

A ce jour aucun cas n'a été enregistré sur le territoire national.

En plus, le Niger a connu en 2015 une épidémie de méningite causée par *Neisseria meningitidis* sérotype C et W 135 principalement. La tranche d'âge la plus touchée était de 2-15 ans.

L'épidémie était très préoccupante car elle a touché une zone urbaine densément peuplée de plus d'un million de personnes, créant un risque élevé de propagation rapide et causant un grand nombre de cas.

Au total 8341 cas suspects ont été notifiés, dont 575 décès (taux de létalité de 6.7 %) depuis le début de l'année 2015.

La lutte contre ces fléaux a demandé des efforts considérables du MSP et des partenaires afin d'assurer la prévention et la riposte en faveur de la population nigérienne. Ces épidémies ont certainement mis en exergue une certaine faiblesse du système de santé, par contre ont été aussi une opportunité pour renforcer le système de santé i.e. le renforcement du dispositif de surveillance épidémiologique pour une détection précoce des cas et le renforcement des capacités ainsi que la mise en place de canaux efficaces de communication et d'information du grand public, des institutions des partenaires au développement et des couches socioprofessionnelles.

14 ans après la mise en œuvre de la politique 2002-2011 à travers les Plans de Développement Sanitaires 2005-2010 et 2011-2015, le MSP a révisé sa politique sanitaire en vue de l'élaboration du nouveau PDS 2016-2020.

Une cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration a été créée au MSP, chargée de prendre - avec l'accompagnement du Comité Technique de Transfert de Compétences de Ressources (CTTCR) relevant du Ministère de l'Intérieur - toutes les mesures institutionnelles, juridiques et réglementaires nécessaires pour le transfert des ressources financières, humaines et matérielles. Les compétences à transférer dans le domaine de la santé ont fait l'objet de discussion dans des travaux de groupe.

Par ailleurs, en 2015, le budget alloué par l'Etat au MSP a fait l'objet de réduction au cours d'un collectif budgétaire.

#### 2.1.1 Contexte institutionnel

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

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

<sup>3</sup> L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

Le Secrétaire Général Adjoint est le Responsable National du projet. L'année 2015 a été marquée par la stabilité au niveau de l'équipe dirigeante du MSP. Vu le grand nombre des activités planifiées en 2015 cette situation a facilité la mise en œuvre des activités comme prévues.

Afin d'améliorer la gouvernance au sein du MSP un audit organisationnel et fonctionnel du MSP avec l'appui technique et financier du PAI et l'OMS a été organisé. Le processus de l'audit a permis de créer une prise de conscience collective au MSP des goulots d'étranglement à la performance du secteur de la santé, et de l'urgence de mener des actions de modernisation afin de pouvoir avoir un effet sur l'amélioration de la santé des populations. Ce travail politiquement sensible, mais capital, a permis d'identifier de façon participative 19 axes prioritaires de modernisation.

L'objectif de cette mission d'audit a consisté à contribuer à un fonctionnement optimum du Ministère de la Santé Publique. Notons la bonne collaboration et la franchise dans les échanges avec les collaborateurs de tous les niveaux qui prévalent.

Pour chaque axe de modernisation, un schéma de renforcement des capacités du MSP a été présenté. L'audit a aussi fait des propositions des critères de choix et attributions du groupe de suivi de mise en œuvre des recommandations de l'audit (voir rapport final d'audit).

Par rapport à la révision de la politique sanitaire et l'élaboration du nouveau PDS, le MSP a utilisé une approche participative impliquant toutes les parties prenantes (prestataires, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile...) en incluant l'appui des personnes compétentes pour que le nouveau PDS soit élaboré en respectant les principes de la gestion axée sur les résultats et du genre, en cohérence avec le Plan de Développement Economique et Social (PDES) et des orientations des Objectifs de Développement Durables (ODD).

De plus, l'évaluation de l'exercice des revues des PAA financée par le PAI a permis d'améliorer la méthodologie d'élaboration du nouveau PDS 2016-2020 ; de fait pour renforcer davantage le processus de décentralisation dans le secteur, il a été décidé d'utiliser une approche ascendante afin de prendre en compte les besoins des structures déconcentrées et de leur permettre d'élaborer leurs plans Pluriannuels d'actions prioritaires (PAP) à partir des orientations stratégiques définies par le niveau central du Ministère de la Santé Publique.

### 2.1.2 Contexte de gestion : modalités d'exécution

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

L'ATI et les ATN ont apporté leur appui sous forme d'encadrement, transfert de connaissances, conseils, formation du personnel de santé, et de renforcement des capacités de districts sanitaires à mieux utiliser les ressources mises à leur disposition par les autres bailleurs/partenaires (planification, élaboration des plans d'action ...)

L'évaluation de la planification et la mise en œuvre des activités du PAA du MSP se fait en concertation et en complémentarité avec les autres partenaires et les différents services du MSP dans les différents fora suivants: i) ateliers de revue du PAA à mi-parcours, ii) réunion du Comité Technique National de Santé et iii) du Comité National de la Santé selon les 8 axes stratégiques du PDS. Au cours du CNS, la revue annuelle des PAA 2015, la planification des PAA 2016 du MSP et la synthèse des travaux ont été présentés aux PTF et autorités dirigeantes des collectivités territoriales.

Des réunions hebdomadaires au sein de l'équipe du projet ont considérablement facilité le suivi des dossiers des différentes directions.

Une mission d'audit financier du projet réalisée du 6 au 12 octobre 2015 par Moore Stephens a révélé que les fonds alloués au projet par l'Agence Belge de Développement ont, dans tous leurs aspects significatifs, été utilisés conformément aux conditions contractuelles. Néanmoins les constatations financières avec remarques ont été notifiées qui représentent 0,59 % du montant total des dépenses déclarées pour le projet et ne sont donc pas considérées comme significatives dans le contexte de l'audit (voir rapport audit)

### 2.1.3 Contexte HARMO

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

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

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

Ce cadre continue à se réunir de manière régulière.

L'état d'avancement de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015) se fait conjointement avec les partenaires. La revue conjointe au titre de l'année 2015 s'est déroulée en début décembre à travers essentiellement trois actions phares que sont : i) la mission conjointe de terrain MSP-PTF en novembre 2015, ii) la tenue du Comité Technique National de Santé (CTNS) et iii) le Comité National de Santé (CNS).

Les réunions du CTNS et du CNS qui ont eu lieu au Palais des Congrès de Niamey se sont respectivement tenues du 1 au 4 décembre 2015 et le 14 décembre 2015. Elles étaient conjointement conduites par le Secrétaire Général, Président du Comité Technique National de Santé et le Chef de file des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur de la santé. L'ensemble des PTF était représenté à cette revue annuelle du secteur de la Santé.

Le projet a participé et accompagné les structures dans le processus de planification 2016 depuis le niveau régional jusqu'à la validation des plans par le niveau central.

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

Le système de planification et de revues fonctionne bien en termes de processus, mais peut s'améliorer sur le plan de la qualité afin d'assurer une analyse approfondie des difficultés, une planification, mise en œuvre et suivi axée sur les résultats

La mise en place par le MSP des différents comités techniques de travail (comité d'audit organisationnel et fonctionnel, d'assurance qualité, de suivi de la programmation, et le GTN) en 2015 démontre son appropriation de cette approche de travail dont le projet a contribué techniquement et financièrement à la mise en place.

## 2.2 Performance de l'outcome



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

O.S.	INDICATEURS								
<b>Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées</b>									
	Description	Valeur (2011)	Valeur cible finale (2015)	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur obtenue 2015	Réalisé	Commentaires
<b>OS2</b>	% des Régions Sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés	ND	60 %	5 %	25 %	25 %	13 %		Source indicateurs SNIS
<b>OS3</b>	Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés	73.91 %	100 %	61 %	ND	45 %	45 %		Cette information fournie par l'évaluation du COMPACT en 2014

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

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

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

### 2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Le niveau central a tendance à se focaliser sur des activités opérationnelles et se consacre trop peu au suivi des résultats stratégiques et à l'amélioration des politiques et stratégies par la recherche sur les résultats obtenus. Cela s'explique par une insuffisance en capacités stratégiques. Il en résulte que le système n'arrive pas à prioriser i) les structures qui tirent les principaux indicateurs vers le bas ii) les outils et méthodes qui ont un réel impact sur la performance de ces structures, iii) les recommandations et engagements à mettre en œuvre, issus des ateliers, supervisions, rencontres nationales et internationales etc.

Au niveau stratégique, malgré le dialogue stratégique et l'élaboration de documents stratégiques, la mise en œuvre des réformes institutionnelles prioritaires du PDS tardent à se concrétiser, et les principaux goulots d'étranglement déjà identifiés dans le PDS 2005-2010 demeurent

Par rapport à l'état d'avancement du plan de mise en œuvre des réformes contenues dans le PDS 2011-2015, une réunion d'information et d'échange entre le Ministre de la Santé et les PTF, les responsables à tous les niveaux, les partenaires sociaux et la société civile, s'est tenue fin août 2015. Peu de progrès a été constaté depuis 2014 et une réactivation du comité de suivi des réformes s'impose.

Des activités structurantes au niveau de la gouvernance et du leadership du MSP ont été

ciblées par le PAI ; appui aux comités techniques à tous les niveaux, comité national de santé, aux supervisions, et le renforcement de la coordination. En outre, une partie du budget du PAI a été affectée à la formation en vue du renforcement de capacité des ressources humaines avec un accent particulier à la formation en management des cadres exerçant dans les DS et dans les DRSP.

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

Néanmoins la prise en compte de certains autres aspects pour le compte du PAA 2015 aurait pu renforcer l'atteinte de l'outcome indiqué. Il s'agit de l'utilisation peu optimale des comités techniques comme instrument de réflexion et de coordination. Le peu d'intérêt de certains membres desdits comités et parfois le non fonctionnement des comités en sont les principales raisons

Le projet a soutenu en 2015 le renforcement de la coordination au sein du MSP par le SG à travers des appuis techniques et financiers à la préparation et la tenue de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP et à l'enrichissement des TDR des sorties-retraites de réflexions pour améliorer la gouvernance au sein du MSP.

Cet audit organisationnel s'est déroulé début 2015, et a donné sans doute des orientations majeures sur le renforcement des capacités du secteur et la communication institutionnelle

### 2.2.3 Impact potentiel

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

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

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

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

## 2.3 Performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

R1 INDICATEURS									
R1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée									
	Description	Valeur (2011)	Valeur cible finale (2015)	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur obtenue 2015	Réalisé	Commentaires
R1-1	Proportion des PTF ayant signé le COMPACT et qui ont respecté leurs engagements	16.67 %	80 %	ND	50 %	56 %	56 %		Information fournie par l'évaluation COMPACT
R1-2	Proportion de cadres de concertation fonctionnels à tous les niveaux (composite)	5.69 %	80 %	5.69 %	ND	42 %	87 %		-Revue (DS, DRSP, National) fonctionnelles. -Cadres MSP/PTF fonctionnelles (1/mois). -Cadres DRSP/PTF non fonctionnelles (1/mois).
R1-3	Proportion des CHR, CSME, HN et MIG évalués dans le cadre de l'accréditation et de la certification	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %		Ces indicateurs dépendent de la mise en œuvre de la réforme qualité dont les tests pilote viennent de démarrer.
R1-4	% des outils d'accréditation et de certification de la qualité des soins validés qui sont utilisés par les structures périphériques	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %		Ces indicateurs dépendent de mise en œuvre de la réforme qualité dont les tests pilote viennent de démarrer.

### 2.3.2 Les incidences visées

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

- ✓ Incidence visée 6 : La mise en œuvre du Compact est appuyée :

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

### 2.3.3 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>4</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
<b>R 01_01 Renforcer les mécanismes de coordination à tous les niveaux</b>				
Organiser trois missions d'appui à l'élaboration des Plans de Développement Sanitaire des régions et des districts		X		
Evaluer l'exercice des revues (évaluation et programmation des PAA) par un consultant externe GAR		X		
Tenir la revue des PAA 2015 des structures du niveau central au titre du 1er semestre à Niamey		X		
Actualisation de la cartographie PTF				X
Appuyer les réunions d'évaluation des PAA 2015 et de programmation des PAA 2016 au niveau central		X		
Elaborer deux (2) Rapports d'Exécution du PDS (REP) (1er semestre et annuel 2015		x		
Renforcer la communication institutionnelle du MSP en développant son identité sonore et visuelle			x	
Assurer le suivi des secrétaires formés en pré archivage avec l'appui d'un expert externe (collaboratif)		X		
Finaliser et Vulgariser la stratégie de communication institutionnelle du MSP			X	
Organiser des réunions trimestrielles avec les points focaux pour l'animation du site web et du portail intranet.		X		
Effectuer des audits externes: restructuration et audit organisationnel et financier de l'ONPPC par un expert externe (MP)				X
Actualisation du recueil de législation sanitaire		X		
Dissémination du recueil de législation sanitaire		X		
Elaborer une évaluation/Audit organisationnel de la fonctionnalité du MSP		X		
Atelier de réflexion sur l'amélioration de la coordination au sein du MSP		X		
Appuyer la tenue de l'atelier de finalisation des projets d'attribution des différentes directions du MSP		X		
<b>R 01_02 Améliorer le processus de planification et l'intégration des programmes</b>				
Elaborer un document cadre d'orientation pour le renforcement de la coordination et de l'intégration des programmes de santé avec l'appui d'un consultant national			X	
Elaborer un plan stratégique en santé mentale		X		
Appuyer l'élaboration et validation du plan stratégique du PNBD				X
Assurer la fonctionnalité du comité multisectoriel d'appui à la mise en œuvre des activités du PNLMT				X
Elaborer un plan de suivi évaluation des indicateurs du PNLMT				X
Elaborer, valider et vulgariser une politique nationale de santé scolaire		X		
Elaborer un plan de communication de la promotion de la santé (activité annulée)				
<b>R 01_04 Renforcer la gestion des RH</b>				
Former les anesthésistes de tous les hôpitaux dans l'utilisation de l'oxymètre		X		
Former dix (10) responsables de la DRH en GPEC, ingénierie de la formation, gestion des carrières, gestion budgétaire, management des relations sociales, management des RH		X		

