



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2012
PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTERE
DE LA SANTE PUBLIQUE (PAI-MSP).

Version validée SMCL 7 Mars 2013

SOMMAIRE

ACRONYMES 5

1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES) 6

- 1.1 FICHE PROJET 6
- 1.2 PERFORMANCES DU PROJET 6
- 1.3 EXECUTION BUDGETAIRE 7
- 1.4 RESUME 7

2 ANALYSE DE L'INTERVENTION 9

- 2.1 CONTEXTE 9
 - 2.1.1 *Contexte général* 9
 - 2.1.2 *Contexte institutionnel* 9
 - 2.1.3 *Contexte de gestion : modalités d'exécution* 10
 - 2.1.4 *Contexte HARMO* 10
- 2.2 OUTCOME 11
 - 2.2.1 *Analyse des progrès réalisés* 12
 - 2.2.2 *Gestion des risques* 13
 - 2.2.3 *Impact potentiel* 14
 - 2.2.4 *Critères de qualité* 14
- 2.3 OUTPUT 1 17
 - 2.3.1 *Analyse des progrès réalisés* 17
 - 2.3.2 *Exécution budgétaire* 19
 - 2.3.3 *Critères de qualité* 19
- 2.4 OUTPUT 2 20
 - 2.4.1 *Analyse des progrès réalisés* 20
 - 2.4.2 *Exécution budgétaire* 21
 - 2.4.3 *Critères de qualité* 22
- 2.5 OUTPUT 3 23
 - 2.5.1 *Analyse des progrès réalisés* 23
 - 2.5.2 *Exécution budgétaire* 24
 - 2.5.3 *Critères de qualité* 24
- 2.6 OUTPUT 4 25
 - 2.6.1 *Analyse des progrès réalisés* 25
 - 2.6.2 *Exécution budgétaire* 26
 - 2.6.3 *Critères de qualité* 26

3 THEMES TRANSVERSAUX 27

- 3.1 GENRE 27
- 3.2 ENVIRONNEMENT 27
- 3.3 AUTRE 27
 - 3.3.1. ECONOMIE SOCIALE 27
 - 3.3.2. HIV/SIDA 28

4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE 29

- 4.1 PLAN D'ACTION 29
- 4.2 ENSEIGNEMENTS TIRES 30

5 ANNEXES 31

- 5.1 CADRE LOGIQUE D'ORIGINE 31

- 5.2 CADRE LOGIQUE MIS A JOUR 35
- 5.3 APERÇU DES MORE RESULTS 43
- 5.4 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » 44
- 5.5 RESSOURCES 45
- 5.6 DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI 46

Acronymes

| ABBREVIATIONS | SIGNIFICATIONS |
|---------------|---|
| AECID | Agence Espagnole de Coopération internationale |
| ARMP | Agence de Régulation des Marchés Publics |
| CCD | Capacitaire en Chirurgie de District |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CPADS | Centre de Perfectionnement des Agents de Santé des Districts Sanitaires |
| CES | Certificat d'Etudes Spécialisées |
| CSI | Centre de Santé Intégré |
| CTB | Coopération Technique Belge |
| DAO | Dossier d'Appel d'Offre |
| DEP | Direction des Etudes et de la Programmation |
| DES | Diplôme d'Etudes Spéciales |
| DGR | Direction Générale des Ressources |
| DOS | Direction de l'Organisation des Soins |
| DRFM | Direction des Ressources Financières et du Matériel |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DRSP | Direction Régionale de la Santé Publique |
| DS | District Sanitaire |
| ECD | Equipe Cadre du District |
| FSS | Faculté des Sciences de la Santé |
| HD | Hôpital de District |
| M&E | Monitoring et Evaluation |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PAA | Plan d'Action Annuel |
| PAI-MSP | Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique |
| PAREC | Programme d'Appui à la Recherche, Etudes et Consultance. |
| SMCL | Structure mixte de concertation locale |
| | |

| INTERPRETATION COTATION CRITERES DE QUALITE/PERFORMANCE | |
|---|--|
| A | Très bonne performance |
| B | Bonne performance |
| C | Performance assortie de problèmes; des mesures doivent être prises |
| D | Absence de performance/ Difficultés majeures: Des mesures sont nécessaires |

| COTATION EVALUATION DES ACTIVITES | |
|-----------------------------------|---|
| A | Les activités sont en avance |
| B | Les activités sont dans les délais |
| C | Les activités sont en retard; des mesures correctives doivent être prises |
| D | Les activités ont un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises. |

1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

1.1 Fiche projet

| | |
|---|---|
| Nom Project | Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique (PAI-MSP) |
| Code Project | NER 08 023 11 |
| Emplacement | Ministère de la Santé Publique (niveau central) |
| Budget | 3 055 170 Euros dont <ul style="list-style-type: none"> • 2 800 000 € (1 836 679 600 FCFA) - contribution belge • 255 170 € (167 380 548FCFA) - contribution nigérienne |
| Instance Partenaire | Ministère de la Santé Publique (MSP) |
| Date Convention de mise en œuvre | Date de signature de la Convention Spécifique : 22 Août 2010 Date de Démarrage du Projet : 1er Avril 2011 Date de fin du Projet : 30 Avril 2015 |
| Durée (mois) | 48 mois |
| Groupes cibles | Les cibles directes de ce projet sont les Directions centrales et régionales du Ministère de la Santé Publique |
| Impact (Objectif Global) | "L'état de santé des populations et en particulier, celui des couches les plus vulnérables est amélioré ". |
| Outcome (Objectif Spécifique) | « Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées » |
| Output (Résultats attendus) | R1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée R2. La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central R3. La capitalisation des acquis produits par le système est mise en place R4- Les initiatives du MSP visant le développement de la CMU sont soutenues |

1.2 Performances du projet

Tableau logique d'intervention : Remplir sur la base des données introduites dans 2.2.4, 2.3.3, 2.4.3... (uniquement attribuer une note A, B, C ou D !¹).

| | Efficienc e | Efficacit é | Durabilit é |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| Outcome « Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées » | C | B | B |
| Output 1 : L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée | C | C | B |
| Output 2 La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central | C | C | B |

¹ A = Très bonnes performances, B = Bonnes performances, C = Faibles performances, D = Problématique

| | | | |
|--|---|---|---|
| Output 3 La capitalisation des acquis produits par le système est mise en place | C | C | B |
| Output 4 Les initiatives du MSP visant le développement de la CMU sont soutenues | C | C | B |

1.3 Exécution budgétaire

| Monnaie | Budget total | Budget prévu 2012 | Budget dépensé 2012 | Taux d'exécution 2012 | Dépenses cumulées au 31 12 2012 (année N+3) | Solde au 31 12 2012 | Taux de décaissement total |
|--------------|----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---|----------------------|----------------------------|
| EUROS | 2 800 000 | 579720 | 416240,79 | 72% | 567 400 | 2 232 600 | 20% |
| FCFA | 1 836 679 600 | 380 271 392 | 273 036 060 | 72% | 372 190 002 | 1 464 489 598 | 20% |

1.4 Résumé

Formuler 5 points clés (brièvement, en une ou deux phrases) dont un lecteur du présent rapport doit se souvenir.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Le Projet a connu un démarrage tardif et difficile à la fois marquée par : <ul style="list-style-type: none"> - L'arrivée de l'ATI en Novembre 2011 alors que la Convention spécifique a été signée en Aout 2011 - Le départ de l'ATI en Juillet 2012 après une période d'essai non concluant. - Une production laborieuse des documents de cadrage exigés par la SMCL de démarrage. - Un faible taux d'exécution budgétaire après 12 mois de mise en œuvre (20% au 30 12 2012). Ce taux est de 11% seulement pour les budgets destinés aux activités. • La démission en Novembre 2012 de l'Assistant Technique National en charge de l'appui à la coordination sectorielle, la planification, Programmation et le suivi évaluation, ainsi que la capitalisation des meilleures pratiques et la recherche action. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats attendus du projet initialement prévus au nombre de 3 dans le DTF ont été augmentés à quatre afin d'y inclure un résultat relatif à la couverture universelle en santé. Ainsi l'appui à la mise en place des mutuelles de santé a été supprimé et remplacé par le soutien aux initiatives du Ministère de la Santé Publique visant la couverture universelle en santé. • Le DTF du projet avait prévu un budget pour l'appui à la mise en œuvre des activités |

imprévisible. Pour une utilisation rationnelle de ce budget l'équipe du Projet a décidé d'affecter ce montant dans l'appui à la mise en œuvre des réformes du secteur prévues dans le PDS 2011-2015 notamment la réforme du SNIS, la réforme sur l'accréditation et la certification des structures de santé, la réorganisation des districts sanitaires à fort poids démographique, l'installation des médecins généralistes dans les Centres de Santé Intégrés.

