

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME SANTÉ DU NIGER

NIGER

CODE DGD : NN 3010135
CODE NAVISION : NER 12 033 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	8
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	10
1 ANALYSE DE LA SITUATION	11
1.1 CONTEXTE GLOBAL	11
1.2 ANALYSE DES ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES DU SECTEUR SANITAIRE	19
2 ORIENTATIONS STRATEGIQUES	41
2.1 ALIGNEMENT SUR LES POLITIQUES NATIONALES	41
2.2 ÉVOLUTION D'UNE APPROCHE 'PROJET' VERS UNE APPROCHE 'PORTEFEUILLE' : DES SYNERGIES EXPLICITES ENTRE LES INTERVENTIONS DE LA COOPÉRATION BELGE EN MATIÈRE DE SANTÉ	42
2.3 RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL DES CAPACITÉS.....	44
2.4 AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS.....	44
2.5 LES BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION.....	58
2.6 LOCALISATION DE L'INTERVENTION.....	59
3 PLANIFICATION OPERATIONNELLE	60
3.1 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	60
3.2 RÉSULTATS ATTENDUS	60
3.3 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	60
3.4 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION	73
3.5 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE.....	74
3.6 ANALYSE DES RISQUES.....	74
4 RESSOURCES	79
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES	79
4.1.2 DÉTAILS SUR LA CONTRIBUTION DU NIGER.....	80
4.2 RESSOURCES HUMAINES.....	80
4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES.....	85
5 MODALITES D'EXECUTION	90
5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES	90

5.2	RESPONSABILITÉS TECHNIQUES	90
5.3	STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI	92
5.4	RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES	94
5.5	MODALITÉS DE GESTION	95
5.6	MÉCANISME D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS DU DTF	102
5.7	SUIVI ET ÉVALUATION	103
5.8	CLÔTURE DE LA PRESTATION	104
6	THEMES TRANSVERSAUX	105
6.1	ENVIRONNEMENT	105
6.2	GENRE.....	106
6.3	VIH / SIDA.....	109
6.4	ÉCONOMIE SOCIALE.....	110
7	ANNEXES.....	111
7.1	CADRE LOGIQUE.....	112
7.2	CHRONOGRAMME	119
7.3	TDR PERSONNEL LONG TERME	121
7.4	HÔPITAL DE DISTRICT : STANDARDS POUR LES SUPERFICIES	130
7.5	INDICATEURS CLÉS DU PDS	134
7.6	LISTE PRIORITAIRE DES CASES DE SANTÉ À TRANSFORMER ET ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE SANITAIRE	136
7.7	CARTOGRAPHIE DE LA ZONE D'INTERVENTION.....	137
7.8	SITUATION DES HÔPITAUX DE DISTRICT	141
7.9	ORGANIGRAMME DU MSP	146

ABRÉVIATIONS

ANO	Avis de non-objection
AP-D	Avant-projet détaillé
ARV	Antirétroviraux
AT	Assistant technique
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistant technique national
BAD	Banque africaine de développement
BM	Banque mondiale
BO	Bloc opératoire
BS	Backstopping
CCQ	Comité de Contrôle de Qualité
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CHR	Centre hospitalier de référence
CMO	Convention de mise en œuvre
CNLS	Centre national de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre national de Transfusion sanguine
CPADS	Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires
CPN	Consultation prénatale
CRENAS	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Aigue et Sévère
CRENI	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CTB	Coopération Technique Belge
CTB HQ	Coopération Technique Belge à Bruxelles
CTB RR	Coopération Technique Belge Représentant résident
CS	Case de santé
CSI	Centre de Santé Intégré
DAO	Demande d'Appel d'Offres
DEB	Division des Équipements Biomédicaux
DEE	Division des Équipements d'Exploitation
DEP	Direction Des Études et de la Planification
DGCMP	Direction Générale de Contrôle des Marchés Publics

DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DGR	Direction Générale des Ressources Humaines
DGRH	Direction Générale des Ressources
DGSP	Direction Générale Santé Publique
DIES	Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires
DIS	Division Infrastructure Sanitaire
DP	Direction de projet
DPF	Direction de la Promotion de la Femme
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District sanitaire
DSME	Direction de Santé Mère et Enfant
DTF	Dossier technique et financier
ECD	Équipe-Cadre de District
EDS/MICS-III	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
EQU	Équipement biomédical
EST	Expertise sectorielle et thématique
ETP	Équivalent temps plein
FAD	Fonds Africain de Développement
FAP	Femmes en âge de procréation
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FC	Fonds commun
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
HD	Hôpital de District
HDI	Human development Index/Index du Développement Humain
IHP+	International Health Partnership /Partenariat International pour la Santé
Ing	Ingénieur
INS	Institut national de la statistique
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCD	Médecin Chef District
M&E	Monitoring et Évaluation
MEG	Médicaments essentiels génériques
MILDA	Moustiquaire imprégné de longue durée d'action

MOB	Mobilier sanitaire
MP	Marché public
MPPFPE	Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid-term Review/Évaluation à mi-parcours
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPF	Observatoire national pour la Promotion de la Femme
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPM	Ouvrier polyvalent de maintenance
PAA	Plan d'action annuel
PADS	Projet d'appui aux districts sanitaires
PAI	Projet CTB d'appui institutionnel au Ministère de la Santé
PARSS	Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PD	Plan directeur
PDS	Programme de Développement Sanitaire
PDSD	Programme de développement sanitaire de district
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PFAD II	Projet Santé Fonds Africain de Développement II
PFAS	Projet d'appui à la formation continue des agents de santé
PIB	Produit intérieur brut
PIC	Programme indicatif de coopération
PMA	Paquet minimal d'activités
PNG	Politique nationale de genre
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida/VIH
POA	Plan opérationnel des activités
PRP	Plan de résolution des problèmes
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Protection de la transmission du virus du Sida de la mère à l'enfant
PV	Procès-verbal

Q	<i>Quarter</i> (Trimestre)
R	Résultat
RA	Recherche-Action
RAF MP I	Responsable administratif et financier avec expertise en marchés publics international
RESNER	Représentation CTB au Niger
RH	Ressources humaines
RMP	Revue à mi-parcours
RR	Représentant résident
SDRP	Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté
SEMEX	Service d'entretien du matériel d'exploitation
SERAM	Service d'entretien et de réparation des appareils médicaux
SERPA	Service d'entretien et de réparation du parc automobile
SMCL	Structure mixte de concertation locale
S-MED	Stock initial des médicaments et des consommables
SNIS	Système national d'Information sanitaire
SR	Santé reproductive
SONE	Soins obstétricaux néonataux essentiels
SONUB	Soins obstétricaux néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets
SP	Santé publique
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes
TdR	Termes de référence
TETU	Triage, Évaluation et Traitement d'Urgence
TP	Travaux publics
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
ULSS	Unités de Lutte du Secteur Santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/Sida	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

RÉSUMÉ

Le Programme indicatif de coopération (PIC) belgo-nigérien (2009-2012) a été défini durant la 12^e Commission mixte qui s'est tenue à Niamey les 29 et 30 octobre 2008. Il s'inscrit dans les orientations stratégiques de la Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté, SDRP 2008-2012, et le Plan de Développement Sanitaire, PDS 2011-2015, tout en respectant les directives internationales en matière d'harmonisation et d'alignement de l'aide.

Dans ce contexte, la Coopération belgo-nigérienne se concentre sur deux secteurs prioritaires, la santé et le développement rural/la sécurité alimentaire.

Le secteur de la Santé au Niger bénéficie de l'appui de la Coopération belgo-nigérienne depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré. Le secteur, dont la Belgique a été chef de file d'octobre 2003 à juin 2012, est bien structuré en matière de stratégie, de dialogue et de suivi par le ministère et les partenaires, ce qui a permis d'améliorer significativement les indicateurs de santé. Dans le domaine de la Santé, la Coopération belgo-nigérienne intervient actuellement à travers deux projets :

- Appui à la formation continue des agents de santé œuvrant dans les régions et districts sanitaires (PFAS a démarré en mai 2010 avec une contribution belge de 3,570 millions d'euros). Ce projet appuie le MSP à travers la formation continue du personnel afin de renforcer les capacités techniques des agents de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre de soins au niveau des districts et régions sanitaires du pays. Les priorités du Projet sont (i) la formation technique des équipes chirurgicales des blocs opératoires des hôpitaux des districts ainsi que (ii) la formation en management des équipes-cadres des districts sanitaires. Par ailleurs, le projet vise également à renforcer le Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires (CPADS Ouallam).
- Appui institutionnel au Ministère de la Santé (PAI a démarré en novembre 2011 avec un budget de 2,8 millions d'euros). L'appui actuel se concentre dans les domaines du renforcement des compétences, de la supervision et de l'encadrement des équipes régionales et des équipes de districts. Il appuie le développement des mécanismes de financement du secteur de la Santé et la promotion de la recherche en Santé. Il s'inscrira en synergie et complémentarité avec les appuis analogues fournis aux mêmes niveaux par d'autres bailleurs de fonds.

Le présent Dossier technique et financier (DTF) est structuré en sept parties : une analyse de la situation, les orientations stratégiques, la planification opérationnelle, les ressources, les modalités d'exécution, les thèmes transversaux et les annexes (cadre logique, budget, chronogramme et Termes de référence).

L'analyse de situation donne des informations générales sur le Niger et son système de santé en général (organisation, performances, état de santé de la population) et aborde ensuite des problèmes spécifiques ayant trait à la présente intervention, principalement la couverture sanitaire, la maintenance, la supervision, la gestion des ressources humaines et de médicaments.

Les orientations stratégiques essentielles du présent dossier sont l'alignement sur la politique nationale et le PDS à horizon 2015, l'approche portefeuille et sa concrétisation, le renforcement des capacités et l'amélioration de l'accès aux services et l'approche de Recherche-Action pour le renforcement du système de la maintenance. Les bénéficiaires et la localisation de l'intervention dans ses 4 régions (Zinder, Maradi, Dosso et Tillabery) et les 9 districts choisis est documenté sous le chapitre orientations stratégiques.

La planification opérationnelle se construit autour des objectifs suivants :

L'objectif global du projet, qui est en réalité l'objectif spécifique du PDS 2011-2015 : « Une offre de soins et de services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables. »

L'objectif spécifique du projet est : « La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet. »

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet, par **6 résultats** (R) :

Résultat 1 : Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés.

Résultat 2 : Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés.

Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé..

Résultat 4 : Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés

Résultat 5 : Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées..

Résultat 6 : La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés..

Les ressources consistent en des ressources financières, humaines et matérielles. Le montant total de la contribution belge de l'intervention est de 13,2 millions d'euros, dont 79 % affectés aux activités, 20% aux moyens généraux et 1% en réserve financière. La contribution du côté nigérien consiste en la fourniture des locaux pour l'équipe d'exécution au sein du MSP et des régions, les frais de consommation d'eau et d'électricité, l'exonération de la TVA, le salaire des ressources humaines (le Responsable national d'intervention, les salaires des ingénieurs au niveau régional responsable de l'équipement biomédical, la maintenance et le parc automobile, les cadres de santé affectés aux HD, CS et CSI type I transformés). En ressources humaines il est noté que la direction de projet sera composée d'un responsable national, expert en santé publique, et d'un coresponsable international, ATI ingénieur. Une équipe administrative et financière et une équipe technique complèteront l'équipe de projet.

Les modalités d'exécution sont présentées au chapitre 5. Elles définissent le cadre légal de l'intervention, les responsabilités des différentes parties prenantes, la composition, rôle et responsabilités de la direction du projet (DP) et de la Structure Mixte de concertation locale (SMCL). Sont détaillés ensuite les modalités de gestion financière, de suivi-évaluation de l'intervention, de rapportage.

L'intégration des thèmes transversaux, comme l'environnement, le genre, le VIH/Sida et l'économie sociale, est prise en considération.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

N° d'intervention DGD	3010135
Code Navision CTB	NER 12 033 01
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Durée de l'intervention	60 mois pour l'exécution (72 mois à partir de la signature de la Convention spécifique)
Date de l'intervention	2013
Contribution du pays partenaire	2.542.822 euros.
Contribution belge	13.200.000 euros
Secteur (codes CAD)	12220
Brève description de l'intervention ¹	Renforcement du système de santé à travers des investissements en infrastructure et équipement.
Objectif global	Une offre de soins et de services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables
Objectif spécifique	La couverture sanitaire ¹ est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet
Résultats	<p>Résultat 1 : Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés.</p> <p>Résultat 2 : Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés.</p> <p>Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.</p> <p>Résultat 4 : Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés.</p> <p>Résultat 5 : Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.</p> <p>Résultat 6 : La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés.</p>

¹ Couverture sanitaire = le nombre de personnes habitant dans un rayon de 5 km autour d'un CSI. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire. Définition p xii PDS 2011-2015

1 ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte global

Le Niger est un pays sahélien enclavé comptant une population de 15,73 millions². Le pays connaît une croissance démographique galopante avec un taux de 3,3%³ par an et détient le taux de fécondité le plus élevé au monde avec 7,1 enfants en moyenne par femme (EDS 2006, OMS 2012), ce qui entraînerait à un doublement de la population tous les 23 ans. La densité en termes de population est de 10 habitants au km². Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est de 284 USD.

Les priorités nationales ciblées sont notamment le développement du capital humain, l'accès équitable aux services sociaux de base et la maîtrise de la croissance démographique. Ces priorités correspondent aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2, 3, 4, 5 et 6.

Sur plan de la mise en œuvre des politiques sectorielles, la priorité est accordée aux secteurs de la santé, de l'éducation, du développement rural et des infrastructures. Les interventions des différents partenaires au développement et l'exécution des différents volets du Programme Spécial du Président de la République (PS/PR) ont permis de doter significativement les zones rurales en infrastructures socioéconomiques de base. De même, l'application de stratégies sectorielles déclinées en programmes, plans d'action et budgets programmes, ainsi que la mise en place de dispositifs de pilotage, ont favorisé l'amélioration de la gestion des secteurs prioritaires.

Il est communément admis que le niveau élevé de morbidité constitue un obstacle à la productivité et à la croissance économique. L'état sanitaire est également un indicateur de qualité de vie et du développement humain (HDI 0,286). Aussi, l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie des populations, particulièrement en milieu rural, est un objectif fondamental de la politique du gouvernement.

L'accès équitable des populations aux services sociaux de base demeure un défi majeur pour le Niger. Outre l'insuffisance des infrastructures sociales, il subsiste des disparités géographiques et de genre dans l'accès aux services sociaux de base existants. À titre d'exemple, le taux net de scolarisation⁴ se situe à 58,6% pour l'ensemble du pays et il est réparti de manière inéquitable selon les milieux de résidence et le genre : 40% pour les filles et 56% pour les garçons. Le taux d'alphabétisation est très faible (29% en 2008⁵ : 42,9% pour les hommes et 15,1% pour les femmes) en raison notamment de l'insuffisance de l'offre de formation.

Le facteur démographique figure en tête des défis à relever pour permettre au Niger de pérenniser ses acquis de développement. En effet, le taux de fécondité de 7,1 enfants en moyenne par femme est aggravé par le faible accès des femmes, des jeunes et des adolescents aux services de santé de la reproduction, aux produits contraceptifs, et par le poids des stéréotypes et les considérations socioculturelles et religieuses. La Politique nationale genre (PNG) vise à favoriser les changements de mentalités des hommes et des femmes, les attitudes et les pratiques propices à l'égalité de reconnaissance et de traitement envers les femmes, et à soutenir l'accès des femmes aux services sociaux de base.⁶

La malnutrition, qui sévit fortement dans le pays, constitue également un défi de taille. En effet, 43% des enfants de moins de 3 ans sont atteints d'insuffisance pondérale en 2006, tandis que 50% des moins de 5 ans accusent un retard de croissance en 2006. La prévalence de la malnutrition aiguë

² Institut national de la statistique 2011 ; Estimation de l'OMS statistiques sanitaires mondiales (2012) 15.512.000

³ OMS statistiques sanitaires mondiales (2012)

⁴ OMS rapport 2010, data 2008

⁵ OMS rapport 2010, data 2008

⁶ Politique nationale genre 2008

chez les enfants de 6 à 59 mois était de 12,3 % selon le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011.

D'autre part, la riposte nationale au VIH/Sida s'effectue à travers un cadre multisectoriel de réponse coordonnée par le Centre National de Lutte contre le Sida (CNLS), ancré dans tous les organes de gouvernance locale. Elle vise l'intensification et l'extension massive des programmes et des interventions favorisant la prévention du VIH/Sida et la prise en charge des personnes, des communautés et des familles infectées/affectées par le VIH/Sida.

1.1.1 Cadre institutionnel du Ministère de la Santé Publique

Le Niger a adopté un système de santé de type pyramidal avec 3 niveaux, comme montré dans la Figure 1: Pyramide sanitaire au Niger : (i) le niveau opérationnel représenté par le District sanitaire (DS) qui offre les soins de santé primaires aux populations, (ii) le niveau régional qui assure l'appui technique aux districts sanitaires et (iii) le niveau central qui assure l'appui stratégique aux régions. ⁷ :

⁷ MSP, Rapport annuel d'exécution du PDS 2011-2015, année 2011.

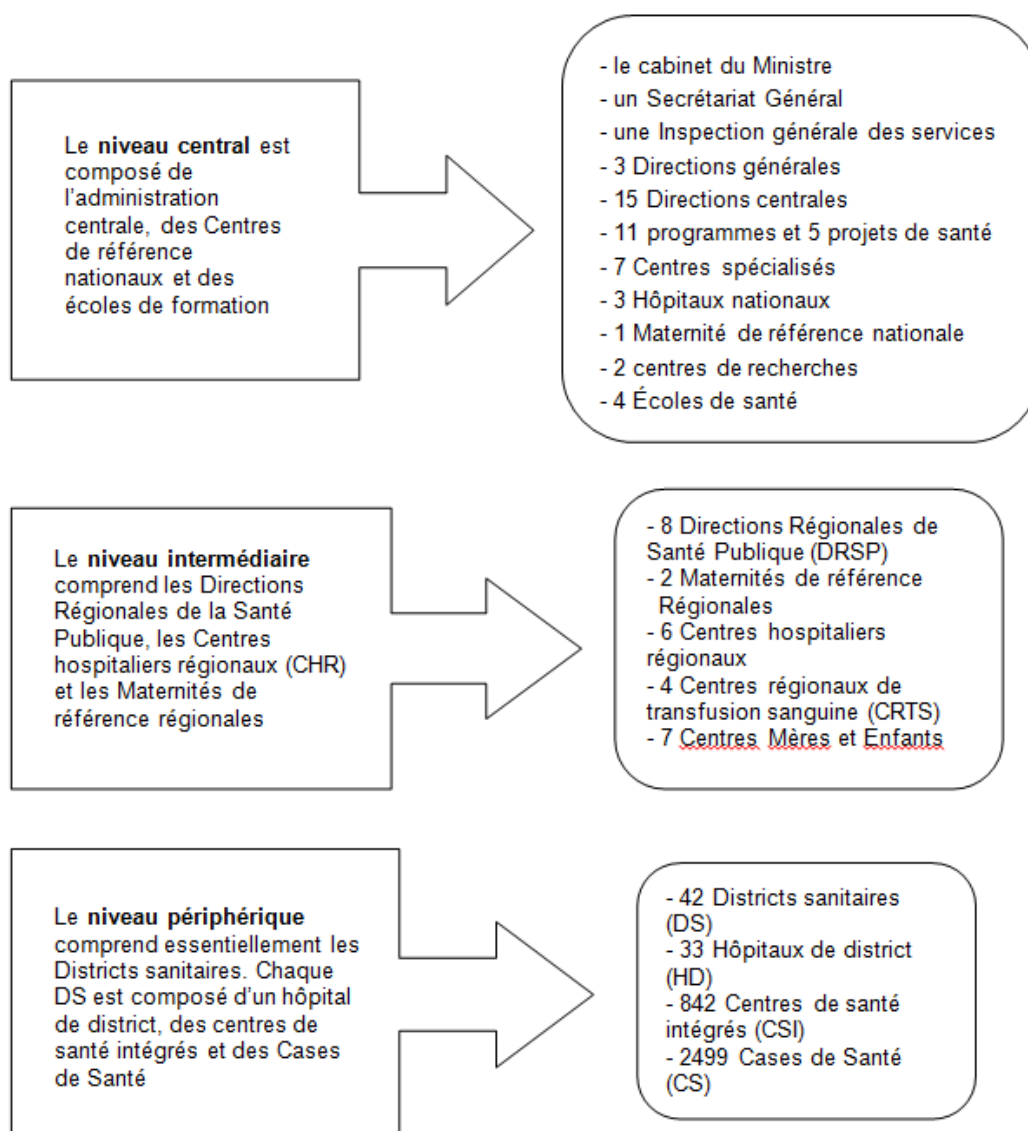


Figure 1: Pyramide sanitaire au Niger

Les structures sanitaires de premier niveau sont gérées selon les principes fondamentaux de l'initiative de Bamako, c.-à-d. selon le principe de « recouvrement de coûts » introduit en 1998 au Niger. Ce principe assure la viabilité des services de santé par la promotion de la santé et le développement de la participation financière des populations. Cette politique de financement promeut le partage des dépenses de santé entre l'État (45,5%) et les ménages (54,5%)⁸.

- La participation de l'État consiste à financer la construction des formations sanitaires, à assurer leur équipement et leur fonctionnement régulier, à former et mettre à disposition le personnel. Certains salaires sont payés par le gouvernement local.
- La contribution des communautés à la base, appelée « la participation communautaire », couvre certaines charges récurrentes dont une partie des frais de fonctionnement local (l'achat des médicaments et outils de gestion, l'achat de gaz, le paiement des salaires des gestionnaires communautaires). D'autres dépenses de fonctionnement sont assurées en cas

⁸ Loi n°95-015 du 3 juillet 1995 sur la politique sectorielle

de défaillance des financements de l'État (l'électricité, les prestations, l'entretien des locaux, la maintenance, etc.).

Les prestations par les cadres de santé dans les HD, les CSI et les CS sont payées directement sur la base d'un forfait fixe par prestation. Le paiement des soins curatifs se fait à l'épisode de maladie et le forfait couvre la prescription des médicaments. Les différentes tarifications sont fixées de commun accord avec la population lors des Assemblées sous régionales suivant la fourchette arrêtée par le Ministère de la Santé Publique (MSP). Le Niger est le seul pays avec des forfaits, mais sans primes pour le personnel.

Le tableau ci-dessous montre la tarification des prestations dans le DS de Loga.

Tableau 1 : Tarification des prestations en vigueur dans le DS, exemple de Loga (2008)

ACTES	TARIFS (FCFA)	Euro
Grande chirurgie	10.000	15,3
Petite chirurgie	2.500	3,8
Hospitalisation médecine	5.000	7,6
Hospitalisation maternité	3.000	4,6
Examen laboratoire externe	700	1,1
Consultation curative adulte par épisode de maladie	750	1,1
Consultation curative enfant de 0 - 5 ans	350	0,5
Planification familiale	325	0,5
Mise en observation	2.100	3,2
Consultation prénatale	800	1,2
Accouchement	1.000	1,5

Les tarifs, fixés sur les capacités contributives de la population, les subventions par l'État et l'appui des partenaires, ne couvrent pas les coûts réels.

Afin d'augmenter l'accessibilité aux soins, surtout aux groupes vulnérables, le Niger a rendu gratuites, depuis 2005, certaines prestations pour les femmes, comme la césarienne. Cette « **gratuité de soins** » est étendue depuis 2007 aux enfants de moins de 5 ans pour la consultation curative, l'hospitalisation et l'examen laboratoire, et aux femmes pour la Consultation prénatale (CPN) et les services de Planification familiale (PF).

La participation de la communauté et de la société civile est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les associations et les mutuelles de santé. Les premières démarches vers « la couverture universelle » en termes d'assurance maladie et de protection sociale sont mises en route.

Le secteur privé compte plus de 200 établissements de soins (salles de soins, cabinets médicaux) et cinq hôpitaux auxquels il faut ajouter 10 centrales d'achat et d'approvisionnement et 82 pharmacies privées.

1.1.2 Le Plan de Développement Sanitaire

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS), adopté le 27 janvier 2011 par le Conseil des Ministres pour la période 2011-2015, a été mis en place avec l'objectif général l'amélioration de la santé de la population en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur Santé et comme objectif spécifique d'offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables. Le

plan identifie les orientations stratégiques et les actions prioritaires du secteur Santé et est en parfaite cohérence avec la Stratégie de Développement accéléré pour la Réduction de la Pauvreté (SDRP) et les OMD. On y identifie clairement la volonté de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile à travers le soutien au fonctionnement des structures existantes, le renforcement de la gestion des Ressources humaines (RH), le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur, et la mise en place de quelques réformes jugées indispensables au fonctionnement optimal du système de santé. Certaines réformes et stratégies sont déjà en cours d'élaboration, notamment (i) le financement basé sur les résultats, (ii) l'organisation du système d'information sanitaire, en particulier la révision du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), (iii) la réforme du secteur pharmaceutique avec un accent particulier sur la réorganisation de l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), (iv) la réforme hospitalière et (v) le plan stratégique de développement des ressources humaines. Le coût total de la mise en œuvre du PDS 2011-2015 a été estimé à 1.682 millions d'euros, soit 1.101.659 millions FCFA.

Les **huit axes stratégiques** consistent en :

- Axe 1 : L'extension de la couverture sanitaire⁹
- Axe 2 : Le développement des services de la santé de la reproduction
- Axe 3 : La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins
- Axe 4 : L'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et ses dérivés
- Axe 5 : L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de la surveillance intégrée
- Axe 6 : Le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé
- Axe 7 : Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé
- Axe 8 : La promotion de la recherche en santé

Les efforts soutenus par l'État, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers (PTF) dans la mise en œuvre des différents programmes de la politique sanitaire ont permis d'améliorer graduellement les indicateurs sanitaires. Lors de la revue annuelle 2011, une analyse du système de santé a été faite, avec les résultats suivants :

Les **points forts** du système de santé sont (i) l'engagement très significatif des PTF et des collectivités dans la mise en œuvre des Plans d'action annuels (PAA) 2011 (23% du budget des PAA), (ii) la gestion efficace des épidémies au niveau des zones touchées, (iii) l'augmentation du nombre de médecins et paramédicaux mis en formation dans différentes spécialités, (iv) la réalisation des activités de Recherche-Action (RA) dans toutes les régions, (v) la qualité de la prise en charge des malnutris au niveau des Centres de Réhabilitation Nutritionnelle Intensifs (CRENI) et CRENAS, (vi) l'amélioration de la qualité des présentations à tous les niveaux, (vii) l'amélioration de la plupart (61%) des indicateurs par rapport à l'année 2010 dans toutes les régions, (viii) l'arrêt de la transmission locale de la dracunculose au Niger.

Les **points faibles** sont essentiellement (i) l'insuffisance qualitative et quantitative en RH et la forte

⁹ Couverture sanitaire = le nombre de personnes habitant dans un rayon de 5 km autour d'un **CSI**. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire. Définition p xii PDS 2011-2015

inégalité dans la répartition de l'effectif existant surtout pour les sages-femmes, (iii) la persistance de ruptures de stock de produits pharmaceutiques et de consommables médicaux, (iv) les insuffisances du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), (v) la lenteur dans le remboursement des frais de la gratuité, (vi) l'insuffisance du financement du secteur, (vii) la vétusté de plusieurs infrastructures et équipements sanitaires, (iv) les difficultés liées à la maintenance des équipements biomédicaux, (viii) l'insuffisance d'enseignants permanents dans les écoles publiques de santé, (ix) l'insuffisance/absence de certains spécialistes (Chirurgie maxillo-faciale, Médecine interne, Traumatologie, Néphrologie, Psychiatrie, Endocrinologie, Épidémiologie), (x) des investissements insuffisants, (xi) le faible taux de réalisation de la césarienne et (xii) une manque de prévisibilité des financements des PTF.

Les **opportunités** résident dans (i) le processus de décentralisation administrative en cours, (ii) la disponibilité de la société civile à participer aux activités de santé, (iii) l'émergence des mutuelles de santé, (iv) l'offre de formation de l'université et des écoles professionnelles, qui répondent aux besoins les plus urgents en RH dans les 5 ans à venir, (v) la disponibilité des PTF avec une volonté de financer le secteur de la santé, (vi) l'adhésion du Niger à l'IHP+ suivie par la signature du Compact pays et (vii) l'adhésion d'autres partenaires (Agence espagnole de Coopération internationale pour le Développement, UNICEF, GAVI) au Fonds commun (FC).

Les **menaces** résident dans (i) le risque de survenue de mauvaises pluviométries (changement au niveau des cycles de pluie renforçant la désertification et influençant les populations indigènes), (ii) l'existence de la crise alimentaire, (iii) les difficultés économiques (40% de jeunes demandeurs d'emplois parce que leur profil ne correspond pas aux qualifications requises par le marché du travail) et (iv) les difficultés à garder les cadres formés sur place.

Les recommandations faites au niveau des Équipes-cadres de District (ECD) étaient les suivantes :

- Améliorer la qualité et l'analyse des données ;
- privilégier la supervision intégrée et l'encadrement de proximité des CSI et des HD ;
- mener des réflexions sur le faible taux de césariennes au niveau des HD ;
- prendre contact avec les maires pour le recrutement des manœuvres au niveau des CSI et des HD ;
- utiliser les données de l'INS pour le calcul des indicateurs du PDS ;
- former les agents de santé en micro planification.

La mise en œuvre du PDS 2011-2015 s'inscrit dans les objectifs des OMD : une analyse de l'évolution des indicateurs des OMD liés à la santé sur la période 1990-2008¹⁰ et les résultats de l'enquête de Survie des Enfants 0-5 ans et Mortalité réalisée en 2010 par l'INS montrent que, dans l'ensemble, si des progrès significatifs ont bien été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015.

¹⁰ *Rapport des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé, MSP (2009), inclus dans le PDS 2011-2015.*

Tableau 2 : Evolution dans l'atteinte des OMD

OMD	Indicateurs	1998	2006	2010	Cibles PDS 2011-2015	Cible OMD
Réduire la mortalité des enfants < 5 ans	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	274	198	130,5	114	108,7
Réduire la mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle	700	648	554	405	175
Inverser la tendance actuelle d'évolution des IST/VIH/Sida, du paludisme et de la tuberculose	Taux de prévalence VIH/Sida (%)	0,87	<0,7	<0,7	<0,7	<0,7
	Taux d'incidence du paludisme (‰)	51,5	47,9	154,8	100	-
	Taux de dépistage de la tuberculose (%)			60	70	-

1.1.3 Stratégie de la Coopération belge en général et dans le secteur de la santé en particulier

Le Niger est l'un des pays prioritaires de la Coopération belge au développement. Le Programme indicatif de coopération (PIC) belgo-nigérien (2009-2012) a été défini lors de la 12^e Commission mixte qui s'est tenue à Niamey en octobre 2008. Le programme s'inscrit dans les orientations stratégiques de la SDRP 2008-2012 et respecte les directives internationales en matière d'harmonisation et d'alignement de l'aide.

Les objectifs primaires du programme sont :

- La recherche d'une croissance forte, diversifiée, durable et créatrice d'emploi (axe 1 de la SDRP).
- L'amélioration de l'accès aux services sociaux de qualité (axe 2 de la SDRP) et la réduction des inégalités et le renforcement de la protection des groupes les plus vulnérables (axe 4 de la SDRP).

Dans ce contexte, la Coopération belgo-nigérienne se concentre sur deux secteurs prioritaires, la santé et le développement rural/la sécurité alimentaire.

Le secteur de la Santé au Niger bénéficie de l'appui de la Coopération belgo-nigérienne depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré. Le secteur est bien structuré en matière de stratégie, de dialogue et de suivi par le ministère et les partenaires, ce qui a permis d'améliorer significativement les indicateurs de santé.

Dans le cadre de l'appui au PDS, la Belgique et le Niger ont développé des collaborations en vue de

contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus vulnérables du Niger. Les deux pays ont convenu d'améliorer l'offre et la demande de soins et de services de santé à l'échelle nationale à travers trois interventions :

- 1. Le Projet d'Appui à la formation continue des agents de santé œuvrant dans les régions et districts sanitaires** (PFAS) a démarré en mai 2010 avec une contribution belge de 3,570 millions d'euros. Le projet aide le MSP à renforcer les capacités techniques des agents de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre de soins au niveau des districts et régions sanitaires. Les priorités du projet sont (i) la formation technique des équipes chirurgicales des blocs opératoires des HD ainsi que (ii) la formation en management des ECD. Pour réaliser ce dernier objectif, le projet vise également à renforcer le Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires (CPADS) dans le District d'Ouallam.
- 2. Le Projet d'Appui institutionnel au Ministère de la Santé** (PAI) a démarré en novembre 2011 avec un budget de 2,8 millions d'euros. L'appui actuel se concentre dans les domaines du renforcement des compétences, de la supervision et de l'encadrement des équipes nationales, régionales et des équipes de districts. Il appuie le développement des mécanismes de financement du secteur de la Santé et la promotion de la recherche en Santé. Il s'inscrit en synergie et complémentarité avec les appuis analogues fournis aux mêmes niveaux par d'autres bailleurs de fonds.
- 3. Le Projet d'Appui au renforcement du système de santé du Niger** (PARSS) avec un budget de 13,2 millions d'euros. Initialement, ce montant était prévu au titre de contribution au « Fonds commun d'appui au PDS », mis en place en 2005 avec les contributions de la Banque mondiale (BM) et de la Coopération française. Suite à l'avis défavorable rendu par l'Inspection des Finances belge, une réorientation a eu lieu avec pour résultat une nouvelle fiche d'identification. PARSS sera formulé comme projet de renforcement du système de santé à travers des investissements d'infrastructure sanitaire et d'équipement visant l'augmentation de la couverture sanitaire.

1.1.4 Coordination de l'action des bailleurs de fonds

Les principaux partenaires de développement du Niger sont la France, l'Allemagne, la Belgique, les États-Unis, le Canada, le Japon, l'Italie, l'Espagne, la Chine, l'Union européenne, l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, le Fonds mondial, GAVI, la Banque africaine de développement (BAD), la BM et le Fonds Monétaire International (FMI). Diverses organisations non gouvernementales (ONG) étrangères et locales sont également actives dans le pays.

Après l'adoption du PDS 2011-2015, le Gouvernement du Niger a signé avec l'ensemble de ses PTF le document intitulé « Compact-Niger »¹¹ qui traduit la volonté de tous les signataires d'appuyer la mise en œuvre du PDS 2011-2015 dans une approche intégrée, harmonisée et alignée, conformément aux principes de la Déclaration de Paris et de l'IHP+.

Dans ce cadre, chaque PTF signe avec le pays une convention particulière (Convention bilatérale) pour l'octroi d'un crédit, d'un prêt ou d'une subvention, destinée à contribuer au financement du PDS, ou de tout ou partie des activités comprises dans ce PDS.

Les interventions des PTF s'effectuent, pour certains, à travers des projets en gestion directe ou sous tutelle de l'État du Niger avec une assistance technique et, pour d'autres, à travers le système de panier commun (Fonds commun) d'appui à la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Une Lettre d'entente a également été signée et a permis la mise en place d'un Fonds commun d'appui à la mise en œuvre du PDS, auquel participent actuellement la BM, la Coopération française (à travers l'Agence Française de Développement), la Coopération espagnole, l'UNICEF et GAVI Alliance.

Le rôle de chef de file des PTF est assuré actuellement au niveau national par la Coopération

¹¹ COMPACT Niger, avril 2011.

espagnole depuis juin 2012, succédant à la Belgique qui a assuré cette fonction de 2003 à 2012. La coordination des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé est généralement citée comme un exemple de réussite au Niger.