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

Elaborer et valider les fiches de postes des DRSP, HD, CHR, CME et HN		X		
Finaliser la description des fiches de postes du cadre organique du niveau central				X
Appui au coaching GAR		X		
Participation aux ateliers de formation de la semaine GAR		X		
Former deux cadres au compte du MSP en économie de la santé à courte durée		X		
Mettre en œuvre les recommandations du collaboratif (formation, supervision, suivi des bonnes pratiques etc des secrétaires MSP en fonction des recommandations du collaboratif en les besoins identifiés		X		
Former 1 TSSM en Promotion de la Santé à PARAKOU		X		
Former 1 cadre en santé mentale communautaire		X		
Organiser 08 sessions de formation des cadres des DRSP en Management		X		
Appuyer la formation sur site du personnel d'appui des DRSP en management				x
Assurer la formation continue des cadres du CPADS et des enseignants sur le plan technique et/ou pédagogique		X		
Assurer le suivi et l'encadrement post formation des ECD formés en management de district		X		
Former 20 cadres de la DSME en supervision facilitante en deux sessions		X		
Former deux cadres au niveau avancé de passation de marchés publiques		X		
Former deux cadres en audit et contrôle de marché public		X		
<b>R 01_05 Soutenir les réformes prioritaires du MSP prévues dans le PDS 2011-2015</b>				
Poursuivre la révision des textes de la participation communautaire		X		
Organiser deux réunions (semestrielles) pour la coordination de la participation communautaire				X
Organiser Huit (8) ateliers régionaux de vulgarisation de la stratégie nationale de participation communautaire				X
Former les Cadres des régions sur le module: Rôles et Responsabilités des acteurs de la participation communautaire				X
Organiser deux (2) ateliers de révision des textes législatifs et réglementaires sur l'exercice privé de la santé		X		
Organiser un atelier de validation des textes régissant le secteur privé de la santé		X		
Réaliser un recensement de l'ensemble des formations sanitaires privées dans le cadre d'élaboration de la carte sanitaire			X	
Installation et suivi des 228 médecins nouvellement recrutés en gestion de CSI				X
Evaluer l'installation des médecins affectés en zone rurale			x	
Effectuer une mission d'appui dans le cadre de la modernisation pour la mise en place d'une base de données de gestion et sécurisation de documents et archives (inventaires, traitement de documents physiques et fichiers électroniques; formation des utilisateurs au niveau de 6 districts (3 de Tahoua, 3 de Zinder) ou 2 régions		X		
Effectuer une mission de mise à jour la base de données de gestion et sécurisation de documents et archives mise en place en 2011 au niveau de la DRSP de Dosso, Maradi, Zinder et Diffa		X		
Mettre en place un gestionnaire de trafic internet pour optimiser l'utilisation d'internet et sécuriser la messagerie du MSP		X		
Compléter le service d'archives en rayonnage métallique		X		
Faire appel à des experts externes pour l'appui à la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS			X	

### 2.3.4 Analyse des progrès réalisés

Une amélioration du processus sectoriel a été observée en particulier au niveau de la planification. Néanmoins, la planification n'a pas fait suite à un suivi-évaluation axé sur les résultats, bien que l'approche de la gestion axée sur les résultats soit connue au Ministère. Dans la perspective d'amélioration du processus de planification et de suivi

évaluation axée sur les résultats, le PAI a proposé et financé en 2015 une évaluation de l'exercice des revues. Cette évaluation a conduit à une amélioration du processus de planification et la mise en place d'un dispositif de suivi évaluation axé sur les résultats pour le futur PDS.

A travers ses interventions, le PAI a joué un rôle de facilitateur au niveau sectoriel entre les différents acteurs, d'ordre d'influence dans les politiques et stratégies à formuler dans le cadre de l'élaboration du nouveau PDS, et d'ordre de la modernisation du secteur – en organisation d'un audit organisationnel et fonctionnel du MSP.

Le dialogue politique sectoriel mené d'une part, dans le cadre de la mise en œuvre du PAI et d'autre part, dans le cadre plus général de la coordination sectorielle (réunions régulières entre PTF, réunions semestrielles avec le MSP, mission de terrain), s'est renforcé en 2015 suite aux contacts réguliers de l'équipe de PAI et le MSP. De plus le PAI a financé l'évaluation du COMPACT dont le terme est échu en fin 2015. Les recommandations qui en sont issues ciblent le suivi des engagements notamment financiers du gouvernement et de ses partenaires.

Le PAI a pu ainsi obtenir des avancées dans un nombre de réformes (le dispositif qualité, la stratégie de RCR, la participation communautaire e.a.

Le secteur de la santé est ouvert aux réformes, pour avoir pris le devant d'une analyse autocritique. Le MSP a ainsi organisé un audit organisationnel et fonctionnel en mai 2015, facilité et financé par le PAI. Cet audit a créé un « momentum » pour avancer vers la performance du secteur. Il y a ainsi eu une conscientisation à tous les échelons du MSP qu'une modernisation est nécessaire et doit être appliquée. Cet audit a également soulevé que la politisation du secteur, présente à tous les échelons, diminue la performance de la fonction publique et est considérée comme un obstacle important pour le bon fonctionnement du MSP.

L'appropriation du processus de l'audit organisationnel et fonctionnel par les différentes directions du Ministère de la Santé Publique et surtout la mise en œuvre des résultats qui en seront issus afin de permettre de meilleures performances a été facilitée par l'organisation des réunions de sensibilisation de toutes les structures. Le point des différentes recommandations issues des rencontres avec les différents groupes lors de ces séances de sensibilisation a été partagé.

L'objectif poursuivi par le Ministère de la Santé Publique à travers cet audit était : dans un premier temps, de faire un diagnostic de l'organisation et du fonctionnement du MSP ; dans un deuxième temps, au vu des faiblesses constatées, de formuler des recommandations visant à rendre plus efficaces et efficaces les actions du Ministère. Ces recommandations seront traduites en plan de modernisation du Ministère ; dans un troisième temps, de prendre les dispositions pour veiller à la mise en œuvre du plan de modernisation. Pour ce faire, un comité de suivi de la mise en œuvre du plan de modernisation sera mis en place pour travailler étroitement avec l'Inspection Général de Service qui a à charge l'évaluation de la productivité des services.

L'audit a identifié 19 axes prioritaires de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du MSP. La mission a aussi fait des propositions des critères de choix et attributions du groupe de suivi de mise en œuvre des recommandations de l'audit.

L'accompagnement technique et financier du PAI dans un nombre de comités thématiques mis en place au MSP, a produit des avancées notables, notamment en matière de mise en œuvre du Groupe de Travail National sur la CUS ; la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, l'élaboration et finalisation de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé et le pilotage de ce dispositif dans quelques formations sanitaires.

Pour la plupart des activités existent des TDR pour l'exécution qui précisent les objectifs, les résultats attendus en lien avec le PDS et orienté vers la résolution pratique des problèmes. Toutefois, une attention particulière devra être portée sur les changements attendus des interventions.

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

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

Parfois à cause des besoins non identifiés au moment de l'élaboration des PAA, ou des imprévus, les directions du MSP font appel au PAI à travers des requêtes spéciales, qui évalue la pertinence de cette demande par rapport aux résultats attendus du projet avant de financer.

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

Pour renforcer l'institution, le PAI a fait appel à plusieurs stratégies de renforcement des capacités. Le projet ne se limite pas au financement de la formation des agents, mais joue sur d'autres « leviers » pour renforcer les capacités : il apporte l'expertise pour développer avec le MSP les instruments et outils nécessaires, appuie des groupes de travail sur des thématiques diverses et joue au quotidien le rôle d'un « facilitateur de changement ».

Les formations financées et appuyées par le PAI sont entre autres : Formation de 5 cadres de la DRH, 1 en GPPEC au Maroc, 1 en management des RH à Togo, 1 en technique de rédaction des actes administratives à Burkina Faso, 1 en gestion des emplois et des carrières à Burkina Faso, 1 en ingénierie de la formation au Maroc. Formation de 2 cadres du PSM, 1 en santé communautaire à Parakou, 1 sur la recherche en santé mentale en France. Formation des cadres des DRSP en management dans les DRSP. Formation de 6 cadres du MSP à l'ULB (BXL) dont 4 en renforcement du système de santé et 2 en économie de la santé. Formation de 2 cadres de la DRFM en passation de marchés publiques au niveau avancé. Pour le niveau déconcentré, le PAI a aussi appuyé la formation en management de 32 agents de district et 49 Cadres de DRSP sur les 56.

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

Le PAI s'est impliqué aussi dans le développement d'une approche communautaire autour des cases de santé à travers une stratégie de participation communautaire orientée vers la décentralisation.

La participation du PAI au comité de suivi évaluation du PDS a contribué à améliorer l'encadrement de l'exercice des revues conjointes tant par l'appui technique aux niveaux central et régionaux que dans la révision de divers documents.

Il en est de même dans la présence effective aux comités rédactionnels de guidance/rapportages pour développer les stratégies et politiques du système comme , l'élaboration du nouveau PDS 2016-2020, les PQ, le CDSMT et la révision de la politique sanitaire.

Notons quand même l'impérieuse nécessité de renforcer le comité de suivi du PDS, qui demeure un outil non moins indispensable pour l'obtention des résultats du PDS

Le comité de pilotage et comité technique dans lequel le PAI est membre actif ont été créés pour l'élaboration du nouveau PDS 2016 -2020. L'atelier de validation du nouveau PDS 2016-2020 est prévu mars 2016

Le processus global d'élaboration du nouveau PDS a été conçu en 8 phases à savoir: la mise en place des comités, la révision de la politique sanitaire, l'élaboration et validation des orientations stratégiques, l'élaboration de PDS de districts, les PQ e a, l'élaboration des PDSR, du CDSMT, l'adoption pour le gouvernement et l'élaboration et signature du compact.

Quelques dossiers/activités (l'audit fonctionnel de l'ONPPC, le recensement des formations sanitaires privées, l'installation des médecins dans les CSI, la révision du cadre institutionnelle du CNAT et le manuel des procédures) ont connu une lenteur de traitement pour des raisons suivantes : la faible capacité en RH et non-respect du calendrier du PAA. Peut-on aussi attribuer cette lenteur au faible développement du travail en équipe se traduisant par de faibles concertations internes dont l'irrégularité des réunions de coordination du SG et des différentes directions ? La mise en application du Plan Stratégique de Communication Institutionnelle dont l'élaboration a été techniquement et financièrement appuyée par le PAI devra adresser les insuffisances inhérentes au déficit de communication et à la faiblesse de la coordination.

Le processus de réformes prévu dans le PDS est considéré comme utile et prioritaire et pour marquer son alignement avec le PDS, le PAI s'est investi pour soutenir les procédures nationales de certification et le mécanisme de gestion du dispositif à mettre en place. En matière d'amélioration de la qualité, un collaboratif entre hôpitaux secondaires s'est mis en place avec l'appui d'experts externes.

Quant à la réforme du SNIS, l'actualisation des données existantes, la prise en compte des données du secteur privé sanitaire et la formation des agents à l'utilisation d'un logiciel de géo référencement ont permis une avancée très significative dans l'élaboration de la carte sanitaire qui demeure un outil indispensable de planification.

Le PAI a appuyé la réforme sur le développement d'une approche communautaire autour des cases de santé. Cette stratégie de participation communautaire est orientée vers la décentralisation dans le secteur et adresse l'insuffisance de l'approche communautaire actuelle (par rapport à l'implication des ménages et des relais communautaires, de l'effectif des Agents de Santé Communautaire (ASC), de leur formation et des modes de leur rétribution à pérenniser et de la rationalisation de l'utilisation des cases de santé).

Par rapport à l'état d'avancement du plan de mise en œuvre des réformes contenues dans le PDS 2011-2015, une réunion d'information et d'échange entre le Ministre de la Santé et les PTF, les responsables à tous les niveaux, les partenaires sociaux et la société civile, s'est tenue fin aout 2015. Peu de progrès a été constaté en 2014, les avancées en 2015 sont faibles, ce qui nécessite une réactivation du comité de suivi des réformes en 2016

## 2.4 Performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

R2 La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central									
	Description	Valeur (2011)	Valeur cible finale (2015)	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur obtenue 2015	Réalisé	Commentaires
R2-1	Proportion de supervision du niveau central (SG et autres supervisions spécifiques) vers les DRSP ayant utilisé le Plan de Résolution des Problème (PRP) issues de l'identification des principaux problèmes	ND	100 %	ND	25 %	50 %	100 % (SG)	R	Sur les 8 supervisions prévues 4 ont été réalisées, avec PRP (100%)  Pour atteindre cet indicateur, tous les 42 cadres de la DSME ont été formés en septembre 2015 sur la supervision avec élaboration de PRP
R2-2	Proportion d'hôpitaux publics ayant adhéré au réseau qui utilise au moins 50% des outils retenus conjointement	0 %	30 %	0 %	ND	ND	100% (CHR-CSME)	R	Option prise par le MSP de constituer uniquement un réseau clinique au 2 <sup>ème</sup> niveau de référence en attente de la loi hospitalière. Tous les CHR et CSME y ont adhéré et travaillent en collaboratif clinique à partir de Q3 2015. Tous utilisent les outils élaborés pour le collaboratif.
R2-3	Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence	ND	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	R	Document d'orientation élaboré, validé mais non encore vulgarisé aux Cadres de concertations

### 2.4.2 Les incidences visées

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

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

## 2.4.3 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>5</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
<b>R 02_01 Appuyer l'organisation et la supervision du niveau central vers le niveau régional</b>				
Finaliser la révision du document des normes et standards du MSP		X		
Réviser le guide SPT		X		
Appuyer la fonctionnalité des districts sanitaires				x
Veiller à la vulgarisation de la stratégie 5 S KAIZEN au niveau des structures de la DGSP			x	
Mettre en œuvre un cercle de modernisation au niveau des structures de la DGSP		X		
Organiser des missions de supervisions intégrées du niveau central vers les régions		X		
Former 30 agents de santé en approche ACP en 1 session de 5 jours à Ouallam				x
<b>R 02_02 Appuyer techniquement la mise en place d'outils de Référence et Contre référence</b>				
Finaliser et valider le document de référence contre référence et vulgariser la stratégie nationale de RCR		X		
<b>R 02_03 Contribuer à la réforme hospitalière</b>				
Appuyer l'évaluation des PEH des CHR et des hôpitaux nationaux				X
Tenir les réunions du collaboratif d'amélioration de la qualité des soins dans les CHR/MRR		X		
Assurer la formation dans le cadre du collaboratif CHR CSME		X		
Assurer le suivi encadrement de la mise en œuvre du collaboratif CHR CSME		X		
Mettre en œuvre le dispositif qualité (ateliers régionaux, accompagnement de la mise en œuvre dans 2 ou 3 structures (Lanspex, HNN, et autres )			x	
Informatiser la gestion hospitalière avec l'appui d'un expert externe (missions perlées) : état de lieu, plan d'informatisation, RA		X		
Réviser les textes réglementaires en matière de laboratoires		X		
Appuyer l'élaboration du guide de suivi évaluation du PS laboratoires		X		
Former tous les responsables qualité des laboratoires à la norme ISO 15189		X		

## 2.4.4 Analyse des progrès réalisés

Plusieurs démarches sont déployées en vue d'améliorer la qualité des soins par le projet. Le PAI a appuyé la définition du paquet minimal d'activités (PMA), la révision des normes et standards, la définition des profils de poste, la révision du guide SPT (dont la dernière révision remonte à 1997), la réflexion relative à l'identification des districts sanitaires à viabiliser prioritairement et relative à la fonctionnalité des gros districts sanitaires.