- Les principales activités appuyées ou réalisées par le projet en 2012 sont liées (i) à la supervision des DRSP par le niveau central, (ii) au renforcement du processus de planification des activités et d'intégration des projets et Programmes, (iii) aux réformes portant sur le SNIS et le système de certification et d'accréditation, (iv) à la formation des acteurs sur la protection sociale en vue de la couverture universelle en santé, sur la Gestion axée sur les résultats et sur la gestion des ressources humaines, (v) à la mise en place du Fonds Social de la Santé.

- Mais le projet n'a pas pu démarrer les activités relatives au résultat 3 portant sur la capitalisation liées à la capitalisation des acquis produits par le système.

- Les principales contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du Projet ont été le retard dans le recrutement de l'ATI puis son départ après 12 mois d'essai, la faiblesse dans la gestion et la coordination du projet marquée par des problèmes de communication interne entre les membres de l'équipe du projet (Responsable National, ATI et ATNs) d'une part et entre la Représentation de la CTB et l'équipe du Projet d'autre part, l'insuffisance de planification des activités des ATN au regard de leurs descriptions de poste, la non prise en compte des réclamations des agents du projet sur la non prise en charge par le Projet des frais des soins de santé, la désignation des ATN dans plusieurs comités thématiques devant travailler pendant une même période.

| Fonctionnaire exécution nationale ² | Fonctionnaire exécution CTB ³ |
|--|--|
| Mr HASSANE NAMAKA | Dr KISI MUNDIETE Adrien |

² Nom et signature

³ Nom et signature

2 Analyse de l'intervention⁴

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

Décrire les éléments de contexte qui ont eu une influence (positive ou négative) importante sur l'intervention. Il s'agit donc d'événements qui se sont produits pendant la période de rapportage et qui sont liés à des changements aux politiques sectorielles, aux politiques de décentralisation et de déconcentration, à d'importants événements politiques, à des événements environnementaux, etc. Se limiter à la description des évolutions clés en cours de période de rapportage.

Maximum 250 mots

Plusieurs éléments contextuels ont influencé de façon significative la logique d'intervention du Projet au cours de l'année 2012. Il s'agit notamment :

- La promotion par l'Organisation Mondiale de la Santé du principe de la Couverture Universelle en santé a décidé les Responsables du Projet d'intégrer l'appui aux initiatives visant la couverture universelle en santé comme un des résultats attendus du projet.
- L'affectation d'environ 200 médecins (parmi les nouveaux recrutés) dans les centres de santé intégrés du pays a obligé le Ministère de la Santé Publique à organiser avec l'appui du Projet des sessions de formation « premier départ » au niveau de toutes les régions afin de les familiariser avec la politique nationale de santé basée sur les soins de santé primaires. Cette médicalisation des centres de santé appelle des réformes conséquentes dans le système de santé que le Projet s'est engagé à appuyer au cours des prochaines années (2013-2014).
- La création de 29 nouveaux districts sanitaires suite à l'érection de nouveaux départements vient renforcer la nécessité d'appuyer davantage le CPADS de Ouallam dans son rôle de formation et d'encadrement des équipes cadres du District.
- Le changement de Représentant Résident de la CTB et le départ de l'Assistant Technique International au cours du mois de Juillet 2012 ont ralenti la mise en œuvre des activités pendant au moins un trimestre (Juillet, Aout et Septembre).

2.1.2 Contexte institutionnel

Dresser un bilan des effets (positifs ou négatifs) de l'ancrage institutionnel de l'intervention – ainsi que des principales évolutions des institutions dans lesquelles est ancrée l'intervention – sur le déroulement de l'intervention. L'ancrage institutionnel est-il toujours pertinent ? Donner une note (Très approprié, approprié, pas approprié, pas approprié du tout) et commenter la note attribuée (situation actuelle, forces, faiblesses, emprise sur le déroulement de l'intervention). Se limiter à la description des évolutions clés en cours de période de rapportage.

Maximum 250 mots

Conformément au DTF, l'ancrage du Projet est situé au niveau du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique et le Secrétaire Général Adjoint est le Responsable National de l'Intervention. Cet ancrage a pour objectif de réduire les barrières et de faciliter l'appui du Projet à toutes les directions centrales et régionales en fonction des résultats attendus.

⁴ Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

Après une année de mise en œuvre et compte tenu des difficultés de démarrage évoquées plus haut, il est difficile de porter un jugement de valeur sur le caractère approprié ou non de cet ancrage.

Cependant, étant donné que l'objet principal du projet est de renforcer les capacités institutionnelles du MSP dont le Secrétariat Général est le centre d'impulsion, on peut considérer que l'ancrage actuel du projet **est très approprié**.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Dresser un bilan des effets (positifs ou négatifs) des modalités d'exécution sur le déroulement de l'intervention. Donner une note (Très approprié, approprié, pas approprié, pas approprié du tout) et commenter la note attribuée (situation actuelle, forces, faiblesses, impact sur le déroulement de l'intervention). Se limiter à la description des évolutions clés en cours de période de rapportage.

Maximum 250 mots

Les modalités d'exécution du projet sont appropriées au regard de la mise à disposition notamment (i) d'un guide de gestion des projets financés par la CTB au Niger, (ii) d'un protocole d'accord signé entre l'Ambassade de Belgique au Niger et le Ministère des Affaires étrangères définissant les taux des Perdiems pour les différentes missions à financer par le projet et enfin le recrutement au niveau de la CTB d'un spécialiste en procédures des Marchés Publics qui est en appui à tous les Projets de la CTB. Cependant, il faut relever que la suppression du principe de paiement d'une quelconque indemnité quand les activités sont organisées au lieu de Résidence, a entraîné quelques difficultés avec les acteurs notamment à Niamey.

De plus, en ce qui concerne les marchés publics, le Ministère de la Santé Publique et La CTB se sont convenus en juillet 2012, sur un tableau indiquant les responsables pour chaque étape du processus de marchés publics financés par les projets de la CTB.

Il faut signaler que depuis le mois de septembre 2012, l'ATI Co Responsable du Projet d'appui à la Formation Continue assure la Cogestion du projet avec le Responsable National qui malgré ses hautes responsabilités au sein niveau du Ministère contribue positivement à l'amélioration du niveau de mise en œuvre du Projet. In fine, on peut dire qu'actuellement les modalités d'exécution de l'intervention **sont appropriées**.

2.1.4 Contexte HARMO

Décrire l'impact d'autres acteurs sur la dynamique outputs-to-outcome (et vice-versa) ainsi que la dynamique avec d'autres acteurs concernant les différents domaines de résultats (et vice-versa) : les initiatives d'harmonisation avec d'autres acteurs de développement (ou d'autres interventions de la CTB), l'alignement sur les stratégies du partenaire, l'appropriation par le partenaire. Se limiter à la description des évolutions clés en cours de période de rapportage.

Maximum 250 mots

a) Harmonisation avec les autres partenaires:

Comme prévu dans le DTF, le Projet est en appui au Ministère de la santé en complémentarité avec les autres partenaires intervenant dans l'appui institutionnel notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Agence Espagnole de Coopération Internationale (AECID).