La contribution des trois interventions belges est complémentaire à celle apportée par plusieurs autres partenaires :

- Dans le domaine de la formation: les Coopérations italiennes et françaises, la BM (IDA), les Organisations des NU, le Fonds mondial et la Banque africaine de développement (BAD) ;
- dans le domaine de l'appui institutionnel : l'Agence Française de Développement (au niveau des Directions des Ressources Financières et Matérielles, des Études et de la Planification, et des Ressources humaines) ;
- dans le domaine des investissements en infrastructure sanitaire et équipement : le Fonds mondial, la BM et la Coopération française à travers le FC, GAVI, la Coopération italienne et la Coopération chinoise.

1.2 Analyse des éléments spécifiques du secteur sanitaire

1.2.1 La couverture sanitaire

Comme déjà indiqué la définition de la couverture sanitaire, comme utilisé dans le PDS 2011-2015 est : Couverture sanitaire = le nombre de personnes habitant dans un rayon de 5 km autour d'un **CSI**. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire. Cette définition se trouve à la page xii du PDS, dans le glossaire. Il est important de se rendre compte qu'avec cette définition, les cases de santé ne sont pas concernées.

1.2.1.1 Les politiques nationales

L'unité opérationnelle du système de santé est le District sanitaire (DS), à partir duquel les soins de santé primaires sont prodigués à la population à travers les CSI, CS et HD.

Depuis 1995, le MSP a établi les normes et standards afin de définir le nombre d'infrastructures sanitaires nécessaires par rapport à la densité de la population, y compris les responsabilités et les services à offrir.

Les **CSI** sont les structures sanitaires de premier niveau. Il existe deux types de CSI selon la taille de la population couverte : le CSI type I desservant une population inférieure ou égale à 5.000 habitants et le CSI type II desservant une population de 5.000 à 15.000 habitants. En moyenne, un CSI couvre 10.000 habitants.

Le CSI doit assurer des soins de qualité, c'est-à-dire globaux, continus et intégrés. Cela exige une bonne organisation et suivi du CSI. L'organisation du CSI repose sur les normes de personnel, d'infrastructure et d'équipement ainsi que sur l'utilisation d'outils et méthodes de rationalisation : les listes des médicaments essentiels génériques (MEG), les stratégies plainte-traitement, les normes et procédures de soins reproductifs et de Planification familiale (PF), l'utilisation du partogramme, etc.

Dans ses attributions, le CSI assure :

- Le Paquet minimum d'activités (PMA): soins curatifs, soins préventifs (consultations pré- et post-natales, consultations des nourrissons, vaccinations, PF, accouchements normaux, récupération nutritionnelle) ;
- la formation, le recyclage et la supervision des agents de santé communautaires travaillant dans les CS ;

- la sensibilisation des autorités locales et des populations en matière de santé ;
- l'organisation de la participation communautaire ;
- l'éducation et la promotion de l'hygiène du milieu ;
- la collecte, le traitement, la transmission et la gestion des données sanitaires.

La plupart des CSI ont des CS de rattachement. La CS assure un paquet d'activités comprenant des soins curatifs élémentaires, des soins préventifs ainsi que l'éducation pour la santé, l'hygiène et l'assainissement du milieu. Elles servent également de lieux pour les activités foraines des CSI. La CS est placée sous le contrôle et la supervision du CSI. Un agent de santé communautaire assume normalement ces tâches, mais, de plus en plus souvent, cette fonction est occupée par des infirmiers qualifiés.

Tableau 3 : paquet d'activités et fonctions Case de Santé

<p>Case de Santé (CS)</p> <p>Activités curatives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des affections courantes, y compris les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme • Référence des cas compliqués et des accouchements à risque et compliqués • Disponibilité des médicaments essentiels génériques <p>Activités préventives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistance à l'accouchement normal • PF <p>Activités promotionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène du milieu et assainissement • Promotion du comportement nutritionnel positif pour la mère et l'enfant • Éducation sanitaire • Appui au développement communautaire <p>Activités de gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des dépôts de médicaments • Monitoring et tenue des supports du système d'information (tableau de bord) • Surveillance épidémiologique • Comptabilité du centre avec le comité de gestion • Réunions du comité de gestion et du comité de santé avec PV • Production et transfert des rapports d'activités vers les CSI

Tableau 4 : paquet d'activités et fonctions d'un CSI

<p>Le CSI offre un PMA qui consiste en</p> <p>Activités curatives</p> <ul style="list-style-type: none">• Prise en charge des affections courantes : les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme, les infections sexuellement transmissibles (IST)• Référence des cas• Disponibilité des médicaments essentiels génériques• Suivi et dépistage de certaines maladies chroniques : lèpre, tuberculose <p>Activités préventives</p> <ul style="list-style-type: none">• Vaccination des enfants et des femmes enceintes, suivi nutritionnel des enfants, suivi prénatal et postnatal, PF et assistance à l'accouchement <p>Activités de laboratoire simple</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen d'urine, test de palu (para tchek), prélèvement et fixation crachat sur lame, test d'hémoglobine <p>Activités promotionnelles</p> <ul style="list-style-type: none">• Hygiène du milieu et assainissement, promotion du comportement nutritionnel positif, éducation sanitaire, appui au développement communautaire <p>Activités en stratégies foraines dans les villages de l'aire de santé, y compris les CS</p> <ul style="list-style-type: none">• Vaccination, suivi nutritionnel, CPN, PF, promotion des relations avec le relais local ou les agents de santé communautaires (au moins 4 sorties par mois) <p>Activités de gestion</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestion des dépôts de médicaments essentiels, monitoring des activités, surveillance épidémiologique, comptabilité avec le comité de gestion, P.-V. de réunion des organes de gestion de santé communautaire, production et transfert des rapports d'activités vers les DS, supervision des CS
<p>CSI type II</p> <p>En plus de ce PMA, un CSI de type II doit offrir des services de prise en charge des jeunes et des adolescents en santé sexuelle et reproductive (SSRAJ), avec des activités de loisirs</p>

L'hôpital de district (HD) constitue le premier niveau de référence pour les CSI. L'HD se compose de:

- Plusieurs unités fonctionnelles : la maternité, la chirurgie, la médecine, la pédiatrie, le bloc opératoire, la consultation de référence et le service des urgences ;
- des services d'appui : la pharmacie, le laboratoire, l'imagerie médicale et la maintenance ;
- un service d'hygiène et d'assainissement ;
- un service social ;
- des services annexes : cuisine, buanderie, morgue, magasin, parking.

Dans ses attributions, l'HD :

- assure le Paquet complémentaire d'activités (PCA) : les soins curatifs, préventifs, réadaptatifs

et éducatifs de référence. Autrement dit, il assure : la consultation de référence, les hospitalisations, la récupération nutritionnelle intensive, les soins intensifs, les soins d'urgence, les interventions chirurgicales-obstétricales, les examens complémentaires (laboratoire et imagerie) et les soins promotionnels : éducation pour la santé, hygiène et assainissement ;

- participe à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données ;
- assure les activités de PF, notamment de référence ;
- participe à la formation continue du personnel et aux activités de recherche ;
- assure l'hygiène et l'assainissement du milieu hospitalier.

Le District sanitaire est placé sous la tutelle de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP). Le DS est dirigé par une **Équipe-cadre de District** (ECD) avec, comme responsable, le Médecin Chef de District (MCD). Toutes les structures sanitaires (HD, CSI et CS) sont placées sous la direction managériale de l'ECD qui est composée de cinq membres :

- 2 médecins formés en chirurgie de district ;
- 1 gestionnaire des services de santé ;
- 1 épidémiologiste ;
- 1 communicateur sanitaire.

Les principales attributions de l'ECD sont :

- les activités cliniques de l'HD ;
- la supervision des CSI (visites trimestrielles) et des unités de l'HD ;
- la formation continue du personnel, le suivi de la carrière et l'évaluation des performances du personnel ;
- la planification, l'exécution et le suivi-évaluation du Plan de Développement Sanitaire de District (PDSD) et des Plans annuels d'action (PAA) ;
- la recherche opérationnelle ;
- la gestion des ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- la collecte et le traitement des données, et l'élaboration des rapports périodiques des activités ;
- les activités de promotion de la santé ;
- la mobilisation sociale et l'organisation de la participation communautaire.

1.2.1.2 La situation actuelle au niveau national.

Actuellement, il y a 42 DS avec 33 HD, 842 CSI et 2.499 CS. Ceci donne une couverture sanitaire nationale de 47,5 % avec de grandes disparités interrégionales. Seules les régions de Niamey et Agadez ont atteint l'objectif national de 53%, avec respectivement 98% et 62,8%. Le taux le plus faible est observé à Zinder avec 37,5 %.

Tableau 5 : Couverture sanitaire régionale et taux d'utilisation— 2011

Régions	Taux de couverture sanitaire (%)	Taux d'utilisation des soins curatifs (%)
Dosso	46,8	54,3
Maradi	40,3	48,5
Tillabéry	44,4	65,9
Zinder	37,5	50,9
Agadez	62,8	79,6
Diffa	41,3	38,2
Tahoua	44,5	45,4
Niamey	98,6	57,6
National	47,5	57,7

Actuellement, un redécoupage administratif s'est mis en route pour les grands districts fortement peuplés. Ce redécoupage changera les cartes sanitaires et créera des DS sans HD, vu que la plupart des districts existants n'a qu'un seul HD et que les blocs opératoires ne sont pas tous fonctionnels. Le MSP estime qu'il manque 16 HD pour le pays.

Pour faire face aux faibles taux de couverture, le PDS 2011-2015 décrit, dans son premier axe stratégique, « **l'extension de la couverture sanitaire** » comme possibilité d'augmenter l'accès aux soins. La stratégie consiste en des investissements en infrastructures sanitaires en termes de nouvelles constructions et de réhabilitation afin de mettre au niveau l'existant et de le faire fonctionner mieux, c'est-à-dire :

- Construction de nouveaux HD ;
- réhabilitation et mise à niveau des blocs opératoires ;
- transformation des CS en CSI type I ;
- transformation des CSI type I en CSI type II ;
- réhabilitation des CSI ;
- approvisionnement en électricité et eau.

De plus, dans l'optique d'améliorer la fonctionnalité des structures sanitaires et ainsi d'accroître l'accessibilité des populations aux services et soins de santé, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre, comme :

- L'organisation des consultations foraines et mobiles ;
- la conduite des visites de supervision intégrée (voir 1.2.4.) ;
- la gratuité des soins ;
- la formation du personnel en service.

1.2.1.3 L'infrastructure sanitaire

La typologie des infrastructures

La typologie des hôpitaux de district

Comme établi dans la partie 'couverture sanitaire', l'Hôpital de District (HD) est le complément et le soutien des soins de santé menés au niveau des CSI qui lui sont rattachés. Il doit fournir un ensemble d'activités appelé le Paquet complémentaire d'activités (PCA), comprenant également des responsabilités de recherche, de formation et de sensibilisation.

Afin de pouvoir organiser spatialement les différentes attributions du HD, le MSP a élaboré les « Normes de planification sanitaire ». Elles incluent un programme architectural définissant les principaux services, ainsi qu'une liste du personnel à y affecter. La Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires (DIES) a établi un tableau des surfaces dont le tableau ci-joint donne un aperçu.

Tableau 6 : Surfaces minimales HD de 60 lits,

SERVICES	Surface M2
SERVICE URGENCE/ CONSULTATION DE REFERENCE	179
SERVICE DE CHIRURGIE	
<i>LOCAUX TECHNIQUES</i>	231
<i>LOCAUX D'HEBERGEMENT (12 lits)</i>	157
SERVICE GYNECO OBS TETRQUE	
<i>LOCAUX TECHNIQUES</i>	104
<i>LOCAUX D'HEBERGEMENT (12 lits)</i>	157
SERVICE DE MEDECINE GENERALE	
Medecine hommes (12 lits)	
<i>LOCAUX TECHNIQUES</i>	40
<i>LOCAUX D'HEBERGEMENT</i>	157
Medecine Femmes (12 lits)	
<i>LOCAUX TECHNIQUES</i>	40
<i>LOCAUX D'HEBERGEMENT</i>	157
SERVICE DE PEDIATRIE (12 lits)	
<i>LOCAUX TECHNIQUES</i>	40
<i>LOCAUX D'HEBERGEMENT</i>	157
SERVICE DE LABORATOIRE ET D'ANALYSE	104
SERVICE DE RADIOLOGIE	94
LOCAUX ANNEXES	
(morgue, cuisine, magasin, pharmacie, atelier de	507
BUREAU ECD	148
Surface TOTAL	2272

Selon ce tableau, la superficie estimative d'un HD de 60 lits est de 2.272 m². Le volume des lits est adapté selon la population et la fréquentation à ratio de 1 lit par 4.000 habitants¹².

La typologie des centres de santé

Comme décrit sous 1.2.1.1, Il existe 2 types de centres de santé au Niger – notamment le CSI type 1 et le CSI type 2. Le CSI type I est conçu à donner les soins primaires pour une population jusqu'à 5000 personnes dans un rayon de 5 km. Ce type prévaut en milieu rural. En milieu urbain ou semi-urbain, le CSI type 2 est prévu. Les CSI de type I offrent un Paquet minimal d'activités (PMA) et de gestion¹³. Les CSI type II ont pour attribution supplémentaire des services en santé sexuelle et reproductive. Comme pour les HD, le MSP a élaboré les « Normes de planification sanitaire ». Elles incluent un programme architectural définissant les principaux services, leurs surfaces minimales, ainsi qu'une liste du personnel à y affecter.

En complément à la typologie d'un CSI de type I, les CSI de type II comprennent donc également un bloc maternité ainsi que des espaces complémentaires aux soins curatifs et préventifs initiaux, tels qu'un laboratoire d'analyse rudimentaire.

Tableau 7 : Surface minimale CSI type 1

SERVICES CSI TYPE 1	Surface M2
Service soins curatifs	176
Service soins préventifs	70
Annexes	92
Surface totale	338

Tableau 8 : Surface minimale CSI type 2

SERVICES CSI TYPE 2	Surface M2
Service soins curatifs	102
Service soins préventifs	137
Bloc Maternité	167
Annexes	188
Surface Totale	594

Ainsi, suivant les normes et standards du MSP, le CSI type II dispose d'une surface de 175% supérieure à celle de type I. Dès lors, lorsqu'un CSI de type I se voit commué en CSI type II, il doit obligatoirement être pourvu au minimum d'une nouvelle aile d'une surface presque équivalente au bâtiment existant.

Notons également qu'une Case de Santé (CS) a un programme tellement réduit que sa 'transformation' en CSI type I implique quasiment une nouvelle construction pour l'ensemble de son programme. L'ancien CS pourrait servir d'annexes du CSI type I.

¹² 1 lit/4.000 habitants, non inclus les lits de la maternité.

¹³ Le PMA est décrit en détail dans la section 1.2.1.1

1.2.1.4 Situation spécifique de la zone d'intervention

La zone d'intervention est présentée en chapitre 2.6 « Localisation de l'intervention ».

L'objectif de cette partie est de présenter un aperçu des aspects infrastructurels des hôpitaux de district ciblés.

Les cartes de zones sanitaires concernées sont incluses dans l'annexe 7.7.

Le tableau 'Situation des hôpitaux de district' en annexe Situation des hôpitaux de district 7.8 permet de mieux cerner les zones desservies par les HD, et de présenter les données à base desquelles la stratégie et les activités concernant l'investissement en infrastructures sont élaborés (voir chapitre 2 et 3).

Il concerne notamment:

- La cartographie : surface du district sanitaire, sa population, la couverture sanitaire, les divers centres de santé dans la zone, les besoins en investissements au niveau périphériques
- Contexte des sites : situation administrative, lieu et situation géographique, accès et distance, terrain, topographie, et sécurité.
- Etat des lieux: bâtiments existants, électricité, adduction d'eau, gestion des déchets, mobilier, et équipement biomédical.

Quelques questions principales pour l'élaboration d'une stratégie méthodologique pour la conception de construction et réhabilitation incluent :

Découpage administrative et situation géographique

La superposition du découpage sanitaire au découpage administratif a donné des districts de très grande taille en poids démographique et nombre de CSI rendant difficile leur gestion. Sur les 42 districts, 8 couvrent plus de 500,000 habitants dont le district de Mirriah et de Téra dans la zone d'intervention de PARSS. C'est dans ce cadre qu'il est prévu de scinder ces districts sanitaires et de construire de nouveaux HD. Ainsi, la carte sanitaire desdits districts sera réaménagée nécessitant une réorganisation des ressources humaines et des soins.

Cependant, il faut attirer l'attention sur d'autres facteurs ayant un impact sur la sollicitation des services d'un HD. Pour le HD de Gaya, il s'agit de sa situation frontalière avec Bénin et Nigéria, et le manque d'un CSI urbain. La situation du nouveau HD à Gotheye est telle qu'elle pourrait devenir un pôle de soins pour 5 districts sanitaires directement avoisinants dont la population se rend actuellement à Niamey. La situation de Damagaram Takeya est plus isolée et hors le centre de densité du DS de Mirriah, bien qu'il pourrait également attirer la population des 2 districts plus vastes dans le nord de la région de Zinder. Ces éléments sont rarement pris en compte dans la définition de l'ampleur des services médicotéchniques et la taille de l'hospitalisation.

Questions foncières

Les titres fonciers sont publics, les terrains appartiennent à l'état. En outre, tous les sites ont déjà obtenu une autorisation pour accueillir des infrastructures sanitaires.

Des extraits de cadastre ni des relevés topographiques ne sont disponibles lors la phase de formulation du projet.

Infrastructure

Les constructions des deux HD existants ont des similarités en termes de conception et d'état. En règle générale, la structure des bâtiments est en assez bon état, justifiant une réhabilitation d'une

large partie des finitions (électricité, plomberie, faux plafond, plâtrerie, peinture ...). Les 2 infrastructures présentent des dysfonctionnements spatiaux et de faibles liaisons fonctionnelles. Leur réaménagement et expansion est donc essentiel, avec un accent prioritaire sur les plateaux médicotecniques et certains services de soins.

La faible performance thermique des constructions entraîne un surchauffage des locaux induisant une fuite des usagers vers l'extérieur des bâtiments. Il y a peu de ventilation naturelle. L'installation d'un système de climatisation n'est pas conforme pour assurer un bon niveau d'asepsie.

Les installations du HD à Gaya n'ont pas été ajustées pour répondre aux besoins actuels ou futurs.

Installations énergétiques et hydrauliques

Le climat est de type Soudano-Sahélien et se caractérise par trois saisons : (i) saison pluvieuse, (ii) saison sèche et froide, et (iii) saison sèche et chaude. La région est alors soumise à des précipitations saisonnières de 4 mois, parfois intenses, tandis que la collecte des eaux pluviales et drainage est rarement pris en compte.

L'accès à l'eau est assuré par les (mini) réseaux d'eau des centres auxquels les HD sont rattachés. Seul pour l'hôpital à Damagaram Takeya, il s'agit d'un forage sur le site dont la capacité n'est pas confirmée. Cependant, il y a trop peu de points d'eau en bonne qualité dans les bâtiments, notamment dans les locaux médicotecniques.

Tous les 4 sites ciblés disposent d'un raccordement au réseau national. Pourtant il y a des coupures récurrentes. A cet égard les 2 HD existants font recours à un grand générateur reprenant tout le circuit interne sans priorisation, avec comme conséquence des problèmes de surcharge.

Au vu de l'hospitalisation, les HD disposent d'une cuisine où les aides familiaux préparent les nourritures pour leur malade. Le bois de chauffage est utilisé comme énergie de cuisson, ce qui est coûteux et contribue à la déforestation.

Le système d'assainissement et la gestion de déchets sont généralement inadéquats ou inexistantes. Cependant, le renforcement des mesures d'hygiène/assainissement est souligné dans le PDS à travers la communication et l'aménagement. Ainsi les institutions du MSP féliciteront des initiatives rendant cette police sanitaire opérationnelle.

Gotheye (nouvelle construction)

Le site de Gotheye – dans le sud de la région de Tillabéry – district de Téra - accueille depuis 2008 un CSI sur la rive ouest du fleuve Niger. Ce site dispose d'une vaste étendue, dont la couche supérieure est sablonneuse. Le site est faiblement arborée, a une topographie plate et peut aisément accueillir un HD.

La population bénéficiaire est estimée à 270.000 personnes. Pour l'instant, la population se rend soit à l'HD de Téra, situé à une distance de 95 km, soit à l'Hôpital National de Niamey (en traversant le fleuve). Ce futur HD pourrait ainsi desservir la population du sud de la région de Tillabéry et jouer un rôle de référence au niveau périphérique.

Quant au bâtiment actuel du CSI, il conviendrait de le réaffecter et l'intégrer aux services du futur hôpital, et de transférer le service du CSI vers l'ancien site où une réhabilitation est en cours (financée par la communauté).

Damagaram Takeya (nouvelle construction)

Vu sa superficie, le site de Damagaram Takeya dans le DS de Mirriah – dans la région de Zinder - peut facilement accueillir un HD. Le terrain a une topographie plate avec une couche supérieure sablonneuse. Ce site compte peu d'arbres.

Il se situe à 75 km au nord-est de la capitale régionale Zinder. La population bénéficiaire s'élève à 320.000 personnes. Pour l'instant, la population se rend à Zinder, à une distance de 68 km.

Le site avoisinant accueille un CSI qui continuera à assurer les services de premiers soins et à référer au besoin au nouvel hôpital.

Gaya (réhabilitation)

Le site de Gaya – dans la région de Dosso – est intégré dans le tissu urbain de la ville de Gaya et ne permet pas d'extension « extra-muros ». Le site même est assez dense, à raison entre autres de quelques extensions antérieures.

Le site se situe à une distance de 154 km au sud de la capitale régionale de Dosso, à la frontière avec Bénin et Nigeria (voir aussi carte sanitaire sommaire de la région de Dosso en annexe 7.6). La population bénéficiaire monte en principe jusqu'à 349.000 (selon la population du DS), tandis que l'hôpital a une capacité de 44 lits. Ce HD attire par sa situation, sa performance, ainsi que sa politique de tarification, les populations des pays avoisinants. Le CSI urbain ne dispose pas de maternité. Tous ces facteurs expliquent le taux élevé de fréquentation de ce HD.

L'hôpital est du type pavillonnaire, constituant d'au moins 15 bâtiments d'un seul niveau (dont quelques maisons) construits depuis plus que 20 ans. Quelques ad hoc extensions et réhabilitations sont remarqués. Le site est structuré autour un patio recevant de l'ombre grâce aux arbres. Les 5 grands bâtiments (10*40 m) entourent le patio et comprennent chaque un service dont le bloc opératoire + hospitalisation, la maternité, la médecine interne, l'administration de l'ECD. Le dernier constitue des services variés comme l'urgence, le laboratoire, la pharmacie, etc. Tandis que quelques petites structures sont sous exploitées, les blocs principaux sont fortement sollicités, ont fait le sujet d'extensions de manière ad hoc, et présentent aujourd'hui de disfonctionnements spatiaux en terme de surface disponible et de liaisons des espaces. Par conséquent, le flux des usagers est perturbés, la qualité des soins est minée, et l'asepsie n'est pas garantie. Au vue de la configuration du site et la forte sollicitation des services de ce HD, la réhabilitation devrait se concentrer sur un réaménagement et extension approfondi des services du plateau médicoteknique.

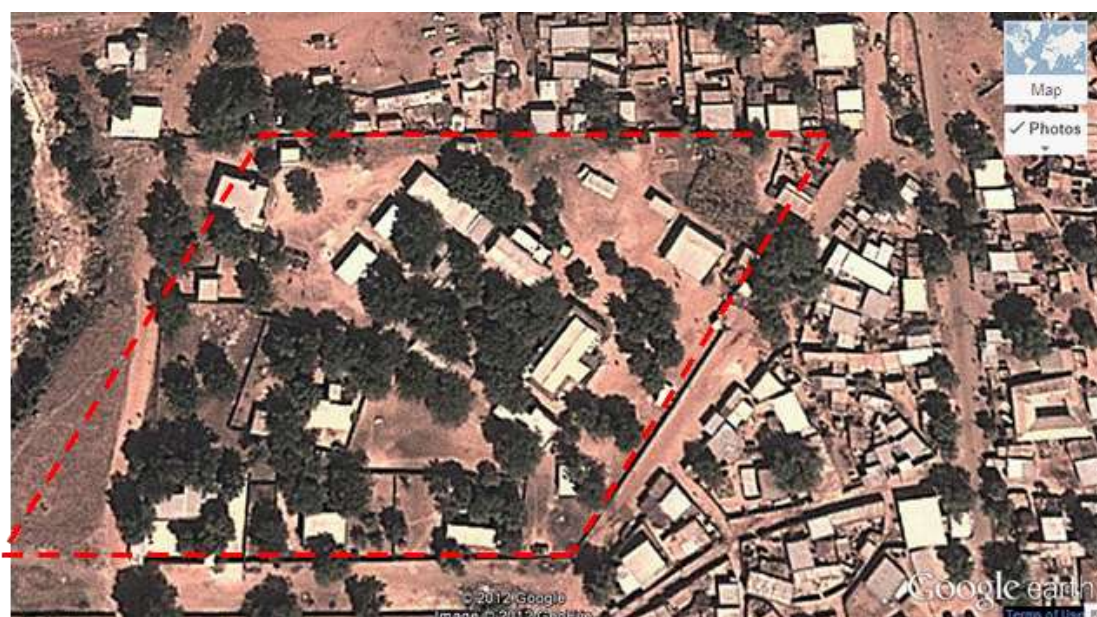


Figure 2: Site actuel HD Gaya

Quant aux services actuels du HD, les principaux enjeux incluent :

- Plusieurs difficultés en terme de disponibilité d'espace et des liaisons fonctionnels au niveau du plateau technique (dont le bloc opératoire, le laboratoire, le service des urgences)
- Manque de maintenance des équipements biomédicaux
- Peu de ventilation naturelle et mauvaise installation du système de climatisation
- Pauvre performance thermique des constructions entraînant une surchauffe des locaux induisant une fuite des usagers vers l'extérieur des bâtiments
- Instabilité du circuit électrique et son alimentation.

Loga (réhabilitation)

Le site de Loga – dans la région de Dosso – est intégré dans un tissu péri-urbain. Le site même s'adapte à un terrain en pente et une érosion.

Le site se situe à une distance de 73 km au nord de la capitale régionale Dosso. La population bénéficiaire s'élève à 184.000, tandis que la capacité actuelle de l'hôpital est 33 lits (voir aussi carte sanitaire sommaire de la région de Dosso en annexe 7.6). Le CSI urbain (CSI type 2) fonctionnel de Loga se situe à côté de l'hôpital ; le système de référence de soins est dès lors opérationnel.

L'hôpital est du type pavillonnaire, constituant d'au moins 12 bâtiments d'un seul niveau (dont quelques maisons) construits à différents moments. La dernière extension constitue le *state of the art* bloc opératoire et l'hospitalisation chirurgical, grâce à un financement de UNFPA. Il y a une petite vallée traversant le site, qui a tendance à s'éroder. Le site comprend dès lors des couloirs extérieurs sur pilotis facilitant au moins une partie de la circulation. Les 5 grands bâtiments (de formats diverses d'environ 40m²) repartis sur le site comprennent souvent une multitude de services dont le bloc maternité + consultance de référence + atelier de maintenance, laboratoire + hospitalisation, bureau ECD + administration + pharmacie. Enfin il y a 2 bloc d'hospitalisation, et le bloc opératoire avec actuellement une salle opérationnelle. L'hôpital ne dispose jusque-là pas de service radiologie / échographie, ni de pédiatrie. Peu de salles de consultance disponibles. Toutes sont regroupées dans un endroit, et cela peut perturber le flux des usagers vu la difficulté de circulation interne. Il manque quelques services d'annexe dont une buanderie. Au vue de la configuration du site, la réhabilitation devrait se concentrer sur un réaménagement et la circulation interne des services de soins et une extension permettant le complément des services du plateau médicotechnique.

Quant aux services actuels de ce HD, les principaux enjeux incluent :

- Quelques écarts au niveau des espaces du plateau technique (dont le laboratoire, le service d'imagerie médicale, le service des urgences) et les liaisons fonctionnelles entre les services
- Manque de maintenance des équipements biomédicaux
- Peu de ventilation naturelle et mauvaise installation du système de climatisation

Instabilité du circuit et installation incomplète du groupe électrogène rendant l'alimentation en énergie de secours inexistant

1.2.2 La maintenance

1.2.2.1 La politique nationale

La « maintenance » des infrastructures et équipements de santé comprend l'ensemble des opérations préventives et curatives qui permettent aux infrastructures et équipements des services de santé de fonctionner. Elle permet de contribuer concrètement à la pérennité des infrastructures et équipements, atteinte par le biais d'une gestion durable à tous les niveaux par tous les acteurs.

Le service biomédical est lui-même une composante essentielle du système sanitaire. L'interaction des structures sanitaires avec le système de maintenance permet d'atteindre la mission première du système de santé, à savoir la délivrance de soins de qualité et en toute sécurité à la population.

Afin d'améliorer le système de maintenance et de pérenniser l'exploitation des infrastructures et équipements, les autorités ont élaboré et adopté une politique nationale de gestion de la maintenance des équipements et infrastructures du secteur de la santé en 2008¹⁴. La mise en œuvre de cette politique est incluse dans les PDS depuis lors. Les objectifs du « Cadre de Stratégie Nationale de Gestion des Équipements et Infrastructures du Secteur de la Santé » sont :

- la maîtrise du patrimoine ;
- l'assurance de la durabilité des équipements et des infrastructures ;
- l'assurance de la disponibilité opérationnelle et la sécurité des équipements et infrastructures ;
- la maîtrise et l'optimisation des coûts de fonctionnement ;
- l'accroissement de l'efficacité et l'efficience de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mises à la disposition des services de santé¹⁵ ;
- l'accroissement de la qualité du service rendu ;
- l'optimisation des investissements futurs ;
- la mise en œuvre d'un cadre juridique et institutionnel ;
- le renforcement des capacités et compétences des cadres en charge de la gestion ;
- le développement d'un partenariat avec la communauté, le secteur privé et les PTF.

1.2.2.2 L'organigramme

Le **MSP** compte un service central en charge des activités de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux, à savoir **la Direction des Infrastructures et Équipements Sanitaires (DIES)**. Les actions, les domaines de compétences et les organigrammes et attributions de cette Direction sont bien définis.

La DIES est placée sous la tutelle de la Direction Générale des Ressources (DGR) et comprend un Secrétariat, une Division des Infrastructures Sanitaires (DIS), une Division des Équipements Biomédicaux (DEB) et une Division des Équipements d'Exploitation (DEE). Les deux dernières divisions comprennent chacune un Service d'Entretien et de Maintenance, qui est peu fonctionnel et ne dispose pas de lignes budgétaires spécifiques. Il n'existe pas une seule Division d'Entretien et de

¹⁴ Un arrêté du Ministre de la Santé Publique n° 185/MSP/DGR/DIES en date du 8 mai 2008 l'a approuvé au titre de Document Cadre de Stratégie Nationale de Gestion et de Maintenance des Équipements et Infrastructures du Secteur de la Santé.

¹⁵ Composante N°7 PDS 2005-2010.

Réparation des Appareils Médicaux (SERAM) et cette situation est perçue par la DIES comme une contrainte. La maintenance du parc automobile relève désormais de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et non plus de la DIES.

La **mission** de la DIES est :

- La conception, le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé en matière d'infrastructures, de matériels d'exploitation, d'équipements et de dispositifs médicaux ;
- L'accroissement de l'efficacité et l'efficience de la gestion des infrastructures, du matériel d'exploitation et des équipements et dispositifs médicaux mis à la disposition des services publics de santé.

Les **attributions** de la DIES sont :

- d'assurer et/ou de participer à l'élaboration et l'exécution des programmes et projets en matière d'infrastructures, d'équipement biomédical et de matériel d'exploitation du secteur de la santé ;
- de participer à l'élaboration de la carte sanitaire et de veiller au respect de son exécution en matière d'infrastructures, de matériel d'exploitation, d'équipement et de dispositifs médicaux ;
- d'appliquer les normes de construction d'infrastructures sanitaires publiques et privées, et d'implantation d'équipements médicaux ;
- de mettre en place des normes de recevabilité des dons en équipements et dispositifs médicaux ;
- d'assurer une gestion prévisionnelle des infrastructures, des équipements biomédicaux et du matériel d'exploitation ;
- d'apporter un appui technique en matière d'infrastructures de santé et de technologie biomédicale aux services centraux et déconcentrés, aux programmes et projets du secteur de la santé ;
- de participer à l'élaboration d'une réglementation en matière d'importation et de commercialisation des équipements et dispositifs médicaux, et de veiller à son application par la délivrance des agréments ;
- de promouvoir une culture de maintenance à tous les niveaux de soins à travers la mise en œuvre d'une stratégie nationale de maintenance ;
- d'assurer la maintenance du matériel d'exploitation, des équipements et dispositifs médicaux ainsi que l'entretien et l'aménagement des infrastructures ;
- de centraliser les besoins du ministère en matière d'infrastructures, de matériel d'exploitation et d'équipements et dispositifs médicaux.

Les partenariats avec le secteur privé sont peu développés. Le secteur privé est surtout présent dans la représentation commerciale des équipements biomédicaux (ventes, formations spécifiques), la fourniture de prestations de services de maintenance aussi bien au niveau des équipements que des infrastructures (électricité, plomberie, maçonnerie, électronique, etc.). Il est constitué par des opérateurs techniques individuels ayant tous exercé pour le compte du MSP.

Au **niveau régional**, sous tutelle de la DRSP, on trouve le **Bureau des Ressources Matérielles, Infrastructures et Équipements**. Ce Bureau est chargé de :

- la gestion de la logistique, du matériel et des services de maintenance ;
- la réparation et l'entretien des infrastructures et équipements ;
- la comptabilité liée aux matériels et équipements ;

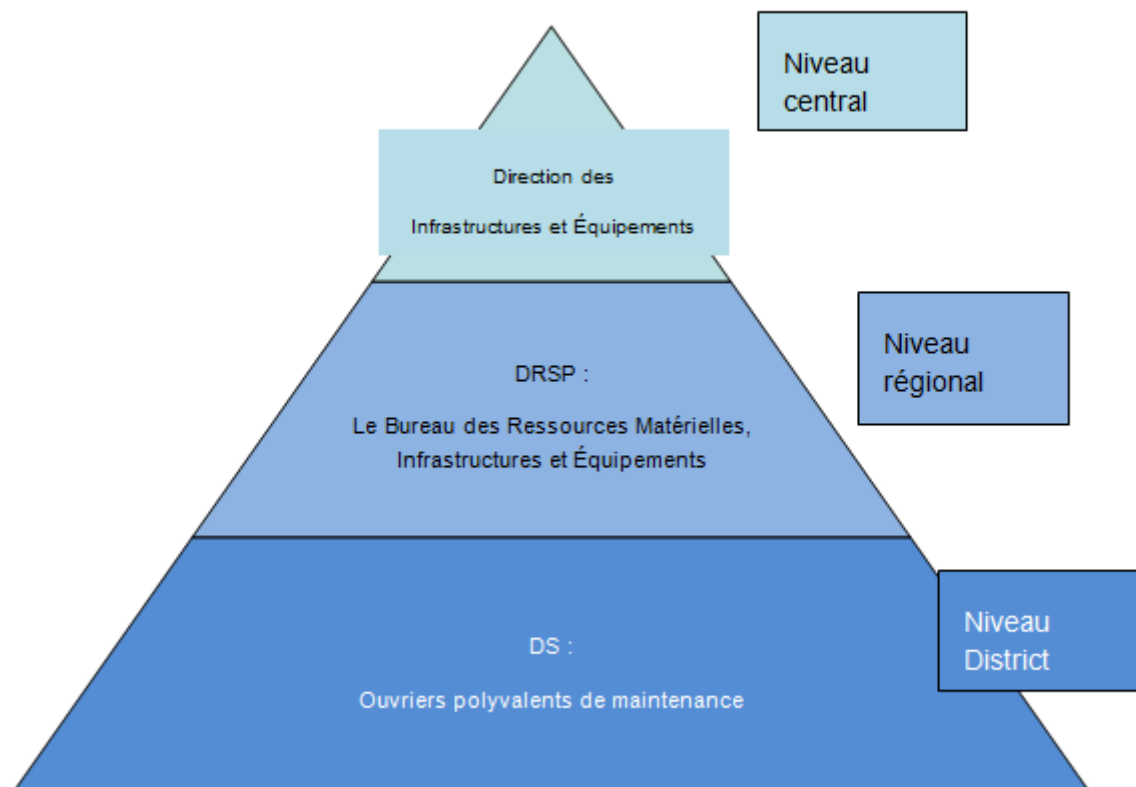
- la mise à niveau des inventaires annuels du matériel ;
- l'élaboration des dossiers d'appel d'offres au niveau régional ;
- l'évaluation des offres des marchés au niveau régional ;
- la réhabilitation de la DRSP ;
- la supervision des réhabilitations des formations sanitaires publiques de la région ;
- l'élaboration du budget et du programme régional ;
- la rédaction du rapport trimestriel d'activités.