Malgré les multiples relances du PAI et l'élaboration de plans de sortie seules 4/8 supervisions ont pu être réalisées, conformément au guide de supervision du MSP.

Toutefois, le secrétariat général a effectué le suivi des plans de résolutions des problèmes dans quatre régions du pays.

En dépit de multiples difficultés de fonctionnalité du comité, le dispositif d'amélioration de la qualité des soins a été conçu et adopté. Le PAI a mis tout en œuvre pour appuyer l'opérationnalité de ce dispositif en 2015. A ce titre, il accompagne la mise en place de ce

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

dispositif au LANSPEX, à l'HNN, dans les écoles de santé (appui technique) et dans une moindre mesure à la Direction en charge des laboratoires.

En élaboration depuis 2013, la rédaction de la stratégie de référence et contre référence a été finalisée et validée en 2015.

La vulgarisation de ce document se fera en 2016.

Introduite en début de l'année 2014, à ce jour, la loi hospitalière n'est toujours pas adoptée par le gouvernement

Néanmoins un premier collaboratif CHR – MRR appuyé par le PAI a été organisé ; ceci a permis d'identifier les domaines qualité à mettre en œuvre au niveau des CHR et CSME. Le prochain collaboratif qui se tiendra au cours du premier trimestre 2016 sera consacré à un partage des bonnes pratiques de qualité dans ces structures.

Dans la perspective d'une généralisation à l'échelle du MSP, la DGSP expérimente l'application d'une approche qualité nommée « 5S KAIZEN » dans le cadre de la modernisation de l'institution.

En phase avec la digitalisation de la gestion des hôpitaux, le PAI a financé une expertise internationale pour l'informatisation du système de gestion de l'HNN et du CHR de Tahoua (Etat des lieux et perspectives).

## 2.5 Performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

R3-la capitalisation des acquis produits par le système est mis en place									
	Description	Valeur (2011)	Valeur cible finale (2015)	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur obtenue 2015	Réalisé	Commentaires
R3-1	Disponibilité d'un document de capitalisation de bonnes pratiques	ND	D	ND	ND	Partiel	Partiel	Partiel	Document d'orientation sur la capitalisation est disponible Un atelier de capitalisation est prévu pour 2016
R3-2	Nombre de BP dans le système de santé qui ont été documentés	0	10	4	4	6	6	En cours	Plusieurs projets de RA en cours et d'autres en phase de finalisation
R3-3	Nombre ECD engagée dans une recherche –action au cours de l'année	6	25	4	8	2	4	En cours	HD de Dosso, ECD santé mentale Dosso, ESD douchi,

### 2.5.2 Les incidences visées

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

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

### 2.5.3 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>6</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
<b>R 03_01 Identifier et documenter "les meilleures pratiques" en santé</b>				
Appuyer les activités de recherche en santé par la finalisation/consolidation des protocoles de recherche en cours, le suivi à distance, la formation d'écriture et la capitalisation avec l'appui d'une expertise externe		X		

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

Former deux cadres au compte du MSP en recherche en santé		X		
Participer aux rencontres sous régionales de la santé mentale dans le cadre de la recherche action et d'échange d'expériences		X		
<b>R 03_02 Financer 12 projets de Recherche Action approuvés par le MSP</b>				
Réaliser une recherche action sur la supervision réflexive au niveau de tous les CSI du district sanitaire d'Ouallam				x
Effectuer les activités de recherche action sur la malnutrition à Ouallam				X
Poursuivre la recherche action sur l'intégration des soins de santé mentale dans les systèmes de santé de district		X		
Réaliser une recherche sur la Contribution à la lutte contre les infections nosocomiales à l'Hôpital National de Niamey par l'incitation au changement de comportement du personnel de soins		X		
Analyse des déterminants des causes des décès maternels (Dosso)		X		
PM				
PM				
<b>R 03_03 Elaborer le plan stratégique de Recherche Action</b>				
<b>R 03_04 Réviser le cadre législatif et réglementaire en matière de recherche en santé</b>				

## 2.5.4 Analyse des progrès réalisés

A terme des formations sur la recherche en santé réalisées avec la facilitation de l'équipe de l'ULB, un nombre de protocoles de recherche ont été identifiés et proposés pour financement par le projet (autres protocoles de recherche ont un financement ailleurs). Un mécanisme de suivi à distance de ces recherches par l'ULB a été mis en place.

Depuis 2013, 52 cadres de différents niveaux ont été formés en recherche action et en écriture scientifique. Ceci a certainement impulsé le processus de recherche action qui fait désormais partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et services de santé. A ce jour, 12 protocoles de recherche ont été validés par le MSP parmi lesquels 6 sont financés par le PAI (santé mentale, prise en charge nutritionnelle en urgence pédiatrique, péritonites typhiques, Accès aux intrants nutritionnels, Décès maternels,) 4 sur 12 sont des recherches- action.

Le PAI appuie techniquement conjointement avec le PARSS une recherche-Action sur la Maintenance (RAM) et continuera à faire en 2016.

Un mécanisme de suivi à distance de ces recherches par l'ULB a été mis en place, même si on relève ici les difficultés d'attribution de marchés pour l'accompagnement scientifique de la recherche

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

Malgré le retard dans l'installation du Cadre de concertation sur la recherche (décembre 2015) et les multiples rappels du PAI, les réflexions sur la capitalisation ont démarré, impulsées par la mise en place d'un pool de suivi encadrement des recherches

## 2.6 Performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

R4- Les initiatives du MSP visant le développement de la CUS sont soutenues									
	Description	Valeur (2011)	Valeur cible finale (2015)	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur obtenue 2015	Réalisé	Commentaires
R4-1	Disponibilité de textes (réglementaires et ou législatifs) pris par les autorités nationales sur la CUS	ND	D	ND	ND	D	Un texte (Création GTN)	En cours	Création en fin 2014 du Comité Technique National de protection sociale incluant la CUS ; Création en fin 2014 du Comité interministériel de coordination de la Protection sociale incluant la CUS L'arrêté MSP sur le comité CUS a été signé et le comité installé ; remplacement du comité par un comité multisectoriel (GTN) créé fin 2014 ;
R4-2	Nombre de décideurs (Assemblée et Gouvernement) dont au moins 10% de femmes touchés par le plaidoyer sur la CUS	0	150	0	ND	ND	ND	NR	Activité liée aux travaux du GTN

### 2.6.2 Les incidences visées

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

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

### 2.6.3 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>7</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
<b>R 04_01 Développer une politique de financement de la santé</b>				
Appuyer la mise en œuvre de la stratégie du financement de la santé orienté vers la CUS (analyse des dispositifs, voyages d'études forum, formation etc.)		X		
Finaliser l'étude des coûts réels des soins par un consultant		X		
Tester le modèle de la CUS dans les DS				X

<sup>7</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

<b>R 04_02 Elaborer un plan stratégique de couverture universelle</b>				
Former 3 cadres nigériens (santé et autres secteurs) sur la CUS à Bruxelles		X		
<b>R 04_03 Organiser 2 plaidoyers auprès des autorités sur la CMU</b>				

## 2.6.4 Analyse des progrès réalisés

Selon les directives de l'UEMOA, un groupe de travail national (GTN) a été créé en fin 2014, par la primature pour conduire le processus de CUS. Il s'agira pour ce groupe de proposer un dispositif de mise en place de la CUS au Niger. Les réflexions doivent être menées autour des sujets suivants : comment intégrer la gratuité des soins ; comment intégrer le FBR et le Fonds Social Santé dans l'AMU ? Notifions que le MSP a la charge de son pilotage

Par rapport au processus de la mise en place d'une CUS, le PAI a participé à la cérémonie d'installation officielle du Comité Interministériel de Coordination de la Protection Sociale au Niger (CICPS) et au lancement de la journée citoyenne pour un consensus sur la protection sociale au Niger début septembre 2015, sous le haut patronage de son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement. Cet événement marque une avancée significative dans l'analyse approfondie de la problématique de l'accès universel à la protection sociale au Niger.

Début mars 2015 la deuxième mission de l'étude de coûts au niveau secondaire et tertiaire du système de santé s'est déroulée avec l'appui d'un expert de l'INAMI/COOPAMI sur financement du PAI. Une enquête sur le terrain a été organisée afin de récolter les informations nécessaires conformément à la méthodologie validée. L'objectif principal de l'étude est de contribuer à la maîtrise du financement des soins de santé des formations sanitaires des 2ème et 3ème niveaux de référence et de déterminer les coûts réels de prestations de soins de santé dans les formations sanitaires (Centre Hospitalier Régional, Centre Mère-Enfant, Maternité de référence nationale, Hôpitaux Nationaux) dans le cadre du remboursement des frais liées à la gratuité et à la mise en place d'une assurance maladie.

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

Par ailleurs, il était question pour le MSP de tester le modèle national de l'AMU dans 1 ou 2 districts sanitaires avec chacun un HD fonctionnel, sous forme RA. L'absence de compétences pour conduire le test, combinée à une lenteur dans le choix du site pilote, même si des discussions ont été engagées avec la DRSP de Tillabéri pour identifier un site n'a pas favorisé une avancée notable de cette intervention

## 2.7 Thèmes transversaux

### 2.7.1 Genre

Tel que précisé dans le PDS, la prise en compte du genre : « se traduira dans la prise de décisions, la gestion des structures, l'offre de soins et la production de l'information sanitaire selon l'approche de discrimination positive ». Bien que les activités relatives au genre restent insuffisamment développées dans la santé, des efforts sont faits dans le cadre des programmes de la Santé Reproductive (SR), notamment par la création des écoles des maris. La fonctionnalité des écoles des maris et des sites de distribution à base communautaire ont permis le rehaussement des indicateurs de PF

Ces expériences démontrent que si les hommes sont impliqués et participent dans les décisions concernant la santé reproductive le taux d'utilisation de la PF augmente.

## 2.7.2 Environnement

Même si le Niger se trouve être l'un des rares pays à satisfaire aux indicateurs de l'environnement, concernant la cible 7C des OMD : « réduire de moitié, d'ici à 2015, le taux de la population qui n'a pas d'accès à l'eau potable ni à des services d'assainissement de base », les aspects d'hygiène, d'assainissement, d'eau potable dans les structures sanitaires sont mal maîtrisés. Les personnels de surface chargés d'assurer l'hygiène dans les structures sanitaires ne sont pas salariés et donc non motivés dans le travail pour accomplir complètement leurs tâches de nettoyage. Cependant, dans le cadre des activités du sous Axe 5.5 du PDS 2011-2015 : « Promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement » des formations sont réalisées auprès d'agents des districts sur la gestion des déchets issus des soins de santé et il existe un système de gestion de ces déchets

## 2.7.3 VIH/SIDA

Rappelons que le système de santé du Niger concourt directement à l'atteinte de l'ODM 6 ; combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies. Comme on le constate dans le tableau ci-dessus, les indicateurs sont en baisse constante depuis 2009 et la cible du VIH/SIDA est atteinte

Indicateurs	2009	2010	2012	Cible 2015
Taux de séroprévalence du VIH/SIDA dans la population générale (°/°)	0,7	0,7	0,4	< 0,4

Notons aussi que les programmes et activités de lutte contre le VIH/SIDA font objet d'une intégration intra sectorielle à tous les niveaux.

## 2.8 Gestion des risques

Identification du risque ou problème				Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status	
Les différents services du MSP ne respectent pas le calendrier du PAA	01/01/2014	OPS	Low	Low	Low Risk	Suivi /appui régulier à la coordination de la mise œuvre des PAA (3 DG et 5 Directions)	Responsables du projet et ATN	continu	Rencontres de concertation régulières sur la mise en œuvre du PAA avec les chefs des divisions et chefs des services et les directions clés du MSP	Terminé	
Procédures lourdes du MP	01/01/2014	OPS	Low	Low	Low Risk	Appel à des experts externes de courte durée pour certaines activités. La SMCL du 25/2/2014 a accepté et validé la proposition de modification du DTF par rapport à la gestion des marchés publics pour le PARSS et le PAI	Responsables du projet et SMCL	continu	Programmer les marchés et consultations à temps en tenant compte du timing du processus MP.	Terminé	
Faible capacité des ressources humaines du MSP	01/01/2014	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Renforcement des capacités par les ATI, ATN et éventuellement des experts externes	Responsables du projet, ATN et experts externes	continu	Renforcement des capacités par les ATI, ATN et les experts externes	En cours	
Changement d'un responsable d'une des directions clés du MSP	01/01/2014	OPS	Low	Low	Low Risk	Organiser mensuellement des réunions de restitution au sein de chaque direction	Responsables du projet et ATN	continu		Terminé	

Transfert des attributions d'une direction du MSP à une autres	01/01/2014	OPS	Low	Low	Low	Low Risk	Renforcement des appuis aux directions concernées	Responsables du projet et ATN	continu	Terminé
Assimilation des enjeux du PAI par le nouveau responsable	01/05/2014	OPS	Low	Low	Low	Low Risk	Accompagnement du responsable par l'ATI et participation du responsable aux réunions régulières de l'équipe PAI	ATI et l'équipe	continu	Terminé
Difficulté de coordination entre le Cabinet et le Secrétariat Général.	07/07/1905	OPS	High	Medium	High Risk	High Risk	Organisation d'un audit organisationnel et fonctionnel du MSP ; Veille sur la mise en œuvre des recommandations de l'audit	SG	continu	En cours
Difficulté de coordination du Secrétariat Général (SG DG et Directions transversales), induisant une absence de redevabilité	07/07/1905	OPS	Medium	High	High Risk	High Risk	Mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP ; Appui du PAI à la mise en œuvre des recommandations de l'audit	SG et PAI responsables	continu	Nouveau

## 3 Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

#### Appui technique à la mise en œuvre de recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP

Le projet continuera le suivi des recommandations issues de l'audit institutionnel et fonctionnel du MSP.

#### Assurance Maladie Universelle

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

#### Réforme hospitalière

Par rapport à la réforme hospitalière un comité ad hoc a été créé pour la mise en œuvre de la réforme et les travaux de réflexion ont été finalisés avec l'appui d'experts externes. En attendant l'adoption de la loi hospitalière, le MSP a mis en place un collaboratif qualité entre les hôpitaux de deuxième niveau de référence. Le PAI continuera à appuyer ce processus jusqu'à l'institutionnalisation des bonnes pratiques.