Néanmoins, il faut préciser qu'en 2012 la Coopération Belge a été le seul Partenaire à apporter une assistance technique long terme au niveau central. Ceci est du entre autre au fait que la plupart des partenaires qui se sont engagés pour le long terme (AFD, AECID, Fond Mondial, UNICEF..) ont préféré apporter leur appui à travers le Fonds Commun d'Appui au PDS.

b) Alignement sur les stratégies du partenaire

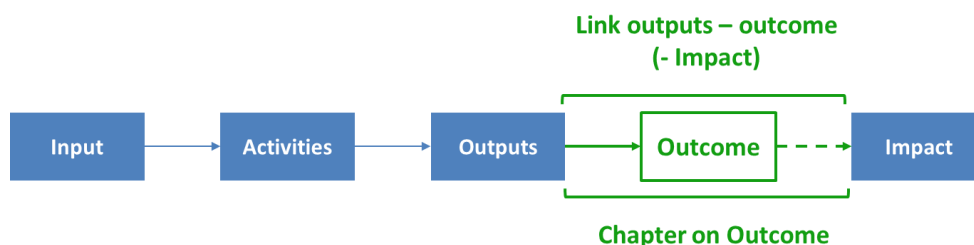
Toutes les activités financées par le projet découlent du Plan de Développement Sanitaire et sont définies par les structures du Ministère de la Santé Publique dans leurs Plans d'action annuels. Le Projet participe et accompagne les structures dans le Processus de planification depuis le niveau régional jusqu'à la validation des plans par le niveau central.

c) Appropriation par le pays partenaire

Toutes les activités financées par le projet sont non seulement définies mais exécutées par les structures concernées du Ministère de la santé publique au regard de l'objectif spécifique et des résultats attendus du Projet. Dans cette dynamique, le rôle du projet est d'apporter l'appui technique dans l'identification des activités pertinentes et à leur financement. Quant à la mise en œuvre elle est réalisée selon les procédures mises en place par le Ministère de la Santé Publique et la Coopération Technique Belge dans le cadre de la cogestion.

2.2 Outcome

Donner un aperçu de l'atteinte potentielle de l'outcome et de la dynamique autour de cet outcome (voir figure infra).



2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Se limiter à remplir le tableau⁵

| Indicateurs ⁶ | Valeur de la <i>Baseline</i> ⁷ (2011) | Progrès année N ⁸ (2012) | Cible année N ⁹ (2012) | Cible année N+1 ¹⁰ (2013) | Cible année N+2 (2014) | Cible finale ¹¹ (2015) | Commentaires ¹² |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| OS1 : % des Districts Sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés | 0% | 5% | 0,00% | 20,00% | 40,00% | 60,00% | Sources : Direction des statistiques Sanitaires/MSP |
| OS2 : Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés | 73,91% | 61% | 80,00% | 85,00% | 90% | 100,00% | Sources : DEP/MSP |

⁵ De toute évidence, des lignes devront être ajoutées/supprimées en fonction du nombre d'indicateurs et du nombre d'activités principales.

En fonction de l'âge du projet, des colonnes doivent être ajoutées pour les années précédentes (si cela est applicable), afin de pouvoir évaluer les progrès accomplis par rapport à la valeur de l'année précédente. Un rapport cumulatif permet de déterminer avec précision les progrès réalisés au cours de la période de rapportage.

Ne pas écrire de texte sous le tableau. Les commentaires doivent se limiter à ceux dans le tableau.

⁶ Reprendre les indicateurs tels qu'ils figurent dans le cadre logique.

⁷ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

⁸ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

⁹ La valeur cible à la fin de l'année N.

¹⁰ La valeur cible à la fin de l'année N.

¹¹ La valeur cible à la fin de l'intervention.

¹² Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

2.2.2 Gestion des risques

Indiquer l'évolution des risques¹³ et la façon dont ils ont été gérés. Les risques identifiés comprennent les risques émanant du DTF et/ou de l'étude Baseline ainsi que les risques significatifs identifiés durant la mise en œuvre de l'intervention. Certains risques peuvent aussi être identifiés lors du suivi des résultats.

- Décrire le risque.
- Noter la probabilité que le risque survienne : Élevée, Moyenne, Faible
- Noter l'impact du risque s'il devait survenir : Élevé, Moyen, Faible

| Identification du risque | | | Analyse du risque | | | Traitement du risque | | | Suivi du risque | |
|---|--------------------------|---------------------|-------------------|------------------|-------|--|------------------------|-------------|-------------------|--------|
| Description du risque | Période d'identification | Catégorie de risque | Probabilité | Impact potentiel | Total | Action(s) | Responsable. | Date limite | État d'avancement | Statut |
| 1. Dysfonctionnement de la Coordination du projet | 29/02/2012 | Interne | élevée | élevé | D | Organiser chaque trimestre des réunions de coordination en dehors des SMCL entre les acteurs de la gestion du Projet | Responsables du Projet | Fin Projet | En cours | Ouvert |
| | | | | | | Mettre en place un mécanisme mensuel de suivi des mesures prises lors des réunions de coordination | Responsables du Projet | Fin Projet | En cours | Ouvert |
| 2. Instabilité institutionnelle | 29/02/2012 | Interne | moyenne | élevé | C | Organiser des rencontres trimestrielles d'information sur le projet à l'intention des chefs des divisions et chefs des services des directions clés du MSP | Responsables du Projet | Fin Projet | Non réalisé | Ouvert |
| 2. Retard important dans le recrutement du nouveau Co Responsable | 29/02/2012 | Externe | moyenne | élevé | C | Désigner un Co responsable ad intérim | Responsables du Projet | 31/12/2012 | non réalisé | ouvert |

¹³ Se limiter aux risques de développement et aux risques liés à la réputation

2.2.3 Impact potentiel

Décrire la probabilité que l'Outcome contribue aux objectifs sectoriels et définir si l'impact, tel que (pré)supposé (lors de la formulation ou escompté dans les données de la Baseline), est toujours garanti. Il y a dès lors lieu d'évaluer si cette partie de la logique d'intervention est toujours valable. Si des données sont disponibles pour les indicateurs au niveau de l'objectif général, ajouter ces valeurs afin d'illustrer l'impact potentiel, si cela est pertinent.

L'Outcome (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 que 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 N° 6 qui vise à renforcer la gouvernance et leadership du Ministère de la Santé Publique dans le secteur.
- L'axe stratégique N°7 qui vise à renforcer le financement du secteur
- L'axe stratégique N°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 ». Tel que formulé, l'objectif global du projet est plus vaste que l'objectif spécifique du PDS 2011-2015 « offrir des soins et des services de qualité à la population, en particulier aux groupes vulnérables » à l'atteinte duquel il est sensé contribuer, à l'instar de tous les projets d'appui au Ministère de la Santé Publique.

2.2.4 Critères de qualité

Pour chacun des critères (Efficience, Efficacité, Durabilité et Pertinence), plusieurs sous-critères ont été formulés. En choisissant la formulation qui correspond le mieux à votre intervention, vous pouvez calculer la note totale applicable à ces critères spécifiques (voir infra pour les instructions de calcul).

| | |
|--|--|
| 1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires | |
| Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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 | |
| 1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ? | |
| | A Clairement toujours ancré dans les politiques nationales belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins d'un groupe cible. |
| X | B S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours 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 nationale et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis. |
| 1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ? | |
| | A Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable). |
| X | B Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoins de certaines amélioration 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'un projet 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. |

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, bien & équipements) sont-ils correctement gérés ?

| | | |
|----------|----------|--|
| | 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. |
| X | C | La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques. |
| | D | La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires. |

2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?

| | | |
|----------|----------|--|
| | A | Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés. |
| X | B | Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés. |
| | C | Certains outputs ne seront pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires. |
| | D | La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps. |

3. EFFICACITE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'Outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

| | | |
|----------|----------|---|
| | A | La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués. |
| X | B | L'outcome ne sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort. |
| | C | L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome. |
| | D | Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises. |

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?

| | | |
|----------|----------|---|
| | A | 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 | 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. |
| | C | Le projet réussit 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. |
| | D | 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. |

4. DURABILITE POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà) de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins trois 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum Deux 'C', pas de 'D' = B ; Au moins trois 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

4.1 Durabilité financière/économique ?

| | | |
|----------|----------|--|
| | A | La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci. |
| X | B | La durabilité financière/économique vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes. |
| | C | Les problèmes doivent être en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économiques. |
| | D | La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs. |