Le responsable du Bureau est un cadre du Ministère des Travaux Publics (TP) ou de l'Administration générale, mais pas du MSP.

Au **niveau des districts sanitaires**, on trouve les **Ouvriers polyvalents de maintenance (OPM)** basés à l'HD qui sont responsables de la prise en charge des problèmes de maintenance préventive et curative dans l'HD et des problèmes référés par les CSI et CS. Les OPM réfèrent au niveau des services techniques régionaux les problèmes plus compliqués. Ils sont dotés d'outillage et d'une moto pour l'exécution de leurs activités. Ils sont en principe supervisés et encadrés par le Bureau des Ressources Matérielles, Infrastructures et Équipements au niveau régional (DRSP). Le MSP a engagé et formé 42 OPM, donc un OPM pour chacun des 42 DS.

1.2.2.3 Le financement de la maintenance

Figure 3 : La pyramide de la maintenance



La construction et la mise en place des équipements sont très coûteuses. Pourtant, cet investissement de base ne représente qu'un élément du coût global. Il faut tenir compte des charges de fonctionnement sur leur durée de vie et les coûts de maintenance.

Tableau 9 : Coût moyen estimatif des structures sanitaires au Niger

Types de formations	Coûts infrastructures		Coûts Équipements		Proportion Équipement/ infrastructure
	FCFA	Euros	FCFA	Euros	%
CSI type I	52.500.000	80.153	14.700.000	22.443	28
CSI type II	72.219.000	110.258	18.400.000	28.092	25
HD	875.379.000	1.336.456	269.500.000	411.450	31

Source : DIES 2004

Le coût de la **maintenance**, basé sur les besoins, est estimé en pourcentages de l'investissement initial soit :

- 1% pour les investissements en infrastructures ;
- 8% pour les matériels tels que les équipements d'exploitation (meubles, appareils électriques et frigorifiques, groupes électrogènes, radiocommunications) et les équipements biomédicaux ;
- 10% pour le matériel logistique (véhicules, ambulances, motos).

Par contre, la partie affectée au MSP pour la maintenance des structures sanitaires ciblées a été de 959.066 euros (628.188.500 FCFA), soit 0,48% des besoins réels de maintenance des infrastructures et équipements contre 6% selon les prescriptions internationales. Par rapport au budget du MSP, les dépenses effectuées représentent 0,89%. Il y a donc un sous-financement pour la maintenance.

La DIES bénéficie d'un budget destiné à la maintenance des meubles, l'entretien du matériel technique et logistique. Les allocations budgétaires de la DIES auraient connu une baisse de 2007 à 2009. Par rapport à 2007, les allocations ont diminué de -25,4% en 2008 et de -14,3% en 2009¹⁶.

Les taux de décaissement au cours de ces trois années ne dépassent guère 70 à 85%.

Tableau 10 : Allocations budgétaires 2007- 2009 DIES

Désignations	2007		2008		2009	
	FCFA	Euro	FCFA	Euro	FCFA	Euro
Entretien mobilier	128.400.000	196.031	13.364.000	20.403	250.000.000	381.679
Entretien matériels techniques	80.143.000	122.356	83.429.000	127.373	100.000.000	152.672
Bâtiments						
Entretien logistique	200.000.000	305.344	208.200.000	317,863	-	-
Total DIES	408.543.000	623.730	304.993.000	465.638	350.000.000	534.351
Par rapport à 2007				-25,4%		-14,3%

Les allocations budgétaires en faveur des régions au titre de la maintenance ont, elles aussi, connu

¹⁶ Les données relatives à l'entretien logistique faisant défaut, une interprétation prudente est donc indiquée.

une forte baisse depuis 2007¹⁷ : -41% en 2008 et -19,7% en 2009. De plus, on a relevé une mobilisation insuffisante des fonds (taux de décaissement entre 65% et 75%), des détournements d'objets, mais surtout l'utilisation des fonds de maintenance pour de nouvelles acquisitions et la réalisation d'infrastructures. Cette situation paralyse ainsi les services techniques en charge de la maintenance (SERAM, SERPA, SEMEX).

Tableau 11 : Récapitulatif des financements de la maintenance sur le budget national 2007- 2009

	2007		2008		2009	
	FCFA	Euros	FCFA	Euros	FCFA	Euros
DIES	408.543.000	623.730	304.993.000	465.638	350.000.000	534.351
Régions	1.015.474.000	1.550.342	598.699.599	914.045	815.603.140	1.245.196
Total	1.424.017.000	2.174.072	903.692.599	1.379.683	1.165.603.140	1.779.547
Par rapport à 2007				-41%		-19,7%

Parmi les autres sources de financement pour la maintenance, nous pouvons citer les PTF, les ONG et le recouvrement des coûts au niveau des HD et CSI.

Le système de financement est organisé de façon centralisée, sans autonomie ou flexibilité pour les besoins du niveau opérationnel.

1.2.2.4 Analyse de la situation actuelle

Malgré les efforts du gouvernement, la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est insuffisamment assurée. La situation au **niveau opérationnel** se caractérise par une insuffisance de maintenance préventive, des interventions ponctuelles correctives en cas de panne, une dégradation excessive et une insuffisance de personnel hautement qualifié et compétent. Il y a une insuffisance dans l'identification des technologies appropriées, dans la planification et la gestion des activités pour cause d'absence des inventaires, de bases de données à jour et de cohérence entre les différents niveaux. Les acquisitions sont mal faites en raison de la mauvaise élaboration et du non-respect des cahiers de charges. L'encadrement et la supervision des OPM par le niveau régional sont insuffisants.

Au **niveau central et régional**, les capacités de coordination, de gestion et de supervision sont faibles suite à l'absence d'une direction spécifique pour la maintenance au sein du MSP. La vision de l'organisation de la répartition du travail à chaque échelon est insuffisante et reste virtuelle. De plus, il manque une certaine rigueur et transparence dans la gestion des ressources, le suivi et le contrôle des contrats. Il y a des difficultés pour constituer des dossiers d'investissements et mobiliser les ressources ; les prévisions financières pour les activités et la gestion de la maintenance sont insuffisantes, ce qui entraîne des retards dans les allocations budgétaires allouées par l'État. En outre, la mise en œuvre de la politique de maintenance est limitée suite au non-respect des règles.

À ces problèmes s'ajoutent la tendance des PTF à préférer le renouvellement à l'appui à la maintenance, l'opportunité limitée en formations et absorption des techniciens, la lourdeur des procédures financières étatiques et la faible implication des communautés. Même si la participation des communautés au financement de la maintenance est souhaitable en termes de durabilité, cette

¹⁷ Les chiffres sont basés sur les mêmes données que ci-dessus, c.-à-d. que les données relatives à l'entretien logistique faisant défaut, une interprétation prudente est donc indiquée.

participation a ses limites, à savoir qu'elle ne peut, à elle seule, couvrir l'ensemble des charges de maintenance. De plus, les capacités en planification et en gestion, le caractère formel et la compréhension des cahiers de charges font défaut dans les comités de gestion.

Tableau 12 : Résultats de FFOM atelier de « Couverture Sanitaire :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une politique nationale • Existence d'ateliers de maintenance nationaux, régionaux et de districts • Recrutement, formation et mise en place des 42 OPM (1 par district), payés par l'État • Existence d'une ligne budgétaire • Expériences projet PFAD II • Participation communautaire au fonds de maintenance • Processus de planification et intégration de la maintenance dans les PAA • Mise à niveau des compétences des OPM • Existence de techniciens « techniques biomédicaux, exploitation et garages » • Équipe de supervision avec visites trimestrielles pour la maintenance préventive et curative • Stabilité des OPM dans leurs postes • Existence de politiques de contractualisation • Matériel et outils de maintenance • Logistique pour la maintenance • Création de la DIES • Volonté politique (MSP, PTF) • Inclusion de la maintenance dans le PDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de RH qualifiées • Insuffisance de ressources financières (ligne budgétaire) • Culture de maintenance inexistante • Insuffisance de suivi à tous les niveaux • Multiplicité de marques de matériel et appareils • Faibles capacités des OPM • Manque de pièces de remplacement • Vétusté du matériel • Manque de formation sur les nouveaux appareils • Non-polyvalence du groupe électrogène • Insuffisance de planification de la maintenance au niveau opérationnel • Manque d'outils de maintenance • Matérialisation insuffisante des outils de gestion de la maintenance • Manque d'inventaire • Négligence des utilisateurs • Préférence donnée à des solutions privées (d'abord vers le privé puis vers les OPM) • Manque d'entretien
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte dans le PDS en sous-axe • Prise en compte de la maintenance dans les projets de PTF (FM, FC, CTB, GAVI) • Disponibilité des PTF • Volonté politique • Possibilité de contractualisation biomédicale • Création du Fonds de 700 millions FCFA pour le financement de microprojets de maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des utilisateurs • Contractuels • Manque de confiance dans les techniciens • Rareté des ressources • Mauvaise utilisation des appareils • Utilisation abusive • Conditions climatiques • Mauvaise état des routes • Charge de travail dépassé pour les OPM • Manque de valorisation des OPM, qui commencent à faire d'autres travaux ailleurs en supplément • Manque de motivation • Numération faible

1.2.2.5 L'expérience de la maintenance à Dosso

La région sanitaire de Dosso a bénéficié d'importantes réalisations dans le cadre de la maintenance. En effet, un système de maintenance a été conçu et mis en place au niveau de la région depuis 2003 avec l'appui technique et financier du Projet d'Appui au Développement des Districts Sanitaires (PADS/CTB). Plusieurs actions ont alors été entreprises :

- La conception des procédures et des outils de gestion et de suivi pour la **maintenance préventive** qui intègre la notion de prévision (intervenir avant la survenue de panne). La mise en œuvre de la maintenance préventive connaissait des difficultés, parce qu'elle n'était pas prise en compte dans la planification des DS.

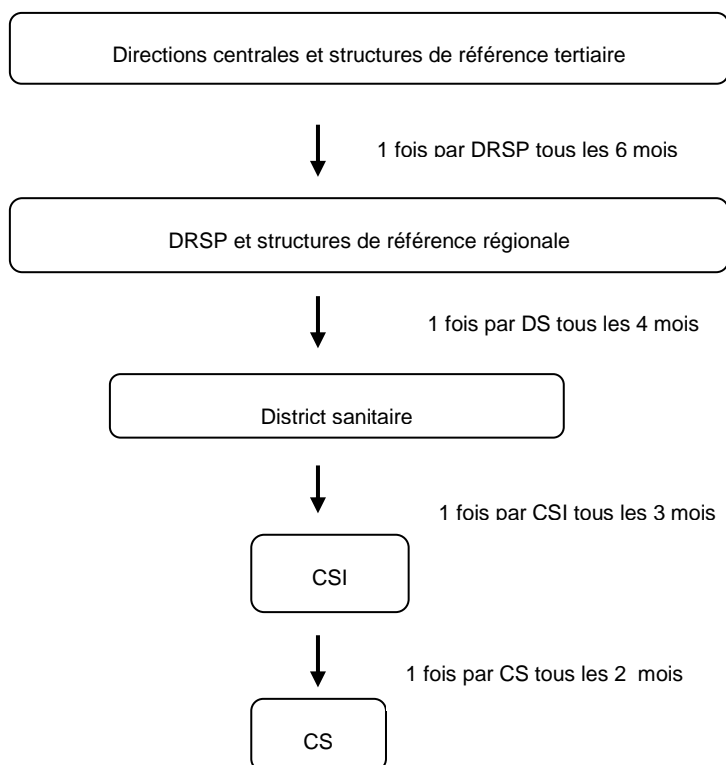
- L'élaboration d'un manuel de procédure pour la **maintenance curative**, y compris tous les outils et la notion d'urgence.
- La mise en place des **Ouvriers polyvalents de maintenance (OPM)** : ils ont été recrutés, formés et installés dans 5 DS de la région pour la prise en charge des problèmes de maintenance des 1^{er} et 2^e niveaux et pour référer au niveau des services techniques régionaux les problèmes de niveau plus élevés. Ils étaient dotés d'outillage et d'une moto pour l'exécution de leurs activités.
- La **formation et l'encadrement** des agents de santé régionaux dans l'utilisation des outils de gestion et des procédures de maintenance, des agents du CHR dans l'utilisation des équipements biomédicaux et des agents de santé régionaux et des techniciens de maintenance dans la sécurité incendie.
- La sollicitation des **partenariats** avec les prestataires privés dans les activités de maintenance curative.

1.2.3 La supervision intégrée

La supervision intégrée est un processus continu consistant à guider, former, soutenir et encourager les initiatives du personnel sur le lieu de travail, de sorte qu'il puisse exécuter leur travail avec efficacité et conformément aux directives. La fonction de supervision consiste à recueillir des informations sur la performance, la motivation et les conditions de travail afin d'aider le personnel à s'améliorer et à résoudre systématiquement les problèmes. Ainsi, la supervision vise à assurer les meilleures prestations de services possibles dans le sens des objectifs de l'organisation qui l'emploie. La supervision est dite intégrée quand elle touche tout ou partie des fonctions dont le personnel est responsable. Elle n'exclut pas la supervision thématique qui garde sa place par ailleurs.

La supervision intégrée se fonde sur le principe de gradient de niveau de supervision. C'est ainsi que le niveau central supervise les DRSP, les DRSP supervisent les DS, les DS supervisent à leur tour les structures sanitaires du district (c.-à-d. les CSI et l'HD) et les CSI supervisent leurs CS. En 2005, le MSP a élaboré un guide afin de donner des orientations claires aux ECD dans la réalisation de cette activité prioritaire du PDS. Il consiste en des lignes directrices à suivre pour réaliser une supervision et contient les techniques, les outils et le protocole pour la vérification de toutes les thématiques à superviser dans une vision globale. En 2010, un guide a été rédigé concernant la supervision menée par les DRSP.

Modèle de supervision préconisé aux différents niveaux du système de santé au Niger :



La supervision¹⁸ a pour but d'améliorer la qualité des prestations de santé et vise la satisfaction des usagers. Les soins de qualité se définissent comme des soins :

Globaux : le personnel s'intéresse au patient dans sa globalité incluant donc le contexte familial et social dans lequel il vit et pas seulement la maladie.

Intégrés : l'offre de soins s'étend à toutes les actions que requièrent l'état du patient le jour de sa visite dans le service de santé. L'intégration nécessite une permanence et une bonne organisation des services par des références interservices.

Continus : le patient a droit à la continuité des soins au sein du service et aux soins de référence si son état l'exige.

Dans ce sens, la supervision intégrée s'intéressera non seulement aux agents de santé, mais aussi aux bénéficiaires et aux membres de la communauté pour identifier les dysfonctionnements du système et pour débattre des solutions possibles.

La méthodologie de supervision se fait selon les approches de l'observation et l'entretien, et utilise également des techniques d'appoint, notamment l'analyse documentaire. Les outils de supervision varient suivant le niveau et les programmes supervisés. Ce sont, en général, les fiches, les organigrammes de service, les documents de normes et de protocoles. Les fiches d'observation (sous

¹⁸ - Arrêté N° 069 du Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Général, du 3 juin 1996, portant création, organisation et attributions du District sanitaire
- Guide de suivi et évaluation du plan de développement sanitaire 2005-2010, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies, Secrétariat Général, Direction des Études et de la Planification, Niamey, mai 2006
- Décret n°2008-088/PRN/ MSP, du 20 mars 2008 portant Organisation des Directions Nationales du Ministère de la Santé Publique et déterminant les attributions de leurs Responsables : Document Normes et Standards du système de santé au Niger, version corrigée d'octobre 2007.

forme de grille, canevas ou aide-mémoire) servent de fil conducteur à l'observation de l'exécution des tâches selon les normes et les instructions.

À la fin de la supervision, préalablement au rapport écrit, l'équipe de supervision a un entretien avec le staff afin de discuter des constats, problèmes et besoins. Le rapport comprend une partie sur les informations essentielles de la zone supervisée, sur l'état des réalisations des engagements et des recommandations de la dernière supervision, sur les constats des points forts et points à améliorer ainsi que sur le Plan de Résolution des Problèmes (PRP) sous forme de tableau. Le rapport de supervision sert à la recherche de solutions aux problèmes rencontrés, dans la logique du respect des engagements ; il permet le suivi des résolutions prises lors de la supervision.

Les niveaux périphériques et régionaux appliquent, depuis une décennie, le principe de la supervision intégrée qu'ils maîtrisent de plus en plus. Par contre, les évaluations par niveau en 2011 montrent que la mise en œuvre connaît des contraintes : le taux de réalisation est de 25% du niveau central vers les DRSP, 83,8% des DRSP vers les ECD, 58,1% du DS vers les CSI, et 46,5% des CSI vers les CS. En se référant à l'objectif de 75% fixé pour tous les niveaux, seules les DRSP ont atteint le niveau souhaité. Ceci s'expliquerait, au **niveau des districts**, par la déprogrammation des structures du niveau périphérique liée à l'organisation des journées nationales et locales de vaccination contre la poliomyélite, les campagnes de masse de vaccination contre la méningite et la rougeole. Au **niveau central**, la faiblesse du taux est principalement liée à l'insuffisance du budget alloué à cette activité et à la surcharge de travail inhérente à l'année 2011, du fait du nombre important de réformes à mettre en œuvre dans le cadre du PDS 2011-2015. Sous la pression de certains partenaires et par manque d'organisation et de coordination, des supervisions groupées et verticales continuent à exister. Cette situation résulte inévitablement en une faible efficacité de la supervision avec manque de motivation des acteurs et de suivi des recommandations.

Tableau 13 : PDS 2011 Taux de réalisation de la supervision au niveau du CSI

Dosso	21,1 %
Maradi	57,4 %
Tillabéry	68,5 %
Zinder	64,2 %
Agadez	66,2 %
Diffa	96 %
Tahoua	67,2 %
Niamey	27,2 %
National	58,1 %

La qualité des visites de supervision est un autre défi à relever. Souvent le PRP n'est pas fait et discuté correctement et les recommandations ne sont pas mises en œuvre, ni suivies lors de la prochaine visite. Il n'y a pas de système de rémunération en cas d'amélioration ni de système de pénalité en cas d'absence d'implémentation du PRP.

1.2.4 Ressources humaines

Les ressources humaines¹⁹ du secteur de la santé comprennent 10.582 agents, dont 8,7 % de contractuels, 24,9 % d'agents de santé communautaire, 11 % d'auxiliaires. Elles sont essentiellement constituées de 428 médecins (1/41.200 habitants), 2.635 infirmiers et 682 sages-femmes (1/5.400 FAP). La moitié environ du personnel (médecins, infirmiers et sages-femmes) travaille à Niamey et dans les grands centres urbains.

À noter que le MSP a recruté 536 médecins et 1.158 paramédicaux, ce qui va certainement remédier à l'insuffisance de personnel au cours des prochaines années, à condition que les affectations soient mises en œuvre.

Le tableau suivant donne un résumé du personnel dans les CS et les CSI type I et II.

Tableau 14 : Résumé des RH dans les structures sanitaires de base

Personnel	CS	CSI type I	CSI type II
Infirmier certifié	1	1	2
Agent de santé communautaire	1		
Matrones	2	-	-
Manœuvre	1	1	1
Infirmier diplômé d'État		1	1
Gestionnaire communautaire		1	1
Sage-femme			2
Technicien d'hygiène et d'assainissement			1
Laborantin			1
Médecin généraliste			1 pour grandes communes

La problématique de la féminisation progressive du personnel dans les structures périphériques nécessite une adaptation de la politique relative à leur affectation. En effet, le nombre de femmes formées a significativement augmenté, du fait de la création de plusieurs établissements privés de formation. D'autre part, il est moins évident d'affecter une femme seule dans des zones rurales ; quant aux femmes mariées, elles sont affectées en priorité là où leur époux a été affecté. Ainsi, la féminisation du métier 'infirmier' est une problématique importante à analyser. Ceci remet en question **la politique RH** du pays qui lie un poste budgétaire à une personne et non à une fonction ou infrastructure. Une révision de la politique RH dans ce sens aurait une vraie valeur : chaque structure sanitaire devrait se voir octroyer des postes. Ceci est la seule solution durable permettant d'empêcher que les fonctionnaires soient, chaque année, plus nombreux à se concentrer dans la capitale.

1.2.5 L'approvisionnement pharmaceutique

L'approvisionnement pharmaceutique repose, d'une part, sur la présence d'un établissement public, l'ONPPC, qui dispose d'un réseau de 44 officines pharmaceutiques et, d'autre part, sur 15 sociétés grossistes privées. Le pays compte par ailleurs un établissement chargé du contrôle des produits pharmaceutiques, une société de production pharmaceutique (SONIPHAR), 102 officines privées,

¹⁹ Rapport annuel d'exécution du PDS 2011-2015, année 2011

dont les 3/4 sont situées à Niamey, et 89 dépôts pharmaceutiques. Le MSP a conclu une Convention spécifique avec l'ONPPC et fait des commandes sur la base des PAA et des lignes budgétaires.

2 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Dans le but de solidement ancrer le projet dès son démarrage, un atelier de lancement sera organisé au niveau central et présidé par le Secrétaire Général du MSP, avec approbation lors de la SMCL de démarrage. Cette activité devrait se tenir avant la fin du premier trimestre qui suit la prise de fonction de l'assistance technique. Les orientations stratégiques seront diffusées et les activités à réaliser pour atteindre les résultats seront planifiées.

2.1 Alignement sur les politiques nationales

Conformément à la déclaration de Paris, le nouveau projet PARSS s'inscrit dans les orientations stratégiques de la SDRP 2008-2012 et du PDS 2011-2015 dans l'optique de réduire la mortalité maternelle et infantile en vue d'atteindre les OMD. Ses activités seront alignées sur trois axes du PDS 2011-2015 :

- Axe 1: l'extension de la couverture sanitaire
- Axe 2: le développement des services santé de la reproduction
- Axe 6: le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux

Lors de l'évaluation du PAA 2011, 60 priorités ont été identifiées à partir de 2012. Le PARSS contribuera aux priorités suivantes²⁰ :

- Privilégier les réhabilitations ou les extensions des CS, CSI et HD en lien avec l'offre de soins et de services en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, notamment les salles d'accouchement, l'adduction d'eau et l'électrification ;
- privilégier la transformation des CS en CSI selon les normes établies et transformer les CSI ciblés afin de les adapter aux besoins de santé des adolescents et des jeunes ;
- réorganiser les gros districts ;
- privilégier l'équipement, dans l'ordre, des (1) blocs opératoires, des (2) services d'urgence, des (3) services de réanimation ;
- renforcer les compétences des OPM au niveau des DS ;
- réaliser les activités mobiles et foraines ;
- apporter une assistance qualifiée à l'accouchement ;
- prodiguer des soins aux nouveau-nés (désobstruction nasale, séchage, soins des yeux, soins du cordon ombilical, réchauffage) ;
- assurer une offre de Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) ;
- garantir une offre de Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) ;
- privilégier la formation du personnel en relation avec la santé maternelle et infantile, notamment en faveur des infirmiers, des médecins à compétence chirurgicale, des personnels en appui au fonctionnement des blocs opératoires des HD (aides anesthésistes, aides chirurgiens et TSR...), des sages-femmes et des relais communautaires ;
- combler en priorité les déficits en personnel assurant les soins de santé maternelle et infantile dans les structures sanitaires de base (CSI et HD), surtout en milieu rural et périurbain pauvre ;
- former les acteurs de la cellule recherche de la DEP, DRSP et les ECD en recherches en santé.

²⁰ En synergie avec PFAS et PAI

Aux fins d'alignement, le PARSS suivra le cycle de planification annuelle du MSP. Depuis une décennie, le MSP s'est lancé dans un processus de planification annuelle qui démarre par l'élaboration de canevas d'évaluation et de programmation, qui sont envoyés aux structures du niveau déconcentré et central. Ces canevas sont utilisés pour évaluer les activités contenues dans le PAA de l'année en cours et pour planifier celles de l'année à venir. Ces canevas, une fois remplis par les structures du niveau central et régional, sont transmis au niveau de la Direction des Études et de la Planification (DEP) pour la réalisation de la synthèse nationale. Cette dernière est mise à la disposition des PTF un mois avant la réunion du comité national de santé. C'est lors de cette réunion que les PAA sont définitivement adoptés.

La DEP a établi des directives détaillées²¹ afin d'harmoniser les activités, de prévenir les retards de décision par des PTF et d'assurer la couverture des activités. Par exemple :

- Les structures sanitaires à construire, réhabiliter et/ou transformer seront des structures déjà inscrites dans le PDS et les travaux seront faits selon les normes et standards bien précisés.
- La supervision des ECD vers les CSI est mise en œuvre par le DS sur une base trimestrielle. Une structure sera supervisée 4 fois par an pendant 2 jours. Les participants seront au maximum trois membres d'ECD avec un chauffeur. La ligne budgétaire englobe ainsi le coût total de l'activité. Ainsi, le PARSS s'inscrira dans ce cycle de planification pour l'identification des structures à construire, réhabiliter et/ou transformer, pour l'appui aux consultations foraines, aux visites de supervision intégrée des ECD vers les CSI et l'appui aux formations du personnel afin d'améliorer la prise en charge des mères et enfants.

Le PARSS respectera également les directives internationales en matière d'harmonisation et d'alignement de l'aide. La mise en œuvre du PARSS est complémentaire aux interventions du FC et autres PTF. Elle tiendra compte du « COMPACT-Niger », signé le 6 avril 2011 entre le Gouvernement du Niger et l'ensemble des PTF du secteur de la santé, et de l'approche harmonisée des modalités de mise en œuvre et de suivi des interventions, prévue dans ce document.

2.2 Évolution d'une approche 'projet' vers une approche 'portefeuille' : des synergies explicites entre les interventions de la Coopération belge en matière de santé

Une synergie sur le plan stratégique et technique avec les deux autres interventions de la coopération belge en cours, le Projet d'Appui Institutionnel (PAI) et le Projet de Formation des agents (PFAS), sera recherchée afin de constituer un seul portefeuille de la coopération belge en appui au secteur de la santé au Niger avec une vision globale. Le **portefeuille** regroupera les trois projets en constituant un tout cohérent, avec des synergies explicites et un objectif commun de renforcement du secteur et du programme national à long terme dans sa globalité. Les **projets** sont des interventions qui accompagnent le processus de développement national, qui abordent les problèmes importants et spécifiques du secteur. Ces problèmes ne sont que des portes d'entrée permettant de s'attaquer aux problèmes sectoriels. Tous les éléments du secteur peuvent être traités simultanément. Des actions locales auront un impact global à travers la capitalisation des expériences locales dans l'optique de renforcer la politique sectorielle.

Ceci a pour conséquences opérationnelles que les Assistants technique (AT) nationaux et internationaux des trois projets, chacun possédant sa propre expertise sectorielle spécifique, fonctionnent comme une seule équipe. Ils unissent leurs compétences en faveur des activités du

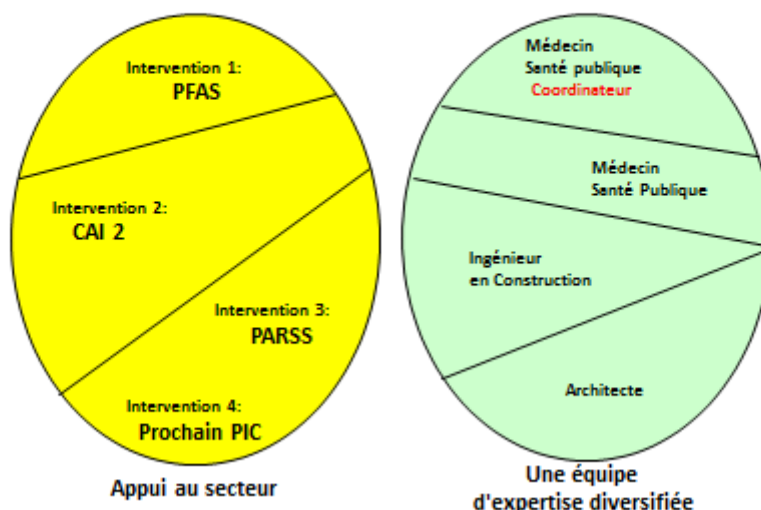
²¹ DEP : Note Technique sur l'Élaboration des Plans d'Action Annuels

programme. Le travail sera divisé selon les compétences au sein de l'équipe (cf. le schéma ci-dessous). Afin de s'assurer de cela, il est proposé d'identifier après le démarrage du PARSS un Coordinateur nigérien et un coordinateur belge qui seront les points focaux et la porte d'entrée du portefeuille. Ils convoquent et coordonnent des réunions et surveillent les synergies et cohérences entre les 3 interventions. A titre d'exemple de synergies et collaborations possibles on peut citer :

- Par rapport aux investissements organisationnels et au fonctionnement des services sanitaires, les compétences en santé publique du PFAS et PAI seront sollicitées pour le renforcement du PARSS.
- Par rapport aux constructions et réhabilitations dans le cadre des projets PAI et PFAS, la compétence de l'équipe PARSS sera sollicitée et partagée.
- Le district d'Ouallam est inclus dans la zone d'intervention du PARSS, vu que le centre de formation se trouve dans la zone d'intervention du PFAS. Ainsi, les étudiants qui effectuent un stage pratique dans les CSI d'Ouallam, bénéficieront de l'appui du PARSS, essentiellement dans le domaine de la maintenance. Ils y trouveront un lieu d'observation et de compréhension de la maintenance dans tous ses aspects. De plus, ce support contribuera à l'amélioration de la qualité des lieux de formation (HD et CSI).

A terme, l'auto-évaluation et la programmation annuelle se feront également en équipe et les rapports annuels seront complémentaires. Idéalement, comme déjà mis en œuvre dans d'autres pays, une seule SMCL suivra les trois projets dans une seule session. Le fait que la composition de la SMCL soit harmonisée par le MSP pour les 3 interventions, (voir 5.3.2.2) ouvre la porte pour la tenue de réunions « SMCL unique ».

Le fonctionnement du Portefeuille Santé au Niger



Les évaluations à mi-parcours et finales seront conduites de façon séparée en raison du décalage entre les trois interventions (chapitre 5). Ces évaluations placeront dorénavant l'analyse des progrès de l'intervention dans le cadre global du programme et considéreront aussi toutes les synergies et collaborations réalisées.

Les liens fonctionnels et mécanismes de synergie entre ces trois projets sont exposés dans le chapitre sur les activités (chapitre 3). Le secrétariat administratif et le service de comptabilité seront partagés entre les trois projets.

2.3 Renforcement institutionnel des capacités

Le PARSS a pour objectif principal de **renforcer les capacités** de ses partenaires **à tous les niveaux**, dans une perspective de développement durable, et d'atteindre ainsi l'objectif spécifique de l'intervention qui est d'augmenter la couverture sanitaire. L'investissement en infrastructure et équipement se fait en coopération et en recourant autant que possibles aux les procédures et mécanismes nigériens avec la mise en place de mesures visant à garantir l'efficacité dans l'utilisation des ressources. La mission de l'équipe d'exécution, avec l'Assistant technique international (ATI) comme Coresponsable, n'est pas tellement de gérer les constructions, mais bien de renforcer les capacités du MSP, de la DEP et de la DIES, en particulier, afin d'assurer la pérennité des investissements en infrastructure sanitaire, équipement biomédical et maintenance. Les constructions en elles-mêmes ne suffiront pas pour augmenter la couverture sanitaire. Il convient aussi d'envisager un accompagnement en termes de renforcement des capacités, de fourniture des moyens (équipement, meubles, véhicules), de formations, de réorganisation des cartes sanitaires. Afin de pouvoir jouer ce rôle de façon optimale, l'ATI n'aura qu'une charge très réduite de tâches et responsabilités de gestion (suivi des marchés publics et travaux), qui seront assumées par une forte équipe administrative et financière. La DEP/MSP est le point d'ancrage institutionnel et l'interlocuteur direct du projet. (Voir organigramme en chapitre 5)

Ainsi, le PARSS renforcera les capacités des cadres dans les différents domaines et à tous les niveaux à travers les différents résultats à atteindre. Les constructions et transformations impliqueront la DIES dans le suivi des travaux. Les compétences nationales, intermédiaires et opérationnelles seront renforcées à travers les interventions sur le système de la maintenance. L'appui aux ECD renforcera les capacités de gestion et l'organisation des activités au sein des DS, et ce, en étroite collaboration avec le PFAS. Au niveau opérationnel, les formations des cadres dans le domaine de la santé mère et enfants et l'appui aux consultations foraines renforceront les compétences des professionnels de la santé.

2.4 Amélioration de l'accessibilité aux soins

Malgré les efforts, l'accessibilité aux soins, notamment aux soins hospitaliers, demeure insuffisante au Niger. Ainsi, le PARSS s'inscrit dans les politiques et efforts actuels du MSP visant à augmenter la couverture sanitaire et l'accessibilité aux soins à travers des investissements d'infrastructure et d'équipements biomédicaux. Ces constructions et transformations changeront les cartes sanitaires et le PARSS offrira un appui aux ECD qui devront réorganiser leur DS. Ces investissements s'accompagneront d'un appui aux stratégies foraines et aux visites de supervision intégrée de même que de contributions aux formations du personnel afin d'améliorer la santé mère et enfants. Le PARSS profitera des recrutements récents de personnel additionnel pour s'assurer que les structures nouvelles et transformées disposeront du personnel requis.

2.4.1 Investir dans les infrastructures sanitaires

2.4.1.1 Les infrastructures sanitaires prioritaires

Le PARSS appuiera des investissements dans les hôpitaux de district et les centres de santé dans la zone d'intervention.

Étant donné que l'enveloppe budgétaire pour les investissements est limitée, la priorité sera donnée 1/ à la construction de 2 HD ; 2/ la réhabilitation de 2 hôpitaux de district (HD), 3/ la transformation de

CS en CSI, et 4/la transformation de CSI type 1 en type 2.²². Tandis que 4 hôpitaux sont ciblés au moment de la formulation, il n'est à ce stade pas possible de donner le nombre exact des centres de santé qui seront réhabilités. Ce nombre dépendra de l'ampleur des travaux par site, de l'état d'avancement du processus de construction, etc.