#### Réforme qualité/ accréditation

Le MSP a conçu un dispositif national de qualité des soins à mettre en œuvre à travers une agence indépendante (sous forme d'EPIC). Cette agence aurait pour rôle d'attribuer les accréditations (à partir de référentiels de la qualité) et un label qualité. En 2015-2016, le PAI appuiera l'opérationnalisation du dispositif dans les formations sanitaires, laboratoires et écoles de santé avec l'appui d'un consultant

#### Recherche action et capitalisation

Si l'amélioration des services et des soins de santé de qualité se fera à travers la promotion de la recherche en santé et par la création d'un répertoire de chercheurs et résultats de recherches en santé, le projet continuera son appui au renforcement en 2016 des capacités en recherche action et la capitalisation d'expériences porteuses. En effet, sauf exception, la finalisation des protocoles de recherche et la finalisation de la rédaction des articles scientifiques ne peuvent être réalisées en quelques ateliers d'écriture scientifique. Il sera nécessaire de prévoir à la fois un encadrement à distance et des missions d'appui par des experts externes en 2016 pour assurer la bonne finalisation des activités entreprises lors de ces ateliers. Le suivi à distance est nécessaire pour

répondre aux questions et orienter les chercheurs concernant la méthodologie ou tout autre problème rencontré lors de la rédaction de leur document ou de leur article scientifique ou encore lors de la mise en place de leur recherche en système de santé. En 2016 un atelier de capitalisation est prévu.

### 3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
Le projet consolide en 2016 les acquis et finalise les activités en cours.	ATI, ATN, Directions générales et transversales	Continu
Le projet poursuit l'appui aux différentes réformes initiées par le MSP (accréditation, normes standards, RH, maintenance, informatisation de la gestion hospitalière, le système de référence et contre-référence, e a)	DGSP, DOS, DRH, DIES, HNN,	Continu
Le projet appuie le SG dans l'organisation, le suivi et la mise en œuvre des axes de modernisation issus de l'audit institutionnel et fonctionnel du MSP et la mise en place d'un comité de suivi des recommandations de l'audit	ATI, ATN, SG, DG du MSP HCME, IGS	Continu
Le projet veille à l'accélération du processus d'élaboration de la carte sanitaire	SG, DS	Continu
Le projet veille à réactiver le comité technique de la mise en œuvre des réformes prévues dans le PDS.	SG	Continu
Le SG intercède auprès du gouvernement pour la signature des nouveaux textes pour la participation communautaire et la recherche	SG	Continu
Le projet s'articulera avec le groupe de travail national (GTN/CRM) sur la problématique de l'AMU afin de dégager une stratégie appropriée et textes réglementaires pour la mise en œuvre de la CUS	DEP, ATI, ATN et responsable, GTN	2016
Le projet recense les réalisations sur la recherche-action pour les capitaliser. Un atelier de capitalisation devrait être organisé pour permettre de documenter les recherches ainsi que les acquis du projet tout en assurant la diffusion des résultats	DEP, ATI, ATN et responsable, appui externe	2016
Le projet veille à ce que l'évaluation finale soit basée sur des termes de référence conformes à une démarche d'évaluation réaliste.	M&E BXL, EST santé, RR, SG	2016

### 3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Le leadership est une des conditions préalables à l'obtention des résultats (voir audit organisationnel du MSP).	M&E BXL, RR, SG, DGD
Les réussites de tout appui seront conditionnées par des réformes en profondeur du Ministère (à la fois un changement de culture, de leadership à tous les niveaux et un renforcement des compétences).	MSP
L'audit organisationnel et fonctionnel du Ministère de la Santé Publique (MSP) a jeté les jalons d'une meilleure compréhension des faiblesses et contraintes qui pèsent sur le MSP.	MSP, RR et PAI
L'audit organisationnel et fonctionnel du MSP a dégagé les pistes et leviers de la modernisation du MSP et identifié 19 axes stratégiques prioritaires dont quatre priorités potentiellement porteuses de changement (team building, gestion RH, révision de l'organigramme, révision des N&S et carte sanitaire) pour le leadership et le Renforcement du Système de Santé	MSP, RR et PAI
Un suivi / appui régulier au SG, aux 3 Directions Générales et aux 5 Directions transversales du MSP en centrant avec chaque Direction, les objectifs et les produits attendus du projet améliore la performance du projet	MSP et PAI
La recherche action appuyée par la CTB à tous les niveaux est une approche pertinente de résolution des problèmes constatés dans la mise en œuvre des interventions	MSP, PAI, EST santé
Le Renforcement des capacités des agents de santé qui reste encore une priorité doit être lié à une stratégie d'affectation répondant aux besoins réels des structures (distribution équitable entre zones urbaines et rurales)	SG

## 4 Annexes

### 4.1 Critères de qualité

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

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

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

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

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

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

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

## 4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES DECISIONS/RECOMMANDATIONS DE LA SMCL DU 15 Février 2015

Domaines	Décisions/Recommandations	Responsables de l'exécution	Deadline	commentaires
I. Validation du Rapport annuel des Résultats 2014	<b>Décision II.1</b> : Le Rapport annuel des Résultats 2014 du PAI-MSP est validé par la SMCL.	-	-	OK
II. Validation de la Programmation 2015	<b>Décision II.1.</b> : La programmation 2015 du PAI-MSP est validée par la SMCL	-	-	OK

### 4.3 Cadre logique mis à jour

#### Matrice de suivi des indicateurs du projet – validée SMCL décembre 2012

Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées								
Objectif Spécifique	Description	Valeur 0 (2011)	Valeur cible 2012	Valeur cible 2013	Valeur cible 2014	Valeur cible finale (2015)	Responsable pour la collecte des données	Observations
OS1	% des Régions Sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés	0%	0,00%	20,00%	40,00%	60,00%	ATN1	Source 2011 est le Mfinances (données collectées pour les besoins du Scorecard IHP+)
OS2	Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés	73,91%	80,00%	85,00%	VG	100,00%	ATN2	

R1. l'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée							
Description	Valeur 0 (2011)	Valeur cible 2012	Valeur cible 2013	Valeur cible 2014	Valeur cible finale (2015)	Responsable pour la collecte des données	Commentaires
R.1.1.	16,67%	25,00%	50,00%	60,00%	80,00%	ATN2	
R.1.2	5,69%	5,69%	52,65%	52,49%	80,00%	ATN2	
R.1.3	0,00%	0,00%	10,00%	80,00%	100,00%	ATN2	

<b>R2. La qualité des soins (préventif et curatif) est améliorée par un encadrement performant du niveau central</b>							
Description	Valeur 0 (2011)	Valeur cible 2012	Valeur cible 2013	Valeur cible 2014	Valeur cible finale (2015)	Responsable pour la collecte des données	
R.2.1.					100,00%	ATN1	Concerne supervisions faites par les 21 directions centrales du MSP
R.2.2.	0,00%	0,00%	16,67%	20,00%	30,00%	ATN2	Dénominateur : 12 (CHR, MRR et HN)
R2.3.	Non disponible	NON	Oui	Oui	Oui	ATN2	
<b>R3-la capitalisation des acquis produits par le système est mis en place</b>							
Description	Valeur 0 (2011)	Valeur cible 2012	Valeur cible 2013	Valeur cible 2014	Valeur cible finale (2015)	Responsable pour la collecte des données	
R.3.1.						ATN1	
	0	0	3	6	10		
R.3.2.						ATN1	
	6	10	15	20	25		
<b>R4- Les initiatives du MSP visant le développement de la CMU sont soutenues</b>							
Description	Valeur 0 (2011)	Valeur cible 2012	Valeur cible 2013	Valeur cible 2014	Valeur cible finale (2015)	Responsable pour la collecte des données	
R.4.1.	Non disponible	Non disponible	Disponible	Disponible	Disponible	ATN2	
R.4.2.	0	0	30	150	150	ATN2	

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

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

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

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

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

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

FEUILLE DE SUIVI N°1 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG						
Incidences visées :						
Les comités/commissions thématiques au sein du secteur de santé produisent, d'une façon concertée, des propositions d'amélioration des politiques sectorielles		Personne en charge de la collecte: SG				
Période de janvier 2014 à décembre 2015						
Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:						
Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que le SG						

1	Crée les comités/commissions sur des thématiques prioritaires	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du Comité technique Normes et standards ;</li> <li>- Mise en place du comité de suivi et de la mise en œuvre du compact</li> <li>- Mise en place du comité technique qualité et accréditation</li> <li>- Mise en place du Comité de réflexion sur la fonctionnalité des nouveaux districts sanitaires ;</li> <li>- Mise en place d'un comité de suivi du financement de la santé (cartographie PTF, échanges avec Min de Finances, prévisibilité financements PTF et Etat, y inclus la CUS et le financement de la santé par le PBF)</li> <li>- Mise en place du Comité de suivi des réformes du PDS 2011-2014</li> <li>- <b>Mise en place du comité d'organisation de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP</b></li> <li><b>Non mise en place du comité de suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP</b></li> </ul>	<p>30/04/14</p> <p>22/06/14</p> <p>26/03/12</p> <p>...</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>22/02/12</p> <p><b>Mars 2015</b></p>	<p>-12/06/14 : Transformation du Comité fonctionnel en Comité Technique de suivi et mise en œuvre 'gratuité'</p> <p>-05/12/14 : Création d'un Groupe de Travail National (GTN/CRM) sur de recommandations de l'UEMOA.</p> <p>-Création d'un comité d'élaboration de la stratégie de partenariat public-privé.</p> <p><b>- Mise en place du comité de suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP</b></p> <p><b>Arrêté de création</b></p>	Arrêtés de création des comités
2	Veille au fonctionnement des comités/commissions sur les thématiques prioritaires	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tenue des ateliers du Comité technique Normes et standards ;</li> <li>-Tenue des ateliers du comité technique qualité et accréditation</li> <li>-Tenue des ateliers du Comité de réflexion sur la fonctionnalité des nouveaux districts sanitaires</li> <li>- Tenue d'ateliers sur la CUS</li> <li>- Tenue de réunions sur la 'gratuité'</li> <li>- Tenue des réunions du comité de suivi du PDS</li> <li>- <b>Tenue du comité d'audit organisationnel et fonctionnel du MSP</b></li> <li><b>Absence de redevabilité exigée du comité de suivi du PDS par le cadre de concertation MSP-PTF</b></li> </ul>	<p>Continu</p> <p>2015</p>	<p>- Veiller à l'aspect genre par la proportion de femmes participant à chaque comité</p> <p><b>- Calendrier et PV des réunions du comité</b></p>	<p>PV des réunions des ateliers - PV réunions</p> <p>- calendrier de réunions de préparation, documents techniques préparatoires et finalisés</p>
3	Démontre leadership/facilitation au	M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Recensement de tous les comités</b></li> </ul>	<p>Continu</p>		<p>Ordre du jour, documents préparatoires, PV réunions</p>

	niveau des comités, préparation de l'ordre de jour et du contenu, rapportage		<b>actifs</b> Pilotage de tous les comités			
4	Veille à ce que les comités produisent des avis techniques sur les stratégies prioritaires	E	Séances de travail avec les directions techniques concernées même si non systématiques Les résultats des travaux des comités sont soumis au SG mais pas toujours systématique Les avis techniques sont partagés avec le Ministre mais non systématique	Continu	Accompagnement du SG par le PAI pour faciliter l'organisation du travail des comités  Recommandation du PAI pour une tenue régulière des réunions de coordination	CR des réunions des comités
On souhaite que le SG						
5	Stimule les membres assignés par arrêté à être présents dans les comités et commissions techniques	M	Multiples rappels à l'assiduité aux réunions du Comité Accréditation surtout	Continu	Préparation du contenu à travers l'organisation de groupes de réflexion au niveau décentralisé,	Note de service du SG
6	Présente le progrès réalisé dans les comités de concertation PTF/MSP	E SI	-Proposition a été faite par le comité de suivi du PDS de restituer les avancées des travaux des comités au cadre de concertation MSP- PTF. Rareté des réunions de coordination du SG qui devraient impulser les changements	Continu	Associer la recherche-action (RA) aux thèmes couverts Recommandation : Investiguer les causes factuelles de la rareté des réunions de coordination du Secrétariat Général	Présentations des outputs aux fora de discussion (Cadre de concertation MSP/PTF ; Revues) Documents présentés qui ont abouti à une adaptation de la politique ou stratégies du secteur
On n'aimerait que le SG						
7	Veille à l'input du niveau décentralisé dans les comités	M	Participation d'au moins une DRSP aux travaux des comités Très peu de comités comprennent des représentants des structures déconcentrées Le plus souvent, faible niveau de participation du niveau déconcentré	Continu	- Impliquer physiquement, ou en téléconsultation, des structures déconcentrées -Instaurer un cadre de travail entre le PAI et la Direction de la Législation pour veiller à une meilleure implication des structures déconcentrées	Documentation expériences, memos techniques, document de recherche-action
Description des réussites ou des changements significatifs						
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'année 2015 a été le témoin d'une accélération notable des principales réformes édictées dans le PDS, qui reconnaitons-le ont été plutôt léthargiques au cours des quatre premières années de mise en œuvre du PDS. Cela grâce à l'appui à la mise en place de (10) comités thématiques) composés de femmes et d'hommes, tous pilotés par le Secrétariat Général.</li> <li>Ce changement s'est traduit par des avancées notables dans les réflexions, notamment en matière d'orientation schématique de la CUS au Niger, de la révision des normes et standards et des textes relatifs à la participation communautaire, de l'élaboration de la stratégie nationale de référence et contre référence ainsi que la conception d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé. Il en est de même dans la priorisation des nouveaux DS à rendre immédiatement opérationnels, du suivi/fonctionnement de la gratuité, du suivi du PDS et de la stratégie de partenariat public-privé</li> <li>Pour la plupart des activités existantes TDR pour l'exécution qui précèdent les objectifs, les résultats attendus en lien avec le PDS et orienté vers la résolution pratique des problèmes.</li> </ul>						

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'audit organisationnel et fonctionnel du MSP a suscité un engouement de tous les acteurs consultés et le PAI a mis en priorité, l'appui à la mise en œuvre des axes de modernisations retenus par l'audit</b></li> </ul> <p>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui technique et financier du PAI</li> <li>• Appui à la conception des travaux préparatoires des différents comités</li> <li>• .....</li> </ul> <p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le compte rendu des résultats des travaux des comités au SG et au Ministre ne sont pas systématiques</li> </ul> <p>Synthèse des leçons apprises/recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'implication et la participation active du PAI dans différents comités thématiques a fait avancer les réflexions et le projet compte désormais s'investir beaucoup plus dans la préparation des travaux pour définir et appliquer les diverses stratégies</li> <li>• L'évaluation des résultats 2014, sur le plan de l'influence du projet sur les rôles que ces partenaires limitrophes jouent dans le développement à travers son journal des incidences visées, marqueurs de progrès a permis d'identifier les principaux chantiers à travailler en 2014.</li> <li>• <b>La forte irrégularité des réunions de coordination du Secrétariat Général limite l'atteinte des résultats attendus du PAI (faible possibilité de décisions concertées et de correction des difficultés rencontrées)</b></li> <li>• <b>Plusieurs risques identifiés se sont produits du fait de la faible capacité d'anticipation liée à la faiblesse de coordination du MSP</b></li> <li>•</li> </ul>
--