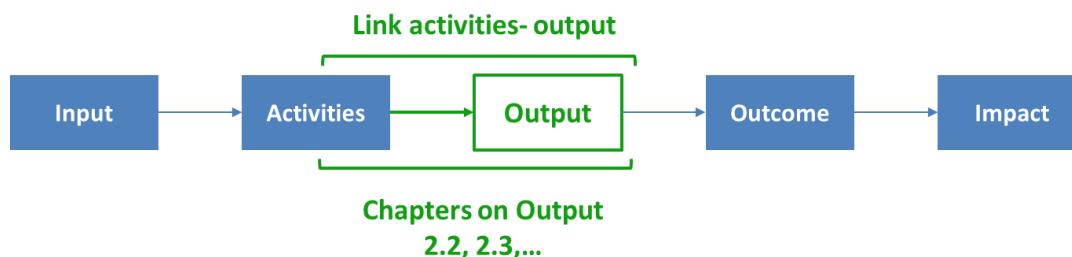
| 4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ? | | |
|---|----------|--|
| | A | La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engage à continuer à produire et utiliser des résultats. |
| X | B | La mise en œuvre en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elle aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible. |
| | C | Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises. |
| | D | Le projet dépend totalement de structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité. |
| 4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ? | | |
| | A | Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra. |
| X | 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. |
| | C | La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises. |
| | D | Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet. |
| 4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ? | | |
| | A | 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). |
| X | 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. |
| | C | 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. |
| | D | 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. |

Attribuer une note finale à chaque critère. Si une note C ou D a été attribuée à un critère de monitoring, des mesures doivent être proposées dans le Plan d'action (4.1).

| Critères | Note |
|-----------------|-------------|
| Pertinence | B |
| Efficience | C |
| Efficacité | B |
| Durabilité | B |

2.3 Output 1¹⁴

Évaluer la probabilité de l'atteinte de l'output en question et la dynamique entourant l'évolution de cet output.



2.3.1 Analyse des progrès réalisés

| Output 1 : L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|
| Indicateurs | Valeur de la <i>Baseline</i> ¹⁵ (2011) | Progrès année N ¹⁶ (2012) | Cible année N ¹⁷ (2012) | Cible année N+1 ¹⁸ (2013) | Cible année N+2 (2014) | Cible finale ¹⁹ (2015) | Commentaires ²⁰ |
| R1. Proportion des PTFs ayant signé le COMPACT et qui ont respecté leurs engagements | 16,67% | ND | 25,00% | 50,00% | 60,00% | 80,00% | Cet indicateur sera apprécié lors de l'évaluation du COMPACT prévue dans le cadre l'évaluation à mi-parcours du PDS 2011-2015 |
| R2. Proportion de cadres de concertation fonctionnels à tous les niveaux (composite) | 5,69% | ND | 5,69% | 52,65% | 52,49% | 80,00% | Les données concernant les CSI (855) ne sont pas renseignées par le système national d'information sanitaire. Par ailleurs, cet indicateur étant composite, il est difficile à le renseigner. Nécessité de le reformuler pour une appréciation par niveau de la pyramide sanitaire. |
| R3. Proportion des CHR, MRR, HN et MIG évalués dans le cadre de l'accréditation et de la certification | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 10,00% | 80,00% | 100,00% | Le dispositif d'accréditation certification n'est pas encore mis en place. |

¹⁴ Le Template prévoit jusqu'à 3 outputs (chapitres 2.2, 2.3 et 2.4). Si l'intervention compte plus d'outputs, simplement copier et coller les chapitres supplémentaires relatifs aux outputs. Si l'intervention compte moins de 3 outputs, simplement supprimer les chapitres désuets)

¹⁵ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

¹⁶ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

¹⁷ La valeur cible à la fin de l'année N.

¹⁸ La valeur cible à la fin de l'année N.

¹⁹ La valeur cible à la fin de l'intervention.

²⁰ Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ²¹ | État d'avancement | | | | Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur) |
|--|--|---|---|---|---|
| | A | B | C | D | |
| | | | | | |
| Activité 1.1 Renforcer les mécanismes de la coordination | | | X | | L'élaboration de la cartographie a pris du retard |
| Activité 1.2 : Améliorer le processus de planification et son suivi et renforcer l'intégration des programmes verticaux au niveau des structures existantes | | | X | | Le recrutement du consultant en appui à l'intégration des programmes n'est pas encore lancé |
| Activité 1.3 : Appuyer la gestion des RH | | X | | | |
| Activité 1.4 : Soutenir les réformes prioritaires retenues par le MSP dans le PDS 2011-2015 | | X | | | |
| Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats). | | | | | |
| <i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i> | Très peu d'interventions démarrées et de toute évidence pas de progrès réalisés. | | | | |
| Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) : | Les activités prévues restent pertinentes pour l'atteinte des résultats mais cela suppose un appui plus dynamique et une plus grande capacité d'anticipation de la part des Assistants techniques. | | | | |
| <i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i> | Difficultés de décaissement suite au départ du Coresponsable du Projet en Juillet 2012 | | | | |
| <i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i> | Prise en compte dans les réformes de deux activités non prévues initialement à savoir l'installation des médecins généralistes dans les CSI et la modernisation de l'Etat dans le secteur de la santé. | | | | |

²¹ 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.

2.3.2 Exécution budgétaire

Joindre, en annexe, le rapport « Budget versus Actuels (y – m) » contenant les données jusqu'au 31/12/2012 inclus et référer ici à l'annexe. Commenter succinctement ce rapport financier.

| Monnaie | Budget total | Dépenses au 31 12 2012 (année N+3) | Solde | Taux de décaissement total |
|--------------|--------------------|---------------------------------------|-------------|----------------------------|
| EUROS | 800 000 | 105 074,17 | 694 925,83 | 13% |
| FCFA | 524 765 600 | 68 924 137 | 455 841 463 | 13% |

2.3.3 Critères de qualité

Attribuer, sur la base des éléments susmentionnés, une note A, B, C ou D²² aux critères suivants :

- Efficiency : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en outputs de façon économe.
- Efficacité : le degré dans lequel l'output a été réalisé, tel que prévu à la fin de l'année N.
- Durabilité : le degré de probabilité de préserver et/ou de reproduire les outputs de l'intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

| Critères | Note |
|------------|------|
| Efficiency | C |
| Efficacité | C |
| Durabilité | B |

²²

- A : Très bonne performance
B : Bonne performance
C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises
D : Manque de performance / difficultés majeures : des mesures doivent être prises

Si un critère ne peut pas être évalué (parce que le projet vient tout juste de démarrer, par ex.), attribuer la note X au critère. Expliquer pour quelle raison le critère n'a pas été évalué.

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

| Output 2 : La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|
| Indicateurs | Valeur de la <i>Baseline</i> ²³ (2011) | Progrès année N ²⁴ (2012) | Cible année N ²⁵ (2012) | Cible année N+1 ²⁶ (2013) | Cible année N+2 (2014) | Cible finale ²⁷ (2015) | Commentaires ²⁸ |
| R1.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 | NA | 25,00% | 50,00% | 75,00% | 100,00% | 5 régions ont été supervisées mais les Plan de Résolution des Problèmes n'ont pas fait l'objet d'un suivi parce qu'inexistants. |
| R2.Proportion des hôpitaux publics ayant adhérés au réseau des hôpitaux qui utilisent au moins 50% des outils retenus consensuellement | 0,00% | 0% | 0,00% | 16,67% | 20,00% | 30,00% | Le Réseau des hôpitaux n'est pas encore mis en place |
| R3.Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence | Non disponible | Non disponible | Non disponible | disponible | disponible | disponible | Stratégies non encore élaborées |

²³ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

²⁴ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

²⁵ La valeur cible à la fin de l'année N.

²⁶ La valeur cible à la fin de l'année N.

²⁷ La valeur cible à la fin de l'intervention.