La sélection des hôpitaux de district (HD)

Parmi les districts ciblés par l'intervention, 2 districts ont été nouvellement créés et ne disposent pas encore d'un HD, soit ceux de Gotheye et de Damagaram Takeya. Ils seront dotés d'une nouvelle construction grâce au support du projet.

D'autres HD ne disposent que d'un bloc technique semi-fonctionnel ou ne pas répondant aux normes. Le projet prévoit dès lors de réhabiliter 2 autres HD, en se concentrant sur l'extension des plateaux techniques. Sur la base des critères relatifs aux taux de couverture sanitaire, dont le taux de fréquentation et l'affectation des ressources humaines, les hôpitaux de Gaya et de Loga, situés dans la région de Dosso, sont ciblés.

La sélection des centres de santé

Pour le PDS, la densification du réseau des CSI est une stratégie pertinente et importante en termes d'amélioration d'accès aux soins. Cette densification est principalement obtenue à travers la transformation des CS en CSI type I. Dans son programme d'investissements dans des centres de santé, le PARSS donnera la priorité à cette densification des CSI en assumant que le MSP soit en mesure d'assurer l'affectation du personnel. En milieu urbain, le PARSS contribuera à la mise en place des CSI type II – comme prévu dans le PDS. Celle-ci passe souvent par la transformation d'un CSI type I en CSI type II. Cette dernière activité est la moins prioritaire, car ayant pas d'impact sur la couverture sanitaire.

Le PARSS permettant uniquement le financement d'une partie des investissements proposés par les Plans de Développement Sanitaire du District (PDS-D) et le Plan d'Action Annuel (PAA), le projet commencera par une étape de programmation.

Une révision des PDS-D en cours dans la zone d'intervention indique qu'il s'agit d'environ 120 à 160 centres de santé à transformer. Le projet prévoit un exercice de programmation participatif afin de lister par ordre de priorités les centres de santé à transformer et/ou à réhabiliter (voir Activité 2.1 : Conception et suivi technique des CSI et CS ciblés). Il est à titre indicatif ajouté en annexe 7.6 une liste proposant de CS à transformer et l'impact sur la couverture sanitaire.

Une liste des critères d'éligibilité relative à ce financement a été élaborée lors de la phase de formulation du projet et sera finalisée au début de l'intervention et soumise à la SMCL.

Des critères d'éligibilité sont les suivants :

- 1) Inscrit au PDS 2011-15
- 2) Nombre minimum d'habitants dans la zone de santé
- 3) Distance entre les structures sanitaires
- 4) Accessibilité géographique
- 5) Couverture sanitaire du district
- 6) Impact sur la couverture sanitaire
- 7) Présence d'un médecin

²² Consensus acté dans la réunion de la SMCL, du 24/08/2012, MSP

8) Ressources financières

2.4.1.2 Programme architectural et conception

Le PARSS s'inscrira dans les normes et standards établis par le MSP concernant la construction et la conception des HD et CSI.

Conception des HD à réhabiliter

Les interventions récentes en matière de réhabilitations et d'extensions de HD démontrent la nécessité d'une certaine flexibilité en termes de programme architectural, dictée par les spécificités locales et les fonds disponibles.

Le PARSS prévoit l'élaboration de schémas directeurs (SD) comme phase initiale pour les HD. Cette démarche permettra d'actualiser et d'adapter les plans des HD à la spécificité de chaque site, et de définir les lignes directrices concernant l'organisation fonctionnelle, l'architecture, les facilités (eau, électricité, drainage, gestion des déchets), les équipements et d'éventuelles autres questions par les 4 HD. Les conclusions serviront de base à l'élaboration des activités suivantes (des études techniques jusqu'aux travaux de construction). Les domaines couverts seront :

- a) *Une anticipation de la croissance de l'HD et l'expression concernant ses possibles extensions futures ;*
- b) *Une étude topographique des 4 sites et l'élaboration de leurs états de lieux ;*
- c) *Une définition de l'organisation fonctionnelle adaptée à la spécificité de chaque site et les requises sanitaires ;*
- d) *Préparer des plans de masse, et des avants projets architecturaux.*
- e) *Une stratégie en matière d'énergie mettant l'accent sur :*
 - assurer une alimentation permanente incluant une mise à niveau d'alimentation d'énergie de secours ;
 - étudier des alternatives et/ou systèmes hybrides pour l'énergie de secours permettant de diversifier l'alimentation selon la priorité, la puissance requise et la durée des interventions ;
 - étudier le potentiel de l'énergie solaire incluant une étude de faisabilité du marché local;

L'apport en énergie étant prioritaire dans le fonctionnement des HD, cette stratégie exprimera également comment atteindre ces principes dans les 2 HD en réhabilitation / extension tout en évaluant le ratio coût – bénéfice des technologies alternatives.

- f) *Préparer une stratégie relative à l'eau et assainissement et la gestion des déchets hospitaliers*

Le cycle de l'eau et la gestion des déchets étant important dans le fonctionnement des HD, cette stratégie exprimera également comment atteindre ces principes dans les 2 HD en réhabilitation / extension tout en évaluant le ratio coût – bénéfice des technologies alternatives.

Les conclusions des SD serviront de base à l'élaboration des études architecturales et techniques. Par conséquent ces études seront plus réduites dans la mesure où la stratégie de l'intervention est approfondie et que les avants projets architecturaux sont disponibles.

Les études architecturales et techniques viseront à :

- a) *Elaborer les études de sol et intégrer les conclusions dans l'étude de stabilité*
- b) *La conception architecturale « passive » axé sur le confort des usagers*

- c) *L'usage de matériaux de construction alternative*
- d) *L'intégration des questions spécifiques locales en termes d'aménagement*, par exemple
- l'aménagement de l'espace pour les assistants familiaux,
 - la sécurité des équipements, et du site
 - l'attitude et culture vis-à-vis le mobilier de repos,
- e) *L'intégration des exigences en santé publique:*
- Respect d'asepsie, entre autre en terme de liaisons fonctionnelles, système de ventilation et de climatisation, de matériaux de finitions, ...
 - Accessibilité aux personnes à mobilité réduite
 - La gestion des flux des différents usagers, notamment les patients et familles vis-à-vis le flux du personnel.
 - Santé du personnel et du public, par exemple la protection contre le paludisme
 - Respect de la dimension genre
- f) L'intégration des dispositions constructives assurant le maximum de *sécurité incendie « passive »*
- g) La définition d'un *système de ventilation et climatisation* selon la performance thermique de l'architecture « passive » et les exigences en santé publique
- h) *L'alimentation en énergie électrique :*
- assurer une alimentation permanente incluant une mise à niveau d'alimentation d'énergie de secours selon les alternatives fourni par les PD;
 - la protection des appareils contre les dérangements électriques
 - la source d'énergie pour les cuisines des différents usagers, considérant la production d'énergie sur base des déchets organiques ou autre source renouvelable
- Vu les problèmes de fonctionnalité en terme de stabilité d'alimentation et de qualité des circuits électriques des bâtiments existants, ce volet d'énergie électrique sera également approfondie pour l'ensemble des 2 sites en réhabilitation.
- i) *La stratégie en matière d'adduction en eau et assainissement mettant l'accent sur :*
- confirmer ou adapter la capacité d'adduction d'eau pour alimenter l'ensemble du HD - et alors le besoin de château d'eau ou de forage devra être défini.
 - l'accès à de l'eau potable dans les locaux médocotechniques et les installations hygiéniques ; la rationalisation de cycle de l'eau ;
 - l'écoulement des eaux de pluie et d'assurer l'accessibilité aux infrastructures lors la saison de pluie ;
 - traitement des eaux usées au vu des déficiences des caniveaux municipaux ;
 - le type optimal et la gestion des toilettes et autres installations sanitaires pour les différents usagers - différents éléments seront considérés comme l'accès à l'eau, les attitudes locales, le potentiel de recycler les excréments ;
 - la gestion des déchets solides : les installations techniques, l'organisation et sensibilisation ;

Vu son importance pour la santé publique, ce volet de eau et assainissement sera également approfondie pour l'ensemble des 2 sites en réhabilitation.

Conception des CSI

Les investissements en termes de centres de santé concernent d'abord la densification du réseau des CSI type 1 – principalement à réaliser à travers la transformation des CS en CSI type 1. La CS ayant un programme architectural très réduite, et parfois une qualité de technologie de construction moins durable, 'la transformation' réfère en terme d'infrastructure à une nouvelle construction, où le bâtiment existant peut servir pour les annexes (voir aussi chapitre 1 typologie des infrastructures). Aussi, en termes de service d'appoint, une alimentation en eau et énergie électrique sera souvent à établir.

En milieu urbain, les investissements concerneront ainsi la mise en place des CSI type 2 – principalement à réaliser à travers la transformation des CSI type 1 en CSI type 2. En complément à la typologie d'un CSI de type 1, le CSI de type 2 comprennent également un bloc de maternité, ainsi que un laboratoire d'analyse rudimentaire. En terme d'infrastructure 'la transformation' va en principe rajouter une nouvelle aile d'une surface presque équivalente au bâtiment existant. En terme de service d'appoint, il faudra analyser comment assurer leur performance et qualité.

Parfois, on constate qu'il est difficile d'appliquer la catégorisation normative en termes de typologie des CSI sur le terrain. Souvent une confusion entre les typologies se remarque sur le terrain, parfois en raison d'une transformation ou extension ultérieure. Il s'agit dès lors des espaces complémentaires, p.ex. un CSI type 1 disposant d'un bloc de maternité, un CSI type 2 doté d'une salle d'opération etc. En outre, plusieurs plans ont été élaborés pour les CSI, diversement appliqués sur le terrain ce qui induit une grande diversité de typologies tant au niveau des surfaces que du programme architectural. Les installations électriques et hydrauliques sont généralement inadéquates ou inexistantes.

Par conséquent, il est à cette étape impossible de donner un nombre exact des centres de santé qui seront réhabilités. Ce nombre dépendra de l'ampleur des travaux par site, d'avancement du processus de construction, etc. Les investissements suivront cependant une vision à long terme plutôt que d'accomplir uniquement les besoins urgentes ou directes. Le PARSS visera à respecter quelques principes en technologie de construction, permettant d'améliorer la quantité et la qualité des services de soins. Ces principes et la méthodologie de conception sont établis ci-joint. Ils feront l'objet des **études architecturales et techniques**.

Vue la variété de contexte, les études analyseront chaque CSI afin de permettre une conception adaptée :

- a) *Une analyse du contexte et état de lieux de chaque CSI ;*
- b) *Une définition de l'organisation fonctionnelle adaptée à la spécificité de chaque site et les requises sanitaires ;*
- c) *L'élaboration d'une stratégie d'apport en énergie électrique;*
- d) *Préparer une stratégie relative à l'eau et assainissement et la gestion des déchets ;*

Vu son importance pour la santé publique, l'alimentation en eau potable sera une priorité dans les travaux aux CSI avec peu ou aucun accès actuelle. Les options seront étudiées et appréciées selon le critère qualité-coût : raccordement au réseau, raccordement au forage existant, nouveau forage, ...

Les principes suivant seront également intégrés :

- l'accès à de l'eau potable dans les locaux médicotechniques et les installations hygiéniques ;

- l'écoulement des eaux de pluie et assurer l'accessibilité aux infrastructures lors la saison de pluie ;
 - le type et la gestion des toilettes pour les différents usagers ;
 - la gestion des déchets solides : l'installation technique, l'organisation et sensibilisation ;
- e) *La conception architecturale axée sur le confort des usagers*
- f) *Préconiser l'usage de matériaux locaux de construction*
- g) *Elaborer les études de sol en cas de doute de sa résistance, et intégrer les conclusions dans l'étude de stabilité*

2.4.1.3 Chartes et normes à respecter

Quant à la santé publique

- Respect des mesures d'asepsie, entre autres :
 - matériaux de finition lisses et clairs ;
 - quant au système de ventilation et de climatisation, il faut assurer une pression positive dans les salles requérant un haut niveau en asepsie, la salle d'opération, p. ex.
- accessibilité aux personnes à mobilité réduite :

Les principaux locaux accessibles au public (les patients) doivent l'être aux personnes à mobilité réduite, sans pour autant avoir recours à des installations électriques ;
- sécurité du personnel et du public : il s'agit des dispositifs de sécurité de l'enceinte. Il s'agit également de la gestion des flux au sein des infrastructures sanitaires, en particulier, le flux du public vis-à-vis du flux de personnel ;
- santé du personnel et du public :

Il s'agit de la disponibilité et du confort hygiénique des installations sanitaires (toilettes, bains et cuisines), tant pour le personnel que pour les patients et leurs aides familiales.

Il s'agit également d'aménagements, propres à la culture, relatifs au repos des patients.

La protection contre le paludisme exige que les ouvertures des salles d'hospitalisation et/ou les lits soient dotés de moustiquaires.
- Respect de la dimension du genre : il s'agit d'installations séparées hommes-femmes pour le personnel et le public

Le projet fera référence aux chartes et normes nationales conformes aux standards internationaux en termes de santé publique, de droits de l'homme, de protection du personnel, etc.

Concernant le processus de construction, le projet veillera au respect de la sécurité et de la santé sur chantier, tout en faisant référence à la législation nationale en vigueur (Ordonnance no 96-039 du 29 juin 1996 portant Code du travail).

Quant à la construction

- Impact sur l'environnement²³

Tant le choix des matériaux que la conception des infrastructures sanitaires et ses équipements ont un impact sur l'environnement. Il conviendra donc de veiller à ce que son empreinte environnementale soit la plus réduite possible en favorisant notamment l'efficacité en matière de gestion d'énergie, voire la promotion d'énergies renouvelables. Le mode de construction choisi peut également avoir un impact important sur l'environnement.

- Sécurité incendie :

La conception du bâtiment sera compatible avec les règles nationales et internationales en matière de sécurité incendie. Des dispositions en matière de construction seront adoptées de sorte à assurer le maximum de «sécurité passive», ce qui limitera la nécessité de recourir alors ultérieurement à des solutions compliquées et coûteuses

2.4.1.4 Faisabilité architecturale

Le confort des usagers

Une attention particulière sera portée au confort des usagers du point de vue thermique. À cet effet, des mesures passives seront, dans la mesure du possible, intégrées à la conception du bâtiment ainsi qu'aux choix des matériaux. Elles viseront à offrir une température de confort tout au long de l'année par des procédés ne requérant pas d'apport énergétique supplémentaire. L'orientation, la ventilation naturelle, la protection contre le rayonnement direct du soleil, la masse thermique seront ainsi étudiées avec attention. L'usage de procédés passifs - tels que le puits provençal, le mur Trombe ou la cheminée solaire – ou d'aménagements extérieurs (arbres) seront considérés après avoir étudié en détail leurs potentialités face aux spécificités locales tant climatiques, géologiques que culturelles.

L'utilisation des matériaux de construction fabriqués localement est encouragée, par exemple la brique crue pour les murs intérieurs. Le projet stimulera l'introduction de technologies de construction avantageuses en termes de bilan coût-efficacité et d'impact sur l'environnement, et étudiera, entre autres, l'utilisation de briques stabilisées.

Confort visuel

L'éclairage naturel diffus est à privilégier et les sources d'éclairage artificiel doivent concilier maîtrise des consommations d'énergie et confort.

Les concepteurs devront donc chercher à optimiser l'éclairage naturel, tout en évitant les risques d'éblouissement et en assurant le confort thermique. Ils veilleront à la mise en place de brise-soleil et étudieront leur impact sur la ventilation naturelle.

Confort acoustique

Les ouvrages, matériaux et équipements seront conçus, choisis et mis en œuvre de sorte à limiter la transmission des bruits d'équipements, des bruits d'impact, des bruits aériens intérieurs et extérieurs.

²³ À cet égard, la CTB a publié la brochure "Development a matter of energy – Promoting renewable solutions" sensibilisant la conception des bâtiments à haute efficacité énergétique. Voir <http://www.btctb.org/en/publications>

2.4.1.5 Faisabilité technique

La gestion et la maintenance des ouvrages

La gestion et la maintenance des bâtiments publics est un point d'attention dans la plupart des pays et a fortiori au Niger où l'autorité de l'État et les moyens qui lui sont liés n'ont pas toujours été présents. Les besoins de maintenance et d'entretien devront ainsi être limités au maximum. Cela a pour conséquence l'emploi de formes simples et de matériaux robustes.

Il y a pour autant une réorganisation en cours du service d'infrastructure et d'équipement (DIES) du MSP. Son objectif est d'assurer la pérennisation des (nouveaux) investissements. Il incombera à la DIES d'organiser l'entretien et la maintenance des infrastructures sanitaires, et d'affecter les techniciens professionnels au niveau décentralisé, notamment des ingénieurs au niveau des DRSP et des techniciens au niveau des HD. Voir aussi résultat 3 de ce projet concernant l'appui au système de maintenance des infrastructures & équipements.

Électricité

Les nouveaux bâtiments seront dotés de circuits de haute tension et de basse tension. Les réhabilitations nécessitent une mise à niveau des circuits existants afin d'améliorer la stabilité et la qualité du système, et d'intégrer davantage l'alimentation en énergie de secours. En effet, les appareils biomédicaux et autres équipements nécessitent une protection contre les dérangements électriques.

Les hôpitaux de district

- Tous les sites ciblés disposent d'un raccordement à la cabine MT de NIGELEC. La puissance fournie devrait être à la hauteur des besoins, et sera vérifiée.
- L'approvisionnement en énergie de secours est à étudier afin de faire face aux fréquentes coupures de la NIGELEC. Au lieu d'alimenter l'ensemble du circuit avec un grand groupe électrogène, le projet préconisera une installation hybride. Ainsi, une alimentation en énergie solaire sera complétée par un groupe électrogène dimensionné pour l'alimentation des services prioritaires du plateau technique. Cette approche permettra de diversifier et stabiliser l'alimentation selon la priorité, la puissance requise et la durée des interventions, et partant de réduire la dépendance à l'énergie fossile. Sa faisabilité nécessite une étude préalable du marché local concernant les fournisseurs locaux, les services d'entretien, la sécurité antivol, le renouvellement des batteries tant qu'il n'y a pas de raccordement au réseau.

Les centres de santé

- L'alimentation en énergie solaire (énergie renouvelable) sera une priorité dans les réhabilitations et/ou transformations des CSI qui ont peu, voire aucune alimentation actuellement. Aussi, la faisabilité de nouveaux raccordements à NIGELEC sera étudiée et appréciée selon le critère qualité-coût.
- Pour les CSI déjà raccordés à NIGELEC, une installation hybride sera étudiée afin de faire face aux fréquentes coupures. Le projet préconisera un complément en énergie solaire (énergie renouvelable). Cette approche permettra de diversifier et stabiliser l'alimentation selon la priorité, la puissance requise et la durée des interventions, et partant de réduire la dépendance à l'énergie fossile.

Eau et assainissement

- Les sites seront dotés d'installations de traitement des eaux usées (fosse septique et puits perdus) au vu des déficiences des caniveaux municipaux.
- La région étant soumise à des précipitations saisonnières, parfois intenses, 3 à 4 mois par an, il importe d'étudier attentivement l'écoulement des eaux de pluie. L'évacuation des eaux de pluie assurera un drainage optimal du sol et l'imperméabilisation des sols sera limitée, l'accessibilité aux infrastructures devant être garantie également lors de la saison des pluies. L'utilisation de l'eau de pluie pourrait être envisagée pour les sanitaires.
- Le cycle de l'eau sera rationalisé par l'économie d'usage (robinet, WC économiques). Il faudra veiller à la solidité des équipements sanitaires, ceux-ci étant amenés à être utilisés intensivement.

Les hôpitaux de district

Les nouveaux sites disposent d'un raccordement à un forage immédiat, bien que leur capacité à alimenter l'ensemble du HD reste à confirmer. En outre, il s'agit d'installer ou de réhabiliter les circuits intérieurs afin d'assurer l'accès à l'eau potable dans les locaux médicotechniques et les installations hygiéniques.

Les centres de santé

L'alimentation en eau potable sera une priorité dans les réhabilitations et/ou transformations des CSI qui ont peu, voire aucun accès actuellement. Ainsi, la faisabilité de nouveaux raccordements au réseau de NIGELEC ou d'autres forages existants sera étudiée et appréciée selon le critère qualité-coût.

Pour les CSI dotés d'un raccordement, il s'agit d'installer ou de réhabiliter les circuits intérieurs afin d'assurer l'accès à l'eau potable dans les locaux médicotechniques et les installations hygiéniques.

Aménagement extérieur

L'aménagement des abords et du patio permettra de résoudre les questions liées à l'intimité et à la gestion des différents types d'accès aux infrastructures sanitaires (flux public, flux du personnel). Cet aménagement préconisera la verdure et les arbustes afin de créer une protection contre le rayonnement du soleil dans les bâtiments et des paillotes. En option, des matériaux locaux (p.ex., brique adobe) seront préconisés pour l'aménagement des abords.

2.4.2 Équipement biomédical pour faire fonctionner les infrastructures construites et transformées

L'objectif est de rendre les infrastructures sanitaires, ciblées par ce projet, opérationnelles immédiatement à l'issue de la phase des travaux de construction, réhabilitation et/ou transformation.

À cet égard, les infrastructures ciblées par le PARSS nécessitent :

1. L'aménagement en mobiliers et équipements biomédicaux
2. La dotation d'un stock initial de consommables et de médicaments
3. L'assurance de moyens de transport

Ainsi, le projet PARSS contribuera à la mise en place du « paquet complet » visant l'augmentation de

la couverture sanitaire. Le MSP assume la responsabilité du recrutement et de l'affectation des ressources humaines formées avant la fin des travaux de construction.

Cet aménagement comprendra les besoins prioritaires et normatifs relatifs à chaque typologie (HD, CSI type I et II)²⁴, et fera référence aux principes suivants :

- L'alignement sur les normes en équipement biomédical, mobilier, médicaments et consommables, établies et appliquées par le MSP ;
- l'achat, autant que possible, de matériaux et produits locaux tout en atténuant l'impact sur l'environnement et en assurant la faisabilité d'éventuelles réparations ou de remplacements ;
- l'installation des équipements biomédicaux conformes au contexte, ainsi que la formation de ses utilisateurs ;
- l'équipement des salles techniques et d'hospitalisation avec du mobilier robuste, tout en respectant les exigences en asepsie ;
- en cas de réhabilitation ou transformation des infrastructures sanitaires, la récupération et la réparation du mobilier et de l'équipement biomédical sera préconisée. Le complément en mobilier et équipement servira surtout à rendre fonctionnels les nouveaux services ;
- la préconisation des équipements aptes à recevoir une alimentation en énergie solaire, par exemple les radios de communication, les chambres froides, la lumière, etc. ;
- la dotation d'un stock initial de consommables et médicaments pour les infrastructures sanitaires ciblées ;
- la livraison de l'ensemble de l'équipement fonctionnel à condition qu'une équipe complète soit présente dans l'infrastructure concernée.

Par rapport à certains équipements, une attention particulière sera accordée à l'inclusion d'un équipement de réanimation du nouveau-né, dans l'équipement de base des HD et des CSI.

Concernant **l'équipement de radiologie**, le PARSS introduira des appareils de radiographie numérique directe²⁵ dans les HD. La radiologie digitale fonctionne avec un système d'acquisition directe d'images numériques et couvre 95% des examens radiologiques traditionnels. Le système est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²⁶ et sa faisabilité et son coût-efficacité ont été démontrés dans d'autres contextes ruraux en Afrique. Grâce au système d'alimentation sur batteries, ces appareils peuvent être utilisés dans des zones où l'alimentation électrique continue est incertaine. Ainsi, le PARSS apportera une certaine innovation au niveau des DS. Ces installations concernent les 4 HD ciblés et le HD d'Ouallam comme centre de formation.

Concernant les **meubles**, ils seront fabriqués sur place comme les lits, tables d'examen, charriots, matelas, poteaux de perfusion, tables et chaises afin de stimuler l'économie locale et de réduire les coûts de transport.

Concernant **les médicaments et les consommables**, le PARSS suivra la liste nationale des

²⁴ Pour chaque type de structure sanitaire, le MSP a élaboré les normes applicables à l'équipement biomédical, aux meubles, aux médicaments et consommables. Le PARSS fournira l'ensemble des équipements et consommables nécessaires selon ces normes.

²⁵ Exemple DigiMedX <http://www.medex.be/fr/digimedx.php>

²⁶ L'OMS l'a analysé et certifié comme répondant à ses spécifications (WHO/DIL/00.1 Rev1).

Médicaments essentiels génériques²⁷ (MEG) qui existe pour chaque type de structure sanitaire. En fournissant un stock initial de 5 mois pour les deux nouveaux HD, le PARSS leur permettra de fonctionner immédiatement. Pour les deux autres hôpitaux, le PARSS les approvisionnera en fonction des besoins individuels. Pour les CSI transformés, le PARSS fournira les médicaments et consommables supplémentaires suite aux transformations. Pour la commande, le PARSS suivra les procédures du MSP, qui a conclu une Convention spécifique avec l'ONPPC, pour faire des commandes régulières sans devoir répéter de MP.

2.4.3 Appui à la réorganisation des districts sanitaires

Les découpages administratifs et les investissements en infrastructures visant à augmenter la couverture sanitaire changeront les **cartes sanitaires des DS** dans la zone d'intervention du PARSS : deux nouveaux districts seront créés, des CS ciblées deviendront des CSI type I et des CSI type I ciblés seront transformés en CSI types II. Les changements (extensions) auront lieu à différents niveaux :

Sur le plan des **ressources humaines** : du nouveau personnel sera affecté aux structures transformées afin de répondre aux normes qui stipulent les responsabilités et activités additionnelles. Un CSI type I, qui est transformé en CSI type II, recevra en complément deux sages-femmes, un technicien d'hygiène et d'assainissement, un laborantin et une infirmière certifiée. Dans le cas où le CSI type II est situé dans une grande commune, un médecin pourra y être affecté également. Ces nouvelles équipes devront s'organiser et faire fonctionner leurs services de soins. De plus, deux nouvelles ECD se formeront dans les nouveaux districts de Gotheye et Damagaram Takeye lors du découpage.

Sur le plan **de l'offre des soins** : les transformations élargiront les paquets d'activités et les services à offrir dans chaque structure transformée, comme la possibilité de mise en observation, le service de laboratoire, l'organisation des consultations foraines, la provision des activités de SSRAJ, etc. (voir tableau 1.2.1.1.).

Une **adaptation et réorganisation au niveau du DS** concernant le planning des activités des ECD, le système de référence et contre-référence, les médicaments à commander et à rendre disponibles, et l'organisation du système de supervision et de formation continue seront inévitables.

Le PARSS s'inscrira dans ce processus de réorganisation des DS à travers sa participation aux ateliers annuels de planification (micro-planification) et son appui aux ECD. Ainsi, le PARSS appuiera les efforts en vue de faire fonctionner les structures sanitaires construites et transformées, afin qu'elles puissent offrir immédiatement les nouveaux services de soins conformes aux politiques nationales. Le PARSS se concentrera sur le système de supervision intégrée des CSI réalisé par les ECD et sur les consultations foraines faites par les CSI vers les CS (résultats 4 - 6). Les apports techniques en santé publique seront fournis par les projets de PAI et PFAS. Une étroite collaboration et synergie explicite seront recherchées.

2.4.4 La maintenance

2.4.4.1 Stratégie générale de la maintenance

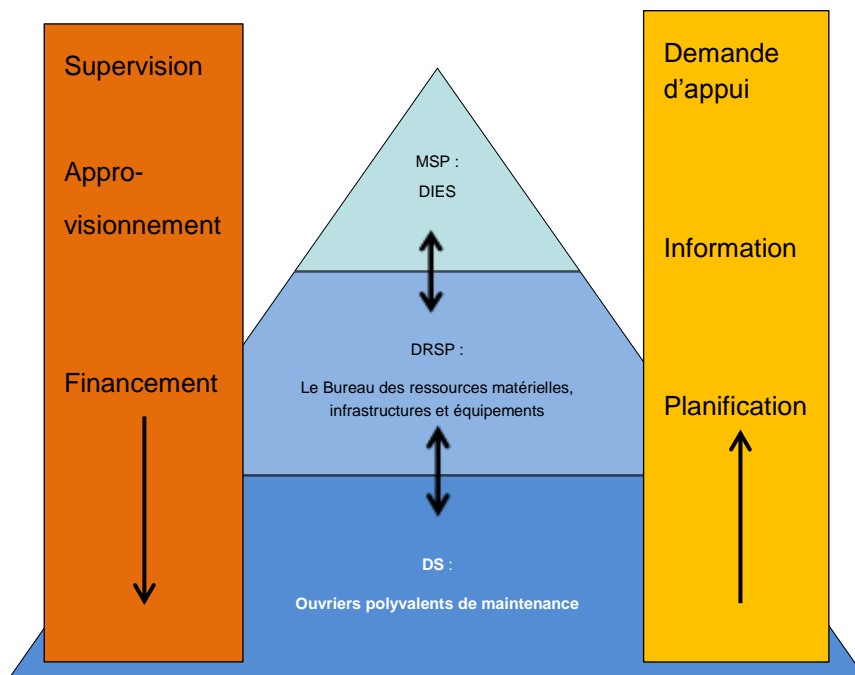
La maintenance est un réel problème dans beaucoup de pays subsahariens. Les problèmes se situent au niveau des RH disponibles, des allocations budgétaires insuffisantes et du manque de décentralisation des procédures administratives, financières et techniques.

²⁷ Révisée en 2008, Direction de la Pharmacie des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle

Afin d'obtenir l'amélioration du système de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux, du matériel d'exploitation et du parc automobile, ainsi que le renforcement du partenariat communautaire/secteur privé/État au niveau régional et du district, il sera nécessaire de mettre en œuvre une **stratégie systémique et globale**. Les services biomédicaux doivent répondre à de nombreuses exigences réglementaires quant à la qualité et la sécurité des soins de manière à satisfaire aux attentes des patients, du personnel médicotechnique et administratif. Pour cela, il est nécessaire de maîtriser l'ensemble du processus qui contribue à produire une prestation de qualité reconnue par l'ensemble des acteurs.

Le PARSS interviendra à **tous les niveaux** : au niveau national en appuyant la DIES dans le développement et la mise en œuvre des politiques nationales ; au niveau régional en appuyant la DRSP dans la gestion, planification, supervision et le M&E des Partenariats publics et privés (PPP) et l'encadrement de l'ingénieur responsable du Bureau des ressources matérielles, infrastructures et équipements ; et enfin, au niveau opérationnel (DS) en fournissant l'encadrement et la formation des OPM, l'équipement en termes de motos et d'outils de maintenance ainsi qu'à travers des financements destinés aux activités de maintenance. Les **liens et interactions** entre les trois niveaux seront renforcés à travers un appui à la supervision en termes d'approvisionnement en moyens et outils de gestion, de communication et de suivi. Ainsi, le PARSS mettra à disposition les moyens nécessaires et se concentrera sur l'amélioration des interactions entre les différents niveaux afin de mieux faire fonctionner le système de maintenance. Le schéma ci-dessous expose les trois niveaux et les liens entre eux.

Le modèle souhaitable du système de la maintenance



Les activités de maintenance préventive et curative seront financées par le PARSS à travers des **microprojets de maintenance** dans les quatre régions de la zone d'intervention. Les interventions s'inscriront dans un cadre/une approche de **Recherche-Action** (RA) avec un système de monitoring et de suivi intensif.

2.4.4.2 La Recherche-Action

Le schéma suivant présente le cycle classique d'une RA. L'implémentation de la RA sera réalisée dans toutes les régions ciblées par le projet. Chaque élément de la RA est précisé ci-dessous.

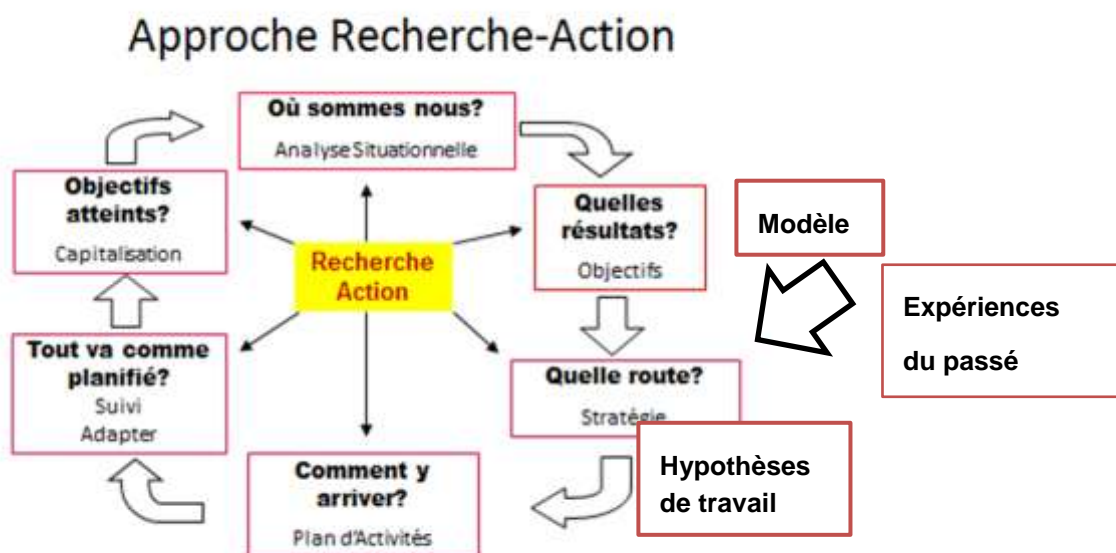


Figure 4 : dynamique cyclique de la recherche action

L'**analyse situationnelle** a montré plusieurs défis. Un des défis les plus importants est sans doute le financement de la maintenance qui est insuffisant et pas assez décentralisé pour répondre aux besoins du niveau opérationnel d'une façon flexible et satisfaisante. Un deuxième défi est le manque absolu de personnel qualifié au niveau intermédiaire (régional) qui, de plus, joue insuffisamment son rôle en termes de supervision et d'encadrement du système de maintenance au niveau des districts. Un troisième défi est l'absence virtuelle d'une supervision systématique et régulière faute de moyens et de personnel qualifié. Les rôles et responsabilités de chaque niveau doivent être explicités et mis en œuvre. Les autres défis sont les lacunes dans les systèmes d'approvisionnement, les outils de rapportage et la planification.

Une nouvelle analyse situationnelle plus détaillée sera menée au démarrage de la RA afin de mieux comprendre les enjeux, mais aussi dans l'optique d'établir une « **Baseline spécifique** », qui servira de « stocktaking » ou d'inventaire de tous les aspects de la maintenance et partant, de compléter les données existantes. Les données collectées seront utilisées pour la formulation des **indicateurs de suivi et d'évaluation** de la RA.

Le **modèle** que la RA souhaite mettre en place est celui du système de maintenance qui s'approche le plus de la situation réaliste et souhaitable en tenant compte du contexte du Niger. Ce modèle est discuté, négocié avec toutes les parties prenantes au début du processus pour être sûr que les attentes, perceptions et résultats à atteindre sont clairs et identiques pour tous les acteurs. Le modèle correspond au schéma pyramidal présenté ci-dessus dans la section de la stratégie générale du PARSS.