<b>FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG</b>						
<b>Incidence visée</b> : La gestion interne des équipes (en premier lieu ECD, DRSP, DG/MSP, DC/MSP, Divisions/ MSP) assure un environnement stimulant de travail						
<b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b>		<b>Personne en charge de la collecte</b> : SG				
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation</b> :						
<b>Situation Inchangée (SI)</b> : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F)</b> : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M)</b> : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E)</b> : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que le SG						
1	Réalise l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP	F	TDR de l'audit élaboré TDR de l'audit présenté au MSP Arrêté qui crée un comité de pilotage de l'audit	Déc 2014	TDR travaillés en collaboration avec l'OMS et le HCME	Rapport d'audit et TDR
2	Met en œuvre les recommandations de l'audit du MSP	SI	- Convocation avortées des réunions de coordination du SG qui devraient statuer sur le pilotage technique du MDP; Tentatives d'organisation d'un « Team Building », avec l'appui du PAI et HCME, sans succès ;	2015	- Vulgarisation des résultats de l'audit aux cadres MSP puis aux PTF ; - Engagement des PPTF à appuyer le Ministre pour la mise en œuvre des recommandations de	Feuille de route élaborée sur base des recommandations de l'audit organisationnel et technique du MSP

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseils et appuis techniques du PAI à la facilitation des réunions de coordination, mais qui n'ont pas eu les effets escomptés.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'audit. Inscrire à la première réunion du cadre de concertation MSP-PTF, la mise en œuvre des recommandations de l'audit (seul point d'ordre du jour)</li> </ul>	Répertoire Textes de la DL/MSP ; PV réunions de la DOS
3	Etablit les dispositifs de fonctionnement des ECD des nouveaux districts sanitaires	SI	<p>Tenues de réunions de détermination des priorités dans le fonctionnement des nouveaux districts</p> <p>Création de nouveaux départements par le Gouvernement, consacrant ainsi la délimitation de nouveaux districts sanitaires</p>	Sept 2014 2015
On souhaite que le SG				
5	Promeut le travail en équipe des directions centrales, DRSP, ECD, Hôpitaux	M	<p>Appui du PAI à l'amendement des attributions des DRSP</p> <p>Appui du PAI pour un mécanisme de coordination du SG</p> <p>Participation dans quelques réunions de directions</p> <p>Irrégularité des réunions de coordination</p> <p>Absence de dispositif d'implication du PAI aux réunions de coordination de certaines Directions, malgré la demande exprimée souvent par le PAI</p>	2015
<p>Travail en équipe des Directions inscrit à l'ordre du jour de réunions de coordination SG Les DG et Directions transversales élaborent et transmettent au SG leur mécanisme de travail en équipe et système de suivi dans la mise en œuvre des activités du PAA</p> <p>Organisation des retraites de réflexions sur la coordination du MSP avec suivi des PRP qui en seront issus</p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un mécanisme de suivi de la note du SG de 2009 sur les réunions de coordination</li> <li>- Mettre en place un mécanisme de suivi du travail en équipe des différentes Directions centrales et déconcentrées</li> <li>- Valoriser l'expérience de retraites pour certaines</li> </ul>				

6	Clarifie les relations, la division des rôles et des tâches au sein des entités et entre le personnel de santé (directions centrales, DRSP, ECD, HD)	M	Révision des attributions des différentes directions Définition de fiches de postes des niveaux CSI, ECD, <b>Non validation des nouvelles attributions des Directions par le Ministre</b>	2015	Validation des fiches de poste des niveaux HD, CHR, CME. Définition du cadre organique du niveau central Accélérer la révision des attributions des DRSP en procédant à leur validation <b>Recommandation : mise en œuvre des recommandations de l'audit (volet cadre organique)</b>	<b>réunions de coordinations du SG ou DG</b>	PV réunions de coordination SG ; PV réunions DG et Directions transversales et déconcentrées		
Description des réussites ou des changements significatifs									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation du PAI aux réunions des Directions (DEP, DOS, DS) centrées sur les PAA, a eu comme effet une performance appréciable des réalisations physiques (de 50% en 2014 à 54% en 2015 pour la DEP, de 33% en 2014 à 38% en 2015 pour la DOS et de 32 à 47% pour la DS).</li> </ul>									
Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</li> <li>Amélioration de la communication intra-directions en impulsant et participant aux réunions de coordination des directions,</li> <li>Soutien à la coordination du MSP par le SG à travers des appuis techniques et financiers à la réalisation des recommandations de l'audit organisationnel et à l'enrichissement des TDR de réflexions pour améliorer la gouvernance au sein du MSP</li> <li>Appui-conseil aux questionnements du SG</li> <li>Suivi des Plans de Résolutions des problèmes (PRP) des supervisions réalisées par le SG.</li> <li>Impulser un mécanisme d'échanges entre le SG et les DRSP à travers des vidéoconférences, téléconsultations...</li> <li>Mise en œuvre du plan de communication (mise en application du Plan Stratégique de Communication Institutionnelle, collaboratif secrétaires, formation en communication institutionnelle e a)</li> </ul>									
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès									
Synthèse des leçons apprises/recommandations									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un investissement important pour l'appui conseil au pilotage du MSP à travers la coordination organisationnelle du Secrétariat Général et la coordination globale du Ministère nous paraît prioritaire pour la suite de l'intervention</li> <li>Le MSP gagnerait en accélérant l'adoption des attributions des directions centrales et régionales et en mettant en place un mécanisme de redevabilité</li> <li>La synergie de travail entre le cabinet ministériel et le SG, mérite d'être renforcée (Team building),</li> <li>Les mécanismes de coordination impliquant tous les cadres du MSP et leur mise en œuvre qui méritent d'être améliorés</li> <li>L'application des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP améliorera sans doute les mécanismes de coordination et la communication institutionnelle</li> </ul>									

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

Incidence visée :

Les revues conjointes offrent une bonne guidance pour le développement de la politique et des stratégies du système de santé

Période de janvier 2014 à décembre 2015

Personne en charge de la collecte: DEP.

Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:						
Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur de progrès						
Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que le SG						
1	Assure que tous les acteurs actifs dans le système de santé participent et soient présents	E	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspension de toute autre activité pendant la période des revues conjointes pour avoir une large participation des acteurs.</li> <li>Révision du Comité de suivi (composé de cadres du MSP et des PTF) de suivi évaluation du PDS 2011 – 2015;</li> <li>-révision du canevas de présentation en faveur d'une analyse plus approfondie des revues</li> <li>Exercice régulier de planification ascendante impliquant tous les acteurs du système</li> </ul>	<p>Juin et octobre 2015</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer rigoureusement la mesure du Secrétariat Général visant la réduction du chevauchement des activités pendant la période des revues</li> <li>- Exiger la présence de tous les responsables des structures pendant les exercices des revues</li> <li>- S'assurer que des participants des organisations de la société civile, des collectivités territoriales et des autres secteurs participent aux exercices des revues à tous les niveaux</li> </ul>	Rapport CNS, CTNS, REP et outils révisés
2	Assure une orientation vers le niveau décentralisé/déconcentré	E	<p>Participation à la visite conjointe terrain;</p> <p>Participation des ATN aux planifications et suivi-évaluation régionales</p> <p>Révision de la stratégie de participation communautaire qui donne une place importante à la gestion des structures de santé par les communes (comités communaux de santé).</p> <p><b>Non adoption de la stratégie de Participation communautaire par le Gouvernement</b></p>	<p>Octobre 2015</p> <p>Juin, octobre 2015</p>	<p>Prise de décision prenant en compte des questions et des documents venant du terrain</p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre l'accompagnement de l'évaluation de l'exercice de planification et la mise en œuvre de recommandations au niveau décentralisé</li> <li>- Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des revues semestrielles et annuelle y compris celles de la visite terrain.</li> <li>- Mettre en place un mécanisme de suivi des dossiers devant faire l'objet d'adoption par le Gouvernement</li> </ul> <p>Impulser la mise en place des</p>	Ordre de jour, documents de préparation, rapport visite terrain, rapport d'évaluation, rapports de mission de suivi des recommandations issues des revues

	comités communaux de santé				
3	Assure leadership/facilitation au niveau de la Revue	E	<p>- préparation de l'ordre de jour et du contenu,          -valorisation du travail des comités techniques,          -valorisation des recommandations issues des études/audits, niveau des discussions privilégiant la planification et l'évaluation axées sur les résultats  <b>Léthargie du comité de suivi du PDS</b>          ( La plupart des PTF ne communiquent pas à temps leurs enveloppes budgétaire pour les planifications de l'année n+1 ;          Le guide de suivi évaluation tel que conçu ne permet pas une évaluation du PDS axée sur les résultats)</p>	<p>Inscription de l'approche évaluative GAR à une réunion du SG  <b>A défaut d'une évaluation axée sur les résultats, le canevas de présentation des évaluations a été revu pour améliorer l'analyse de la mise en œuvre du PDS ;</b>          Une évaluation de l'exercice des revues a été réalisée :          - Les recommandations d'amélioration de la planification ont été prises en compte pour l'élaboration du PDS 2016-2020 ;          - Des recommandations pour formuler le nouveau guide de suivi évaluation du PDS 2016-2020 sur une approche axée sur les résultats a été retenue</p>	<p>Agendas CS/DS, CRS, CNS ;          Outils utilisés lors des revues PDS ;  <b>Outils d'élaboration du PDS 2016-2020</b></p>
4	Veille à ce que des décisions / recommandations du CNS précédent soient mise en œuvre	F	<p>Certaines décisions du CNS traduites en adaptation des stratégies  <b>Elaboration à chaque revue annuelle d'un aide-mémoire comprenant un PRP</b>  <b>Inexistence d'un mécanisme de suivi permanent de la mise en œuvre des</b></p>	<p>Prises en compte des recommandations du CNS au cours des suivis des PRP des supervisions du SG  <b>Recommandations :</b>          1) Redynamiser le comité de suivi du</p>	<p>Rapport CNS          Rapport de suivi des PR  <b>Rapports d'activité du comité de suivi du PDS</b>  <b>Rapports d'activités du cadre de concertation MSP-PTF</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'introduction en 2014 d'une approche d'analyse des résultats basée sur des indicateurs de résultat du PDS, avec les facteurs favorisant et limitant à améliorer la qualité des revues.</li> <li>• Une évaluation de l'exercice des revues a été réalisée, avec mise en œuvre de la recommandation sur une nouvelle approche de planification ascendante</li> <li>• La recommandation de la même évaluation sur la nécessité d'élaborer le guide de suivi évaluation du PDS 2016-2020 sur une approche axée sur les résultats a été retenue par le MSP</li> <li>• Révision de la stratégie de participation communautaire qui donne une place importante à la gestion des structures de santé par les communes, à travers les comités communaux de santé dirigés par les maires.</li> </ul>
<p>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des activités pertinentes non planifiées ont été financées par le PAI ( X requêtes spéciales)</li> </ul> <p>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à la prise en compte dans les TDR des partenaires, du suivi des recommandations issues des revues et visites terrain</li> <li>• Veiller à une bonne fonctionnalité du comité de suivi du PDS ( feuille de route ; compte rendu au cadre de concertation MSP-PTF)</li> <li>• Veiller à ce que le comité de suivi du PDS améliore le suivi de la mise en œuvre du PDS et la préparation technique des revues (Suivi du PRP issus des revues, outils, encadrement des structures déconcentrées et centrales)</li> </ul> <p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Synthèse des leçons apprises/recommandations lors des revues. L'exercice de planification conjointe se produit répétitivement depuis une décennie au MSP permettant une certaine internalisation de l'approche.</li> <li>• Les recommandations issues des PRP de supervision et des revues ne sont pas évaluées en rapport avec les indicateurs y référents, donc ne permettant pas une appréciation objective</li> <li>• Des efforts restent à fournir pour une meilleure préparation des revues, lieu de prise de décisions par les Comités de Santé sur la base des résultats soumis par les Comités techniques de santé aux comités de santé à tous les niveaux</li> <li>• Les PTF ne communiquent pas à temps leurs enveloppes budgétaire pour les planification de l'année n+1 ;</li> <li>• Le guide de suivi évaluation tel que conçu ne permet pas un suivi axé sur les résultats attendus du PDS</li> </ul>

<b>FEUILLE DE SUIVI N°4 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU DEP</b>						
<b>Incidence visée :</b> Les ateliers de formation organisés par le Ministère, les districts (ciblés) ou les Partenaires Techniques et Financiers sont orientés vers les besoins du terrain						
<b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b>		<b>Personne en charge de la collecte: DEP</b>				
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b>						
<b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F) :</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M) :</b> Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E) :</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que le DEP						
1	Veille à ce que les TDR présentés justifient et explicitent le lien avec un besoin de terrain identifié	M	La DEP est sensée traiter toutes les requêtes avant transmission aux partenaires <b>Recrutement d'un AT par la DEP pour le traitement et transmission des</b>	Continu <b>2015</b>	- Le lien est fait avec le PDS, PDS, PQ, PEH ; - Le lien est fait avec les analyses faites dans le cadre du système de monitoring et	Rapports des activités l'atelier, plans stratégiques dans le cadre du M&E

			requêtes aux partenaires La plupart des TDR reçus et traités identifient des besoins réels Cadre de concertation des partenaires rendu plus dynamique		évaluation ; Le PAI a traité tous les TDR dans une approche résultats et présentés à la DEP ; Les TDR sont de plus en plus discutés et traités en avancé avec le PAI avant leur transmission officielle	
On souhaite que le DEP						
2	Veille à ce que le contenu des formations vise la réflexion et orientation vers la résolution pratique des problèmes : centré autour des incidents critiques, des données et des analyses en relation avec le système M&E	F	La plupart des TDR présentés par la DEP identifient les besoins, mais non orientés vers les résultats  Les agents sont réticents à l'application pratique de la GAR	Continu  2015	Formation plus pratique en GAR réalisées pour les cadres centraux et régionaux ; Outputs à adapter en termes de renforcement de connaissances : non seulement connaissances théoriques mais aussi connaissances pratiques, systémiques et interpersonnelles <b>Recommandations : Valoriser les Outputs des formations pour permettre les changements attendus (Effets attendus) identifiés dans les TDR de requêtes de formations</b>	TDR, rapports d'ateliers, rapports de participation aux formations Rapport de suivi post formations
Description des réussites ou des changements significatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement en mode avancé par le PAI a réduit considérablement les délais d'approbation des requêtes et amélioré leur contenu.</li> <li>L'accroissement du nombre des recherches en cours est quasiment imputable aux formations sur la recherche en santé financées presque exclusivement par le PAI.</li> <li>Le PAI apporte son appui technique à certaines insuffisances constatées ou à la demande des Directions</li> </ul>					
Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PAI apporte son appui technique à certaines insuffisances constatées ou à la demande des Directions</li> </ul>					
Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'accorder avec la DEP, le Secrétariat Général et les autres Directions du MSP, sur la nécessité d'orienter tous les TDR dans une approche résultats (Changement attendu et Produits) ;</li> <li>Prévoir et appuyer dans tous les TDR, un mécanisme de suivi post formation pour toutes les formations financées ;</li> <li>Le PAI a toujours proposé une orientation des TDR vers des changements attendus, mais ceci n'est pas toujours soutenu par la DEP</li> <li>Désormais, prévoir un suivi de la réalisation des effets attendus de ces activités réalisées</li> </ul>					
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès						