²⁸ Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ²⁹ | Etat d'avancement | | | | Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur) |
|--|---|---|---|---|--|
| | A | B | C | D | |
| 2-1 Appuyer l'organisation et la supervision du niveau central vers le niveau régional | | | X | | 5 supervisions ont été réalisées mais le PRP issus des supervisions antérieures n'ont pas été utilisés parce qu'inexistants. |
| 2-2 Mettre en place des outils de références et contre références | | | X | | Non démarrage de l'activité suite aux difficultés connues par le Projet en Q3 2012 Retard dans le recrutement du consultant |
| 2-3 Contribuer à la réforme hospitalière | | | X | | Non exécution de l'atelier prévu pour la mise en place du réseau |
| Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats). | | | | | |
| <i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i> | Un effort certain a été fait par le niveau central pour superviser les Directions régionales de la santé publique. Ainsi 5 régions sur les 8 existantes ont bénéficié d'une supervision au cours de l'année. Cependant, la qualité souhaitée de ces supervisions exprimées dans l'indicateur ne peut être évalué dans la mesure où ces supervisions qui sont les premières dans le processus n'ont pas pu faire le suivi des PRP issues des missions précédentes. | | | | |
| Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) : | Les activités restent pertinentes pour l'atteinte du résultat attendu. Cependant ceci suppose une collaboration franche des différentes directions centrales. | | | | |
| <i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i> | Difficultés de décaissement au niveau du projet Faible disponibilité des ressources humaines | | | | |
| <i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i> | | | | | |

2.4.2 Exécution budgétaire

| Monnaie | Budget total | Dépenses au 31 12 2012 (année N+3) | Solde | Taux de décaissement total |
|--------------|--------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------|
| EUROS | 340 000 | 10 990,53 | 329 009,47 | 3% |
| FCFA | 223 025 380 | 7 209 315 | 215 816 065 | 3% |

²⁹ 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.

2.4.3 Critères de qualité

| Critères | Note |
|------------|------|
| Efficienc | C |
| Efficacité | C |
| Durabilité | B |

2.5 Output 3³⁰

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

| Output 3 : La capitalisation des acquis produits par le système est mise en place | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| Indicateurs | Valeur de la <i>Baseline</i> ³¹ (2011) | Progrès année N ³² (2012) | Cible année N ³³ (2012) | Cible année N+1 ³⁴ (2013) | Cible année N+2 (2014) | Cible finale ³⁵ (2015) | Commentaires ³⁶ |
| Nombre de BP dans le système de santé qui ont été documentés | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 10 | |
| Nombre ECD engagée dans une recherche – action au cours de l'année | 6 | 4 | 10 | 15 | 20 | 25 | Plusieurs Districts sanitaires sont probablement engagés mais seuls Doutchi, Ouallam, Niamey, Loga ont transmis un rapport au niveau central |

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ³⁷ | État d'avancement | | | | Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur) |
|---|-------------------|---|---|---|--|
| | A | B | C | D | |
| 3-1- Identifier et documenter les meilleures pratiques en santé | | | X | | Activité non encore démarrée. Il est prévu de faire appel en 2013 à une expertise dans le cadre du contrat cadre de la CTB avec le KIT d'Amsterdam. |
| 3-2- Financer les projets de recherche action approuvés par le MSP | | | X | | Aucune recherche financée. Le processus n'a pas encore mis en place ni explicité aux bénéficiaires potentiels |
| 3-3- Réviser le cadre législatif et réglementaire e matière de recherche en santé | | | X | | Activité démarrée avec l'appui technique mais sans appui financier du Projet suite aux difficultés de décaissement que le projet a connu au cours de l'année 2012. |

³⁰ Si le cadre logique contient plus de 3 outputs, copier-coller le chapitre 2.4 et créer le 2.6 pour l'output 4, le 2.7 pour l'output 5, etc.

³¹ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

³² La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

³³ La valeur cible à la fin de l'année N.

³⁴ La valeur cible à la fin de l'année N.

³⁵ La valeur cible à la fin de l'intervention.

³⁶ Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

³⁷ 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.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).

| | |
|---|--|
| <i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i> | Pas de progrès réalisé dans l'atteinte du résultat attendu dans la mesure où aucune activité n'a véritablement démarrée. |
| <i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i> | Les activités restent pertinentes pour l'atteinte du résultat et surtout pour le développement du secteur. Pour la documentation des bonnes pratiques, étant donné la nouveauté, il sera nécessaire de recourir à une expertise extérieure. |
| <i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i> | Difficultés de décaissement au niveau du projet. |
| <i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i> | Néant |

2.5.2 Exécution budgétaire

| Monnaie | Budget total | Dépenses au 31 12 2012 (année N+3) | Solde | Taux de décaissement total |
|--------------|--------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------|
| EUROS | 193 000 | 0 | 193 000 | 0% |
| FCFA | 126 599 701 | 126 599 701 | 0 | 0% |

2.5.3 Critères de qualité

| Critères | Note |
|-------------------|----------|
| Effizienz | C |
| Efficacité | C |
| Durabilité | B |

2.6 Output 4³⁸

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

| Output 4 : Les initiatives du MSP visant le développement de la Couverture Universelle en Santé sont soutenues | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| Indicateurs | Valeur de la Baseline ³⁹ (2011) | Progrès année N ⁴⁰ (2012) | Cible année N ⁴¹ (2012) | Cible année N+1 ⁴² (2013) | Cible année N+2 (2014) | Cible finale ⁴³ (2015) | Commentaires ⁴⁴ |
| Disponibilité de textes (réglementaires et ou législatifs) pris par les autorités nationales sur la CMU | Non disponible | Non disponible | Disponible | Disponible | Disponible | Non disponible | Le processus devant aboutir à l'élaboration des textes n'a pas encore démarrée |
| Nombre de décideurs (Assemblée et Gouvernement) dont au moins 10% de femmes touchés par le plaidoyer | 0 | 0 | 30 | 150 | 150 | +0 | Activité non démarrée |

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴⁵ | Etat d'avancement | | | | Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur) |
|--|-------------------|---|---|---|--|
| | A | B | C | D | |
| 4-1- Développer une politique de financement de la santé | | X | | | |
| 4-2. Elaborer un plan stratégique de l'assurance maladie universelle au Niger | | | X | | Pas encore démarrée |
| 4-3- Organiser deux séances de plaidoyers auprès des plus hautes instances étatiques pour la couverture maladies universelle (primature et Assemblée nationale) | | | X | | Malgré la formation de quelques cadres du MSP en la matière, un groupe de travail formel chargé de conduire les réflexions sur la couverture universelle en santé n'a pas encore été mis en place par le MSP |
| Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats). | | | | | |

³⁸ Si le cadre logique contient plus de 3 outputs, copier-coller le chapitre 2.4 et créer le 2.6 pour l'output 4, le 2.7 pour l'output 5, etc.

³⁹ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

⁴⁰ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

⁴¹ La valeur cible à la fin de l'année N.

⁴² La valeur cible à la fin de l'année N.

⁴³ La valeur cible à la fin de l'intervention.

⁴⁴ Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

⁴⁵ 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.

| | |
|---|---|
| <i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i> | Peu ou pas de progrès réalisé dans l'atteinte du résultat attendu dans la mesure où une seule activité a été réalisée avec l'appui technique du Projet.. |
| <i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i> | Les activités sont encore pertinentes pour l'atteinte du résultat attendu. Mais il est nécessaire que le MSP définisse clairement la direction à prendre pour la couverture sanitaire universelle en s'inspirant de l'expérience des pays voisins et sur la base des nombreuses expériences en cours dans le pays. Des propositions concrètes sont attendues de l'équipe multisectorielle formée par COOPAMI à Sadoré et à Bruxelles. |
| <i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i> | Faible capitalisation des expériences en cours dans le pays en matière de protection sociale. Pas de suite aux propositions faites par les cadres ayant participé à la formation sur la couverture universelle en santé à Sadoré et à Bruxelles. |
| <i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i> | Réalisation par la Direction de l'Organisation des soins d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé dans la commune de Falmey dans la région de Dosso. |

2.6.2 Exécution budgétaire

| Monnaie | Budget total | Dépenses au 31 12 2012 (année N+3) | Solde | Taux de décaissement total |
|--------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| EUROS | 350 000 | 68 899,38 | 281 100,62 | 20% |
| FCFA | 229 584 950 | 45 195 031 | 184 389 919 | 20% |

2.6.3 Critères de qualité

| Critères | Note |
|------------------|----------|
| Efficienc | C |
| Efficacit | C |
| Durabilit | B |

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

Selon le DTF, le développement des capacités des Ressources Humaines (voir activité 1.4) est une opportunité pour prendre en compte ce thème. Il a été évoqué par exemple la problématique de la féminisation du personnel de santé etc...D'autre part, le développement des mutuelles communautaires (voir activité 1.3) et toutes les autres actions afférentes à leur renforcement et leur extension sont des opportunités pour améliorer l'accès aux services aux femmes et à leurs enfants.