Le Niger dispose déjà de certaines **expériences** dans le domaine de la maintenance, qui serviront la RA :

- Au niveau des communautés, certains comités de gestion financent déjà de petits travaux de maintenance dans leur structure sanitaire, quand le taux de recouvrement des coûts le leur permet. Il ressort toutefois que les ressources générées à partir d'un seul centre de santé ne pourront pas subvenir aux charges de la maintenance eu égard à la valeur patrimoniale.
- Certaines expériences sont également disponibles au niveau départemental (Dosso) où le système de la maintenance était organisé de façon décentralisée et flexible avec un rôle important dévolu au niveau intermédiaire.
- Suite aux expériences d'ateliers de maintenance au niveau des DS à Ouallam et à Dosso, le Niger a généralisé ces ateliers, y compris les PMO sur son territoire. Leur fonctionnement effectif est sujet à évaluation.

Sur la base des données de la Baseline, du modèle et des expériences du passé, des **hypothèses de travail** seront formulées afin de tenter de relever les défis les plus importants. Ainsi, la RA vise à résoudre l'insuffisance de ressources financières et le manque de flexibilité au niveau opérationnel, le rôle et le fonctionnement du niveau intermédiaire et la supervision à chaque niveau.

Les outils de gestion et de monitoring seront développés et diffusés ; les **activités** de maintenance seront financées par un fonds de maintenance (voir les détails dans la prochaine section) et les moyens seront fournis pour la supervision.

Un apport d'expertise, sous forme d'un consultant doté d'une expertise en santé publique et en maintenance et possédant de l'expérience en RA, sera nécessaire afin d'accompagner le processus de la RA. La première mission sera combinée avec la première mission de Backstopping effectuée par la cellule santé de la CTB à Bruxelles.

Les expériences et l'évidence de la RA seront insérées dans un **rapport de recherche**. Les résultats escomptés de la RA seront décrits dans le rapport ; ils portent sur :

- les RH : une vision claire du rôle et de la distribution des tâches à chaque niveau, un calcul de la charge de travail, les besoins réels en nombre de RH (il est évident que les RH font surtout défaut aux niveaux intermédiaire et national), y compris les profils ;
- le financement de la maintenance : les besoins et les procédures de mise en œuvre basés sur des mécanismes décentralisés ;
- le M&E : présentations des outils de rapportage et suivi, et proposition d'indicateurs à intégrer au SNIS ;
- la supervision : l'organisation et les besoins, essentiellement sur le plan des RH et des finances.

Le rapport de recherche sera partagé avec le niveau central afin d'influencer le dialogue technique sur les politiques existantes. C'est ici qu'une synergie est recherchée avec le projet PAI. Ce projet d'appui institutionnel avec ancrage au sein du MSP est bien placé pour traduire les expériences prometteuses du terrain en propositions de politiques ou stratégies nationales (**capitalisation**).

2.4.4.3 Des microprojets de maintenance

Un **fonds de maintenance** sera créé afin de rendre disponibles des financements nécessaires pour des **microprojets** de maintenance dans les quatre régions. Le but est de créer un fonds dynamique et accessible, géré à un premier stade en dehors de la comptabilité publique nationale, et de surmonter l'insuffisance des allocations étatiques trimestriellement affectées aux régions, mais très difficiles à mobiliser. Au démarrage du PARSS, les procédures applicables à ces microprojets seront négociées avec les districts et régions de la zone d'intervention du PARSS : chaque dossier soumis pour un financement sera évalué par le PARSS, la DIES et les responsables de maintenance régionaux selon

des critères bien établis. Un dossier contiendra des activités de maintenance préventive ou curative pour un maximum d'un an et de 6.000 euros par dossier. Un district pourra soumettre différents dossiers pour un montant maximal de 10.000 euros par an. Le microprojet sera financé sur la base de l'évaluation du dossier. Un système de suivi et d'audit sera planifié systématiquement. Dans le cadre des synergies entre les trois projets, les services de maintenance à Ouallam seront eux aussi mis à jour.

Les modalités de financement de ces microprojets peuvent être schématisées comme suit :



Figure 5 : fonds de maintenance - étapes pour mise en œuvre

Les microprojets seront intégrés aux PAA afin d'éviter des procédures lourdes et un système parallèle. L'organisation de la soumission et l'évaluation des dossiers entre janvier et juin de chaque année permettra qu'en septembre, les microprojets acceptés soient inscrits aux PAA pour l'année suivante.

2.4.4.4 Les ressources humaines

Tous les OPM sont déjà recrutés et sur place dans les DS. Les ingénieurs responsables au niveau DRSP font, par contre, défaut dans la plupart des régions. Le MSP a pris l'engagement de recruter les ingénieurs responsables au niveau de la DRSP afin que le niveau régional puisse jouer son rôle. La vague de recrutements de fonctionnaires pour le secteur de la santé actuellement en cours constitue une belle opportunité de mettre en place ces cadres.

Les ateliers de formation seront organisés au début de l'intervention afin de renforcer les capacités des cadres de maintenance et de diffuser les procédures des microprojets. Des lieux de stage de courte durée seront créés dans différents domaines de maintenance.

2.5 Les bénéficiaires de l'intervention

2.5.1 Les bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs du PARSS sont les directions centrales du MSP comme la DEP, la DIES, la Direction Générale Santé Publique (DGSP) et les directions régionales, les districts sanitaires ainsi que les structures sanitaires opérationnelles (HD et CSI).

2.5.2 Les bénéficiaires indirects

Les bénéficiaires indirects du PARSS sont les autorités administratives décentralisées, leurs partenaires et l'ensemble des communautés de la zone d'intervention du projet avec un accent particulier sur les mères et enfants. Ils bénéficieront ainsi d'une prise en charge de meilleure qualité de leurs problèmes de santé et d'une proximité optimale.

2.6 Localisation de l'intervention

Le projet avec l'équipe d'exécution sera localisé au niveau central du MSP et cible quatre régions et neuf districts sanitaires :

- Zinder : Mirriah (Damagaram Takeya) & Magaria
- Maradi : Dakoro & Mayahi
- Dosso : Gaya & Loga
- Tillabéry : Téra (Gotheye), Filingue, Ouallam

Les districts sont sélectionnés sur la base du poids démographique élevé et du faible taux de couverture sanitaire, où la majorité de la population n'a pas accès à une structure de soins de référence avec un plateau technique acceptable. 68% de la population nigérienne habitent dans ces quatre régions ; 27% dans ces neuf districts. Le DS, Ouallam qui se situe dans la région de Tillabéry, a 10 CSI de démonstration et de stage autour du centre de formation, appuyé par le PFAS. Ainsi, Ouallam entre en ligne de compte dans la zone d'intervention pour quelques activités ponctuelles (radiologie numérique, mise au point du système de maintenance local et quelques formations).

Tableau 15 : localisation de l'intervention PARSS

Régions	Districts	HD	CSI type I et II	CS	Population	Couverture sanitaire, %
Dosso	5	5	120	399	2.078.339	44
	Gaya	1	22	69	360.422	52
	Loga	1	17	36	190.459	51
Tillabéry	6	6 (5 BLOC FONCT)	178/167	410 (384)	2.627.857	43
	Filingué	1	32	77	581.242	49
	Téra	1	32	73	579.658	
		Gotheye	Sera un nouveau DS			
	Ouallam	1	25	53	383.632	
Zinder	6	5	133	502	3.012.056	37,12
	Mirriah	1	36	132	832.346	30,40
		Damagaram Takeya	Sera un nouveau DS			
	Magaria	1	21	128	719.056	30,36
Maradi	7	6	124	469 (436)	3.200.000	40,30
	Dakoro	1	20	130	606.862	
	Mayahi		25		546,826	
Total					4.707.518 (27%)	

3 PLANIFICATION OPERATIONNELLE

Le projet est conçu dans une logique d'harmonisation entre bailleurs, s'inscrivant dans un programme global visant à soutenir et renforcer l'approche sectorielle du MSP.

3.1 Objectifs de l'intervention

3.1.1 Objectif général

Une offre de soins et de services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables.

3.1.2 Objectif spécifique

La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.

3.2 Résultats attendus

- Résultat 1 : Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés.
- Résultat 2 : Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés.
- Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé..
- Résultat 4 : Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés
- Résultat 5 : Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.
- Résultat 6 : La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés..

3.3 Activités à mettre en œuvre

Les résultats et activités sont directement liés aux constats dressés dans la section « Analyse de situation », d'une part, et aux orientations stratégiques définies dans le chapitre 2, d'autre part.

Six résultats contribueront à atteindre l'objectif spécifique.

Les éléments descriptifs et stratégiques des résultats et des activités sont présentés dans ce chapitre. Les activités et sous-activités essentielles sont présentées dans le cadre logique (en annexe). Les moyens nécessaires à leur accomplissement seront détaillés dans le tableau du budget et leur planification figurera dans le chronogramme présenté dans le cadre du budget total (en annexe).

3.3.1 Résultat 1 : Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés

3.3.1.1 Activité 1.1 : Conception des hôpitaux de district et suivi technique

Les activités de construction et réhabilitation des 4 HD ciblés seront menées en respectant les priorités et les approches décrites dans le chapitre 2.4.1 « Investir dans l'infrastructure de santé », sur une base au cas par cas. Il s'agit de 2 nouveaux HD, un à Goteye dans la région de Tillabery et un HD à Damagaran Tokeyo, région de Zinder et 2 HD à réhabiliter, les HD de Gaya et Loga dans la région de Dosso)

Les activités élaborées ci-dessous sont également présentées dans un tableau GANTT. Ce tableau présente une étude de faisabilité concernant le processus de construction, illustrant le chronogramme, les subordonnées, les destinations, etc. (voir annexe 7.2.1).

Schéma directeur et expertise technique

Le projet fera appel à une équipe d'experts couvrant différentes disciplines pour appuyer l'équipe de projet dans l'élaboration des différents schémas directeurs. L'expertise recherchée comprendra entre autres : l'architecture « sanitaire » et l'architecture « passive », à compléter par une expertise en énergies (renouvelables), en santé publique et en ingénierie biomédicale. L'équipe d'experts recherchés apportera une expérience internationale, tout en collaborant avec les professionnels locaux. Les termes de référence incluront (1) l'élaboration des schémas directeurs, (2) l'appui à leur intégration lors des études architecturales et techniques, (3) une étude de faisabilité des systèmes d'énergie hybrides et/ou solaires et (4) un appui à la conception architecturale passive lors des études architecturales et techniques. Ils seront basés sur les orientations stratégiques du présent DTF (voir chapitre 2).

L'appel à cette expertise fera l'objet d'un marché public de services selon la législation belge. Une bonne prospection du marché est requise. La mission de l'équipe inclura des visites de terrain dans les districts ciblés. L'élaboration des plans précédera les études architecturales et techniques, et pourra être conclue dans un délai de 4 mois au maximum. Une expertise pointue sera ainsi fournie lors de ces études.

Vu le caractère de recherche exploratoire, la conception desdits plans devra faire l'objet d'une participation active tant des services nationaux et régionaux (DGSP/DEP/DIES/DRSP au Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Urbanisme, Logement et Assainissement, le NIGELEC ...) que des futurs bénéficiaires (ECD, le personnel, le comité de santé et de gestion, etc.). La mise en place sera initiée, coordonnée et suivie par la direction du projet.

Études architecturales et techniques

Cette activité fera appel à un ou plusieurs bureaux d'architectes et d'ingénieurs de qualité

- ayant déjà réalisé des bâtiments publics sanitaires d'ampleur similaire ;
- apte à concevoir un bâtiment assurant le confort thermique de ses usagers et suivant les recommandations environnementales incluses dans le DTF ;
- capable de préparer une demande de permis de bâtir ;
- et de mettre à disposition du personnel de suivi compétent lors de la mise en œuvre du chantier.

Un MP de services sera lancé conformément à la législation belge. La prospection rigoureuse du marché et la capitalisation des études antérieures auprès du MSP faciliteront le bon déroulement de ces prestations. Il est recommandé de lancer ce MP simultanément à l'élaboration des schémas directeurs, ce qui permettra d'entamer les études détaillées à l'issue de ces plans. Les études pourront ainsi être conclues dans un délai de 6 mois au maximum.

La conception détaillée (= l'avant-projet détaillé APD) suivra les lignes de force, les plans de masse (= les avant-projets) et d'autres orientations du schéma directeur, et intégrera les orientations et questions stratégiques de ce DTF (voir chapitre 2.4.1.1. « Stratégie de conception des HD »). Ainsi la mission d'étude disposera des états des lieux et des avant-projets, ce qui permettra d'avancer davantage.

Elles devront faire l'objet de consultation par les services compétents (DIES, DRULA, NIGELEC...) et les futurs bénéficiaires (ECD). Les APD seront supervisées par la direction du projet, qui donnera un avis technique. Les études et spécifications techniques (= le projet définitif PD) pourront, selon les dispositions de la CTB, être contrôlés par un bureau d'études indépendant. Il est prévu que le bureau d'ingénieurs et d'architectes en charge de la conception sera également en charge du suivi technique des travaux.

Le budget pour cette activité comprend les honoraires du bureau d'ingénieurs et d'architectes, en ce inclus tous leurs déplacements tant lors de la phase de conception que la phase de chantier. Il prévoit également les frais des consultances, entre autres relatifs au schéma directeur et à l'expertise technique, et à l'éventuel bureau de contrôle technique.

Communication et capitalisation

La recherche et la méthodologie de conception de PARSS ont le potentiel d'explorer et de piloter des technologies alternatives comme l'architecture passive, l'énergie renouvelable, les technologies alternatives de construction etc. Le projet PARSS pourra servir de recherche-action à ce sujet, et appuyer la capitalisation auprès les différents acteurs. A cet égard, une attention particulière sera mise sur la sensibilisation et renforcement des capacités de DIES, DRSP et les ECD concernés tout le long du processus de construction. Lors de la conception, référence sera faite aux méthodes actuelles internationales et leur intégration dans le contexte du Niger. Le projet réfèrera ainsi aux chartes et normes internationales en termes de santé publique, d'environnement, de droit de l'homme, et la protection du personnel en rapport avec la conception en architecture sanitaire. Le projet appuiera les partenaires à intégrer ces politiques ou principes généraux dans son contexte.

Le PARSS stimulera les services concernés dont DIES, DRSP et les ECD à évaluer les approches et méthodologies. Il appuiera l'élaboration de guide de conception des infrastructures sanitaires futures par le partenaire. Le PARSS organisera des séances de sensibilisation et d'évaluation concernant les approches et technologies alternatives, par exemple, l'architecture passive, la gestion des flux dans la conception d'architecture sanitaire, la gestion des déchets hospitaliers, les alternatives en apports d'énergie, la maintenance des infrastructures et leurs équipement, etc. La sensibilisation ciblera autant les professionnels de la construction que les usagers futurs.

3.3.1.2 Activité 1.2 : Réalisation des travaux

Cette activité fera appel à une ou plusieurs entreprises de construction de qualité ayant déjà réalisé des bâtiments publics d'ampleur similaire (les critères de sélection incluront l'expérience sur ouvrages similaires, les années d'expérience, le matériel, le personnel disponible, etc.).

Un MP de travaux sera lancé selon les mécanismes du code nigérien et les modalités de cogestion de la CTB décrites au chapitre 5. L'attribution se fondera a priori sur la qualification technique et le coût. Vu le montant des travaux, un appel d'offres international sera requis suivant multiples lots. La possibilité de combiner plusieurs lots peut être envisagée moyennant des critères adaptés concernant la qualification technique. La CTB consacrera les ressources humaines et l'attention nécessaire pour assurer une passation de marché répondant aux normes techniques et d'intégrité requises – y compris la vérification intégrale des critères d'éligibilité et de sélection.

Dans le cas où le débit des forages existants ne suffirait pas pour alimenter les nouveaux HD, il faudra également lancer un MP pour la réalisation de forages.

Un suivi de chantier professionnel est un prérequis indispensable à la qualité finale de l'ouvrage. La surveillance des travaux de construction/réhabilitation sera effectuée de manière coordonnée par

toute une série d'acteurs :

- Un ingénieur qualifié, recruté par le bureau de l'architecte en charge de la conception pour une inspection régulière ;
- inspection quotidienne par un représentant de l'ECD (voir chapitre 2.4.1.4 Contribution locale) qui rapportera directement à l'ingénieur du projet ;
- un ingénieur du PARSS qui fera des inspections hebdomadaires (comme maître d'œuvre) ;
- un représentant du MSP (DRSP, DIES) pour un contrôle ponctuel ;
- des contrôles aléatoires réalisés par l'expert international recruté par le projet.

Le projet définira soigneusement les rôles et responsabilités de ces différents niveaux d'inspection. Pour que le suivi fonctionne correctement, il importe d'utiliser effectivement une méthodologie et des outils de suivi (cahier de chantier, fiches d'évaluation, PV de réunion...) appropriés (voir notamment le guide de la CTB pour les ouvrages). Dans ce cas, le bureau de contrôle de qualité sera associé à la réception provisoire.

Les travaux pourront ainsi être conclus dans un délai d'un an (réhabilitations) ou de 18 mois (constructions) au maximum.

Le budget pour cette activité est basé sur un prix estimatif de construction par mètre carré²⁸, en tenant compte des standards de construction requis.

Concernant le processus de construction, le projet veillera au respect de la sécurité et de la santé sur chantiers, tout en faisant référence à la législation nationale en vigueur (Ordonnance no 96-039 du 29 juin 1996 portant Code du travail).

3.3.1.3 Activité 1.3 : Fourniture et aménagement de l'équipement biomédical, des meubles et du matériel logistique aux HD

Fourniture du mobilier

Cette activité impliquera le recrutement d'un ou de plusieurs entreprises de menuiserie de qualité.

Un marché public de fournitures sera lancé selon le code nigérien (appel d'offres national) et les modalités de cogestion de la CTB décrites au chapitre 5. Les ateliers capables de fabriquer localement seront sensibilisés et encouragés à soumissionner. Cette approche permettra de stimuler l'économie locale et d'atténuer l'impact environnemental du transport à longue distance.

Vu l'ampleur du marché, il est recommandé de l'organiser en différents lots par région et par métier (p.ex. bois, acier). Une prospection approfondie du marché local portant sur les capacités techniques, la capacité d'absorption du volume des commandes, l'espace de stockage et la gestion facilitera la bonne organisation des lots et un déroulement optimal de ces prestations. La possibilité de combiner les lots peut être envisagée moyennant des critères adaptés concernant la qualification technique. L'attribution sera fondée sur la qualification technique et le coût.

Afin d'assurer une bonne coordination entre fourniture du mobilier et finalisation des travaux, ce marché prendra la forme d'un contrat-cadre avec établissement de bons de commande par infrastructure sanitaire ciblée. Ainsi, la fabrication et la livraison suivront le rythme des travaux. L'objectif est d'organiser la livraison peu après la réception provisoire des bâtiments. Ce contrat-cadre fixera le prix unitaire par meuble, incluant éventuellement une formule de révision, ainsi que le délai de livraison à respecter. Les termes de référence stipuleront le modèle et les spécifications techniques

²⁸ Pour le PARSS une valeur estimative par mètre carré de 600 € est retenue après la réunion de validation du 24/08/2012.

par type de mobilier.

La mise en place de fourniture de mobilier sera initiée, coordonnée et suivie par la direction du projet (experts en infrastructures), en dialogue avec la DEP, la DIES et les DRSP. Les livraisons feront l'objet d'un avis de conformité à la réception par le maître d'ouvrage ainsi que le bénéficiaire.

Le budget pour cette activité comprend la production du mobilier, ainsi que sa livraison et installation sur site.

Fourniture de l'équipement biomédical

Les deux nouveaux HD à Gotheye et Damagaram Takeya seront équipés, selon les normes nationales existantes, avec de l'équipement biomédical et du matériel logistique, comme les véhicules pour la supervision et les ambulances pour les références d'urgence. Les deux HD à réhabiliter à Gaya et Loga seront équipés selon les besoins individuels.

Un marché public de fourniture sera lancé selon les mécanismes du code nigérien (appel d'offres international) et les modalités de cogestion de la CTB décrites au chapitre 5. Vu la variété d'équipements requis, il est recommandé d'organiser ce marché en différents lots suivant le type d'équipement (p.ex., radiologie, chirurgie...).

Afin d'assurer une bonne coordination entre fourniture d'équipements biomédicaux, ce marché prendra la forme d'un contrat-cadre avec établissement de bons de commande par infrastructure sanitaire ciblée. Ainsi, la fabrication et la livraison suivront le rythme des travaux. L'objectif est d'organiser la livraison peu après la réception provisoire des bâtiments. Ce contrat-cadre fixera le prix unitaire par équipement – définissant éventuellement une prime de transport variable par région ciblée – ainsi que le délai de livraison à respecter. Il pourrait inclure une formule de révision des prix. Les termes de référence stipuleront le modèle et les spécifications techniques par type d'équipement.

La mise en place de fourniture d'équipement biomédical sera initiée, coordonnée et suivie par la direction du projet, en dialogue avec la DEP, la DIES et les DRSP. L'équipe fera appel à un expert externe afin d'aider à l'élaboration des termes de référence et la passation du marché. Cette consultance sera effectuée moyennant un marché public de services selon le droit belge.

Les livraisons feront l'objet d'un avis de conformité à la réception par le maître d'ouvrage ainsi que le bénéficiaire.

Une formation technique axée sur la bonne utilisation et l'entretien accompagnera la livraison. L'organisation de cette formation suivra l'approche en cascade, ciblant des formateurs de formation auprès de la DRSP et/ou l'ECD. Les formateurs restitueront ces formations auprès du personnel médical et technique.

Pour les équipements hautement spécialisés, un contrat de maintenance sera inclus dans le marché.

Les sous-activités seront les suivantes :

- consulter un expert (un maximum de 2 missions et 24 jours sont budgétisés) ;
- compiler des listes des besoins et développer les Termes de référence (TdR) ;
- lancer les MP : pour l'équipement biomédical et la fabrication locale des meubles ;
- fournir l'équipement après les travaux ;
- donner les formations.

Le montant maximum prévu pour cette activité figure dans le budget sous chapitre 4.1. et comprend le prix d'achat des équipements, leur livraison par site et la formation technique aux utilisateurs.

3.3.1.4 Activité 1.4 : Fournir un stock initial de 5 mois en médicaments et consommables médicaux pour les HD.

Les deux nouveaux HD à Gotheye et Damagaram Takeya reçoivent un stock de démarrage en médicaments et consommables médicaux pour 5 mois selon la liste standard des MEG des HD, et ce, à condition que le personnel affecté se trouve sur place. Les deux autres HD reçoivent aussi des médicaments, mais en fonction des besoins individuels.

Quant à la commande, le PARSS se référera aux procédures du MSP, notamment à la Convention spécifique conclue avec l'ONPPC facilitant des commandes régulières.

Le projet travaillera en étroite collaboration avec les AT santé publique à la CTB pour la mise en place des fournitures de ce stock.

Les sous activités-seront les suivantes :

- compiler une liste de commandes ;
- lancer la commande auprès de l'ONPPC ;
- assurer la fourniture après les travaux.

Le montant maximum pour cette activité comprend le prix d'achat des produits ainsi que leur livraison par site.

3.3.2 Résultat 2 : Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés

Les activités de réhabilitation et de transformation des CSI seront menées en respectant les priorités et les approches décrites dans le chapitre 2.4.1 « Investir dans l'infrastructure de santé », sur une base au cas par cas.

Les activités élaborées ci-dessous sont également présentées dans un tableau GANTT. Ce tableau présente une étude de faisabilité concernant le processus de construction, illustrant le chronogramme, les subordonnées, les destinations, etc. (voir Annexe 7.2.1).

3.3.2.1 Activité 2.1 : Conception et suivi technique des CSI et CS ciblés

Les activités élaborées ci-dessous sont également présentées dans un tableau GANTT illustrant le chronogramme, les subordonnées, les destinations, etc. (voir Annexe 7.2.1).

Identification et programmation

L'objectif de cette activité est d'établir le programme d'investissements relatif aux CSI pour le projet. Il s'agit d'identifier les sites d'intervention et de définir les travaux prioritaires par site.

Cette activité sollicitera une expertise en santé publique ainsi qu'en infrastructures. Sa mise en place sera coordonnée par la Direction du projet PARSS.

Vu l'impact des investissements sur la carte sanitaire, l'élaboration du programme des réhabilitations et transformations des CSI par le PARSS devra faire l'objet d'une participation active des services nationaux et régionaux compétents du Ministère de la Santé Publique (DGSP/DEP/DIES/DRSP/ECD). En vue de faciliter la participation et la prise de décisions, la Direction du projet constituera une commission de programmation. Cette commission aidera à conclure les étapes de planification visant à l'élaboration du programme d'investissements, notamment :

- Lister les investissements relatifs aux CSI actuels ou futurs

Comme élaboré au « 2.1 Alignement sur la politique nationale », le PDS 2011-2015 inclut une longue liste d'investissements. Certains investissements sont déjà en cours, ou ne sont plus pertinents. Chaque année est établi un PAA invitant les PFT à prendre en charge certains investissements. Le MSP fournira une liste actualisée d'investissements basée sur ses outils de planification et programmation en cours.

- Réaliser l'étude de faisabilité technique

L'étude de faisabilité technique impliquera une analyse technique sur le terrain afin d'actualiser l'état des lieux et d'élaborer la stratégie de l'intervention en matière de travaux de construction et/ou de réhabilitation. Cela permettra d'informer davantage sur la sélection et la priorisation. L'équipe de projet épaulera la DIES, les DRSP et les ECD ciblés pour dresser une analyse systématique.

- Valider des critères d'éligibilité, leur ordre de priorité et leur valeur de pondération sur la base desquels une matrice d'éligibilité des CSI pourra être constituée

Une liste de critères d'éligibilité relative au financement par ce projet a été élaborée lors de la phase de formulation – voir chapitre 2.4. « Amélioration de l'accès aux soins ». La commission de programmation aura l'opportunité de l'actualiser.

- Sélection et priorisation des CSI à programmer par le PARSS

Cette sélection sera basée sur une analyse desdits critères d'éligibilité.

Se référant à la définition du taux de couverture sanitaire, la sélection sera, en principe, organisée de manière transversale, c'est-à-dire tous districts et typologies de CSI confondus.

La matrice sera un outil devant alimenter le débat autour de la sélection des CSI à supporter, vu que les catégories, les normes et les indicateurs négligent parfois la complexité de la réalité sur le terrain. La matrice fera l'objet d'une validation par 'argumentation' au sein de la commission de programmation.

Le programme listera par ordre de priorité les CS à transformer et les CSI à réhabiliter et transformer par le PARSS. Ce programme restera cependant indicatif dans la mesure où le budget consacré à ce programme est limité. La priorité est donnée aux HD et le solde sera utilisé pour les CSI.

Les étapes de l'identification et de la programmation prendront du temps. Les 6 premiers mois du projet mettront l'accent sur cet exercice.

Le programme sera dès lors exécuté en 2 ou 3 phases (voir ci-dessous) et la planification et l'attribution des travaux respecteront l'enveloppe budgétaire.

Études architecturales et techniques

Cette activité fera appel à un ou plusieurs bureaux d'architectes et d'ingénieurs de qualité

- ayant déjà réalisé des bâtiments publics sanitaires d'ampleur similaire ;
- apte à concevoir un bâtiment veillant au confort thermique de ses usagers et suivant les recommandations environnementales incluses dans le DTF ;
- capable de réaliser un permis de bâtir ;
- et de mettre à disposition un personnel de suivi compétent lors de la mise en œuvre du chantier.

Un marché public de services sera lancé selon la législation belge. Vu les conceptions requises, la

taille des bureaux et l'espace ciblé, il est recommandé d'organiser ce marché au minimum en deux lots regroupant les conceptions dans les régions de Dosso et Tillabéry, d'une part, et celles dans les régions de Maradi et Zinder, d'autre part. La possibilité de combiner les lots peut être envisagée moyennant des critères adaptés concernant la qualification technique. Il faudra veiller tout particulièrement au rapport entre la taille des lots choisis et les RH mises à disposition. Les études devront être conclues dans un délai de 6 mois au maximum.

Afin d'assurer une coordination rigoureuse de l'ensemble des réhabilitations et transformations, il est recommandé d'organiser les études et les travaux en deux ou trois phases (selon l'état d'avancement et l'enveloppe budgétaire), en regroupant au maximum les centres ciblés par région. La première phase d'étude concernera au maximum un tiers des centres ciblés et se concentrera sur deux régions – p. ex., Dosso et Zinder. À l'issue de l'élaboration de ces études, une première série de marchés publics et de travaux sera lancée. La deuxième phase d'étude sera lancée en parallèle à la passation des marchés de la première phase. Elle aussi concernera au maximum un tiers des centres ciblés et se concentrera sur deux autres régions – p. ex., Tillabéry et Maradi. À l'issue de l'élaboration de ces études, une deuxième série de marchés publics et de travaux sera lancée. La troisième phase d'étude sera lancée en parallèle à la passation des marchés de la deuxième phase. Elle finalisera le dernier tiers des centres ciblés dans les régions concernées.

La mise en place des études architecturales et techniques sera initiée, coordonnée et suivie par la direction du projet. Les termes de référence des études suivront les orientations de ce DTF. Afin d'orienter et de coordonner les études de manière efficace, ces termes de référence seront détaillées par centre, suite à des visites et recherches sur le terrain, et seront mis à disposition avant le démarrage des missions de conception par le bureau d'architectes et d'ingénieurs. En outre, une étude de faisabilité des systèmes d'énergie hybrides et/ou solaires pour les CSI sera fournie à travers une consultance complémentaire (voir activité A.01.01).

Les esquisses de conception détaillée (= l'avant-projet AP) devront faire l'objet d'une participation active tant des services compétents (DEP, DIES, DRSP, DRULA, NIGELEC...) que des futurs bénéficiaires (ECD, le personnel, le comité de santé et de gestion, etc.). Les avant-projets sommaires et définitifs seront suivis par l'équipe du projet (Experts infrastructures) qui donnera un avis technique. Les études et spécifications techniques (= le projet définitif PD) pourront, selon les dispositions de la CTB, être contrôlées par un bureau d'études indépendant. Il est prévu que le bureau d'ingénieurs et d'architectes en charge de la conception sera également en charge du suivi technique des réalisations des travaux.

Le budget pour cette activité comprend les honoraires du bureau d'ingénieurs et d'architectes, y compris tous leurs déplacements tant lors de la phase de conception que de la phase de chantier. Il est prévu que le bureau d'ingénieurs et d'architectes en charge de la conception sera également en charge du suivi technique des réalisations des travaux.

Communication et capitalisation

Comme pour la conception des HD, l'équipe du PARSS encouragera les services concernés, dont la DIES, les DRSP et les ECD, à évaluer les approches et technologies alternatives. Le projet appuiera l'élaboration d'un guide de conception des infrastructures sanitaires futures par le partenaire et sa diffusion auprès des professionnels et PTF au Niger.

3.3.2.2 Activité 2.2 : Réalisation des travaux

Cette activité impliquera le recrutement d'une ou de plusieurs entreprises de construction de qualité ayant déjà réalisé des bâtiments publics d'ampleur similaire.

Comme indiqué ci-dessous, l'engagement des entreprises sera organisé en deux phases - maximum

trois phases - afin de mieux gérer le processus de lancement et de suivi des travaux. Les marchés de travaux seront lancés via un appel d'offres international, selon les mécanismes du code nigérien et les modalités de cogestion, décrites au chapitre 5. L'attribution se basera sur la qualification technique et le coût. Vu le volume des centres, la taille des entreprises de la sous-région et l'espace ciblé, il est recommandé d'organiser les marchés en lots par CSI. La possibilité de combiner plusieurs lots peut être envisagée moyennant des critères adaptés concernant la qualification technique. La CTB consacrera les ressources humaines et l'attention nécessaire pour assurer une passation de marché répondant aux normes techniques et d'intégrité requises – y compris la vérification intégrale des critères d'éligibilité et de sélection.

Il faudra également lancer un marché pour la réalisation des forages pour les CSI qui ne peuvent pas être raccordés à une adduction existante.

Un suivi de chantier professionnel est un prérequis indispensable à la qualité finale de l'ouvrage. La surveillance des travaux de construction/réhabilitation sera effectuée de manière coordonnée par toute une série d'acteurs :

- un ingénieur qualifié recruté par le bureau de l'architecte en charge de la conception pour une inspection régulière ;
- inspection quotidienne par un représentant de l'ECD (voir chapitre 2.4.1.4 Contribution locale) qui rapportera directement à l'ingénieur de projet ;
- un ingénieur du PARSS qui fera des inspections hebdomadaires (comme maître de l'ouvrage délégué) ;
- un représentant du MSP (DRSP, DIES) pour un contrôle ponctuel ;
- les contrôles aléatoires par l'expert international recruté par le projet.

Le projet définira soigneusement les rôles et responsabilités de ces différents niveaux d'inspection. Pour que le suivi fonctionne correctement, il importe d'utiliser effectivement une méthodologie et des outils de suivi (cahier de chantier, fiches d'évaluation, PV de réunion...) appropriés (voir notamment le guide de la CTB pour les ouvrages). Dans ce cas, le bureau de contrôle de qualité sera associé à la réception provisoire.

Les travaux pourront ainsi être conclus dans un délai de 8 mois au maximum.

Le budget pour cette activité est basé sur un prix estimatif de construction par mètre carré²⁹, en tenant compte des standards de construction requis. Tandis que les travaux de réhabilitation et transformation sont diversifiés et à adapter par centre, il est évident que le nombre de centres ciblés demeure indicatif à l'étape de la rédaction de ce projet. Il sera fixé à l'étape des marchés publics.

3.3.2.3 Activité 2.3 : Fourniture et aménagement de l'équipement biomédical et des meubles aux centres transformés selon les normes nationales.

Vu que les MP relatifs à la fourniture de mobilier et d'équipement biomédical concernent tant les HD que les CSI ciblés, leurs détails sont décrits au résultat 1, section 3.3.1.3.

Les transformations consistent entre autres en une extension des bâtiments et des activités médicales. Le MSP a établi les standards qui stipulent les équipements biomédicaux et les meubles qui devront être disponibles dans chaque structure. Le PARSS fournira ce qui manque suite aux transformations. Par exemple, la transformation d'un CSI type I en type II consiste souvent à ajouter une maternité avec quatre salles (une salle de consultation, une salle de travail, une salle

²⁹ Sur base des estimations fournies lors de la mission : construction d'un CSI type 2 90 000 000 FCFA

d'accouchement et une salle post-accouchement) et un laboratoire. L'équipement et les meubles fournis serviront à faire fonctionner les extensions. Toutefois, exceptionnellement et en fonction du budget disponible, le PARSS pourra fournir des meubles et de l'équipement pour les services et fonctions existants.

Un budget estimatif moyen de 15.000 euros est prévu pour chaque CS transformée en CSI type I et de 10.000 euros pour un CSI type I transformé en type II.

3.3.2.4 Activité 2.4 : Fournir un stock de 5 mois en médicaments et consommables médicaux aux centres transformés selon les normes nationales.

La liste des MEG s'étend à chaque structure sanitaire transformée. Afin de rendre fonctionnelles, immédiatement après les travaux, les structures transformées, un montant de 5.000 euros maximum est prévu par structure, et ce, à condition que le personnel affecté se trouve sur place.

La commande sera faite à travers l'ONPPC, la centrale d'achats avec laquelle le MSP a conclu une Convention spécifique.

Les sous-activités seront les suivantes :

- compiler une liste de commandes ;
- lancer la commande auprès de l'ONPPC ;
- assurer la fourniture après les travaux.

Le montant de cette activité est détaillé sous le chapitre 4.1

3.3.3 Résultat 3 : Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.

Cinq activités permettront d'obtenir ce résultat.

3.3.3.1 Activité 3.1: Mener une Recherche-Action (RA)

Compte tenu des différentes étapes d'une RA, les sous-activités seront les suivantes :

1. Établir le protocole de la RA selon les différentes étapes ;
2. établir une Baseline spécifique ;
3. développer les outils de monitoring ;
4. organiser les suivis annuels ;
5. diriger un rapport de recherches ;
6. diffuser ce rapport de recherches.