Synthèse des leçons apprises/recommandations

- Sans suivi post formation aucun changement ne peut être réellement objectif ;
- Amener si possible les autres PTF à s'orienter aussi vers l'appréciation de TDR visant des résultats à travers leur cadre de concertation
- Implication nécessaire du PAI aux réunions de coordination de toutes les Directions appuyées par ce dernier et au besoin pour les autres Directions

FEUILLE DE SUIVI N°5 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DS						
Incidence visée : Le système d'information sanitaire (SNIS) répond aux besoins des acteurs à chaque niveau et est utilisé pour la prise de décision						
Période de janvier 2014 à décembre 2015						
Personne en charge de la collecte: DS.						
Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:						
Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que la DS						
1	Poursuive la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2013 – 2022. afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des données à tous les niveaux du système de santé	M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de réunions d'échanges avec les PTF sur la mise en œuvre du plan stratégique</li> <li>- Elaboration d'un plan de plaidoyer pour le financement du plan stratégique SNIS par des experts recrutés par le PAI</li> <li>- Elaboration de textes réglementaires</li> <li>- Contribution du PAI à la programmation et à la dissémination d'une plateforme intégrée de gestion de l'information sanitaire à travers le logiciel DHIS2 (Portail) SNIS qui prend en compte les systèmes parallèles d'information</li> <li>- Faible capacité des gestionnaires de données en matière d'analyse et de collecte</li> <li>Leadership faiblement exercé dans les activités du comité chargé d'élaborer la carte sanitaire</li> </ul>	Continu  2015	<p>Recadrage des interventions multiples et diversifiées de la DS par l'élaboration d'une feuille de route de mise en œuvre du plan stratégique pour la période restante de la 1<sup>ère</sup> phase soit 2014-2017 (plan stratégique 2013- 2022) grâce à l'appui d'un cabinet de consultants recruté par le PAI</p> <p>Rôle des acteurs (particulièrement au niveau décentralisé) clarifié ;</p> <p>Recommandations : Recrutement d'un consultant international par le PAI pour accélérer la production de carte sanitaire - Présenter régulièrement au comité de suivi des réformes du PDS, l'état d'avancement de la</p>	<p>Politique M&amp;E, systèmes base de données existants</p> <p>PV de réunions</p> <p>Rapports de la consultation</p> <p>perlée d'appui à la mise en œuvre du plan stratégique SNIS ;</p> <p>TDR de recrutement du consultant carte sanitaire nationale</p>

2	Impulse une bonne dynamique d'analyse des données dans les districts	E		<p>Evaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine (PRISM) pour identifier les domaines prioritaires du Système d'Information Sanitaire (SIS) à renforcer.</p> <p><b>Participation du PAI au comité technique d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services avec les outils SARA (Enquêtes SARA)</b></p> <p>Instauration de mécanisme d'analyse systématique des données à divers niveaux ;</p> <p>Perspective de formation et non pas de contrôle ;</p> <p>Organisation d'une réunion annuelle de monitoring + à laquelle participent le personnel des différents niveaux de la pyramide sanitaire pour l'analyse des données entres acteurs du SNIS ;</p>	<p>Mai 2014</p> <p><b>2015</b></p> <p>Continu</p>		<p>réforme SNIS (Mise en œuvre du plan stratégique SNIS)</p> <p>- Présenter régulièrement au comité de suivi du PDS, l'état d'avancement de l'élaboration de la carte sanitaire nationale</p>		<p><b>Rapports des ateliers et de missions</b></p>
3	Exploite des données (outputs)	E	<p>-Plusieurs formations des cadres du SNIS par niveau sur la gestion des données sanitaires</p> <p>-Elaboration dans les délais de l'Annuaire Statistique 2014</p> <p>- Evaluation PRISM</p> <p>- Missions d'apurement des données</p> <p>- Utilisation des données SNIS lors des revues conjointes</p> <p><b>Appui du PAI à la production des principaux produits de l'information (annuaire statistiques, bulletins, dépliants, indicateurs...)</b></p>	<p><b>2015</b></p>		<p>Lien entre l'analyse et l'adaptation de la politique et des stratégies de santé dans le secteur à tous les niveaux</p> <p>Elaboration par l'expertise externe d'un tableau d'analyse des priorités et d'identification des activités, tâches et responsabilités</p>	<p>Rapports de formation DS ;</p> <p>Annuaire SNIS ;</p> <p>Etudes/rapports de suivi de la qualité des données ;</p> <p>Rapports CTNS</p>		
On souhaite que la DS									
4	Ait un plan de financement		TDR de recrutement d'experts en		Elaboration d'un tableau sur				Rapports d'experts ; Rapports

<p>du plan Stratégique adopté par le MSP et PTF ;</p>		<p>appui à la mise en œuvre du Plan stratégique SNIS  <b>Elaboration d'un plan de financement avec l'appui des experts internationaux recrutés par le PAI</b>  <b>Insuffisance de financement du plan stratégique SNIS</b></p>	<p><b>2015</b></p>	<p>les coûts, les montants et les sources de financement disponibles ; détermination des gaps à rechercher.   Elaboration du ;  Chronogramme de réalisation des activités et d'une synthèse des besoins de financement</p>	<p>supervisions SG ;  Rapport synthèse CNS  Rapport de consultation perliée</p>
<p>Description des réussites ou des changements significatifs</p>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PAI s'est investi pour soutenir l'amélioration de l'information sanitaire à travers des mécanismes diversifiés tels que la mise à disposition d'outils de contrôle des données (PRISM, la production des annuaires statistiques, référentiels e.a... ;</li> <li><b>Avancée significative dans l'élaboration de la carte sanitaire par l'actualisation des données existantes et l'intégration des données des formations sanitaires privées.</b></li> <li>la définition de types d'appui à apporter au SNIS par le biais d'un tiers appui à travers une consultation perliée ;</li> <li>la participation à l'orientation du Niger à propos de l'enquête SARA (évaluation de la disponibilité et de la préparation/réactivité des services) et l'élaboration du portail DHIS2.</li> </ul>					
<p>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)</p>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</li> <li><b>Appui à la finalisation de la carte sanitaire nationale</b></li> <li><b>Veiller au suivi de la réforme SNIS</b></li> <li><b>Amener les acteurs à se baser sur les indicateurs de résultats pour effectuer les analyses lors de l'exercice des revues conjointes</b></li> </ul>					
<p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p>					
<p>Synthèse des leçons apprises/recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus d'élaboration de la carte sanitaire traîne depuis six années. Il a pu redémarrer grâce à la mise à disposition par le FNUJAP de 2 logiciels Arcview et la formation d'agents financée par le PAI sur ledit logiciel.</li> </ul>					

<p><b>FEUILLE DE SUIVI N°6 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG</b></p>					
<p><b>Incidence visée :</b> La mise en œuvre du Compact est appuyée</p>					
<p><b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b> <b>Personne en charge de la collecte: .....</b></p>					
<p><b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b></p>					
<p><b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès</p>					
<p><b>Faible (F) :</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur</p>					
<p><b>Moyen(M) :</b> Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus</p>					
<p><b>Elevé (E) :</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès</p>					
<p><b>N</b></p>	<p><b>Marqueurs de progrès</b></p>	<p><b>Niveau de réalisation</b></p>	<p><b>Principaux événements</b></p>	<p><b>Dates</b></p>	<p><b>Actions correctrices ou recommandations</b></p>
<p>On s'attend à ce que le SG</p>					

1	Appui la mise en œuvre du Compact afin de renforcer le partenariat entre le Gouvernement, la société civile et les PTF et d'améliorer la mobilisation et l'utilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PDS 2011-2015 à travers un cadre harmonisé	E	-Réunions de concertation entre PTF et MSP plus régulières en 2014 et 2015 --Recommandation du CTNS 2015 d'assurer le suivi financier du COMPACT -Evaluation du compact en 2014 -Disponibilité d'une feuille de route de mise en œuvre des décisions prises suite évaluation COMPACT -Suivi de la mise en œuvre du compact à travers le monitoring annuel IHP+	Continu	-Conclusions de l'évaluation du Compact inscrites à l'ordre du jour d'une réunion du Comité de concertation MSP/PTF -Décisions du Comité de concertation MSP/PTF sur les résultats de l'évaluation du Compact, traduites en adaptation des stratégies prioritaires Recommandations : - Poursuivre la participation du Niger à l'évaluation du compact par IHP+ - Présenter au cadre de concertation MSP-PTF, les résultats de l'évaluation du compact faite par l'IHP+	Rapport d'évaluation COMPACT PV réunion MSP/PTF Feuille de route Rapport annuel évaluation IHP+
	On souhaite que le SG					
3	Possède une cartographie des PTF		Intégration de la cartographie des PTF dans la carte sanitaire nationale Elaboration de la carte sanitaire nationale en retard	Avril 2015	Finalisation de la Carte sanitaire nationale en cours à travers un financement PAI d'un consultant international et par les autres PTF pour les aspects logistiques Recommandation : Présentation régulière de l'état d'avancement de l'élaboration de la carte sanitaire nationale au cadre de concertation MSP-PTF	Contrat de consultation Rapport du consultant Logiciel carte sanitaire
4						
Description des réussites ou des changements significatifs						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une feuille de route de finalisation de la carte sanitaire nationale est adoptée, dont le PAI finance le consultant et les autres PTF les aspects logistiques</li> </ul>						
Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</li> <li>• Veiller à ce que les recommandations de l'évaluation du Compact soient mises en œuvre</li> </ul>						
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès						
Synthèse des leçons apprises/recommandations						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réunions des cadres de concertations du niveau régional sont soit irrégulières, soit inexistantes, si elles ne se confondent pas au cluster/Nutrition.</li> <li>• Suivre la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du COMPACT ( cf. aide-mémoire CNS 2014).</li> </ul>						

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

FEUILLE DE SUIVI N°7 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU SG						
<b>Incidence visée :</b> La supervision (niveau central vers le niveau intermédiaire ; niveau intermédiaire vers le niveau district ; niveau ECD vers les CSI ; niveau CSI vers les Cases de santé) permet un bon accompagnement et une bonne communication entre les différents niveaux du secteur de santé publique						
<b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b> <b>Personne en charge de la collecte: DS</b>						
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b> <b>Faible (F):</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur <b>Moyen(M):</b> Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus <b>Elevé (E):</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/documents
On s'attend à ce que le SG						
1	utilise un document technique (guide) de supervision avec une vision cohérente et des directives claires traduisant cette vision	E	Guide officiel de supervision utilisé au cours des préparations et exécution des supervisions - <b>Supervisions préparées sur base du guide de supervision du Secrétariat Général et exécutée sur base du même document</b>	Continu	Approche globale, attitude d'accompagnateur, orientation vers l'apprentissage mutuel, supervision intégrée etc.....)	PV réunion préparatoire Rapports de supervision des DRSP par le SG
2	Organise la supervision selon le calendrier établi	M	TDR sur la supervision des DRSP élaborés Réunions préparatoires des supervisions SG, impliquant les DG et Directions transversales rétro-information vers le niveau DRSP ; Briefing aux responsables au niveau de l'équipe DRSP <b>Taux de réalisation des supervisions des structures du niveau intermédiaire par le niveau central faible</b>	Continu          <b>2015</b>	<b>Etablissement et échanges avec le SG sur un chronogramme de supervision du niveau central vers le niveau intermédiaire</b>  <b>Création de trois équipes pour faciliter et respecter le calendrier du niveau central afin de faire en sorte que chaque DRSP reçoive au moins une supervision annuelle</b>	
On souhaite que le SG						
4	Veille à ce que la supervision contienne : communication et clarification des stratégies sectorielles, orientation vers la résolution des problèmes de toute nature ou un Plan de Résolution des Problèmes (PRP) issus des	E	Les équipes de supervision sont organisées de sorte à aborder tous les aspects pertinents contenus dans les TDR de la supervision <b>Le Pali appuie techniquement la préparation et l'exécution de la supervision du niveau intermédiaire par le niveau central</b>	          <b>2015</b>		Rapports de supervision avec PRP

	supervisions, communiqués aux équipes supervisées ;					
5	Veille à la mise en œuvre adéquate des Plans de Résolutions des Problèmes (PRP) issus des supervisions	M	<p><b>La formulation des PRP se fait conjointement avec les supervisés</b> Le feedback des supervisions est assuré</p> <p>8 points focaux ont été désignés au niveau central afin d'assurer le suivi des PRP des régions qui leur sont assignées</p> <p>Des missions de suivi de la mise en œuvre des PRP organisées dans 50% des DRSP en 2014, en 2015 aucun suivi n'a été réalisé</p> <p>Les résultats des supervisions du niveau central vers les DRSP ne sont pas partagés au niveau central</p>	Tous les trimestres	Remplacement des points focaux absents ; Recommandations : -Elaborer une feuille de route du suivi des PRP à chaque point focal, avec compte rendu du suivi aux réunions de coordination du SG -présenter les résultats des supervisions aux réunions de coordination	Rapports de missions des points focaux PV de réunion
Description des réussites ou des changements significatifs						
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'annonce des missions de suivi a amené les DRSP à mettre en place un mécanisme interne de suivi des PRP</li> <li>La culture des PRP s'installe progressivement à tous les niveaux</li> </ul>						
Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</li> <li>Reprendre le financement des missions de suivi des PRP ???</li> <li>Appuyer le Secrétariat général en vue de respecter autant que possible le chronogramme de supervision pré établi</li> </ul>						
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès						
Synthèse des leçons apprises/recommandations						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rareté des réunions de coordination du Secrétariat Général qui ne permettent pas de faire le point du suivi des PRP et de faciliter la programmation de nouvelles supervisions;</li> <li>Si toutes les 3 équipes arrivent à effectuer au moins 2 sorties de supervision, les 8 régions auraient été visitées au moins 1 fois.</li> </ul>						

<b>FEUILLE DE SUIVI N°8 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DGSP</b>						
Incidence visée : Les formations sanitaires publiques et privées sont évaluées selon le dispositif qualité mis en place						
Période de janvier 2014 à décembre 2015			Personne en charge de la collecte: DOS			
Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:						
Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que la DGSP						
1	Mettre en place un dispositif de qualité	E	Des concertations se sont tenues en vue de la mise en place du dispositif qualité	Conformément au chronogr	Elaborer une feuille de route au comité de suivi des réformes et en rendre compte	PV de réunions