Réalisation du projet :

Le projet a introduit un 4ème résultat qui vise l'appui aux initiatives visant la couverture universelle en santé avec un accent particulier aux enfants et aux femmes qui sont les couches vulnérables ciblées par le PDS 2011-2015.

3.2 Environnement

Selon le DTF, les aspects d'hygiène hospitalière recevront toute l'attention nécessaire particulièrement dans le cadre du deuxième résultat ciblé sur l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs. En dehors de cet élément, les études menées dans le cadre du dialogue communautaire peuvent être une bonne opportunité pour une meilleure et constante appropriation par les communautés en ce qui concerne l'aménagement de leur environnement physique et biologique. L'équipe du projet veillera à intégrer dans son fonctionnement les préoccupations environnementales (équivalent EMAS) en particulier au niveau de l'utilisation des véhicules, du papier etc...

Réalisation du Projet :

Une étude sur les goulots d'étranglement au dialogue avec la communauté dans la région de Dosso sera réalisée en Janvier 2013.

3.3 Autre

3.3.1. Economie Sociale

Selon le DTF, l'appui au développement de mutuelles communautaires peut contribuer non seulement à réduire les risques par des événements critiques dans le domaine de la santé (par exemple par une incitation à un recours précoce aux soins et ainsi réduire le coût unitaire de ces soins), mais aussi à soulager les charges financières des coûts de santé pour les familles ou les ménages.

Réalisation du Projet :

L'appui au développement des mutuelles a été intégré dans le résultat relatif à la couverture universelle en santé créée lors de la SMCL de démarrage.

3.3.2. HIV/SIDA

Selon le DTF, les programmes et activités en matière de lutte et prise en charge VIH/Sida feront l'objet d'une intégration intra-sectorielle, à tous les niveaux. Cela constituera un excellent traceur de performance du système de santé dans ce domaine.

Réalisation du Projet :

Le projet compte faire appel en 2013 à l'expertise d'une institution scientifique pour définir une feuille de route pour l'intégration des programmes et Projets verticaux y compris le programme VIH/SIDA.

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Formuler, sur la base des données et de l'analyse ci-dessus, des actions (décisions) à prendre. Celles-ci peuvent être d'ordre stratégique et/ou opérationnel.

| Plan d'action | Source | Acteur | Date limite |
|--|---|--|--|
| <i>Description de l'action/la décision à prendre.</i> | <i>Le sous-chapitre auquel l'action/la décision se réfère (p. ex., 2.4)</i> | <i>Le responsable de la prise de décision/action</i> | <i>p. ex., Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1</i> |
| 1. Accélérer le recrutement de l'ATI Co Responsable du Projet | 2.2. | CTB | Q1 2013 |
| 2. Démarrer le processus de lancement des marchés publics à financer par le Projet | 2.3 | Responsable du Projet | Q2 2013 |
| 3. Faire appel au contrat cadre de la CTB avec le KIT pour démarrer le processus de capitalisation des acquis du système | 2.5. | Responsable du Projet | Q2 2013 |
| 4. Appuyer les travaux du groupe thématique sur la couverture universelle en santé | 2.6 | ATN2 | Q2 2013 |
| 5. Appuyer la DEP à définir les mécanismes pour l'identification des protocoles de recherche à financer par le Projet. | 2.5 | ATN1 | Q1 2013 |
| 6. Poursuivre le processus d'évaluation des ATN dans le cadre du cercle de développement et partager les résultats avec les ordonnateurs du Projet | | Responsable du Projet | Q1 2013 |
| 7. Instaurer l'élaboration du tableau bord mensuel pour chaque ATN avec un mécanisme de suivi interne au Projet | | Responsable du Projet | Q1 2013 |

4.2 Enseignements tirés

Tirer les enseignements importants de l'expérience de l'intervention. Les enseignements tirés sont de nouveaux savoirs qui doivent demeurer dans la mémoire institutionnelle de la CTB et des partenaires. Ils peuvent être tirés d'activités, d'outputs, de l'outcome (ou d'une combinaison de niveaux ou de tout autre aspect de l'intervention et de son contexte).

| Enseignements tirés | Public cible |
|--|--|
| <p>1. La gestion d'un projet d'appui institutionnel au Ministère de la santé est une entreprise complexe qui exige de la part des animateurs des capacités dans plusieurs domaines notamment dans la recherche de la cohérence de l'appui à apporter aux différentes directions centrales, dans la gestion des risques et des susceptibilités, dans la définition des priorités parmi les demandes d'appui formulées, dans la communication interne.</p> | <p>Ordonnateurs du Projet Représentation de la CTB Equipe de formulation des Projets de la CTB</p> |
| <p>2. La cogestion comme mode de gestion d'un projet d'Appui institutionnel peut être une approche efficace d'intervention si et seulement si certaines conditions sont réunies notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le responsable du projet est un cadre situé à un haut niveau décisionnel lui permettant des contacts et des échanges faciles avec les premières autorités du Ministère et les autres projets intervenant dans le secteur. -Le responsable a la capacité de réagir promptement aux questions administratives et techniques liées au Projet; -Le responsable du projet consacre une partie de son temps de travail (au moins 1 heure par jour ouvrable) à la gestion quotidienne du projet. -Le coresponsable (ATI) est fortement impliqué dans la planification et le suivi des activités des Assistants Techniques Nationaux (ATN) et dans la gestion du Projet; -Le coresponsable consacre une partie de son temps de travail (au moins 2 heures par jour ouvrable) aux dossiers techniques (non financiers) développés par les structures du MSP. | <p>Ordonnateurs du Projet Représentation de la CTB Equipe de formulation des Projets de la CTB</p> |

5 ANNEXES

5.1 Cadre logique d'origine

| Objectif Général : L'état de santé des populations, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré | | | |
|--|--|---|--|
| Objectif spécifique | Indicateurs de l'objectif spécifique | Sources de vérification | Risques et hypothèses |
| Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées | <ul style="list-style-type: none"> - Les indicateurs d'exécution du PDS sont significativement améliorés - Les indicateurs de qualité des soins curatifs et préventifs sont significativement améliorés - Le processus de Recherche Action est inclus dans la gestion de routine des 25% des services de santé de District et régionaux | <ul style="list-style-type: none"> - Rapports annuels du PDS - Rapports du Projet (MTR et fin de projet) - Evaluations ponctuelles de la qualité des soins - Rapports de la Cellule 'Recherche' de la DEP | <p><u>Risques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insécurité dans le pays - Apparition de maladies émergentes - Lourdeur dans les procédures nationales - Insuffisance en communication et coordination entre les structures, à tous les niveaux <p><u>Hypothèses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un renforcement des RH du niveau central est mené dans le cadre des mutations institutionnelles - Le FC évolue vers une forme budgétaire - Adéquation optimale des ressources allouées au secteur |