Cette ligne budgétaire inclut les frais du **consultant** (2 missions de 10 jours à prévoir). Le consultant à recruter aura une expertise en santé publique et maintenance avec une expérience en RA. Il développera le cadre de la RA et de la Baseline spécifique, et suivra les différentes étapes de la RA. Les frais des ateliers de développement et de suivi de la RA seront inclus.

Un montant de 20.000 euros est prévu pour la Baseline intégré (voir ligne Z 04 01). Des primes d'encouragement pour la participation à la RA sont à intégrer dans les projets d'amélioration, financé par le fonds de maintenance.

3.3.3.2 Activité 3.2: organisation d'ateliers régionaux RA

Afin de bien permettre aux OPM et aux responsables régionaux de se familiariser avec la RA, et dans

un souci d'en arriver à des actions innovantes de manière participative, un budget séparé est réservé pour l'organisation d'ateliers régionaux.

2 ateliers sont prévus par an par région, sur la durée de l'intervention.

3.3.3.3 Activité 3.3 : Appuyer le système de maintenance.

Les sous-activités seront les suivantes :

- Créer le **fonds de maintenance** qui financera des microprojets de maintenance préventive et curative dans les districts de la zone d'intervention sur la base des dossiers approuvés avec un montant compris entre 1.000 euros minimum et 6.000 euros maximum, avec un montant maximum de 10.000 euros par an par district. Ces projets de maintenance seront établis et évalués selon des procédures préétablies.
- Appuyer la **supervision** à tous les niveaux : cette activité consiste à fournir les moyens logistiques afin d'exécuter les visites de supervision : un véhicule pour la DIES, les véhicules pour les ingénieurs aux niveaux régionaux et des motos pour les OPM.
- Appuyer le travail de maintenance des OPM au niveau du DS en fournissant les **outils de maintenance** : un budget de 7.500 euros en moyenne par atelier au niveau du DS est prévu, mais sera accordé en fonction des besoins.

Le montant de cette activité est proposé en 4.1.

3.3.3.4 Activité 3.4 : Formation ponctuelle des cadres de maintenance.

Des **ateliers** de formation et d'échange entre les pairs seront organisés, mais le projet financera également des **stages** afin que les OPM deviennent polyvalents et puissent acquérir de l'expérience en plomberie, soudure, menuiserie, maçonnerie et en électricité en fonction des besoins. Il faut prévoir des frais d'apprentissage pour les formateurs et pour les stagiaires.

La maintenance et la réparation des motos représentent une compétence importante que les OPM devraient obligatoirement maîtriser.

Le montant de cette activité est proposé en 4.1.

3.3.3.5 Activité 3.5 : Capitalisation et diffusion des expériences de la RA aux différents niveaux du système de santé.

Les expériences de la RA seront partagées à tous les niveaux du système de santé afin de contribuer aux politiques nationales concernant l'organisation (distribution des tâches et responsabilités, gestion à tous les échelons, besoins en RH) et le financement du système de la maintenance.

Les sous-activités incluent :

- Des ateliers nationaux de réflexion sur les expériences, avec invitation adressée à toutes les provinces, aux PTF et à toutes les parties prenantes au niveau national. Des propositions d'adaptation de la politique nationale en la matière seront formulées ;
- des visites de terrain.

L'ancrage du projet PAI au sein du MSP s'avère parfait pour démontrer et partager les expériences de la RA.

Le montant de cette activité est proposé en 4.1.

3.3.4 Résultat 4 : Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés

Le paquet d'appui aux consultations foraines se subdivise en deux activités qui permettront d'obtenir ce résultat. Tout support sera fait en coordination et harmonisation avec les autres PTF et le FC, conformément au mémo de la DEP qui décrit en quoi consiste un appui aux consultations foraines.

3.3.4.1 Activité 4.1 : Appuyer l'organisation des consultations foraines au niveau des structures transformées.

L'activité consiste à participer aux ateliers annuels de planification afin de planifier les consultations foraines pour l'année suivante. Ces ateliers sont organisés au niveau du district et régional par le MSP, et ont lieu pendant le troisième ou le quatrième trimestre (Q3/4) de l'année. Ces moments serviront d'opportunité de réflexion et de discussion sur les besoins, les outils de monitoring et de gestion, les contraintes et les solutions des consultations foraines, et sur les nouvelles cartes sanitaires dans les districts.

Ainsi, le PARSS appuiera le principe de « faire fonctionner » les infrastructures sanitaires transformées. Ces moments peuvent être mis à profit pour offrir des formations de courte durée au personnel des structures transformées qui n'a pas encore eu l'occasion de mener des consultations foraines, dans l'optique d'améliorer la gestion et le service des consultations foraines. Ces activités s'alignent sur les politiques nationales (PDS et PAA) qui stipulent que les consultations foraines sont menées par les CSI vers des CS sur la base de ≥ 4 sorties/mois.

Ces activités seront conduites en synergie avec PAI et PFAS qui apportent de l'expertise SP en termes d'évaluation des stratégies, recherche-action, pilotage, formation et planification.

Cette activité est budgétisée sous le résultat 5, parce qu'il s'agit des mêmes ateliers annuels de planification au niveau du district et régional.

3.3.4.2 Activité 4.2 : Appuyer l'exécution des consultations foraines sur le plan logistique et opérationnel.

Le PARSS appuiera les structures transformées dans les huit districts d'intervention en fonction des besoins de chaque centre. L'appui consiste à fournir de l'équipement médical (budgétisé sous le résultat 2) et logistique en termes de frais minimaux de fonctionnement, motos (max. de 51 motos), casques et petites pièces de remplacement comme des pistons, câbles de frein, vitesse, vis platinées. L'appui se fait sur la base des normes du MSP. Les pièces de rechange seront gardées au niveau des ateliers de maintenance des districts (OPM).

3.3.5 Résultat 5 : Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.

Trois activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles se concentrent sur les formations standardisées et supervisées par la Direction de Santé Mère et Enfant (DSME), offertes aux six centres régionaux et deux centres nationaux.

3.3.5.1 Activité 5.1 : Établir les plans de formation sur la base des besoins identifiés.

Ceci est fait pendant les ateliers annuels de planification (Q 3/4) en coordination avec le MSP, le FC et les autres PTF afin d'établir le plan de formations pour l'année suivante. Ces ateliers sont organisés au niveau du district et régional par le MSP, et ont lieu pendant le troisième ou le quatrième trimestre (Q3/4) de l'année. Les ateliers permettent de discuter plus en détail des thèmes spécifiques.

Estimé à 17.400 euros, le montant de cette activité permet d'ajouter des jours de réunion et/ou formation autour des ateliers de planification (financés par le MSP) et couvre la participation des

structures transformées, des ECD et des cadres de l'HD. Cette ligne budgétaire concerne les résultats 4, 5 et 6.

3.3.5.2 Activité 5.2 : Former les cadres sélectionnés.

Les formations disponibles sont entre autres SONE, SONU, PCIME, PF, TETU, PTME, CPN, gestion PEV ; elles sont prévues pour les cadres de santé en service, conformément aux politiques nationales (PDS), afin d'améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Les formations réalisées seront basées sur une analyse des besoins et tiendront compte des extensions des paquets de soins dans les centres transformés et HD appuyés. Une attention sera prêtée à minimaliser l'interruption des services sanitaires. Les premières formations auront lieu à partir de la deuxième année du PARSS, et il est prévu qu'une quarantaine de cadres puissent bénéficier de cette activité chaque année.

Le montant de cette activité est proposé en 4.1.

3.3.5.3 Activité 5.3 : Organiser le suivi post-formation.

Le renforcement des compétences n'est pas seulement réalisé à travers des formations ; un suivi post-formation par les ECD et des échanges entre pairs contribueront à l'implémentation des compétences acquises lors des formations. Un encadrement de proximité et de « coaching » sera donné par l'ECD aux agents formés pendant les visites de supervision (budgétisées sous le résultat 6). La revue et l'échange entre les pairs se font lors des ateliers annuels qui sont budgétisés ici.

L'organisation et l'encadrement de ce résultat se font en synergie avec PAI et PFAS qui apportent leur expertise en SP.

Le montant de cette activité est proposé en 4.1.

3.3.6 Résultat 6 : La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés.

Afin de contribuer à l'objectif général de ce projet, toute contribution visant à améliorer la qualité des soins préventifs et curatifs est déterminante. En effet, la qualité des soins ne dépend pas seulement des aspects techniques, logistiques ou des équipements fournis, mais aussi de l'amélioration de l'environnement de travail, l'encadrement par les superviseurs, la motivation et le dialogue, et l'implication communautaire. La supervision intégrée constitue un investissement à la fois humain et technique (formation continue), dans le but de maintenir et/ou améliorer une qualité optimale de soins produits par les supervisés à la population.

3.3.6.1 Activité 6.1 : Appuyer l'organisation de la supervision des CSI par l'ECD.

Cette activité consiste à faciliter la tâche des ECD dans l'organisation de leurs visites trimestrielles de supervision à travers la participation aux ateliers de planification annuels. Ces moments serviront d'opportunité de réflexion et de discussion sur les besoins, les contraintes et solutions des supervisions, et sur les nouvelles cartes sanitaires dans les districts. Cette activité s'alignera sur les politiques nationales (canevas de supervision intégrée, le PDS et les PAA) qui stipulent que les visites de supervision intégrée sont planifiées annuellement et menées trimestriellement par les ECD vers les CSI.

Ces activités sont réalisées en synergie avec PAI et PFAS qui apportent l'expertise SP en termes d'évaluation des stratégies, recherche-action, pilotage, formation et planification. Ces activités sont budgétisées sous le résultat 5.

3.3.6.2 Activité 6.2 : Renforcer l'exécution de la supervision intégrée.

Cette activité consiste à fournir l'appui logistique en dotant chacune des deux nouvelles ECD (Gotheye et Damagaram Takeye) d'un véhicule 4x4 double cabine pour faire les visites de supervision intégrée et des frais minimaux de fonctionnement. Les frais de maintenance des voitures ne sont pas inclus dans le budget de cette activité.

Le montant de cette activité est proposé en 4.1.

3.4 Indicateurs et sources de vérification

3.4.1 Les indicateurs et la « Baseline »

Vu que le PARSS s'aligne sur le PDS 2011-2015 et s'inscrit d'une façon globale dans les PAA, il est logique que le PARSS s'approprie les indicateurs identifiés au niveau national. . Le SNIS et la revue annuelle de l'exécution du PDS et du PAA serviront à fournir l'essentiel des indicateurs de base et permettront de suivre l'état d'avancement annuel du PARSS. La liste des indicateurs clés se trouve à l'annexe 7.5.

Aux niveaux des résultats, des indicateurs particuliers sont proposés dans la mesure où les indicateurs nationaux ne suffisent pas. Les indicateurs devront être confirmés également au niveau provincial et du district en cohérence avec les résultats attendus à ces niveaux. Ainsi, dès le démarrage du projet, le PARSS complètera la liste des indicateurs et identifiera les valeurs de base et les présentera à la SMCL pour validation. Une attention particulière sera accordée aux indicateurs de genre sensibles et à des indicateurs différenciés selon le sexe.

En outre, les « normes de planification sanitaire » du DEP/MSP proposent des critères de fonctionnalité par type d'infrastructure (voir tableau ci-dessous). Ces critères mettent en évidence le système intégral de soins, et partant, le rapport entre l'infrastructure, le personnel, l'organisation et les fournitures. Vu le partenariat entre le MSP et le projet PARSS, qui envisage d'améliorer la couverture sanitaire dans les districts ciblés, ces critères permettront de suivre et de mettre en évidence cette évolution.

Vu que le PARSS contribuera à la mise en place d'un paquet global visant à augmenter l'accès aux soins, il serait intéressant d'aider le MSP à réviser et intégrer cette approche dans le système M&E. La Baseline spécifique permettra de mener cette recherche.

Critères de fonctionnalité de l'HD	Critères de fonctionnalité d'un CSI
<ul style="list-style-type: none">• HD disposant de deux médecins formés en chirurgie de district• Existence des unités de soins : médecine, chirurgie, maternité, pédiatrie, laboratoire, imagerie• Bloc opératoire avec deux salles pratiquant les interventions chirurgicales et obstétricales• Taux de disponibilité des molécules essentielles et consommables à 100%• Disponibilité de sang et de ses dérivés.• ECD fonctionnelle• Système de référence et contre-référence	<ul style="list-style-type: none">• Au moins deux infirmiers, dont un infirmier diplômé de l'État -IDE• PMA complet• Au moins 0,5 nouveau consultant/an/habitant au curatif• Taux de disponibilité des molécules essentielles à 100%• Comité de santé fonctionnel• Tableau de bord santé à jour• Supervision mensuelle des cases de santé avec un taux de réalisation de 80%• Taux de réalisation des activités foraines

fonctionnel	mensuelles de 80%
-------------	-------------------

Conformément à la politique de la CTB concernant le M&E³⁰, « un travail de base » sera mené dès le démarrage du projet, avant que les activités ne commencent. Ce travail est appelé « la Baseline » et consiste à établir :

- un Plan de Travail pour établir un « rapport de Baseline » : quelles informations et quelles données à collecter, quelle expertise à chercher afin de constituer la chaîne des résultats et de maîtriser « la gestion de changement » ;
- un Rapport de Baseline : qui contient un plan de M&E, une matrice de monitoring comprenant des indicateurs, des valeurs de base et ciblées, un plan opérationnel et une stratégie pour la gestion des risques (voir section 3.6) ;
- une étude Baseline : le PARSS mènera une Baseline spécifique sur la maintenance, comme décrit ci-dessus.

3.5 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre

Étant donné qu'il s'agit d'un projet de renforcement du système de santé à travers des investissements en infrastructure et équipement, les intervenants dans la mise en œuvre sont très étendus :

- Les responsables à tous les niveaux du système de santé, entre autres :
 - Au niveau central : la DGSP, la DEP, la DIES, et la DGRH sont les directions les plus impliquées ;
 - au niveau décentralisé : les DRSP, les ECD et le personnel des structures sanitaires à transformer dans les quatre régions d'intervention ;
- les communautés bénéficiaires et les comités de santé et de gestion ;
- les autorités locales ;
- les autres PTF qui, dans le cadre de la coordination entre les partenaires, interviennent dans le même domaine et dans certaines régions ;
- les AT à long terme, internationaux et nationaux, mis à disposition par la CTB ;
- les consultants à court terme intervenant sur le programme (consultants nationaux et consultants internationaux sur certaines thématiques spécifiques).

3.6 Analyse des risques

L'analyse des risques portera, entre autres, sur la mise en œuvre, l'aspect fiduciaire, l'efficacité et la durabilité.

3.6.1 Les risques fiduciaires

La crédibilité de l'action publique est directement conditionnée par une meilleure **gestion des ressources**, la promotion de la transparence, de l'équité et d'une meilleure répartition des ressources.

³⁰ La politique et le guide CTB de M&E qui décrit l'approche de « MoRe Results » comme système de M&E, y compris tout ce qui concerne la « Baseline ».

La cogestion, avec une équipe administrative et financière contractée par le PARSS, devra augmenter significativement la transparence et l'équité dans la gestion des ressources.

La **passation de marchés publics** est une question sensible éprouvant l'intégrité et la transparence. Ce DTF inclut les mécanismes de coresponsabilité pour la passation selon le code nigérien (et selon la législation belge pour certains marchés, cf. chapitre 5) mettant l'accent sur le rôle technique et administratif de l'équipe de projet dans le processus d'analyse et d'organisation des comités de sélection. Ainsi, l'équipe est dotée d'un RAF MP I (pour les trois premières années) et d'un ATN expert MP (4 ans PTE) en complément des profils techniques. De plus, les étapes d'avis de conformité et de non-objection de la partie belge et nigérienne sont explicitement harmonisées avec le principe de coresponsabilité.

Un système de « contrôle du contrôle » sera mis en place pour assurer la qualité des **constructions**, un domaine classiquement très sensible en termes de corruption. L'équipe veillera au respect des normes de construction et à la gestion efficace et transparente des chantiers à travers un suivi rapproché sur le terrain.

L'assurance de la bonne gestion des microprojets de **maintenance** sera réalisée à travers une limitation du montant maximal de chaque dossier et par le développement de critères rigoureux de sélection pour les dossiers soumis. Les critères seront élaborés par le projet et chaque réalisation sera contrôlée avant que le projet ne s'engage dans une nouvelle initiative.

Le risque fiduciaire est minimal pour l'achat des **médicaments et consommables**, parce le PARSS passera ses commandes à travers l'ONPPC. Cette institution réalise ses achats à travers les MP selon le code nigérien et est auditée régulièrement.

3.6.2 Les risques de la mise en œuvre

La **stabilité du contexte sécuritaire et politique** est un élément crucial pour la mise en œuvre des activités du PARSS. La zone d'intervention s'étend sur quatre régions qui se trouvent toutes dans la zone orange où « il est vivement déconseillé de s'y rendre, sauf motif impératif, notamment d'ordre professionnel³¹ ». Une présence sur le terrain est nécessaire pour toutes les activités, mais surtout pour le suivi des constructions et des activités de maintenance. Le projet devra mettre en place les mesures de sécurité relatives à la circulation sur le terrain de l'équipe, ce qui a une implication importante sur le budget et le délai des activités. Un suivi régulier de cette situation de fragilité sera effectué au niveau de la Représentation CTB au Niger (RESNER).

Bien que le PARSS soit un projet de renforcement du système de santé à travers de multiples investissements en **infrastructures sanitaires** et équipements biomédicaux, une expertise en **santé publique** est également requise. Cette expertise sera assurée par le Responsable PARSS côté nigérien, qui aura un profil de médecin en santé publique, mais aussi par la synergie avec les autres projets PAI et PFAS. Une bonne coordination et collaboration entre les différents acteurs facilitera la réussite du programme. Cette collaboration entre les trois projets, avec ses conséquences opérationnelles, est clairement décrite dans le chapitre 2, section 2.2.

Les **budgets** liés aux transformations des CS et CSI sont estimatifs. Une marge d'environ 30% doit être prise en compte en fonction de l'état des structures sanitaires sélectionnées. Ainsi, il est difficile à ce stade de fixer le nombre exact de structures à construire et transformer. Comme mesure atténuante, le PARSS appliquera la stratégie de construction par phases consécutives selon le principe du « à fur et mesure » en fonction du temps et du budget disponibles. La priorité sera donnée aux constructions et réhabilitations des quatre HD ciblés.

³¹ <http://www.diplomatie.gouv.fr>

Le **programme des travaux** à entreprendre est à la fois ambitieux et complexe, et exige une bonne coordination. À cet égard, une étude de faisabilité de la planification des processus de construction est incluse dans ce DTF (voir Annexe 7.2.1). Elle a permis d'identifier les besoins en ressources humaines visant un suivi rapproché des processus de passation de MP et des chantiers. Par conséquent, l'équipe sera dotée de 2 experts en maîtrise d'ouvrage qui assisteront l'ATI dans la supervision de la qualité et les délais des activités.

Quant à la **passation des MP**, il sera important que l'équipe de projet fasse respecter les mécanismes de cogestion établis dans ce DTF/CS par tous les partenaires, ainsi que les délais prévus. En outre, la passation des MP de services sera organisée selon le droit belge afin d'assurer une sélection rigoureuse dans les meilleurs délais des bureaux d'études. Cette approche évitera une procédure nettement plus lourde – sachant que le code nigérien organise une phase de manifestation d'intérêt préalable à la sélection - et de gros problèmes de délais.

Afin de remédier à la faible capacité des **constructeurs et entreprises locaux**, le PARSS prendra plusieurs mesures :

- une prospection et analyse des constructeurs et entreprises préalablement à l'élaboration des Demandes d'appel d'offres (DAO) et une analyse approfondie des soumissionnaires selon les critères d'éligibilité établis ;
- l'invitation des entreprises locales à soumissionner à travers des termes de référence adaptés en tenant compte de leur ampleur et capacité d'absorption de travail, comme une limitation du nombre de lots attribués à un moment.

L'acheminement des matériaux de construction et la mobilisation des entreprises peuvent être troublés tant par le contexte de fragilité que par la gestion financière. En outre, la région connaît une fluctuation du coût des matériaux de construction et du carburant, par exemple lors de la saison d'hivernage. Ces éléments génèrent un risque en termes de délais et de stabilité du coût de construction. La planification des attributions des travaux dans le temps, la réserve budgétaire ainsi que l'année supplémentaire de la Convention spécifique devraient permettre de répondre en partie à ce risque.

Pour ne pas perdre du temps au **démarrage** du PARSS et faciliter un fonctionnement immédiat, les RH, les véhicules et le matériel bureautique seront acquis en régie.

Un risque réel reste le dépassement des délais avancés pour les différentes étapes. Comme mesure, la durée de la mise en œuvre du PARSS est proposée de **cinq ans**. Ceci comprend déjà une réserve de 1,5 an selon la planification détaillée des constructions (voir Gantt-chart en annexe 7.2.1). Cette marge est assez large, mais reste incertaine. Signalons que le PARSS aura une Convention spécifique de six ans, ce qui donnera en théorie un an de réserve en plus pour certaines activités, comme détaillé sous 5.8.

3.6.3 Les risques d'efficacité

Les modalités de **gestion des RH** constituent un risque non négligeable. Il ne suffit pas de construire les structures sanitaires et de fournir les moyens en termes d'équipement biomédical, médicaments, meubles et consommables pour augmenter la couverture sanitaire. Il faut aussi que les RH soient présentes afin de faire fonctionner les structures et de fournir les services de soins selon les normes. Comme expliqué dans la section 1.2.5 « Ressources humaines », une affectation d'une personne à une structure sanitaire ne signifie pas automatiquement que la personne sera présente. Ce risque dépend entièrement du dynamisme du MSP et dépasse le pouvoir du projet. Vu que plus de 500 fonctionnaires ont été récemment recrutés pour le secteur de la santé, cela devrait offrir une

garantie de disposer du personnel nécessaire dans les structures nouvelles et/ou transformées. Ainsi, on attend de la partie nigérienne qu'elle s'engage à garantir que les postes seront pourvus et que les services fonctionneront sans retard. Le MSP s'est déjà engagé dans le recrutement des ingénieurs responsables des ateliers des services de la maintenance aux niveaux régionaux lors de la première mission de formulation. Le risque des affectations des sages-femmes, en particulier, demeurera, quant à lui, tout de même assez élevé. En termes de capacités du personnel, le projet PFAS garantira que le nouveau personnel aura les capacités nécessaires pour gérer les services de soins et particulièrement les services gynéco-obstétriques et chirurgicaux dans les quatre HD ciblés. Un dialogue régulier avec les partenaires durant les différentes étapes du projet permettra, entre autres, de s'assurer que les infrastructures mises en œuvre correspondent bien à leurs besoins avérés.

3.6.4 Les risques de durabilité

La **stabilité du contexte sécuritaire et politique** sera également un élément crucial pour la durabilité des effets de l'intervention.

La prestation envisage la mise en place de mesures de durabilité sur le plan technique, les outils de suivi de chantier devant pouvoir être utilisés par d'autres projets à l'avenir. Par ailleurs, tant la conception (choix de matériaux de qualité et méthodes de construction simples et robustes) qu'une plus grande qualité des travaux induite par le suivi de chantier devraient limiter les besoins de maintenance et de ce fait assurer la durabilité des bâtiments.

Afin d'assurer la bonne **qualité** des constructions et la **pérennité** des investissements à long terme, un encadrement et un renforcement des capacités, particulièrement des cadres au sein de la DIES, de la DRSP, des services de maintenance et des structures sanitaires accompagneront les interventions.

Le travail, qui sera effectué pour renforcer le système de maintenance, augmentera également la durabilité des acquis de l'intervention.

3.6.5 Synthèse des risques et mesures d'atténuation

Risque	Appréciation du risque	Mesures d'atténuation	Impact escompté des mesures
Fiduciaire	Haut	Suivi de chantier rapproché croisé par plusieurs experts nationaux + internationaux Définition des mécanismes de cogestion pour la passation en code nigérien	Suffisant
De la mise en œuvre	Medium	Étude de faisabilité relative à la planification de l'intervention incluse dans ce DTF Suivi des marchés locaux – sélection des entreprises Planification des travaux relatifs aux CSI en phases consécutives Respect des mécanismes de la cogestion lors la passation des MP (La cogestion est un contrôle supplémentaire par rapport à la bonne gestion des ressources)	Partiellement suffisant ³²

³² « Partiellement » veut dire que le PARSS envisage de mettre en place le maximum de mesures afin de réduire les risques, mais que ces risques ne sont pas entièrement maîtrisables par le projet.

		Mesures de sécurité pour la circulation sur le terrain Collaboration étroite avec les projets CTB disposant d'expertise en santé publique	
Efficacité	Medium	Suivi de la conception des infrastructures sanitaires adapté aux besoins et à la réalité du terrain. Dialogue ouvert avec le MSP et suivi de l'affectation des ressources humaines dans les infrastructures ciblées par le projet	Partiellement suffisant
Durabilité	Medium	Conception robuste et simple, choix des matériaux, dialogue continu avec la DIES et les bénéficiaires sur le terrain, et capitalisation des leçons apprises Renforcement du système de maintenance	Suffisant

4 RESSOURCES

La planification financière tiendra compte des ressources nécessaires pour exécuter la planification opérationnelle et inclura un lien avec les résultats et les activités prévues.

4.1 Ressources financières

4.1.1 Les ressources financières de la contribution belge au projet

La contribution totale belge est de 13.200.000 euros. Elle est présentée ci-dessous en 3 rubriques : les résultats (budget A), la réserve budgétaire (budget X) et les moyens généraux (budget Z).

Tableau 16 : contribution totale belge – ventilation suivant résultats³³

BUDGET TOTAL			CHRONOGRAMME						
			BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5
A		Objectif spécifique: La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet	10,442,717	79%	261,648	2,111,782	4,790,875	2,483,320	795,092
A	1	Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés.	5,940,511	45%	93,737	1,363,962	3,210,528	1,272,284	-
A	2	Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont réhabilités et équipés	3,354,180	25%	48,768	444,120	1,215,996	1,030,620	614,676
A	3	Le système de maintenance des infrastructures & équipements sanitaires et de la logistique est renforcé	739,805	6%	115,647	282,075	99,326	121,379	121,379
A	4	Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés	225,105	2%	-	-	174,705	25,200	25,200
A	5	Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées	89,992	1%	3,496	21,624	21,624	21,624	21,624
A	6	La supervision et le suivi évaluation des activités sont améliorés	93,123	1%	-	-	68,696	12,214	12,214
X		Réserve budgétaire	100,925	1%	0	0	0	50,463	50,463
X	1	Réserve budgétaire	100,925	1%	0	0	0	50,463	50,463
Z		Moyens généraux	2,656,358	20%	659,962	568,163	628,029	417,299	382,905
Z	1	Frais de personnel	1,962,617	15%	438,976	475,387	475,387	306,166	266,701
Z	2	Investissements	153,601	1%	141,807	5,992	2,748	1,527	1,527
Z	3	Frais de fonctionnement	385,140	3%	55,179	65,284	105,894	88,107	70,677
Z	4	Audit et Suivi et Evaluation	155,000	1%	24,000	21,500	44,000	21,500	44,000
DTAL			13,200,000		921,610	2,679,945	5,418,903	2,951,082	1,228,460
					2,999,931	755,232	809,306	697,559	437,597
					10,200,069	166,378	1,870,639	4,721,345	2,513,485
								300,237	928,223

³³ Budget détaillé à la fin du chapitre 4 p.86-88.

4.1.2 Détails sur la contribution du Niger

Sont inclus dans la contribution nigérienne :

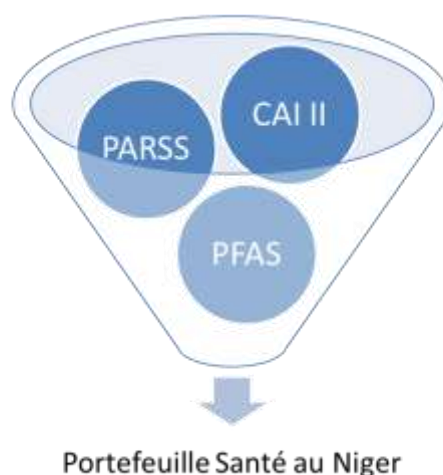
- les locaux fournis par le MSP et la prise en charge des frais d'électricité et d'eau ;
- les charges du Responsable d'intervention ; ;
- la contre-valeur de la TVA sur tous les achats effectués dans le cadre de l'intervention ;
- le recrutement et les salaires des ingénieurs au niveau régional responsable pour l'équipement biomédical, la maintenance et le parc automobile, et des des cadres de santé qui seront affectés aux CS et CSI type I transformés ;

Contrepartie de l'Etat Nigérien	Estimation en Euro sur les 5 ans
1- En nature	82.322,47
Salaire complémentaire	36.587,76
Locaux (bureau du projet)+ Eau -Electricité	45.734,71
2 Exonération des droits de douanes et des taxes	2.460.500,00
Total	2.542.822,47

4.2 Ressources humaines

4.2.1 Le Portefeuille santé au Niger

Comme décrit aux Chapitres 2 et 5, le PARSS fait partie du portefeuille Santé de la coopération belge au Niger. Les Assistants techniques (AT) des trois projets ont chacun leurs expertise et compétences, mais ils échangent leur expertise entre les projets.



4.2.2 Équipe du PARSS

L'équipe du projet sera composée de :

- la Direction du projet assumée par le Responsable (nommé par la partie nigérienne) et le

Coresponsable (ATI nommé par la partie belge) ;

- une équipe administrative et financière ;
- une équipe technique ;

Cette équipe est responsabilisée sur le plan de la bonne mise en œuvre et l'évaluation/suivi continu des activités en vue d'atteindre les six résultats escomptés et sera évalué après annuellement. L'ancrage institutionnel est la DEP. (Voir organigramme du MSP en annexe

L'équipe disposera de moyens matériels pour fonctionner (véhicules, télécommunications, reprographie, réseau Internet, etc.). La destination du matériel ainsi acquis sera convenue entre les deux parties à la fin de l'intervention.

L'équipe peut faire appel à des consultances ponctuelles nationales et internationales en fonction des besoins.

En dehors du Responsable nommé au sein du MSP, l'équipe d'exécution sera engagée par la CTB, conformément à sa politique de ressources humaines. Les profils internationaux seront recrutés selon la loi belge, tandis que le recrutement des profils nationaux respectera la loi du partenaire nigérien – voir chapitre 5 pour les modalités.

L'équipe d'exécution sera hébergée au sein du MSP, où elle collaborera davantage avec la DIES, la DEP et toutes les structures concernées.

4.2.3 Le Responsable national du PARSS

Le Responsable pour la partie nigérienne est désigné par le Ministre de la Santé Publique Cette personne sera mise à disposition du PARSS à 100% et bénéficiera d'une prime maximale de 750.000 FCFA par mois³⁴. (Ligne Z 01 02). Le projet lui fournira les moyens nécessaires pour lui faciliter son travail.

Le responsable national répondra au mieux au profil suivant :

- expert en santé publique ;
- connaissance du secteur de la santé et des problématiques spécifiques à l'accès aux soins ;
- connaissance du MSP au Niger ;
- expertise confirmée dans l'appui institutionnel aux réformes du système de santé ;
- expérience en Recherche-Action ;
- constituent un atout :
 -
 - avoir une expérience dans un poste similaire
- durée de l'expérience professionnelle : au minimum 10 ans ;
- de façon générale :
 - compréhension fine du processus de développement de politiques;

³⁴ La prime mensuelle sera calculée sur base de la grille du salaire d'application à la CTB Niger en harmonisation avec les autres interventions.

- esprit d'équipe ;
- capacité à guider une équipe d'une façon cohérente ;
- diplomate. Capable de comprendre et d'anticiper les champs de tensions générés par une approche novatrice.

Les éléments essentiels de ses tâches et responsabilités sont les suivants :

- mettre à disposition des autres projets du portefeuille Santé ses compétences et son expertise en Santé Publique ;
- être responsable de l'atteinte des résultats avec le Coresponsable du projet ;
- participer à l'établissement et au suivi des plans opérationnels annuels des activités (POA) du projet ;
- apporter une expertise en santé relative à la sélection et la conception des investissements en infrastructures et équipements sanitaires par le PARSS ;
-
- entretenir des rapports réguliers avec les collègues et responsables du niveau central, en fonction des activités et domaines pris en charge ;
- être responsable des relations/concertations avec les autres partenaires actifs dans le domaine des infrastructures sanitaires et interventions de santé publique.
- être coordinateur du portefeuille Santé de la coopération belge au Niger, le tout en étroite collaboration avec le Co-coordonateur du portefeuille comme indiqué sous le point 2.2.³⁵ ;

Il sera logé au sein du MSP et effectuera de nombreux déplacements dans la zone de l'intervention.

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 5 ans, sous la ligne budgétaire Z 01 02.

4.2.4 Assistant technique international (ATI) – Ingénieur en construction

L'ATI assumera le rôle de Coresponsable dans la Direction du projet. Vu le contenu technique des résultats, l'ATI sera un ingénieur en construction, possédant des compétences dans la gestion des MP en Afrique.

Ses Termes de référence (TdR) détaillés sont proposés à l'annexe 7.3.1. Les éléments essentiels de ses tâches, réalisées sous l'autorité de la Représentation de la CTB, sont :

- être coresponsable de l'atteinte des résultats ;
- renforcer les capacités du MSP et, en particulier, celles de la DEP et de la DIES qui sont ses interlocuteurs principaux ;
- être coresponsable de la gestion du projet ;
- être responsable de la gestion des budgets prévus en régie ;
- coordonner et mettre en route les expertises nationales planifiées ;
- coordonner et mettre en route les activités de la maintenance (Recherche-Action), de l'appui aux consultations foraines, les visites de supervision intégrée et coordonner les formations des agents de santé (résultats 3-6) ;

³⁵ Après décision par la SMCL unique du portefeuille Santé au Niger.

- être coresponsable des relations/concertations avec les autres partenaires actifs dans le domaine des infrastructures sanitaires ;
- participer à l'établissement et au suivi des plans opérationnels annuels des activités (POA) du projet ;
- entretenir des rapports réguliers avec les collègues et responsables du niveau central en fonction des activités et domaines pris en charge ;
- mettre à disposition des autres projets du portefeuille Santé ses compétences et son expertise en construction.

L'ATI sera logé dans les locaux mis à la disposition du projet au sein du MSP.

Le poste de l'ATI est prévu pour toute la durée du projet, soit 5 ans, sous la ligne budgétaire Z 01 01. L'ATI sera comme tous les AT évalué annuellement.

4.2.5 L'équipe finance et administration

Toute l'équipe, composée d'un RAF- MP international, un ATN expert en marchés publics, la comptable, des secrétaires et chauffeurs, est financée sous la ligne Z 01 03.

4.2.5.1 Responsable administratif et financier international avec une expertise avérée en gestion de marchés publics (RAF MP I) - 3 ans

Le Responsable administratif et financier avec une grande expérience en MP est prévu pour une période de 3 ans. Il fournira un appui polyvalent à la Direction de l'équipe d'exécution du projet du PARSS : sa responsabilité principale sera la coordination du lancement et de la passation des MP en régie et en cogestion. Il assurera également tous les aspects liés aux fonctions d'appui du projet (finances, administration, logistique) en étroite collaboration avec la Direction du projet et l'équipe administrative et financière.