2	Rendre disponible le dispositif qualité, accréditation au MSP	E	<p>L'état d'avancement de la réforme a été présenté à la revue annuelle 2015. Les référentiels de qualité ont été adoptés.</p> <p>La forme de l'organe chargé de la régulation de la qualité n'est toujours pas clarifiée.</p> <p>Des actions pour la mise en place du dispositif se dessinent telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'état des lieux au et l'adaptation des référentiels au LANSPEX afin de préparer la structure à une prochaine accréditation</li> <li>- le recrutement par le PAI d'un expert pour préparer l'HNN à une prochaine certification</li> <li>- Pour les écoles, l'état des lieux est réalisé et l'élaboration des manuelles qualité est en cours</li> </ul>	continu		<p>au SG</p> <p>Recommandation : accélérer la mise en place de l'organe de régulation</p>					
On souhaite que la DGSP											
4	Vulgarise le dispositif qualité	F	Présentation du dispositif au Secrétariat Général du MSP	2014		<p>Mettre le dossier dans le circuit d'adoption du Ministre de la Santé</p> <p>Inscrire la présentation du dispositif à l'ordre du jour d'une réunion cadre de concertation MSP/PTF</p> <p>Revision du document pour le cadrer essentiellement sur la collaboration public-privé plutôt que sur le PPP</p>	<p>Note de présentation du dispositif qualité au Ministre</p>				
5	Valide le document de collaboration formations sanitaires publiques privées	E	Document d'orientation de la collaboration finalisé	Sep oct. 2015		<p>Rapport d'atelier de revision Document d'orientation sur la collaboration public-privé</p>					
On aimerait que la DGSP											
6	Suive la mise en œuvre du dispositif qualité	F	Plusieurs réunions préparatoires impliquant même la Direction Qualité/Ministère des Mines, l'AVCN ont été tenues. Les documents du dispositif adoptés en fin 2014	Déc. 2014		<p>Recommandation : Recruter un Consultant pour appuyer la mise en œuvre</p>	<p>Rapport réunion DGSP, DNQ, AVCN, PAI</p>				
Description des réussites ou des changements significatifs											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aucun changement car la mise en œuvre du dispositif n'est qu'à son début</b></li> </ul> <p>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)</p>											

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Veiller à l'inscription du dispositif qualité par la DGSP pour les années à venir</b></li> <li>• Financer l'opérationnalisation du dispositif qualité, avec l'appui d'un consultant</li> <li>• <b>Impulser les réflexions pour la complétude du dispositif qualité en mettant en place l'organe de certification et d'accréditation de la qualité</b></li> <li>• <b>Veiller à la mise en place d'un Groupe de travail pour la mise en œuvre test du dispositif</b></li> </ul> </li> </ul>
<p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p> <p>Synthèse des leçons apprises/recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'absence d'un comité devant œuvrer pour la mise en place du dispositif n'a pas facilité les avancées en la matière L'implication de l'AVCN et de la Direction qualité et métrologie/Ministère des Mines est un atout</b></li> </ul>

<b>FEUILLE DE SUIVI N°9 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DOS</b>						
<b>Incidence visée :</b>		Les formations sanitaires mettent en place un dispositif de référence contre référence selon les normes nationales établies				
<b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b>		<b>Personne en charge de la collecte: DOS</b>				
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b>						
<b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F) :</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M) :</b> Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E) :</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que la DOS						
1	Veille à l'élaboration d'un guide de référence contre référence	E	<b>Instabilité des responsables de la Division en charge du dossier</b> <b>Malgré les difficultés, le guide national de RCR est disponible en 2015 avec l'appui du PAI</b>	<b>Continu</b>	<b>Recommandation :</b> Vulgariser le guide.	<b>Rapports d'ateliers</b>
2	Présente au Cadre de concertation MSP/PTF le Guide de RCR	SI	<b>Insuffisance dans le suivi du dossier</b>		<b>Recommandation :</b> Présenter le guide de RCR la réunion du cadre de concertation MSP/PTF Accélérer l'adoption par le Ministre, du guide ;	PV réunion MSP/PTF
3	Etablis une feuille de route sur le renforcement des RCR au Niger	SI	<b>Insuffisance dans le suivi du dossier</b>		<b>recommandation :</b> -Organiser des ateliers régionaux de vulgarisation desquels seront issues des feuilles de route sur le renforcement du RCR dans la région -mettre en place un mécanisme de suivi de ces	<b>Rapports de missions</b>

On souhaite que la DOS				<b>FDR</b>	
4	Etablit le rapport d'enquête nationale sur l'état des lieux des RCR au Niger	F	Enquête réalisée 2013	2013	Complément d'enquête en 2014 mais résultats partiels
Description des réussites ou des changements significatifs					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)</li> <li>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?  Vulgarisation de la stratégie <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Veiller à la vulgarisation de la stratégie</b></li> <li>• <b>Veiller à la présentation du guide au cadre de concertation</b></li> <li>• <b>Veiller à l'adoption du guide par le MSP</b></li> <li>• <b>Veiller à la mise en place d'un mécanisme de suivi des feuilles de route élaborées par les structures</b></li> </ul> </li> </ul>					
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès					
Synthèse des leçons apprises/recommandations					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Insuffisance de suivi du dossier</b></li> </ul>					

<b>FEUILLE DE SUIVI N°10 : JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DU DOS</b>						
<b>Incidence visée :</b> La réforme hospitalière est mise en œuvre						
<b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b>			<b>Personne en charge de la collecte: DOS</b>			
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b>						
<b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur de progrès						
<b>Faible (F) :</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen (M) :</b> Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E) :</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/documents
On s'attend à ce que la DOS						
1	Mette en place un comité pour l'élaboration des textes réglementaires de la réforme hospitalière	M	Comité ad hoc créé pour la mise en œuvre de la réforme Introduction de la loi hospitalière dans le circuit d'adoption	2012 2013 2014	.	Arrêté de création du comité Compte rendus des réunions du comité Rapport d'experts
2	Etablit les TDR adoptés pour le réseautage des CHR-CSME	E	TDR établis	2014		TDR
3	Atelier d'installation du réseau (Collaboratif qualité)	E	<b>Soutien aux réformes concrétisé par la participation active du PAI par :</b>	<b>2014-2015</b>		<b>Recommandations :</b> Rapports des réunions et ateliers du collaboratif

	des CHR et CSME		<p>-La mise en place d'un collaboratif qualité entre les hôpitaux de deuxième niveau de référence</p> <p>- L'engagement d'experts externes en appui à la mise en place du collaboratif</p> <p>-Conception d'outils d'évaluation grâce à l'expertise externe</p> <p>Atelier d'installation tenu en 2014</p> <p>Le collaboratif qualité CHR / CSME a démarré dans tous les CHR et les CSME fonctionnels</p>			Suivre la formalisation du secrétariat exécutif du collaboratif	Rapports de consultation
4	Evalue la qualité des soins au niveau des CHR et CSME		<p>Un état des lieux sur la qualité des soins a été fait dans toutes les structures et la restitution en a été faite au cours d'un atelier du collaboratif</p> <p>Elaboration d'outils pour la mise en œuvre du collaboratif et identification des domaines qualité à renforcer</p> <p>Trois(3) réunions du collaboratif qualité des soins des CHR et CSME tenues</p> <p>Mises en place et formations des équipes de coaches</p> <p>Formation sur sites réalisée dans toutes les structures par les experts externes recrutés par le PAI</p> <p>Depuis le démarrage de la mise en œuvre des activités du collaboratif, aucun suivi des activités sur le terrain (CHR et CSME) n'a pu se réaliser</p>	2015	<p>Recommandation : Suivre la mise en œuvre du collaboratif (domaines cliniques d'intervention) au premier trimestre 2016</p> <p>Suivi encadrement de la mise en œuvre de la qualité en prélude à la tenue des collaboratifs de 2016</p>		PV de réunions collaboratif Rapports d'experts
	Description des réussites ou des changements significatifs						
	Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)						
	Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?						

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suivre la formalisation du secrétariat exécutif du collaboratif</b></li> </ul>
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès
Synthese des leçons apprises/recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre de près le processus d'adoption de la loi hospitalière</li> <li>• <b>Poursuivre le financement du collaboratif (suivi encadrement, Documentation, Réunions de collaboratifs, Capitalisation des Bonnes Pratiques)</b></li> </ul>

### Indicateurs / Marqueurs de la recherche en santé RA 3:

<b>FEUILLE DE SUIVI N° 11: JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DEP</b>						
<b>Incidence visée :</b> La DEP (Division Etudes et Recherches) du MSP est renforcée dans sa mission d'encadrement de la recherche en santé et la capitalisation des acquis par le système						
<b>Période de janvier 2014 à décembre 2015</b>			<b>Personne en charge de la collecte: DEP</b>			
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b>						
<b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F) :</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M) :</b> Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E) :</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/documents
On s'attend à ce que la DEP						
1	Mette en œuvre le plan stratégique de recherche en santé	M	-12 protocoles de recherche validés par le MSP parmi lesquels 6 sont financés par le PAI (santé mentale, Prise en charge nutritionnelle en urgence pédiatrique, Péritonites typiques, Accès aux intrants nutritionnels, Décès maternels,) 4 sur 12 sont des recherches- action -52 cadres de différents niveaux formés en recherche action et en écriture scientifique -Léthargie du cadre de concertation sur la recherche en santé depuis sa création	Avril, Nov. 2014-2015	-Focalisation sur la recherche action plutôt que la recherche en général Première session du cadre de concertation sur la recherche tenue au cours du quatrième trimestre 2015 Pool d'encadrement des recherches actions mis en place par le cadre de concertation	Documents de recherche Rapport d'ateliers de formation
2	Facilite la complétude de la recherche action et la publication. (nombre de cycles de recherche-action complété)	M	-Formation en recherche action sur place -Suivi à distance de la complétude des documents de recherche par l'ULB - Appui technique de la Recherche-Action sur la Maintenance (RAM) par le PAI	2014 2015	Suivi de la recherche action santé mentale par le PNSM, avec l'appui technique et financier du PAI -Préparation en cours de la documentation pour une capitalisation des recherches.	Rapport de l'équipe d'accompagnement scientifique de l'ULB Rapport de réunions du Cadre de concertation de la recherche ; Rapports d'activités du Pool de suivi encadrement des recherches

			<p>Retard dans l'installation du Cadre de concertation sur la recherche</p> <p>Le pool de suivi encadrement des recherches mis en place au quatrième trimestre 2015 non encore fonctionnel</p>	2015	<p>Recommandation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser la première réunion du pool de suivi encadrement des recherches et action et élaborer une feuille de route des missions d'appui.</li> </ul>
3	Restitution de la RA dans un atelier de capitalisation	SI	<p>Elaborer les TDR de l'atelier de capitalisation</p> <p>Recruter les experts d'appui à la capitalisation des résultats de la recherche et des acquis du PAI</p>	TDR	<p>Documentation des résultats de quelques recherches en 2014</p> <p>Recommandations : Organiser un atelier de capitalisation et diffusion des bonnes pratiques 2016</p>
<p>Description des réussites ou des changements significatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de recherche action fait désormais partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et services de santé</li> </ul>					
<p>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>					
<p>Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet continuera son appui au renforcement de capacités en recherche action et la capitalisation d'expériences porteuses</li> <li>Il sera nécessaire de recenser les bonnes pratiques sur la recherche-action pour les capitaliser</li> <li>Appuyer le suivi encadrement des recherches actions par le comité de suivi encadrement</li> <li>Organiser la première réunion du pool de suivi encadrement des recherches et action et élaborer une feuille de route des missions d'appui</li> <li>Organiser un atelier de capitalisation et diffusion des bonnes pratiques</li> <li></li> </ul>					
<p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p> <p><b>Synthese des leçons apprises/recommandations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Non fonctionnalité du comité / Pool de suivi encadrement des recherches (RA principalement)</li> <li>Difficultés d'attribution de marchés pour l'accompagnement scientifique de la recherche</li> <li>La recherche action ne peut pas avoir de résultats s'il n'y a pas de compatibilité et compréhension entre les acteurs et les encadreurs/accompagnateurs scientifiques. Un appel d'offre avec mise en concurrence n'est probablement pas la meilleure solution</li> <li>La finalisation des protocoles de recherche et celle de la rédaction des articles scientifiques ne peuvent être réalisées en quelques ateliers d'écriture scientifique</li> <li></li> </ul>					

## Indicateurs / Marqueurs du financement de la santé RA 4 :

FEUILLE DE SUIVI N° 12: JOURNAL DES INCIDENCES VISEES DE LA DEP, du SG et du Gouvernement						
Incidence visée : La mise en place d'un dispositif de CUS est appuyée						
Période de janvier 2014 à décembre 2015			Personne en charge de la collecte: DEP			
Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:						
Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts des Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/documents
On s'attend à ce que la DEP.						
1	Crée un comité sur la CUS	E	Comité mis en place	Fin 2013		Arrêté
2	Elabore une feuille de route de mise en place de la CUS		Elaboration et adoption de la feuille de route CUS	Juin 2014	Actualiser la feuille de route	Feuille de route
3	Adopte un document consensuel sur l'architecture d'CRM	E	Proposition d'une architecture CUS au cours d'un atelier de consensus Etude sur les coûts réels des prestations de soins des niveaux tertiaires, secondaires et opérationnels en cours Une stratégie de mise en œuvre et de pilotage a été proposée Le projet contribue à l'articulation entre les initiatives de financement et la réflexion sur l'AMU Présentation des résultats de l'architecture au Cabinet du PM, suite aux recommandations du forum national sur la protection sociale tenue en 2013	Déc 2014  Avr 2014	- Mise en place du GTN en remplacement du comité CUS - Etude de faisabilité de la CUS - Mise en place d'un comité chargé de plaider sur la CUS - Participation du PAI et du MSP à la réunion du Conseil National de protection sociale Recommandation : Installer officiellement le GTN	Arrêté GTN/CUS Rapport d'atelier Aide mémoire CTNS 2014
	Introduise la stratégie de CUS/ au Comité de concertation MSP/PTF	E	Présentation de la stratégie au CTNS	Oct 2014	Adoption de la stratégie de CUS par le Gouvernement par l'organisation d'un atelier de validation Communication en conseil de cabinet PM de la stratégie CUS	
4	Mette en place le Comité d'élaboration des documents stratégiques, textes législatifs	SI	Sans objet car le GTN conduit désormais les travaux de la CUS		- Mise en place des organes de gestion de la CUS par Gouvernement	

et réglementaires de la CUS					
On s'attend à ce que le Gouvernement.					
1	Mette en place le Groupe de Travail National pour la CUS	E	Arrêté PM signé	2014	
On s'attend à ce que le SG					
1	Impulse les travaux du GTN	M	Installation officielle du GTN Formation des membres du GTN Elaboration des textes du GTN Adoption d'une architecture de l'Assurance Maladie Universelle à mettre en place au Niger Faible pilotage du GTN	2014 et 2015	<p>Rapport d'installation GTN : Rapport des travaux du GTN : Correspondances du président du GTN au PM</p> <p>- Installation technique du GTN - Poursuite des travaux par la DEP, appuyés par le PAI et l'OMS (Atelier de formation à Niamey et Tillabéri) - Réunion technique à la primature pour booster les travaux du GTN Recommandations : - Organiser une réunion de travail du bureau du GTN pour élaborer une feuille de route des travaux du GTN ; - Présenter au PM, l'état d'avancement des travaux du GTN</p>
On souhaite que la DEP					
5	Teste le modèle national de l'AMU dans 1 ou 2 districts sanitaires avec chacun un HD fonctionnel, sous forme RA	SI	Absence de compétence pour conduire le test Lenteur dans le choix du site pilote, même si des discussions ont été engagées avec la DRSP de Tillabéri pour identifier un site	2015	<p>Choisir un site pour le test-pilote Démarrer le test Postposer le test Conditionner le test à la présence d'une assistance permanente d'appui.</p>
Description des réussites ou des changements significatifs					
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'architecture CUS est issue des recommandations du Forum sur la Protection Sociale tenu en fin 2013</li> <li>Les résultats des travaux du Comité technique de réflexion sur la Couverture Universelle en Santé ont abouti à une proposition d'architecture de l'AMU.</li> <li>Le Premier Ministre a signé l'arrêté de mise en place du Groupe de Travail National (GTN/CRM) en fin 2014 afin de conduire désormais la mise en place de la CUS, avec le MSP comme leader</li> </ul>					
Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites)					
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Création d'un GTN selon les directives de l'UEMOA</b></li> </ul>					
Quelles stratégies d'appui du PAI sont utiles et requièrent d'avantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période ?					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les réflexions doivent être menées autour des sujets suivants : Comment intégrer la gratuité des soins ; comment intégrer le FBR et le Fonds Social Santé dans</li> </ul>					