| Résultats | Indicateurs de Résultats | Sources de vérification | Risques et hypothèses |
|--|---|--|---|
| Résultat 1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant | <ul style="list-style-type: none"> - Les mécanismes de coordination structurée sont mis en place à tous les niveaux - Le processus de planification est amélioré sur le plan opérationnel et budgétaire - Les mutuelles prévues (20 au maximum) sont opérationnelles - Les recommandations en matière de mutations institutionnelles prévues sont mises en oeuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Rapports annuels du PDS - Rapports de la DEP - Rapports techniques et financiers des recours au à l'enveloppe financière | <u>Risques</u> Voir plus haut <u>Hypothèses</u> - Une expertise en appui budgétaire et en matière d'approche sectorielle contribue à préparer la contribution de la coopération belgo-nigérienne au FC - l'approche de la gestion basée sur la performance est renforcée dans le prochain PDS - Une amélioration attendue des procédures publiques |
| Activités par Résultat | Moyens | Coûts en Euros Contribution belge | Risques et hypothèses |
| R1/A1: Renforcer les mécanismes de coordination des programmes/projets à tous les niveaux, y compris le niveau central entre les différentes directions | <ul style="list-style-type: none"> -Consultance sur la confection d'une cartographie nationale des interventions -Ateliers de mise en place de cadre de concertation à tous les niveaux | 45.000 | |
| R1/A2 : Améliorer le processus de planification et son suivi et renforcer l'intégration des programmes verticaux au niveau des structures existantes | <ul style="list-style-type: none"> -Études pour améliorer le dialogue communautaire -Etude sur l'efficacité des dépenses -Expertise pour mener une analyse verticale des programmes verticaux | 680.000 | |
| R1/A3: Contribuer à améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables, par un appui au développement de mutuelles communautaires et de la gratuité des soins | <ul style="list-style-type: none"> -Expertise en matière de développement des mutuelles | 350.000 | |
| R1/A4 : Renforcer la gestion des ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> -Consultance en matière de diagnostic institutionnel -Ateliers et missions de suivi sur le terrain -Organisation de formations à l'étranger | 75.000 | |

| Résultats | Indicateurs de Résultats | Sources de vérification | Risques et hypothèses |
|--|--|--|---|
| Résultat 2. La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central | <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de supervisions de qualité effectuées sur celles programmées - La carte hospitalière est disponible pour tous les Hôpitaux - Nombre de références/contre-références conformes au système mis en place - Le taux d'admission dans les hôpitaux - Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> - La production du DSSR/E (SNIS) - Rapports du PDS - Evaluations ponctuelles de la qualité des soins | <p><u>Risques</u> Voir plus haut</p> <p><u>Hypothèses</u> -Le gradient en compétences entre les niveaux du système est significativement développé -Des mécanismes d'Assurance Qualité des soins sont opérationnels</p> |
| Activités par Résultat | Moyens | Coûts en Euros Contribution belge | Risques et hypothèses |
| R2/A1 Appuyer l'organisation de la supervision du niveau central vers le niveau régional | - Appui financier aux supervisions (32 ateliers de débriefing, ...) et accompagnement | 130.000 | |
| R2/A2 Appuyer sur le plan technique la mise en place d'outils et de mécanismes harmonisés de références et de contre-référence | <ul style="list-style-type: none"> - Recours à un organisme scientifique pour mettre en place un mécanisme de documentation sur la réf/contre-référence - Organisation d'ateliers à tous les niveaux - Recours à une expertise internationale et nationale pour l'appropriation du référentiel hospitalier établi | 150.000 | |
| R2/A3 Contribuer à la réforme hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> - Activités d'établissement de la carte hospitalière sur l'ensemble du pays - Organiser 4 rencontres avec le personnel cadre des CHR | 60.000 | |

| Résultat 3. La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place | <ul style="list-style-type: none"> - 10 MP sont disponibles en fin de projet et une stratégie d'échange de 'savoir' est mise en place, tant au niveau de la DOS que du CPADS et largement diffusées - Dix/les 12 projets de RA identifiés ont produit des résultats concrets et utilisables par l'ensemble du Système de Santé | <ul style="list-style-type: none"> - Rapports du PDS - Rapports du Projet (MTR et fin de projet) | <u>Risques</u> Voir plus haut <u>Hypothèses</u> -Le développement des activités de mémoire institutionnelle est une priorité pour tous les décideurs du Système de Santé -Le processus de Recherche fait partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et services de santé |
|--|--|--|---|
| Activités par Résultat | Moyens | Coûts en Euros Contribution belge | Risques et hypothèses |
| R4/A1 Identifier des Meilleures Pratiques en santé | <ul style="list-style-type: none"> - Organiser 3 missions pas an de 2 sem. - Coûts de rédaction, édition et diffusion d'une douzaine de MP | <p style="text-align: center;">93.000</p> | |
| R4/A2 Financer les projets de Recherche Action approuvés | <ul style="list-style-type: none"> - Appui financier pour une douzaine de projets de recherche - Soutenir financièrement pour 8 étudiants d'institutions académiques | <p style="text-align: center;">100.000</p> | |

5.2 Cadre logique mis à jour

| MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AU MSP (PAI-MSP) Cadre logique révisé – validé SMCL 11 12 2012 | | | |
|--|--|---|---|
| Objectif Général | L'Etat de santé des populations, en particulier celui des couches les plus vulnérables est amélioré | | |
| Objectif Spécifique | Indicateurs | Sources de vérification | Risques et Hypothèse |
| Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées | % de districts sanitaires ayant atteint au moins 60% des indicateurs clés | Rapports d'exécution du PDS -Rapports évaluation du Projet (MTR et fin de projet) -Rapports des évaluations ponctuelles de la qualité des soins -Rapports de la Cellule 'Recherche' de la DEP - Annuaire statistique (DSS) - | <u>Risques :</u> - Insécurité dans le pays - Apparition de maladies émergentes - Lourdeur dans les procédures des marchés publics - Insuffisance en communication et coordination entre les structures, à tous les niveaux <u>Hypothèses :</u> - -Un renforcement des RH du niveau central est mené dans le cadre des mutations institutionnelles |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Proportion d'engagements pris par l'Etat dans le cadre du COMPACT qui ont été respectés | | |
|--|---|--|--|

| Résultats | Indicateurs | Sources de vérification | Risques et Hypothèse |
|--|--|---|--|
| 1- L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée | Proportion des PTFs ayant signé le COMPACT et qui ont respecté leurs engagements | Rapports d'exécution du PDS | Retard dans le recrutement du coresponsable Dysfonctionnement dans la coordination du projet L'approche de la gestion basée sur la performance est renforcée dans le pilotage du PDS 2011-2015 |
| | Proportion de cadres de concertation fonctionnels à tous les niveaux (composite) | | |
| | Proportion des CHR, MRR, HN et MIG évalués dans le cadre de l'accréditation et de la certification | | |
| 2- La qualité des soins (préventifs et curatifs) est améliorée par un encadrement performant du niveau central | 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 | - Rapports d'exécution du PDS - Annuaire statistique (DSS) - Rapports des évaluations ponctuelles de la qualité des soins | -Le gradient de compétences entre les niveaux du système est significativement développé -Des mécanismes d'Assurance Qualité des soins sont opérationnels |
| | Proportion d'hôpitaux publics ayant adhéré au réseau qui utilise au moins 50% des outils retenus de façon consensuelle | | |
| | Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 3- La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place | Nombre de BP dans le système de santé qui ont été documentés | Rapports d'exécution du PDS Rapports évaluation du Projet (MTR et fin de projet) | Le développement des activités de mémoire institutionnelle est une priorité pour tous les décideurs du Système de Santé -Le processus de Recherche fait partie intégrante du cycle de gestion quotidienne des directions et services de santé |
| | Nombre ECD engagée dans une recherche –action au cours de l'année | | |
| 4- Les initiatives du MSP visant le développement de la couverture universelle en santé sont soutenues et animés | Disponibilité de textes (réglementaires et ou législatifs) pris par les autorités nationales sur la CMU | Rapports d'exécution du PDS Rapports évaluation du Projet (MTR et fin de projet) | Les autorités nationales font de la couverture universelle en santé une priorité. |
| | Nombre de décideurs (Assemblée et Gouvernement) dont au moins 10% de femmes touchés par le plaidoyer | | |