Dans sa fonction, il mettra l'accent sur la mise en place des outils et procédures performants au sein de l'équipe, et assurera le renforcement des capacités de l'équipe en termes de MP et de gestion financière pour l'ensemble des trois projets de santé). Cet appui permettra, d'une part, d'alléger la charge de gestion des responsables et co-responsables du projet, pour que ces derniers puissent se concentrer sur les enjeux stratégiques et techniques des projets, et, d'autre part, d'assurer une mise en œuvre fluide et efficiente des projets. Il appuiera également les autres interventions du portefeuille santé suivant les nécessités.

Ses Termes de référence (TdR) détaillés sont établis à l'annexe 7.3.3.

Le RAF MP I sera logé dans les locaux mis à la disposition du projet au sein du MSP. La ligne hiérarchique est la Direction du projet.

4.2.5.2 ATN expert en marchés publics

L'ATN national en MP, expert dans les procédures et la législation nigérienne, sera recruté(e) dès le début de l'intervention pour accompagner tous les MP afin d'accélérer le processus et d'éviter les délais. Ses TdR détaillés se trouvent en 7.3.4). Il sera engagé pour une période de quatre ans.

La ligne hiérarchique est la Direction du projet. Les experts MP seront logés dans les locaux mis à disposition du projet au sein du MSP.

4.2.5.3 Comptable

Un comptable qualifié sera recruté pour la gestion comptable du projet. Cette personne sera logée dans les locaux mis à la disposition du projet au sein du MSP. La ligne hiérarchique est le RAF MP I

du projet (et ensuite la Direction du projet). Les TDR de cette personne sont ceux appliqués à la CTB Niger pour un comptable de haut niveau.

4.2.5.4 Secrétaire

Un secrétaire sera recruté et inscrit au budget à temps plein. Il veillera au classement correct des documents administratifs et correspondances, et facilitera la communication officielle du PARSS avec les partenaires externes. La ligne hiérarchique est le RAF MP I du projet (et ensuite la Direction du projet). Il sera logé dans les locaux mis à disposition du projet au sein du MSP.

4.2.5.5 Chauffeurs

Quatre chauffeurs seront recrutés et sont inscrits au budget à temps plein. Ils couvrent les besoins en déplacement des membres de l'équipe des projets pour la durée du projet. La ligne hiérarchique est le RAF MP I du projet (et ensuite la Direction du projet).

4.2.6 L'équipe technique nationale - ATN ingénieur en construction/architecte

L'ATI sera épaulé par des experts en génie civil – construction. Ils assisteront la DP dans le suivi des études architecturales et techniques ainsi que les MP de travaux. Ensuite, ces experts seront affectés aux différentes régions afin d'assurer un suivi rapproché des travaux. Les Termes de référence (TdR) détaillés sont établis à l'annexe 7.3.2.

En effet, deux experts seront recrutés sous contrat national pour une période de quatre ans. Un budget équivalent à 8 ans ETP (équivalent temps plein) est ainsi prévu pour l'assistance technique nationale sous la ligne budgétaire Z 01 04.

La ligne hiérarchique est la Direction du projet.

4.2.7 Expertise ponctuelle

Des ressources sont disponibles pour permettre au PARSS d'avoir recours à des experts nationaux et internationaux pour d'autres activités ponctuelles, comme par exemple l'appui au développement des schémas directeurs des HD et les études architecturales, pour encadrer l'appui au système de la maintenance et pour organiser la commande de l'équipement biomédical.

4.3 Ressources matérielles

Ces ressources constituent un apport assez important, étant donné le caractère du projet, soit 62 % du budget total. Il s'agit des items programmés dans les six résultats :

- Construction et réhabilitation des structures sanitaires ;
- équipement médical ;
- matériel de maintenance;
- équipement en moyens roulants (véhicules de supervision, moto, casques et pièces de rechange) mis à disposition des structures nationales et régionales, des ECD et structures sanitaires :
 - quatre véhicules tout terrain (pick-up 4x4 double cabine) pour les ingénieurs régionaux responsables des ateliers de maintenance au niveau régional, à condition que les ingénieurs soient affectés et sur place ;
 - deux véhicules tout terrain (pick-up 4x4 double cabine) pour les deux nouveaux ECD afin de faciliter les visites de supervision intégrée ;
 - un véhicule tout terrain (pick-up 4x4 double cabine) pour la supervision et le suivi des travaux par la DIES ;
 - deux ambulances pour les deux nouveaux HD ;
 - des motos pour la consultation foraine et l'appui au système de maintenance.

Tous ces véhicules et motos pour les activités sont acquis en cogestion. Les frais de fonctionnement et de maintenance des véhicules et motos sont à charge des budgets nationaux et régionaux. Les motos sont acquises avec des pièces de rechange et un casque.

Les items programmés dans les **moyens généraux** sont :

- matériel bureautique (avec connexion Internet performante) et de communication pour l'équipe du PARSS ;

- les véhicules pour l'équipe du PARSS : un maximum de 4 véhicules au total est prévu au budget, dont trois véhicules tout terrain (pick-up 4x4 double cabine) et un véhicule de ville pour les déplacements en ville à Niamey dès le démarrage du projet. Les frais de fonctionnement et de maintenance sont inscrits sur une ligne budgétaire séparée. Tous ces véhicules sont acquis en régie en début de l'intervention.

Les véhicules affectés à une intervention ne peuvent être utilisés que pour les besoins du projet, à l'exclusion de tout autre usage. Les véhicules sont munis d'un carnet de bord dont le modèle et la tenue sont obligatoires. Ils sont approvisionnés et entretenus dans le cadre des dispositions prises par la Direction de l'intervention. Ces dispositions doivent permettre le contrôle des dépenses relatives à chaque véhicule.

BUDGET TOTAL					CHRONOGRAMME						
				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5
A			Objectif spécifique: La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet		10,442,717	79%	261,648	2,111,782	4,790,875	2,483,320	795,092
A	1		<i>Les hôpitaux de district ciblés sont construits/réhabilités et équipés.</i>		5,940,511	45%	93,737	1,363,962	3,210,528	1,272,284	-
A	1	1	Conception des HD et suivi technique	régie	449,779		93,737	189,162	103,328	63,552	-
A	1	2	Réalisation des travaux	cogestion	3,972,000		-	1,174,800	2,107,200	690,000	-
A	1	3	Fourniture de l'équipement biomédical, des meubles aux HD et du matériel logistique.	cogestion	1,468,732		-	-	990,000	478,732	-
A	1	4	Fournir un stock initial pour 5 mois en médicaments aux hôpitaux de district	cogestion	50,000		0	0	10,000	40,000	0
A	2		<i>Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont réhabilités et équipés</i>		3,354,180	25%	48,768	444,120	1,215,996	1,030,620	614,676
A	2	1	Conception et suivi technique	régie	297,180		48,768	109,320	75,696	60,120	3,276
A	2	2	Realisation des travaux	cogestion	2,232,000		-	334,800	892,800	558,000	446,400
A	2	3	Fournir de l'équipement et des meubles aux structures sanitaires transformées	cogestion	650,000		0	0	195000	325000	130000
A	2	4	Fournir un stock initial pour 5 mois en médicaments aux structures sanitaires transformés	cogestion	175,000		-	-	52,500	87,500	35,000
A	3		<i>Le système de maintenance des infrastructures & équipements sanitaires et de la logistique est renforcé</i>		739,805	6%	115,647	282,075	99,326	121,379	121,379
A	3	1	Mener une Recherche Action (RA)	régie	23,089		11,545	11,545	-	-	-
A	3	2	Ateliers régionaux RA	cogestion	92,953		30,591	15,591	15,591	15,591	15,591
A	3	3	Appuyer le système de maintenance	cogestion	563,957		72,752	251,205	80,000	80,000	80,000
A	3	4	Formation ponctuelle des cadres de maintenance	cogestion	15,700		760	3,735	3,735	3,735	3,735
A	3	5	Capitalisation et diffusion des expériences de la R.A. aux différents niveaux du système de santé	cogestion	44,106		0	0	0	22,053	22,053

A	4		<i>Des consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés</i>		225,105	2%	-	-	174,705	25,200	25,200
A	4	1	Appuyer l'exécution des consultations foraines sur le plan logistique et opérationnel.	cogestion	225,105		-	-	174,705	25,200	25,200
A	5		<i>Les compétences concernant l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées</i>		89,992	1%	3,496	21,624	21,624	21,624	21,624
A	5	1	Etablir les plans sur base des besoins identifiés	cogestion	17,480		3,496	3,496	3,496	3,496	3,496
A	5	2	Former les cadres sélectionnés	cogestion	64,000		-	16,000	16,000	16,000	16,000
A	5	3	Organiser le suivi de post-formation	cogestion	8,512		-	2,128	2,128	2,128	2,128
A	6		<i>La supervision et le suivi évaluation des activités sont améliorés</i>		93,123	1%	-	-	68,696	12,214	12,214
A	6	1	Appui logistique supervision	cogestion	93,123		-	-	68,696	12,214	12,214
X			Réserve budgétaire		100,925	1%	0	0	0	50,463	50,463
X	1		<i>Réserve budgétaire</i>		100,925	1%	0	0	0	50,463	50,463
X	1	1	Réserve budgétaire	cogestion	100,925		0	0	0	50,463	50,463
Z			Moyens généraux		2,656,358	20%	659,962	568,163	628,029	417,299	382,905
Z	1		<i>Frais de personnel</i>		1,962,617	15%	438,976	475,387	475,387	306,166	266,701
Z	1	1	Assistant technique international	régie	840,000		168,000	168,000	168,000	168,000	168,000
Z	1	2	Responsable National	cogestion	68,702		13,740	13,740	13,740	13,740	13,740
Z	1	3	Equipe finance et administration	régie	836,721		239,806	239,806	239,806	71,806	45,497
Z	1	4	Equipe technique	régie	210,476		13,155	52,619	52,619	52,619	39,464
Z	1	5	Autres frais de personnel	régie	6,718		4,275	1,221	1,221	0	0

Z	2		<i>Investissements</i>		153,601	1%	141,807	5,992	2,748	1,527	1,527
Z	2	1	Véhicules	régie	104,570		104,570	-	-	-	-
Z	2	2	Equipement bureau	régie	11,588		9,260	2,328	-	-	-
Z	2	3	Equipement IT	régie	29,809		26,450	2,137	1,221	0	0
Z	2	4	Aménagements des bureaux	cogestion	7,634		1,527	1,527	1,527	1,527	1,527
Z	3		<i>Frais de fonctionnement</i>		385,140	3%	55,179	65,284	105,894	88,107	70,677
Z	3	1	Frais de fonctionnement des véhicules	cogestion	143,750		25,000	25,000	31,250	31,250	31,250
Z	3	2	Télécommunications	cogestion	36,056		7,775	7,070	7,070	7,070	7,070
Z	3	3	Assurance bureau multi-risque 515.000 FCFA par an	cogestion	3,931		786	786	786	786	786
Z	3	4	Fournitures de bureau	cogestion	2,748		550	550	550	550	550
Z	3	5	Missions	cogestion	116,200		5,810	11,620	46,480	34,860	17,430
Z	3	6	Frais de représentation et de communication externe (marketing)	cogestion	35,000			5000	5000	12500	12500
Z	3	7	Formation	cogestion	7,000		2500	2500	2000	0	0
Z	3	8	Frais de consultance	régie	35,000		11,667	11,667	11,667	-	-
Z	3	9	Frais financiers, frais bancaires	cogestion	654		131	131	131	131	131
Z	3	10	Autres frais de fonctionnement	cogestion	4,800		960	960	960	960	960
Z	4		<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>		155,000	1%	24,000	21,500	44,000	21,500	44,000
Z	4	1	Frais de S&E	régie	100,000		20,000	-	40,000	-	40,000
Z	4	2	Audits	régie	35,000		0	17,500	0	17,500	0
Z	4	3	Backstopping	régie	20,000		4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
TOTAL					13,200,000		921,610	2,679,945	5,418,903	2,951,082	1,228,460
				régie	2,999,931		755,232	809,306	697,559	437,597	300,237
				COGESTION	10,200,069		166,378	1,870,639	4,721,345	2,513,485	928,223

5 MODALITES D'EXECUTION

Les modalités d'exécution, définies sur la base du PIC et de l'analyse des risques, et selon les principes de responsabilisation des partenaires, d'harmonisation et d'alignement, couvriront :

- les responsabilités en termes de prise de décision (technique, administrative et financière) ;
- les canaux de déboursement financiers ;
- les procédures liées aux marchés publics (MP) (y compris les seuils de responsabilité) ;
- les procédures de rapportage administratif, comptable et financier ;
- les procédures de suivi et d'évaluation dans le cadre de la Structure mixte de Concertation locale (SMCL) ;
- la composition et les attributions des structures de suivi et d'exécution, si applicable.

5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

Le cadre légal sera fixé par la Convention spécifique relative à l'intervention à signer entre la République du Niger et le Royaume de Belgique. Le présent Dossier technique et financier (DTF), établi lors de la formulation, est annexé à la Convention spécifique et en fait partie intégrante.

Les partenaires nigériens et belges se partagent la responsabilité administrative.

Pour la partie nigérienne, l'entité responsable de la bonne exécution du projet et de la réalisation de l'objectif spécifique est le Ministère de la Santé Publique (MSP), qui à ce titre assume le rôle de maître d'ouvrage. L'Ordonnateur, chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses du projet sera désigné par le Ministre de la Santé Publique.³⁶

Pour la partie belge, la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGD) est l'entité administrative et financière responsable de la contribution à l'intervention. La partie belge confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du programme à la Coopération Technique Belge (CTB). À ce titre, la CTB, à travers son Représentant résident (RR) à Niamey, assume le rôle de coordonnateur chargé de la liquidation et de l'ordonnancement des dépenses imputables sur la contribution de la partie belge.

5.2 Responsabilités techniques

La responsabilité technique est conjointe entre partenaires nigériens et belges.

Toutes les décisions au niveau de l'exécution technique (plannings et rapports, surveillance de la qualité des activités, décisions sur l'opportunité des activités et des dépenses, communications, etc.) sont prises conjointement.

Les procédures et les responsabilités y afférentes sont détaillées dans les chapitres suivants.

Par rapport à la gestion du contenu et à la coordination entre les projets du portefeuille santé (voir chapitre 2), les responsabilités doivent être organisées comme suit, afin de générer des synergies :

³⁶ Lors de la validation du 24/08/2012 le MSP a souhaité inclure une prime de responsabilité pour l'ordonnateur. Ce point sera défendu par l'attaché de coopération dans le Comité des Partenaires.

5.2.1 Coordination technique générale

La coordination de toute intervention dans le domaine de la santé revient au MSP pour des raisons évidentes. C'est aussi au MSP d'organiser la coordination entre les appuis des différents partenaires au développement. Le portefeuille belge s'inscrit dans cette logique et participera aux mécanismes de coordination au niveau national.

5.2.2 Responsabilités techniques par projet

Le PIC 2009-2012 définissant la coopération belgo-nigérienne contient trois projets complémentaires dans le secteur santé :

1. le Projet d'appui à la formation continue des agents de santé œuvrant dans les régions et districts sanitaires (PFAS), dont la Convention spécifique a été signée en décembre 2009 ;
2. le Projet d'appui institutionnel au Ministère de la Santé Publique (PAI), dont la Convention spécifique a été signée en août 2010 ;
3. le Projet d'appui au renforcement du système de santé du Niger (PARSS), visé par le présent DTF.

La complémentarité entre ces trois projets constitue une opportunité pour développer une approche « portefeuille », visant une meilleure intégration des différentes interventions ainsi qu'une mutualisation des ressources prévues dans les dispositifs organisationnels des projets.

Une approche 'portefeuille' a l'avantage que malgré différentes portes d'entrée dans le système de santé, il aura une cohérence interne (entre les projets) et externe (avec la politique et les plans nationaux). Si la cohérence externe est 'automatique', puisque toutes les activités s'inscrivent dans le plan sanitaire national et les plans opérationnels du partenaire national qui en découlent, la cohérence interne nécessite des démarches de coordination et d'échanges entre les équipes.

Les lignes directrices d'un fonctionnement selon une approche portefeuille ont été explicitées dans le chapitre 2.2. Les modalités pratiques de ce fonctionnement devront être définies durant la phase de démarrage du projet « PARSS », sous la forme d'un manuel de coordination.

Ce manuel portera sur les éléments suivants :

1. modalités de planification conjointe des interventions : planifications annuelles et trimestrielles ;
2. modalités de suivi de la mise en œuvre des interventions : suivi conjoint par une SMCL commune, réunions régulières de coordination inter-équipes ;
3. mutualisation des ressources et liens fonctionnels / hiérarchiques entre les membres des différentes équipes d'intervention, en particulier :
 - a. identification de deux points focaux (nigérien et belge), chargés d'assurer le suivi général du portefeuille, et explicitation de leur fonction ;
 - b. mise en œuvre des résultats 3 à 7 du DTF du PARSS, qui requiert l'intervention des experts santé publique des deux autres interventions ;
 - c. mise à disposition de l'expertise offerte par l'ATI ingénieur du PARSS dans le cadre des constructions et réhabilitations prévues dans le PFAS et le PAI ;
 - d. mise à disposition des ATN MP et RAF international MP dans le cadre du suivi des marchés publics passés dans le cadre du PFAS et du PAI ;

- e. liens fonctionnels et hiérarchiques entre le RAF international MP et les comptables du PFAS et du CAI.

Il appartient au MSP d'initier cette démarche au plus tôt afin de disposer, au niveau du portefeuille santé, d'un dispositif organisationnel clair dès la fin du démarrage du PARSS.

5.3 Structures d'exécution et de suivi

5.3.1 Direction du projet

Le MSP désigne le Responsable national de l'intervention, après avis de non objection de la CTB. Celui-ci porte, pour la partie nigérienne, la responsabilité de l'exécution de l'intervention et de la réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention spécifique et dans ce DTF.

La CTB contracte, après avis de non objection du MSP, un Coresponsable chargé de faciliter les activités en vue d'atteindre les résultats intermédiaires et l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention spécifique et le DTF. Le Coresponsable travaillera en étroite collaboration avec le Responsable du projet. Ils sont conjointement responsables de la réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique.

Le Responsable et Coresponsable assureront par ailleurs la direction du projet et la gestion de l'équipe d'exécution du projet, dont la composition a été décrite supra (cf. chapitre 4).

La Direction du projet se chargera notamment de :

- planifier les activités et les dépenses du projet, qui seront présentées à la SMCL pour approbation ;
- veiller à l'exécution et à la mise en œuvre des activités et du budget ;
- préparer les rapports d'avancement et les rapports financiers à soumettre à la SMCL ;
- étudier tout problème de gestion des ressources (humaines, financières ou matérielles) ou d'interprétation de la Convention spécifique ou du DTF qui se poserait pour le bon déroulement de l'intervention avant de le soumettre à la SMCL pour la prise de décision en cas de besoin.

La Direction du projet se concertera également sur une base régulière avec les Directions des autres interventions belgo-nigériennes dans le secteur de la santé.

5.3.2 Structure mixte de Concertation locale (SMCL)

Dès la signature de la Convention spécifique, les parties conviennent de créer une SMCL. Cette dernière assure le pilotage stratégique de l'intervention.

Comme mentionné supra, la volonté est d'évoluer à court terme vers la constitution d'une SMCL commune pour les trois projets. Les modalités pratiques du fonctionnement de cette SMCL conjointe devront être déterminées durant la phase de démarrage du projet et porteront sur la composition de la SMCL, la planification des SMCL, la préparation des séances et les modalités de rapportage.

5.3.2.1 Compétences et attributions

La SMCL aura pour attributions de :

- mettre en place les structures d'exécution du projet ;

- superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- apprécier l'état d'avancement du projet et de l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports d'exécution du projet ;
- évaluer les plans d'activités du projet et les budgets correspondants : la SMCL peut formuler des recommandations auprès du MSP, qui est le propriétaire du plan national de santé dans lequel toutes les activités du projet s'inscrivent, et auprès de la Direction du projet ;
- approuver les modifications ou les ajustements éventuels du DTF, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- décider de la pertinence d'un remaniement de budget en cas de dépassement des dépenses de plus de 15 % du montant prévu pour un résultat / une activité ;
- approuver les TdR pour les audits et les évaluations externes du PARSS
- prendre connaissance des constats des audits et évaluations externes du PARSS et y répondre si besoin.
- formuler des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention ;
- résoudre tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer conjointement la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition du projet et prendre toute mesure d'encouragement ou de correction nécessaires ;
- résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion relatif aux ressources financières ou matérielles qui se poserait ;
- superviser la clôture du projet et approuver le rapport final.

5.3.2.2 Composition

La composition de SMCL³⁷ est présentée ci-dessous, conformément à l'arrêté N° 220/MSP/SG/DEP du 29 mai 2012 :

Membres permanents :

- le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique (MSP) : Président ;
- le représentant du Cabinet du Premier Ministre,
- le représentant du Ministère des Affaires Étrangères et de la Coopération ;
- le représentant du Ministère des Finances ;
- le représentant du Ministère du Plan, de l'aménagement du Territoire et du Développement Communautaire;
- le représentant de la DEP/MSP ;
- le Directeur Général de la Santé Publique du MSP
- le Représentant résident de la CTB ou son délégué.

³⁷ Composition identique pour toutes les interventions de la coopération belge dans le secteur santé.

Membres non-permanents :

Toute autre personne qui apporte une contribution au projet peut être invitée en qualité de membre non permanent sans prise de décision : p.ex. ; les directeurs-directrices de DGSR, DGSP, DGR, DIES, DRFM, DEP.

Le secrétariat de la SMCL est assuré par la Direction du projet.

5.3.2.3 Mode de fonctionnement

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention spécifique. Il est officiellement approuvé lors de la première réunion de la SMCL.
- La SMCL est convoquée et présidée par le représentant du MSP ou par son délégué.
- La SMCL se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son Président ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre.
- Elle prend ses décisions selon la règle du consensus.
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres permanents présents (voir 5.3.2.2).
- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB et d'assurer les formalités de clôture.
- Le secrétariat de la SMCL est assuré par la Direction du projet.

5.4 Responsabilités financières

5.4.1 Contribution belge

La contribution financière belge couvre essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte des résultats intermédiaires et est mise à disposition de l'intervention sous la forme d'une contribution non remboursable, et de prestations en expertises nationales et internationales et en suivi et évaluation.

Ces différents apports sont fournis à l'intervention par l'intermédiaire de la CTB en exécution d'une Convention de mise en œuvre (CMO) de la Partie belge.

5.4.1.1 Cogestion

La prestation de coopération (à l'exception des lignes mentionnées en régie belge dans le budget) sera exécutée selon les principes de la cogestion: la Partie nigérienne est le maître d'ouvrage de l'intervention, tandis que la Belgique apporte un soutien technique et financier.

La Partie nigérienne, représentée par le MSP, désigne un Ordonnateur, chargé d'engager, de liquider et d'ordonnancer les dépenses du projet. Il peut désigner un Ordonnateur Délégué.

Le Représentant résident de la CTB au Niger, Coordonnateur, est chargé d'approuver les dépenses du projet. Il peut désigner un Coordonnateur Délégué.

L'équipe de coordination technique et d'exécution du projet, dirigée de façon collégiale par le Responsable et le Coresponsable, assure la gestion administrative, budgétaire, financière et comptable du projet.

Le Responsable national assure la direction, la supervision et le contrôle direct et permanent de

l'exécution des prestations pour le compte de la Partie nigérienne.

Le Coresponsable assure le conseil, la supervision et le contrôle régulier de l'exécution des prestations pour le compte de la Partie belge.

La description des responsabilités et des tâches du Responsable national et du Coresponsable du Projet est présentée en Annexe.

5.4.1.2 Régie

La contribution en régie belge est gérée et justifiée par la CTB.

Les lignes du budget gérées en régie concernent principalement le personnel, les moyens généraux de l'intervention ainsi que le financement des MP passés dans le cadre de prestations intellectuelles (cf. également le point « Les marchés publics »).

Les décisions y afférentes sont toujours prises en accord commun et avec transparence entre les deux partenaires.

5.4.2 Contribution nigérienne

La contribution nigérienne est décrite dans la section 4.1.2. Elle consiste principalement en la mise à disposition de personnel, de bureaux, de salles de réunion et autres. L'ensemble de ces engagements est assuré par la Partie nigérienne.

La contribution de la Belgique ne sera en aucun cas utilisée pour le paiement d'un(e) quelconque impôt, droit de douane, taxe d'entrée ou d'autres taxes et charges fiscales (y compris la TVA) sur les fournitures et équipements ou sur les travaux et prestations intellectuelles.

Si des taxes ou des charges sont exigibles selon la législation nigérienne, elles seront prises en charge par la Partie nigérienne.

5.5 Modalités de gestion

Un Guide de mise en œuvre des projets de la coopération nigéro-belge existe dans le cadre de la coopération belgo-nigérienne. Il constitue le cadre général définissant les modalités de gestion. Il sera transmis par les Ordonnateurs à l'équipe de gestion du projet. Il prévoit les modalités aussi bien en régie qu'en cogestion.

5.5.1 Compte et pouvoir de signature

La contribution belge est gérée selon le principe de la cogestion, à l'exception de certaines lignes budgétaires gérées en régie.

5.5.1.1 Compte principal

Dès la signature de la Convention de mise en œuvre du projet entre l'État belge et la CTB, l'Ordonnateur et le Coordonnateur ouvrent un compte principal au nom du PARSS.

Ce compte principal sera actionné sous la double signature de l'Ordonnateur et du Coordonnateur du projet ou de leurs délégués, sur présentation des ordres de paiement. Le compte sera utilisé pour la réception des fonds de la CTB, pour alimenter le compte opérationnel et pour effectuer les paiements dépassant le mandat des Responsables.

Signature 1	Signature 2	Limite
Ordonnateur	Coordonnateur	Selon les limites imposées par les procédures nationales respectives

5.5.1.2 Comptes opérationnels

Signature 1	Signature 2	Limite
Responsable	Coresponsable	25.000 EUR

Sur initiative des Ordonnateurs, le Projet ouvrira un compte opérationnel (en FCFA) auprès d'une banque commerciale. À l'instar du compte principal, ce compte opérationnel sera exclusivement utilisé pour gérer la contribution belge au projet. Ce compte est activé par la double signature du Responsable et du Coresponsable, et ceci selon les modalités suivantes :

Les transferts sur le compte opérationnel seront réalisés par l'Ordonnateur et le Coordonnateur après vérification des comptes mensuels et à la demande du Responsable et du Coresponsable. Le montant de l'avance sur chacun des comptes opérationnels est prédéterminé et ne peut être révisé que par les Ordonnateurs.

Les intérêts générés par les comptes bancaires s'ajoutent au budget total du Projet et sont régis comme celui-ci.

Les Responsables peuvent éventuellement mettre en place une caisse pour couvrir les dépenses locales, mais l'utilisation de liquidités et les paiements en cash seront évités autant que possible.

Pour les dépenses locales en régie, un compte sera ouvert à double signature au niveau de la CTB.

5.5.2 Mise à disposition des fonds

5.5.2.1 Premier transfert

Dès la notification de la Convention de mise en œuvre (CMO) entre l'État belge et la CTB, un appel de fonds par mode de financement peut être introduit auprès de la Représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit être signé par l'Ordonnateur.

5.5.2.2 Transfert suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire auprès de la Représentation locale de la CTB un appel de fonds par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. Cet appel de fonds doit être signé par la Direction du projet ainsi que par l'Ordonnateur pour la partie cogérée.

Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins en trésorerie estimés pour le trimestre suivant plus une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique.

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- la comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise à la Représentation locale de la CTB ;
- la mise à jour de la programmation financière ait été transmise à la Représentation locale de la CTB ;
- le montant de l'appel de fonds n'excède pas le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le projet peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

5.5.3 Rapportage administratif, comptable et financier

5.5.3.1 Comptabilité

Chaque mois, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. Elle doit être signée pour accord par le Responsable et le Coresponsable et transmise à l'Ordonnateur et au Coordonnateur. La comptabilité à envoyer à la Représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et les états de caisse.

5.5.3.2 Programmation financière

Chaque trimestre, le Responsable et le Coresponsable du projet doivent élaborer une programmation financière pour les trimestres suivants, le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite en étroite collaboration avec la DEP/MSP, selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à la Représentation locale de la CTB.

5.5.3.3 Rapportage financier à la SMCL

À chaque réunion de SMCL, le Responsable et le Coresponsable du projet doivent présenter l'information financière suivante :

- rapport d'exécution budgétaire ;
- mise à jour de la programmation financière ;
- liste des engagements importants ;
- aperçu des soldes bancaires ;
- liste des fonds reçus ;
- proposition de modification budgétaire importante si nécessaire ;
- plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier.

5.5.3.4 Rapport annuel

Un rapport de suivi-évaluation annuel, comprenant un Plan opérationnel des activités (POA), est préparé chaque année par le Responsable du projet en collaboration avec le Coresponsable, selon les canevas de la CTB. Il constitue une base essentielle pour le suivi du projet et de ses éventuels ajustements (aussi bien au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Ce rapport, cosigné par le Responsable et le Coresponsable, est approuvé par la SMCL.

Le premier POA basé sur le DTF et les éventuels ajustements devront être transmis pour approbation à la SMCL dans les trois mois suivant le démarrage du projet, et au mois de décembre précédant chaque nouvelle année de réalisation.

Ce POA, cosigné par le Responsable et le Coresponsable, est approuvé par la SMCL et joint au P.-V. de la réunion.

5.5.3.5 Rapport final

Un rapport final sera élaboré par le Responsable du projet en collaboration avec le Coresponsable selon le canevas de la CTB.

5.5.4 Gestion du budget

Le budget du projet indique les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté.

Le budget est géré suivant les règles et procédures de la CTB.

Le budget total ne peut pas être dépassé. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire, une demande motivée d'augmentation doit être introduite auprès de l'État belge après avoir reçu l'accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande, les deux Parties procéderont à un échange de lettres pour officialiser les modifications apportées.

Les modifications budgétaires doivent être approuvées par la SMCL sur la base d'une proposition présentée par les Responsables du projet et suivant les procédures de la CTB en la matière.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'une modification du budget.

Les engagements doivent être approuvés par les deux Parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). Le Responsable et Coresponsable du projet doivent assurer un bon suivi des engagements.

5.5.5 Gestion « en régie »

La CTB aura la responsabilité de gérer directement les activités liées à l'expertise technique longue durée et aux évaluations. Les MP pour les prestations intellectuelles sont également alloués sur des lignes budgétaires gérées en régie (voir section 5.5.7).

Les fonds en régie seront gérés et payés à partir du siège de la CTB, ou par le Représentant résident et le Coresponsable de la CTB à Niamey selon les procédures en vigueur. Les décisions concernant ces fonds restent néanmoins transparentes et une responsabilité mutuelle des deux partenaires.

5.5.6 Audit financier

Audit du projet

Le projet doit être audité après un an d'activité et au terme de la troisième année d'activité. L'audit portera sur :

- les comptes du projet, pour vérifier s'ils reflètent la réalité ;
- le contrôle de l'existence et du respect des procédures.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires si elle les juge nécessaires.

La SMCL charge le Représentant résident de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon les standards internationaux) indépendante.

Les TdR de l'audit et le rapport d'audit doivent être présentés à la SMCL. Si nécessaire, la Direction doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives ont été entreprises.

Audit CTB

Chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un Collège de Commissaires. Dans ce cadre, celui-ci réalise également des audits de projets. Le Comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'Auditeur interne de la CTB.

5.5.7 Les marchés publics

Introduction

La gestion des MP revêt une importance toute particulière dans le cadre du présent projet, d'une part en raison du nombre et de la complexité des MP qui devront être passés et d'autre part en raison des délais de mise en œuvre du présent projet.

Dans le cadre des résultats 1 et 2, le présent projet vise la construction, la réhabilitation et l'équipement de 4 hôpitaux de district ainsi qu'un nombre important de cases de santé et de centres de santé intégrés.

Plus précisément, et tel qu'expliqué dans le chapitre 3 du présent DTF, la mise en œuvre du résultat 1 nécessitera (1) l'appui à l'élaboration des schémas directeurs des hôpitaux concernés, (2) la réalisation d'études architecturales et techniques, (3) la réalisation de travaux de construction / réhabilitation et (4) l'achat et installation de mobilier et d'équipements biomédicaux.

La mise en œuvre du résultat 2 impliquera quant à elle (1) la réalisation d'études architecturales et techniques, (2) la réalisation de travaux de réhabilitation et (3) l'achat et installation de mobilier et d'équipements biomédicaux.

L'énumération des activités permet de rendre compte de la diversité, du volume et du caractère pointu des MP qui devront être gérés dans le cadre du projet.

D'autre part, la mise en œuvre de ces activités devra se faire, dans la plupart des cas, de manière séquentielle. À titre d'exemple, les travaux de réhabilitation ne pourront être entamés qu'à la condition de disposer des plans architecturaux et techniques finalisés. Ce caractère séquentiel a induit pour contrainte des délais de mise en œuvre à la fois longs, difficilement compressibles et pouvant nuire à la bonne atteinte des résultats du projet.

Pour les raisons précitées, la gestion des MP se réalisera selon les modalités précisées ci-dessous.

Gestion des MP de prestations intellectuelles

Sont concernés ici les MP passés dans le cadre de l'élaboration des études architecturales et techniques pour les hôpitaux de district et des études architecturales et techniques des centres de santé intégrés et des cases de santé, et dans celui de l'expertise en maintenance et de la consultance ponctuelle en vue de la commande des équipements biomédicaux.

Dans ce cadre, les MP seront gérés suivant les dispositions prévues dans le droit belge en matière de MP et selon les mécanismes prévus en régie. Le recours au droit belge et à la modalité « régie » est nécessaire en vue d'assurer la réalisation la plus rapide possible des études préalables aux constructions et réhabilitations.

Le pouvoir adjudicateur des MP passés selon cette modalité sera la CTB. La modalité « régie » doit être comprise au niveau de la gestion administrative et financière des marchés publics concernés. D'un point de vue technique, le partenaire nigérien sera entièrement impliqué, d'une part via le responsable du PARSS, d'autre part via la présence des Directions techniques concernées au sein des Commissions d'évaluation et d'attribution. Nous renvoyons au point infra « répartition des tâches en matière de gestion des MP » pour de plus amples détails.

Gestion des MP de fournitures & travaux.

Sont concernés par ces dispositions les MP passés dans le cadre des constructions des hôpitaux de district, des réhabilitations des CSI et cases de santé et des équipements, tant pour les hôpitaux de district que pour les CSI et cases de santé.

Dans ce cadre, les MP suivront les dispositions prévues dans le Code nigérien des MP et seront gérées selon les modalités prévues en cogestion.

L'autorité contractante des MP passés selon cette modalité sera le MSP et la CTB, représentés par le Responsable/Coresponsable (montant inférieur à 25.000 euros) et par l'Ordonnateur/Coordonnateur (montant supérieur à 25.000 euros).

Étant donné le montant des marchés attendus et la nécessité de disposer d'un éventail suffisant d'offres, ces marchés seront lancés selon la procédure d'appel d'offres ouvert avec publication internationale.

Répartition des tâches en matière de gestion des MP

Ce chapitre vise à clarifier la répartition des tâches entre le MSP, la Représentation et l'équipe de projet aux différentes étapes prévues dans le cadre de la gestion des MP.