<p>l'AMU ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet s'articulera avec le groupe de travail national (GTN/CRM) sur la problématique de l'AMU afin de dégager une stratégie appropriée et textes réglementaires pour la mise en œuvre de la CUS</li> <li>• Formation des cadres en protection sociale</li> <li>• <b>Mise en place d'un noyau technique et/ou d'un Assistant Technique auprès du GTN pour appuyer la conduite de la mission du GTN</b></li> </ul>	<p>Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès</p> <p>Synthèse des leçons apprises/recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le Test d'un modèle national de l'AMU dans 1 ou 2 districts sanitaires avec chacun un HD fonctionnel, sous forme RA, n'a pas démarré</b></li> <li>• <b>L'importante multisectorialité qui est de mise dans ce genre de comité n'a pas favorisé une avancée notable des travaux du GTN .</b></li> <li>• <b>Le recrutement d'une assistance technique aurait favorisé le démarrage du test pilote</b></li> <li>• <b>La mise en place d'un noyau technique ou Assistance technique auprès du bureau du GTN</b></li> <li>• <b>Elaboration d'une feuille de route des travaux du GTN</b></li> </ul>
--	--

## 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Oui, incidences visées et marqueurs de progrès validées par le SMCL du 25 février 2014
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Octobre 2013
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Q2 2016
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Novembre 2012, Mars 2013, Novembre 2013, décembre 2014, Mai 2015, Novembre 2015

## 4.5 Ressources en termes de communication

- Plan de Développement Sanitaire 2011-2015
- Plan stratégique national de la recherche en santé 2013-2020
- Rapports de la formation des cadres du Ministère de la Santé Publique à la recherche-action, ESP/ULB et protection social COOPAMI
- Comptes nationaux de la santé, exercice 2011, 2013,
- Rapports d'atelier d'écriture scientifique, ESP/ULB
- Rapports des missions terrain MSP/PTF 2015 (supervision conjointe)
- Note technique de la proposition d'architecture de la CUS, et argumentaire
- Document de la stratégie de la RCR
- Plans stratégique du système national d'information sanitaire 2013-2022
- Rapport de synthèse de la revue annuelle des PAA 2015 et programmation 2016 des structures du niveau central du MSP
- Rapport revue annuelle 2015
- L'évaluation à mi-parcours du PDS 2011-2014
- L'évaluation à mi-parcours du COMPACT, 2014
- L'évaluation interne du PDS 2011-2014
- Enquête de satisfaction des bénéficiaires des prestations de soins et de santé
- Document d'orientation de partenariat entre le ministère de la sante publique et le secteur privé
- Rapports de missions d'assistance technique dans le cadre de réforme du SNIS (Yons associâtes)
- Annuaire des statistiques sanitaires au Niger -2013, 2014
- Référentiels des indicateurs sanitaires
- Elaboration d'une matrice des coûts des prestations de santé dans les formations sanitaires des niveaux intermédiaire et tertiaire
- Rapport de la mission d'appui au Ministère de la Santé Publique pour la conception et la mise en œuvre d'un dispositif national d'amélioration de la qualité en santé
- Revue des dépenses publiques secteur santé, exercice 2010-2011, sept 2014
- Rapports de mission Backstopping (P Bossyns), 2014, 2015
- Site web MSP: [www.msp.ne](http://www.msp.ne)

- Bulletin périodique d'information du MSP «Echo santé »
- Rapports d'audit fonctionnel et organisationnel du MSP, 2015
- Rapport d'identification des axes prioritaires de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du MSP au Niger, 2015
- Synthèse Du Rapport D'évaluation De La Politique Nationale De Sante Au Niger, juin 2015
- Politique sanitaire du Niger, 2015

## 4.6 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

*Rapport « Budget versus Actuels (y – m)*

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

Budget Version: **F01**

Currency: **EUR**

Year to month : 31/12/2015

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2014	Expenses 2015	Total	Balance	% Exec
<b>A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: LES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES</b>			<b>2.383.000,00</b>	<b>1.218.379,74</b>	<b>1.046.102,23</b>	<b>2.264.481,97</b>	<b>118.518,03</b>	<b>95%</b>
<b>01 L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en</b>			<b>1.204.000,00</b>	<b>552.593,19</b>	<b>646.235,04</b>	<b>1.198.828,23</b>	<b>5.171,77</b>	<b>100%</b>
01 Renforcer les mécanismes de coordination à tous les		COGES	204.000,00	51.251,82	<b>236.446,44</b>	287.698,26	-83.698,26	141%
02 Améliorer le processus de planification et renforcer		COGES	288.000,00	223.018,34	<b>34.047,56</b>	257.065,90	30.934,10	89%
03 Contribuer à améliorer l'accès aux soins aux plus		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??
04 Renforcer la gestion des ressources humaines		COGES	343.000,00	83.514,95	<b>306.497,43</b>	390.012,38	-47.012,38	114%
05 Soutenir les reformes prioritaires du MSP qui vont induire		COGES	369.000,00	194.808,08	<b>69.243,61</b>	264.051,69	104.948,31	72%
<b>02 La qualité des soins est améliorée par un encadrement</b>			<b>398.000,00</b>	<b>213.204,05</b>	<b>101.811,46</b>	<b>315.015,51</b>	<b>82.984,49</b>	<b>79%</b>
01 Appuyer la supervision du niveau central sur la régional		COGES	180.000,00	129.869,07	<b>46.045,77</b>	175.914,84	4.085,16	98%
02 Mettre en place des outils et mécanismes harmonisés de		COGES	55.000,00	38.001,27	<b>12.595,22</b>	50.596,49	4.403,51	92%
03 Contribuer à la réforme hospitalière		COGES	163.000,00	45.333,71	<b>43.170,47</b>	88.504,18	74.495,82	54%
<b>03 La capitalisation des acquis produits par le système est</b>			<b>383.000,00</b>	<b>236.498,15</b>	<b>132.703,45</b>	<b>369.201,60</b>	<b>13.798,40</b>	<b>96%</b>
01 Identifier les Meilleures Pratiques		COGES	217.000,00	140.865,98	<b>55.771,23</b>	196.637,21	20.362,79	91%
02 Financer des projets de Recherche Action approuvés		COGES	137.000,00	66.447,34	<b>76.932,22</b>	143.379,56	-6.379,56	105%
03 Elaborer le plan stratégique de recherche action		COGES	20.000,00	19.998,25	<b>0,00</b>	19.998,25	1,75	100%
04 Reviser le cadre législatif et réglementaire en matière de		COGES	9.000,00	9.186,58	<b>0,00</b>	9.186,58	-186,58	102%
<b>04 Les initiatives visant la couverture universelle en santé</b>			<b>398.000,00</b>	<b>216.084,35</b>	<b>165.352,28</b>	<b>381.436,63</b>	<b>16.563,37</b>	<b>96%</b>
01 Développer une politique du financement de la santé		COGES	317.000,00	135.899,85	<b>165.352,28</b>	301.252,13	15.747,87	95%
02 Elaborer un plan stratégique de couverture universelle		COGES	56.000,00	55.317,39	<b>0,00</b>	55.317,39	682,61	99%
03 Organiser deux (2) plaidoyers auprès de la primature pour		COGES	25.000,00	24.867,11	<b>0,00</b>	24.867,11	132,89	99%
<b>X RÉSERVE BUDGÉTAIRE</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>??</b>
01 Réserve budgétaire			0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??
<b>REGIE</b>			<b>1.112.073,00</b>	<b>711.912,68</b>	<b>216.048,57</b>	<b>927.961,25</b>	<b>184.111,75</b>	<b>83%</b>
<b>COGEST</b>			<b>2.654.236,00</b>	<b>1.376.075,02</b>	<b>1.105.522,53</b>	<b>2.481.597,55</b>	<b>172.638,45</b>	<b>93%</b>
<b>TOTAL</b>			<b>3.766.309,00</b>	<b>2.087.987,70</b>	<b>1.321.571,10</b>	<b>3.409.558,80</b>	<b>356.750,20</b>	<b>91%</b>

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

Budget Version: **F01**

Currency: **EUR**

YtM :

Year to month : 31/12/2015

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2014	Expenses 2015	Total	Balance	% Exec
01 Réserve budgétaire		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
<b>Z MOYENS GÉNÉRAUX</b>			<b>1.383.309,00</b>	<b>869.607,96</b>	<b>275.468,87</b>	<b>1.145.076,83</b>	<b>238.232,17</b>	<b>83%</b>
<b>01 Frais de personnel</b>			<b>1.019.083,00</b>	<b>631.562,48</b>	<b>226.080,40</b>	<b>857.642,88</b>	<b>161.440,12</b>	<b>84%</b>
01 Assistant Technique International		REGIE	750.000,00	464.433,01	147.778,73	612.211,74	137.788,26	82%
02 Responsable national - prime		REGIE	56.000,00	38.447,45	10.972,73	49.420,18	6.579,82	88%
03 Assistance Technique Nationale (2)		REGIE	99.073,00	66.185,93	30.657,52	96.843,45	2.229,55	98%
04 Comptable mi-temps		COGES	49.000,00	23.515,24	19.020,02	42.535,26	6.464,74	87%
05 Secrétaire mi-temps		COGES	17.000,00	10.740,70	6.634,18	17.374,88	-374,88	102%
06 Chauffeurs (2)		COGES	48.010,00	28.240,15	11.017,22	39.257,37	8.752,63	82%
<b>02 Investissements</b>			<b>103.000,00</b>	<b>99.652,70</b>	<b>6.282,60</b>	<b>105.935,30</b>	<b>-2.935,30</b>	<b>103%</b>
01 Véhicules		COGES	19.000,00	19.234,49	0,00	19.234,49	-234,49	101%
02 Equipement bureau et IT		COGES	14.000,00	14.130,47	4.043,92	18.174,39	-4.174,39	130%
03 Aménagements du bureau		COGES	5.000,00	1.545,74	676,80	2.222,54	2.777,46	44%
04 Achat 2 véhicule 4X4		REGIE	65.000,00	64.742,00	1.561,88	66.303,88	-1.303,88	102%
<b>03 Frais de fonctionnement</b>			<b>162.226,00</b>	<b>97.382,09</b>	<b>34.443,83</b>	<b>131.825,92</b>	<b>30.400,08</b>	<b>81%</b>
01 Frais de fonctionnement des véhicules		COGES	90.226,00	39.170,30	8.147,97	47.318,27	42.907,73	52%
02 Télécommunications		COGES	15.000,00	9.076,66	4.634,59	13.711,25	1.288,75	91%
03 Fournitures de bureau		COGES	13.000,00	11.360,49	5.636,68	16.997,17	-3.997,17	131%
04 Missions à l'étranger		REGIE	25.000,00	23.317,46	15.661,17	38.978,63	-13.978,63	156%
05 Missions à l'intérieur		REGIE	18.000,00	13.776,14	754,50	14.530,64	3.469,36	81%
06 Frais financiers		COGES	1.000,00	681,04	-391,08	289,96	710,04	29%
<b>04 Audit et Suivi et Evaluation</b>			<b>99.000,00</b>	<b>41.010,75</b>	<b>8.662,00</b>	<b>49.672,75</b>	<b>49.327,25</b>	<b>50%</b>
REGIE			1.112.073,00	711.912,68	216.048,57	927.961,25	184.111,75	83%
COGEST			2.654.236,00	1.376.075,02	1.105.522,53	2.481.597,55	172.638,45	93%
<b>TOTAL</b>			<b>3.766.309,00</b>	<b>2.087.987,70</b>	<b>1.321.571,10</b>	<b>3.409.558,80</b>	<b>356.750,20</b>	<b>91%</b>

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

Budget Version: **F01**

Currency : **EUR**

Year to month : **31/12/2015**

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2014	Expenses 2015	Total	Balance	% Exec
01 Frais de suivi et évaluation CTB/MTR/évaluation finale		REGIE	79.000,00	35.246,17	<b>8.662,00</b>	43.908,17	35.091,83	56%
02 Audit		REGIE	20.000,00	5.764,58	<b>0,00</b>	5.764,58	14.235,42	29%
<b>99 Conversion rate adjustment</b>			0,00	-0,06	<b>0,04</b>	-0,02	0,02	<b>?%</b>
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	-0,06	<b>0,04</b>	-0,02	0,02	?%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	?%

<b>REGIE</b>	1.112.073,00	711.912,68	<b>216.048,57</b>	927.961,25	184.111,75	83%
<b>COGEST</b>	2.654.236,00	1.376.075,02	<b>1.105.522,53</b>	2.481.597,55	172.638,45	93%
<b>TOTAL</b>	<b>3.766.309,00</b>	<b>2.087.987,70</b>	<b>1.321.571,10</b>	<b>3.409.558,80</b>	<b>356.750,20</b>	<b>91%</b>