| Activités | Indicateurs de résultats | Sources de vérification | Risques et Hypothèse |
|---|---|-------------------------|----------------------|
| 1-1 Renforcer les mécanismes de la coordination | Proportion de cadres de concertation fonctionnels aux deux niveaux (composite) | | |
| | Proportion de réunions de concertations MSP/PTF tenues selon le calendrier prévu (annuel) | | |
| 1-2 Améliorer le processus de planification et son suivi et renforcer l'intégration des programmes verticaux au niveau des structures existantes | Nombre d'ECR qui utilisent la GAR dans la planification et l'évaluation ; | | |
| | Existence d'une feuille de route pour la coordination et l'intégration des programmes verticaux de santé ; | | |
| | Liste des principaux obstacles et goulots d'étranglement en matière de dialogue communautaire sont identifiés | | |
| 1-3 Appuyer la gestion des RH | Etat de mise à jour de la navette | | |
| | Degré d'effectivité de la GEPEC centrée sur les CCD et les aides anesthésiste | | |
| | Disponibilité du plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations de l'audit des DRSP | | |
| | Disponibilité du cahier de charge individuel défini à chaque niveau du système | | |
| | Disponibilité du fichier harmonisée de la gestion du personnel entre MFP/MEF/MSP | | |
| | Disponibilité de la feuille de route pour la régionalisation des postes budgétaires | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | Proportion du personnel de terrain ayant fait l'objet d'une évaluation annuelle | | |
| 1-4 Soutenir les réformes prioritaires retenues par le MSP dans le PDS 2011-2015 | Proportion de réformes ayant connu une mise en œuvre effective avec l'appui du Projet | | |
| | Un document d'appréciation (orientation et suivi) des médecins installés en zone rurale est disponible | | |
| | - Le Plan stratégique du SNIS - Le Guide de suivi-Evaluation du SNIS | | |
| | -Nombre d'agents formés en prise de vue et Publication Assisté par Ordinateur à l'IFTIC pour l'amélioration de la qualité du journal « Echos Santé ». - Nombre d'agents sont formés à l'utilisation de l'intranet Proportions des agents formés qui maîtrisent l'intranet comme source d'information sur les données sanitaires Proportions des usagers du MSP qui sont satisfaits de l'accueil et de la communication par les secrétaires ; | | |
| | Proportion des nouveaux districts disposant d'un plan de couverture validé Nombre de manuels d'accréditation et de certification des structures des soins validés par le Niveau Central | | |
| | | | |
| 2-1 Appuyer l'organisation et la supervision du niveau central vers le niveau régional | Proportion de supervision ayant utilisé l'outil préconçu de suivi de mise en œuvre des solutions issues de l'identification des principaux problèmes | | |
| | | | |
| | Taux réalisation de la supervision intégrée des 8 Régions par le Secrétaire Général | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 2-2 Mettre en place des outils de références et contre références | Proportion d'outils de RCR disponibles conformes au document d'orientation | | |
| | Disponibilité du Document décrivant les stratégies nationales en matière de référence et contre référence | | |
| 2-3 Contribuer à la réforme hospitalière | Nombre d'hôpitaux ayant adhéré au réseau hospitalier | | |
| | Disponibilité de la carte hospitalière au niveau des structures de santé | | |
| 3-1- Identifier et documenter les meilleures pratiques en santé | Nombre de BP documentées | | |
| | Nombre de BP mises à l'échelle dans la gestion du système de santé | | |
| 3-2 Financer les projets de recherche action approuvés par le MSP | Proportion de protocoles de recherche financés avec l'appui du Projet | | |
| | Proportion des recherches actions dont les résultats sont publiés ; | | |
| 3-3 Réviser le cadre législatif et réglementaire e matière de recherche en santé | Disponibilité du plan stratégique de recherche en santé | | |
| | Proportion de protocoles de recherche conformes aux principes du nouveau cadre législatif et réglementaire | | |
| 4-1 Développer une politique de financement de la santé | Disponibilité du Document décrivant les stratégies de financement du système de santé au Niger | | |
| | Proportion de structures ayant connaissance du document de stratégies de financement du secteur de la santé | | |
| 4-2. Elaborer un plan stratégique de l'assurance | Nombre de cadres des ministères clés impliqués dans le processus d'AM formés | | |

| | | | |
|---|---|-----------------|--|
| maladie universelle au Niger | Disponibilité du plan stratégique de l'Assurance Maladie | | |
| 4-3 Organiser deux séances de plaidoyers auprès des plus hautes instances étatiques pour la couverture maladies universelle (primature et Assemblée national | Nombre de plaidoyers organisés en direction des autorités nationales | | |
| | Nombre de textes législatifs et réglementaires régissant l'assurance maladie universelle pris par les autorités nationales. | | |
| | Ressources | 2 800 000 Euros | |

5.3 Aperçu des MoRe Results

| | |
|--|---|
| Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ? | Un 4 ^{ème} résultat lié à la couverture universelle en santé a été créé. |
| Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ? | Néant |
| Planning de l'EMP | 2013 |
| Planning de l'évaluation finale | Prévu en 2015 |
| Missions de backstopping depuis le 01/01/2012 | Novembre 2012 |

5.4 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Fournir le rapport « Budget versus Actuels (y – m) » (il peut simplement être joint au présent document et ne doit pas faire partie du rapport en tant que tel.)

Voir fichier FIT

5.5 Ressources

Dans la présente annexe optionnelle, les interventions doivent mentionner tout matériel disponible sur les effets de l'intervention sur les bénéficiaires. Le recours à du matériel utilisant des méthodes centrées sur les bénéficiaires est grandement apprécié (« story telling »...). Indiquer également si du matériel audiovisuel, des études, des rapports de capitalisation ou des publications (scientifiques) mettant en évidence les effets de l'intervention sur les bénéficiaires, ont été produits et sont disponibles.

NEANT

5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

Fournir un aperçu des décisions stratégiques importantes prises par la SMCL et assurer le suivi de ces décisions.

| Décision à prendre | | | | | Action | | | Suivi | |
|---|--------------------------|---------------------|---------------------|------------------------|--|------------------------|------------------|-------------------------|--|
| Décision à prendre | Période d'identification | Timing | Source | Acteur | Action(s) | Responsable. | Date limite | État d'avancement | Statut |
| 1. Développer une programmation opérationnelle et financière sur toute la durée de la mise en œuvre du Projet et analyser l'adéquation du budget relatif à l'intégration des programmes verticaux et la possibilité éventuelle d'un renforcement de l'allocation budgétaire de l'activité A 01 04 | févr-12 | Juin 2012 | Rapport annuel 2011 | Comptable du Projet | Solliciter l'appui du siège Elaborer la programmation pluriannuelle | | | | |
| 2. Faire apparaître de manière systématique dans le bilan et dans la programmation financière la contribution nigérienne | févr-12 | A chaque rapportage | Rapport annuel 2011 | Comptable du Projet | Valoriser la contribution nigérienne | | 30-juin-12 | Démarré en janvier 2013 | en cours |
| 3. Faire ressortir de façon exhaustive dans la programmation (et les bilans de réalisation) toutes les activités et les produits planifiés, y compris ceux faisant l'objet d'accord d'exécution. | févr-12 | A chaque rapportage | Rapport annuel 2011 | ATI | Elaborer les rapports de programmation et les bilans | Responsables du Projet | 30-mars-12 | réalisé | processus de recrutement du consultant en cours |
| 4. Veiller à une échange d'informations et d'expériences continue avec les autres projets d'appui institutionnel (ARIME et AI Genre notamment) | févr-12 | Continu | Rapport annuel 2011 | Responsables du Projet | Prendre contact avec les responsables autres projets | Responsables du Projet | Fin Projet | réalisé | Tableau fait mais remplis et transmis de façon irrégulière |
| 5. Tenir compte des expériences et initiatives du Sénégal et du Bénin sur les questions de financement de l'assurance maladie | févr-12 | Continu | Rapport annuel 2011 | Responsables du Projet | S'informer sur les expériences en cours dans ces deux pays | Responsables du Projet | 31 décembre 2012 | En cours | ouvert |
| 6. Elaborer une matrice de suivi évaluation (avec les valeurs de référence, les valeurs cibles finales et intermédiaires et présenter à la prochaine SMCL | févr-12 | Octobre 2012 | Rapport annuel 2011 | Responsables du Projet | Etablir la liste des indicateurs Rechercher les valeurs cibles | Responsables du Projet | Octobre 2012 | Réalisé | Réalisé |