Marchés de fournitures et de travaux :

Description / Processus	Responsable / collaborateur
Identification du besoin	PARSS/services concernés
Rédaction, envoi et publication des plans de passation	PARSS/DRFM
Préparation du DAO	PARSS/services concernés
Validation du DAO	PARSS/services concernés
Demande d'avis de conformité sur le DAO	PARSS
Avis de conformité sur le DAO	Contrôleur financier ou DGCMP selon le montant du marché. (délai : 11 jours calendriers)
Demande d'ANO sur le DAO à la CTB	PARSS
ANO sur le DAO	CTB RR
Publication Avis d'appel d'offres	PARSS (délai de publicité : 45 jours calendriers)
Publication site CTB (> 22.000€) + OCDE (> 150.000€)	CTB HQ / PARSS
Vente du DAO	PARSS
Décision & arrêté créant le Comité des experts indépendants et la Commission ad hoc d'ouverture et d'adjudication	La composition des Comités et Commissions sera définie par la DRFM/DMP. Le Comité des experts indépendants et la Commission d'ouverture et d'adjudication seront composés au minimum d'un représentant de la DMP, d'un représentant de la DIES et de la Direction du projet.
Réception des offres techniques et financières des soumissionnaires	PARSS
Ouverture des dossiers d'appel d'offres	Commission d'ouverture et d'adjudication
Analyse des dossiers d'appel d'offres	Comité des experts indépendants
Adjudication du rapport d'analyse des dossiers d'appel d'offres	Commission d'ouverture et d'adjudication

Demande d'Avis de conformité sur les résultats et le processus au Contrôleur financier ou à la DGCMP	PARSS
Avis de conformité sur les résultats et le processus	CF/DGCMP (délai : 11 jours calendriers)
Demande d'avis de non-objection sur les résultats et le processus à la CTB	PARSS
ANO sur le processus et les résultats	CTB-RR ou CTB-HQ
Information des soumissionnaires sur les résultats	PARSS
Élaboration du projet de marché	PARSS
Demande de non-objection sur le projet de contrat à la CTB	PARSS
ANO sur le projet de contrat	CTB
Transmission du projet de contrat à l'adjudicataire pour signature	PARSS
Signature du contrat	Autorité contractante, à savoir : Ordonnateur, Coordonnateur (montant supérieur à 25 K€) Responsable, Coresponsable (montant inférieur à 25 k€)
Notification et transmission du contrat signé à l'adjudicataire	PARSS
Transmission du contrat signé à la DGI pour enregistrement	PARSS
Suivi exécution marché	DIES et PARSS
Réception des marchés publics	Autorité contractante

Marchés publics de prestations intellectuelles :

Description / Processus	Responsable
Identification du besoin	PARSS
Planification des MP	PARSS
Préparation du CSC	Service technique concerné / PARSS
Validation du CSC	PARSS
Demande d'ANO sur le CSC à la CTB	CTB RR
ANO sur le CSC	CTB HQ
Publication Avis d'appel d'offres	PARSS
Publication site CTB (> 22.000€) + OCDE (> 150.000€)	CTB HQ / PARSS
Commission d'évaluation et d'attribution	La composition de la Commission est déterminée par la CTB. La Commission comprendra au

Description / Processus	Responsable
	minimum un représentant du service technique concerné
Réception des offres des soumissionnaires	PARSS
Ouverture des offres	Commission d'évaluation et d'attribution
Analyse des offres	Commission d'évaluation et d'attribution
Attribution du marché	CTB RR
Demande d'avis de non-objection sur les résultats et le processus à la CTB	PARSS
ANO sur le processus et les résultats	CTB RR ou HQ (si > 67.000€)
Information et notification des soumissionnaires	PARSS
Suivi exécution marché	Service technique concerné et PARSS
Réception des marchés publics	CTB (avec appui service technique)

5.6 Mécanisme d'appropriation des adaptations du DTF

À l'exception de l'objectif spécifique du projet, de la durée de la Convention spécifique, et des budgets totaux pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettres entre les Parties belge et nigérienne, le Ministère de la Santé Publique responsable de l'exécution du projet et la CTB peuvent adapter le présent DTF, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement du projet.

Pour les aspects ci-dessous, la consultation préalable de la SMCL est requise :

- les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie nigérienne ;
- les résultats, y compris les modifications budgétaires importantes ;
- les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la Structure mixte de Concertation locale ;
- le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique ;
- les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des Parties.

Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

La Partie nigérienne et la CTB informent l'État belge si de telles modifications sont apportées au projet.

Si des modifications de l'objectif spécifique, du montant total ou de la durée de la Convention spécifique sont proposées par le pays partenaire et sur demande motivée des entités responsables de la mise en œuvre, le pays partenaire introduit une requête auprès de l'Ambassade de la Belgique. Le pays partenaire et l'État Belge peuvent convenir de ces changements par échange de lettres.

5.7 Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation ont pour but non seulement de rendre compte de l'exécution technique et financière des activités, mais également d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'intervention.

Les 4 mécanismes mis en place sont présentés ci-dessous.

5.7.1 Monitoring du projet

Durant les 6 premiers mois après le démarrage effectif de l'intervention, l'équipe de projet élaborera le dispositif de suivi du projet sous la supervision de la DEP/MSP.

Ce dernier comprend :

- Elaboration de la ligne de base et définition des indicateurs qui permettront de mesurer l'atteinte des résultats et de l'objectif spécifique ;
- les valeurs de référence et les valeurs-cibles souhaitées aux différentes étapes de mise en œuvre de l'intervention ;
- les sources de vérification, les modes de collecte des données et les responsables de la collecte et de l'analyse.

Le présent DTF propose une liste d'indicateurs, qui pourront être, le cas échéant, amendés ou affinés. Autant que possible, le système de S&E devra profiter des mécanismes nationaux existants, de manière à optimiser l'alignement mais également l'efficacité du dispositif. Une première mission de Backstopping trois mois après le démarrage du projet sera consacrée en bonne partie à la conception de la « Baseline ».

5.7.2 Revue à mi-parcours (RMP)

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation externe à mi-parcours, gérée conformément aux normes développées par la CTB

L'exercice aura en particulier pour objectif d'évaluer le degré d'avancement de la mise en œuvre du projet et de formuler des recommandations quant à l'actualisation de la logique d'intervention du projet. Les TdR de l'évaluation à mi-parcours seront préparées par la DP, en concertation avec la DEP/MSP, et soumises pour approbation par la SMCL.

Le consultant externe est recruté par la CTB à Bruxelles.

5.7.3 Les missions de Backstopping du siège

Deux missions de Backstopping (BS) sont prévues par an. Cette activité a pour but de contribuer à développer et à maintenir un niveau de qualité technique des projets conformément au Cadre conceptuel de la Coopération belge en santé.

Les personnes impliquées dans ce processus sont :

- les équipes d'exécution de projet (santé) de la CTB et la Représentation/pays (opérationnalisation de la mission), d'une part ;
- les membres de la Cellule Santé et des autres Cellules d'EST (Expertise sectorielle et thématique) et autres Directions de la CTB HQ, d'autre part.

Points possibles de départ du processus:

- En routine en général, une demande est faite par l'ATI ou l'équipe d'exécution de projet et

transmise à EST après concertation avec la Représentation.

Assez exceptionnellement, une demande de BS peut être initiée par d'autres parties :

- par la Représentation/pays de la CTB, soit en vue de participer à une revue évaluative formelle intermédiaire, soit pour débloquer un projet s'il s'agit de problèmes plutôt 'techniques', soit encore pour gérer un risque particulier ou une menace particulière ;
- par une autre direction de la CTB siège (problèmes de gestion financière...);
- par un des membres de la Cellule Santé d'EST sur la base d'un rapport ou d'une perception d'évolution trop lente, de performance en deçà des attentes ou d'un manque d'informations sur l'évolution, d'une réunion régionale sur un thème opérationnel visant à développer des synergies entre projets, ...

Cette activité est budgétisée dans le cadre de la rubrique 'Frais de suivi-évaluation' des moyens généraux.

5.7.4 La revue finale

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation finale, gérée conformément aux normes développées par la CTB.

La gestion de l'exercice est réalisée par la CTB à Bruxelles.

5.8 Clôture de la prestation

La durée globale de la Convention spécifique est de 72 mois, la durée de l'exécution du projet est de 60 mois.

Six mois avant la fin du projet, un bilan financier doit être élaboré par la Direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté à la SMCL de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB. Les Parties nigériennes et belges envisageront de verser les reliquats éventuels de la présente intervention dans de nouvelles interventions mises en place dans le cadre du PIC futur, ce afin d'éviter des extensions coûteuses.

Un rapport final (cf. également Rapport final) est établi à la fin de la 5^e année du Projet de mise en œuvre du Dossier technique et financier. Ce rapport sera établi par le Responsable et le Coresponsable du projet.

Au terme de la Convention spécifique, les dépenses ne sont plus autorisées, sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de ladite Convention et actés dans le P.-V. de la SMCL.

Après la clôture financière du projet, les fonds non utilisés seront gérés selon les modalités prévues dans la Convention spécifique, c.-à-d. qu'ils seront reprogrammés dans le PIC en cours lors d'un Comité des partenaires et confirmé par échange de lettres.

6 THEMES TRANSVERSAUX

6.1 Environnement

6.1.1 Contexte national

Le Niger dispose depuis plusieurs années de textes généraux relatifs à la protection et à la conservation des ressources de la diversité biologique ainsi que d'évaluations environnementales. Ce cadre se traduit par l'adoption de plusieurs lois et décrets et par la signature des conventions internationales. Cependant, tout ceci n'a pas réellement été opérationnel à cause du manque de textes d'application des procédures, des contenus, etc. et de la faiblesse des institutionnels à disposer des moyens nécessaires pour accélérer le processus.

En ce qui concerne les domaines d'études, le décret n° 2000 -39/PRN/ME/LCD du 20 octobre 2000 détermine la liste des activités, travaux et documents de planification assujettis aux Études d'impacts sur l'environnement.

Le système permet d'identifier les impacts sur la diversité biologique, mais ce sont surtout les aspects globaux liés à la faune, à la flore et aux habitats qui sont le plus pris en compte.

6.1.2 Contribution PARSS

Tant le choix des matériaux que la conception des infrastructures et les équipements sanitaires ont un impact sur l'environnement. On veillera donc à ce que l'empreinte environnementale de l'intervention soit la plus réduite possible, en favorisant notamment l'efficacité énergétique, voire la promotion d'énergies renouvelables. Le mode de construction choisi peut également avoir un impact important sur l'environnement.

Les orientations stratégiques indiquent les chartes et normes environnementales nationales et internationales à suivre, tandis que la méthodologie de conception établit les principales recommandations environnementales (voir 2.4.1). En outre, le PARSS veillera à ce que les termes de référence des bureaux d'études demandent une capacité de conception de construction durable, favorisant l'éclairage naturel et le confort thermique des usagers par une bonne ventilation naturelle tout en limitant les besoins en climatisation. Le cas échéant, lesdits termes de référence incluront une étude d'impact environnemental dont les études techniques détaillées d'exécution tiendront compte. Cette étude sera conforme aux instruments et aux orientations de la loi-cadre relative à la gestion de l'environnement au Niger. Elle veillera ainsi à l'inclusion d'un mode de construction à moindre impact environnemental dans les spécifications techniques destinées à l'entreprise de construction (voir les activités relatives aux résultats 1 et 2 au chapitre 3).

En ce qui concerne l'équipement, le PARSS veillera également à établir des spécifications techniques exigeant dans la mesure du possible des matériaux et produits locaux pour les achats. Ainsi, il veillera à ce que l'équipement comme, par exemple, les radios de communication, les chambres froides, l'éclairage, etc., puisse être alimenté par énergie solaire. En ce qui concerne les déchets, le PARSS veillera à la mise en place d'une bonne gestion des déchets tant hospitaliers et biomédicaux que courants (vieilles batteries, pneus...) ou organiques au niveau de l'appui au système de maintenance (voir résultat 3 au chapitre 3).

Le PARSS veillera ainsi à la capitalisation des leçons apprises sur les aspects environnementaux de la construction et de l'équipement. La capitalisation sera partagée avec le MSP et les autres PTF pour favoriser des bonnes pratiques dans les chantiers et projets à venir.

Une attention particulière doit être accordée à la mise en pratique des précautions universelles contre

la transmission du VIH/Sida tout au long du processus de construction.

6.2 Genre

6.2.1 Conventions internationales et politiques nationales

Sur le plan international, le Niger a ratifié la plupart des conventions internationales relatives aux droits humains en général, et celles qui, comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), prônent l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Néanmoins, leur degré d'application est faible, suite, d'une part, à la non-adoption de mesures internes complémentaires destinées à favoriser la mise en œuvre desdites conventions et, d'autre part, aux nombreuses réserves formulées par le Niger à l'occasion de son adhésion à la CEDEF. Ces réserves vident cette convention de sa substance et constituent un obstacle à l'adoption de mesures destinées à assurer l'égalité entre les hommes et les femmes dans tous les domaines.

Au niveau national, la Constitution nigérienne déclare, dans l'alinéa 2 de son article 8, « l'égalité de tous devant la loi sans distinction de sexe, d'origine sociale, raciale, ethnique ou religieuse ». Le respect du principe constitutionnel de l'égalité est renforcé par la loi d'organisation judiciaire en vertu de laquelle la coutume n'est applicable que si elle est conforme :

- Aux dispositions législatives et règles fondamentales concernant l'ordre public et la liberté des personnes ;
- et aux dispositions des conventions internationales ratifiées par le Niger.

Diverses réformes et mesures juridiques visant à éliminer la discrimination et à promouvoir l'égalité des sexes ont été mises en œuvre. Notamment :

- la loi n° 2000-008 instaurant un système de quotas pour les postes réservés aux femmes dans les organes de décision ;
- les réformes apportées au Code pénal en 2004, notamment les dispositions interdisant la mutilation génitale des femmes et l'esclavage ;
- l'adoption d'une Politique nationale d'émancipation des femmes, prenant en considération les questions sociales, économiques, politiques, juridiques et culturelles ;
- l'adoption en 2006 de la loi sur la santé en matière de procréation.

Le Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant (MPPFPE) est créé par décret le 25/4/2003. Il a pour mandat la définition et la mise en œuvre de la politique et des stratégies nationales en matière de promotion de la femme.

Une réforme a eu lieu par l'intermédiaire du Décret n° 2010-117/PCSRD/MP/PF/PE du 1er avril 2010 déterminant les attributions de la MPPFPE et du Décret n° 2010-118/PCSRD/MP/PF/PE du 1er avril 2010 portant organisation du MPPFPE.

Il comporte en son sein une Direction de la Promotion de la Femme (DPF) qui est le mécanisme opérationnel de coordination, suivi et évaluation des interventions dans les domaines de la promotion de la femme et du genre.

Ce ministère dispose aussi de services décentralisés, qui à l'instar du ministère du Plan national, assurent à leur niveau la coordination, le suivi et l'évaluation des actions se rapportant à la promotion de la femme et du genre.

À ce ministère sont venus s'ajouter d'autres mécanismes institutionnels concourant à la réalisation du même objectif. Il s'agit de :

- l'Observatoire national pour la Promotion de la Femme (ONPF), mécanisme de contrôle de la promotion de l'équité et de l'égalité de genre ;
- les points focaux genre chargés de veiller à la prise en compte du genre dans les ministères sectoriels ;
- la Direction de la Scolarisation des Filles, chargée de la promotion de la scolarisation de la jeune fille ;
- les conseillères genre auprès du Président de la République et du Premier Ministre, chargées de donner des avis techniques pour la prise en compte du genre dans les politiques et programmes de développement du pays ;
- le Réseau des parlementaires nigériens sur les questions du genre.

L'Observatoire national pour la Promotion du Genre (ONPG) devrait être un organe autonome de contrôle de l'effectivité de la prise en compte du genre au Niger. Ce mécanisme se substitue à l'ONPF. L'Observatoire devait constituer une banque de données sur les femmes et les progrès en matière de promotion de la femme, et établir un programme de renforcement et de formation des ressources humaines pour la promotion de la femme. Il est important de vérifier la disponibilité des statistiques « genre spécifiques ».

La Politique nationale de genre (PNG) a été adoptée par le Conseil des Ministres en juin 2008. Elle comporte 4 orientations stratégiques :

- La promotion équitable de la situation et de la position sociale de la femme et de l'homme au sein de la famille et dans la communauté : elle vise à favoriser les changements de mentalités des hommes et des femmes, les attitudes et les pratiques propices à l'égalité de reconnaissance et de traitement des femmes et à soutenir l'accès des femmes aux services sociaux de base.
- La promotion équitable du potentiel et de la position de la femme et de l'homme au sein de l'économie du ménage et dans l'économie de marché : elle vise l'accroissement de la productivité, de la capacité de production des femmes et l'amélioration de leur niveau de revenu.
- Le renforcement de l'application effective des droits des femmes et des filles, de la lutte contre les violences basées sur le genre et de la participation équitable des hommes et des femmes à la gestion du pouvoir : elle vise à garantir l'égalité des droits à tous, hommes et femmes, garçons et filles, et la pleine jouissance des droits par les femmes et les filles.
- Le renforcement des capacités d'intervention du cadre institutionnel de mise en œuvre de la PNG : elle vise la mise en place d'un dispositif performant au niveau institutionnel ainsi que l'harmonisation et la synergie des interventions dans le domaine du genre.

6.2.2 Contributions du PARSS

L'analyse de situation a révélé que des efforts importants ont été déployés pour promouvoir l'égalité des sexes. Néanmoins, les inégalités économiques et juridiques entre les femmes et les hommes persistent. En effet, les femmes se retrouvent dans les catégories les plus pauvres, surtout quand elles sont chef de ménage. Elles sont davantage touchées par le chômage et ne disposent pas de pouvoir de décision quant à l'affectation des revenus familiaux. Des actions spécifiques ciblées ont été appuyées par différentes parties prenantes en vue de renforcer la politique de promotion du genre : elles ont porté essentiellement sur l'information et la sensibilisation et la consolidation du pouvoir économique de la femme.

Le PARSS intégrera l'approche genre de manière transversale dans toutes ses activités et mènera celles-ci en accord avec la Politique nationale de genre, pour renforcer les efforts déjà déployés. Le PARSS veillera à ce que les mesures proposées s'alignent sur les axes stratégiques de la PNG et

s'adressent également aux hommes. Le PARSS contribuera directement à l'axe stratégique n° 1, plus particulièrement au « Renforcement de l'application effective des droits des femmes et des petites filles, de la lutte contre les violences basées sur le genre et de la participation équitable des hommes et des femmes à la gestion du pouvoir ».

Au niveau de la **couverture sanitaire** et de l'offre des soins: un suivi spécifique du recours des femmes et des enfants aux services de santé sera assuré. En termes de construction, le PARSS construira par exemple des installations hygiéniques séparées pour les hommes et femmes. Déjà, le MSP a fourni beaucoup d'efforts en rendant les soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Pour sa part, le PARSS contribuera à l'augmentation de la couverture sanitaire à travers les constructions et transformations des structures sanitaires dans les zones fortement peuplées et caractérisées par un faible taux de couverture. Cet appui à la couverture sanitaire s'aligne sur l'axe stratégique n° 1 « Promotion équitable de la situation et de la position sociale de la femme et de l'homme au sein du ménage et dans la communauté » et son objectif n° 1 « Assurer la prise en compte des besoins différenciés en santé de la reproduction des femmes, des adolescent(e)s et des hommes ».

L'appui aux consultations foraines, aux visites de supervision intégrée, aux formations orientées sur la santé des mères et des enfants et à la maintenance contribuera à améliorer l'accès aux soins ainsi que l'offre et la qualité des soins. À travers cet appui, le PARSS prête aussi indirectement une attention aux services de PF. Celle-ci protège non seulement les femmes contre le risque réel de mortalité maternelle mais aussi contre la pauvreté chronique liée à la taille des familles et la perte de travail suite à des grossesses rapprochées. Cette attention renforce également l'autonomisation des femmes. La PF peut contribuer à remettre en question des déséquilibres de pouvoir dans les relations familiales. Dans ce cadre, il est important de veiller aux risques liés aux changements de pouvoir et d'accompagner de tels processus au moyen de campagnes de sensibilisation, afin d'éviter une augmentation des violences basées sur le genre. À plus long terme, la PF aidera le pays à stabiliser sa croissance démographique, ce qui permettra à la population de profiter pleinement de la (faible) croissance économique du pays.

Le PARSS appuie ainsi la lutte contre la mortalité (et morbidité) maternelle et infantile.

Au niveau des **RH** : la problématique de la féminisation progressive du personnel dans les structures périphériques nécessite une adaptation de la politique d'affectation. En effet, le nombre de femmes formées a significativement augmenté. D'autre part, il est moins évident d'affecter une femme seule dans des zones rurales tandis que les femmes mariées sont affectées en priorité là où leur époux l'est. Le PARSS portera une attention particulière aux politiques des RH, et ceci, en étroite collaboration avec le Projet d'appui institutionnel, le PAI. Le but est de redresser les inégalités de genre par une réflexion profonde basée sur les pratiques. Celle-ci permettra d'éviter que les politiques RH soutiennent un *statu quo* dans la répartition traditionnelle des rôles, et notamment que les femmes quittent leur poste pour accompagner leur mari. L'affectation des budgets aux individus, plutôt qu'aux postes, facilite cette répartition traditionnelle. Dans ce cadre, le PARRS proposera des mesures d'action positives.

Ces mesures temporaires favorisent l'autonomisation des femmes (empowerment). Elles devraient viser l'affectation effective des femmes aux postes attribués et nécessiteront un suivi-évaluation permanent. Différentes mesures pourront être analysées et évaluées, comme par exemple l'attribution de primes, la prévision des opportunités de promotion pour les femmes dans les zones rurales, les manières de rendre les postes dans les zones rurales plus attractifs grâce à un encadrement spécifique pour les jeunes femmes, la promotion de la recherche de postes pour les femmes, par des mécanismes sur mesure, la promotion d'horaires flexibles pour les femmes ou le renforcement de la

mobilité des femmes en poste.

Le PARSS veillera à ce que l'équipe d'exécution bénéficie d'une **formation** en matière de genre (concepts, outils, approches genre spécifiques).

6.3 VIH / Sida

Le premier cas de VIH/Sida au Niger a été signalé en 1987. Cette maladie est perçue aujourd'hui comme une menace, en particulier pour les femmes et les jeunes. En 2006, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS/MICS-III) conduite par l'Institut national de la statistique (INS) révélaient un taux de séroprévalence de 0,7 %. Cette moyenne cache néanmoins les disparités entre les différents groupes de population ainsi que les disparités régionales. La prévalence est, en effet, plus élevée dans les zones urbaines et dans les régions d'Agadez (1,6%), de Tahoua (1,0%) et de Diffa (1,7%) que dans celles de Tillabéry (0,4%) ou de Maradi (0,3%)³⁸. La prévalence est plus élevée dans les groupes à risque comme les forces de défense et de sécurité (1,56%), les professionnelles du sexe (35,6%), les routiers/camionneurs (1,83%) et les migrants (1,03%). L'ONUSIDA estime qu'il y a 6300 nouvelles infections par an.

6.3.1 Conventions internationales et politiques nationales

En termes d'actions politiques, le Gouvernement du Niger s'est doté : (i) d'une Coordination intersectorielle de lutte contre les IST/VIH/Sida avec l'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux depuis 2002, (ii) d'un Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida, dont le but est de prévenir la maladie, d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et d'instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne, (iii) de la loi de avril 2007 sur le VIH/Sida adoptée par l'Assemblée nationale (notamment les mesures visant à éviter la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant et la criminalisation de la contamination délibérée) et (iv) une Unité de Lutte du Secteur Santé au sein des ministères (ULSS).

Les efforts de riposte du pays se sont principalement focalisés sur la mise en œuvre du Cadre Stratégique 2008-2012 dans les domaines prioritaires que sont la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement.

Après la revue du Cadre Stratégique national 2008-2012 en septembre 2011, le Niger a décidé d'effectuer une nouvelle planification stratégique (2012-2016) en vue de : répondre aux exigences internationales (Nouvelles orientations ONUSIDA « Zéro nouvelle infection, Zéro décès liés au sida et Zéro discrimination d'ici 2015 »), s'adapter à la nouvelle génération de plans stratégiques axés sur les résultats et mieux cibler les interventions.

6.3.2 Contributions du PARSS

Le PARSS contribuera, directement et indirectement, à la lutte contre le VIH/Sida, à travers :

- l'augmentation de la couverture sanitaire et de l'offre de soins par le biais de nouvelles constructions et de la fourniture d'équipements biomédicaux (laboratoire : dosage CD4, dépistage de VIH) et médicaments (ARV) aux HD ;
- le renforcement du système de maintenance, notamment de la maintenance des équipements biomédicaux ;
- la gestion des déchets biomédicaux à travers la mise en œuvre des précautions universelles ;
- l'appui aux visites de supervision intégrée des CSI par les ECD ;

³⁸ ONUSIDA, *Rapport d'activité sur la riposte au Sida au Niger, 2012*.

- la transformation de CSI de type I en type II par la création de centres de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes (SSRAJ) ;
- les formations en PF et PTME.

Les deux autres projets en cours contribuent à leur niveau à la lutte contre le VIH / Sida. L'appui institutionnel au niveau central aidera le ministère dans la réforme hospitalière et la supervision du niveau central vers le niveau régional afin d'appuyer la mise en œuvre des politiques nationales. Le projet de formation intègre le thème dans ses modules de formations.

6.4 Économie sociale

Le programme vise à améliorer le système de maintenance des structures sanitaires et des équipements. Dans des domaines tels que le mobilier et les équipements des structures sanitaires ou la maintenance et les travaux de réhabilitation des bâtiments, il existe une opportunité de collaborer avec le secteur privé. Les meubles, notamment les lits, tables d'examen, chariots, matelas, pieds de perfusion, tables et chaises seront achetés sur place. Cette approche permet de stimuler l'économie locale et de réduire les coûts mais n'est envisageable que si elle s'avère concurrentielle sur le marché.

Le recours au programme des bourses de la Coopération peut être une opportunité pour organiser des formations 'techniques et pratiques' bien ciblées pour ces entreprises.

7 ANNEXES

Les annexes comprennent:

- le cadre logique ;
- le calendrier d'exécution, le chronogramme ;
- le type d'assistance technique à court terme et à long terme envisagé et leurs termes de références;
- les standards de superficie pour les hôpitaux de district ;
- La liste des indicateurs clés du PDS.

7.1 Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables ³⁹	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p>Objectif global</p> <p>Une offre de soins et de services de qualité est assurée à la population du Niger, en particulier au niveau des groupes les plus vulnérables.</p>			
OS	<p>Objectif spécifique</p> <p>La couverture sanitaire est augmentée et améliorée dans les zones d'intervention du projet.</p>	<p>Le taux de couverture sanitaire dans la zone d'intervention^{ooo} – évolution annuelle</p>	<p>Les rapports annuels du PDS et le PAA</p> <p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet</p> <p>SNIS</p>	<p>La situation sécuritaire au Niger permet la mise en œuvre des activités des agences de développement.</p> <p>Les institutions nationales et régionales adhèrent au plan de développement sanitaire.</p>
R 1	<p>Résultat 1</p> <p>Les 4 hôpitaux de district ciblés sont construits /réhabilités et équipés.</p>	<p>Le nombre d'HD construits</p> <p>Le nombre d'HD réhabilités</p> <p>Les nouveaux HD pratiquent la chirurgie de district</p> <p>Nombre d'interventions de petite et grande chirurgie</p> <p>Proportion de formations sanitaires (HD) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP^{ooo}</p>	<p>Rapports du projet (Rapports annuels, MTR et fin de projet)</p> <p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet</p> <p>SNIS</p>	<p>Les autorités mettent tout en œuvre pour que les bâtiments soient construits/réhabilités dans les meilleures conditions et ne posent aucun obstacle à ce travail</p> <p>Les partenaires respectent les mécanismes et les délais de la cogestion lors la passation des MP</p> <p>Les autorités assurent l'affectation du personnel dans les infrastructures sanitaires ciblées</p>
R 2	<p>Résultat 2:</p> <p>Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés,</p>	<p>Le nombre de CSI transformés.</p> <p>Proportion de formations sanitaires (CSI) disposant de personnel selon les normes</p>	<p>Les rapports annuels du PDS</p> <p>Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans les zones d'intervention du</p>	

³⁹ Les indicateurs marqués avec ^{ooo} sont repris du PDS

	réhabilités et équipés.	et standards du MSP ^{ooo} Le nombre de CSI transformé fonctionnels	projet Rapports du projet (Rapports annuels, MTR et fin de projet) SNIS	
R 3	Résultat 3: Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.	Nombre de rapports de recherche disséminé au niveau central Nombre de politiques adaptées Taux d'exécution du fonds de maintenance Proportions des cadres de maintenance sur place et formés Nombre de visites de supervision exécutées / nombre de visites planifiées	Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet Le rapport de recherche Les rapports des ateliers et des visites de supervision SNIS	Le partenaire assure l'affectation des ingénieurs au niveau des DRSP
R 4	Résultat 4: Les consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés.	Nombre de consultations foraines dans les zones d'intervention exécutées / nombre planifié	Les rapports annuels du PDS Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans les zones d'intervention du projet SNIS	
R 5	Résultat 5: Les compétences en matière d'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.	Nombre/pourcentage de cadres sanitaires formés Nombre d'ateliers d'échange entre pairs	Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet Les rapports du projet	
R 6	Résultat 6: La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés.	Taux de réalisation de la supervision au niveau des CSI ^{ooo} Nombre de Plans de résolution des problèmes (PRP) établis/suivi des recommandations	Les rapports annuels du PDS et le PAA Les rapports annuels des DRSP et des ECD dans la zone d'intervention du projet SNIS Rapport d'analyse d'un échantillon	

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Contribution belge
R 1	Résultat 1 Les hôpitaux de district ciblés sont construits /réhabilités et équipés.		Coût en euros
A 1.1	A 1.1 Conception des hôpitaux de district et suivi technique Élaboration des schémas directeurs Études architecturales et techniques Suivi des travaux	Équipe de consultants multidisciplinaires, bureaux d'architectes et d'ingénieurs Bureau de contrôle de la qualité Consultance concernant les équipements biomédicaux	Voir 4.1
A 1.2	A 1.2 Réalisation des travaux	Entreprises de construction	Voir 4.1
A 1.3	A 1.3 Fourniture et aménagement de l'équipement biomédical, du mobilier et du matériel logistique dans les HD Consulter un expert Compiler des listes de besoins Lancer les MP : pour l'équipement biomédical et la fabrication locale des meubles Fournir l'équipement et les meubles après les travaux	Consultance d'un expert Entreprises de menuiserie Fournisseurs d'équipements biomédicaux	Voir 4.1
A 1.4	A 1.4 Fournir un stock initial de 5 mois en médicaments et consommables médicaux aux HD. Compiler une liste de commande Lancer la commande auprès de l'ONPPC Fourniture après les travaux	CS avec l'ONPPC	Voir 4.1

	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Contribution belge
R 2	Résultat 2 Les cases de santé et centres de santé intégrés ciblés sont transformés, réhabilités et équipés		Coût en euros
A 2.1	A 2.1 Conception des centres de santé intégrés ciblés et suivi technique <ul style="list-style-type: none"> _ Identification et programmation _ Études architecturales et techniques _ Suivi des travaux 	Atelier de planification Bureaux d'architectes et d'ingénieurs	Voir 4.1
A 2.2	A 2.2 Réalisation des travaux	Entreprises de construction	Voir 4.1
A 2.3	A 2.3 Fourniture et aménagement de l'équipement biomédical et du mobilier dans les centres transformés selon les normes nationales <ul style="list-style-type: none"> - Consulter un expert - Compiler des listes de besoins - Lancer les MP : pour l'équipement biomédical et la fabrication locale des meubles - Fournir l'équipement et les meubles après les travaux 	Consultance d'un expert Entreprises de menuiserie Fournisseurs d'équipements biomédicaux	Voir 4.1
A 2.4	A 2.4 Fournir un stock de 5 mois en médicaments et consommables médicaux aux centres transformés selon les normes nationales Compiler une liste de commande Lancer la commande auprès de l'ONPPC Fourniture après les travaux	CS avec l'ONPPC	Voir 4.1

	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Contribution belge
R 3	Résultat 3 Le système de maintenance des infrastructures, des équipements biomédicaux et de la logistique est renforcé.		Coût en euros
A 3.1	A 3.1 Mener une Recherche-Action (RA) Établir le protocole de la RA selon les différentes étapes Établir une Baseline spécifique Développer les outils de monitoring Organiser les suivis annuels Diriger un rapport de recherche Dissémination du rapport de recherche	Consultance d'un expert Assistance Technique Ateliers de développement et suivi de la RA	Voir 4.1
A.3.2	A.3.2 Conduite ateliers régionaux		Voir 4.1
A 3.3	A 3.3 Appuyer le système de maintenance Création d'un fonds de maintenance et de son protocole de fonctionnement Fournir les moyens pour la supervision des activités de la maintenance Fournir le matériel de maintenance	Financement « fonds de maintenance » Achat du matériel de maintenance Achat de véhicules	Voir 4.1
A 3.4	A 3.4 Formation ponctuelle des cadres de maintenance Organiser des ateliers de formations et d'échange entre pairs Créer des lieux de stage	Ateliers de formations et d'échange Stages	Voir 4.1
A 3.5	A 3.5 Capitalisation et dissémination des expériences de la RA aux différents niveaux du système de santé Organiser les ateliers de dissémination au niveau national Organiser des visites de terrain	Ateliers nationaux de capitalisation Mission d'évaluation Frais de mission	Voir 4.1

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Contribution belge
R 4	Résultat 4 Les consultations foraines sont renforcées au niveau des CSI transformés.		Coût en euros
A 4.1	A 4.1 Appuyer l'organisation des consultations foraines au niveau des structures transformées Participation aux ateliers de planification annuelle Identifier les besoins de l'appui aux consultations foraines Organiser des journées de réflexion, discussion et formation autour des ateliers de planification	Ateliers de planification et de réflexion	Voir 4.1
A 4.2	A 4.2 Appuyer l'exécution des consultations foraines sur le plan logistique et opérationnel Fournir l'équipement médical, logistique et opérationnel selon les normes nationales	Achat d'équipement médical Achat de motos Forfait fonctionnement	Voir 4.1
	Activités pour atteindre le Résultat 5	Moyens	Contribution belge
R 5	Résultat 5 Les compétences en matière d'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont renforcées.		Coût en euros
A 5.1	A 5.1 Établir les plans de formation sur la base des besoins identifiés Participation aux ateliers de planification annuelle Établir un plan de formation basé sur les besoins et identifier les participants	Ateliers de planification et de réflexion	Voir 4.1
A 5.2	A 5.2 Former les cadres sélectionnés	Frais des formations organisées dans les centres de formation régionaux et nationaux	Voir 4.1

A 5.3	A 5.3 Organiser le suivi post-formation Intégrer le suivi post-formation dans les visites de supervision intégrée Organiser des échanges entre pairs	Ateliers Visites de supervision	Voir 4.1
-------	--	------------------------------------	----------

	Activités pour atteindre le Résultat 6	Moyens	Contribution belge
R 6	Résultat 6 La supervision et le suivi-évaluation des activités sont améliorés.		Coût en euros
A 6.1	A 6.1 Appuyer l'organisation de la supervision des CSI par l'ECD Participation aux ateliers de planification annuelle Identifier les besoins de l'appui à la supervision intégrée Organiser des journées de réflexion, discussion et formation autour des ateliers de planification	Ateliers de planification et de réflexion	Voir 4.1
A 6.2	A 6.2 Renforcer l'exécution de la supervision intégrée Appui logistique en fourniture de véhicules pour les visites de supervision Appui opérationnel aux visites de supervision	Achat des véhicules Forfait fonctionnement	Voir 4.1

7.2 Chronogramme

7.2.1 Tableau GANTT

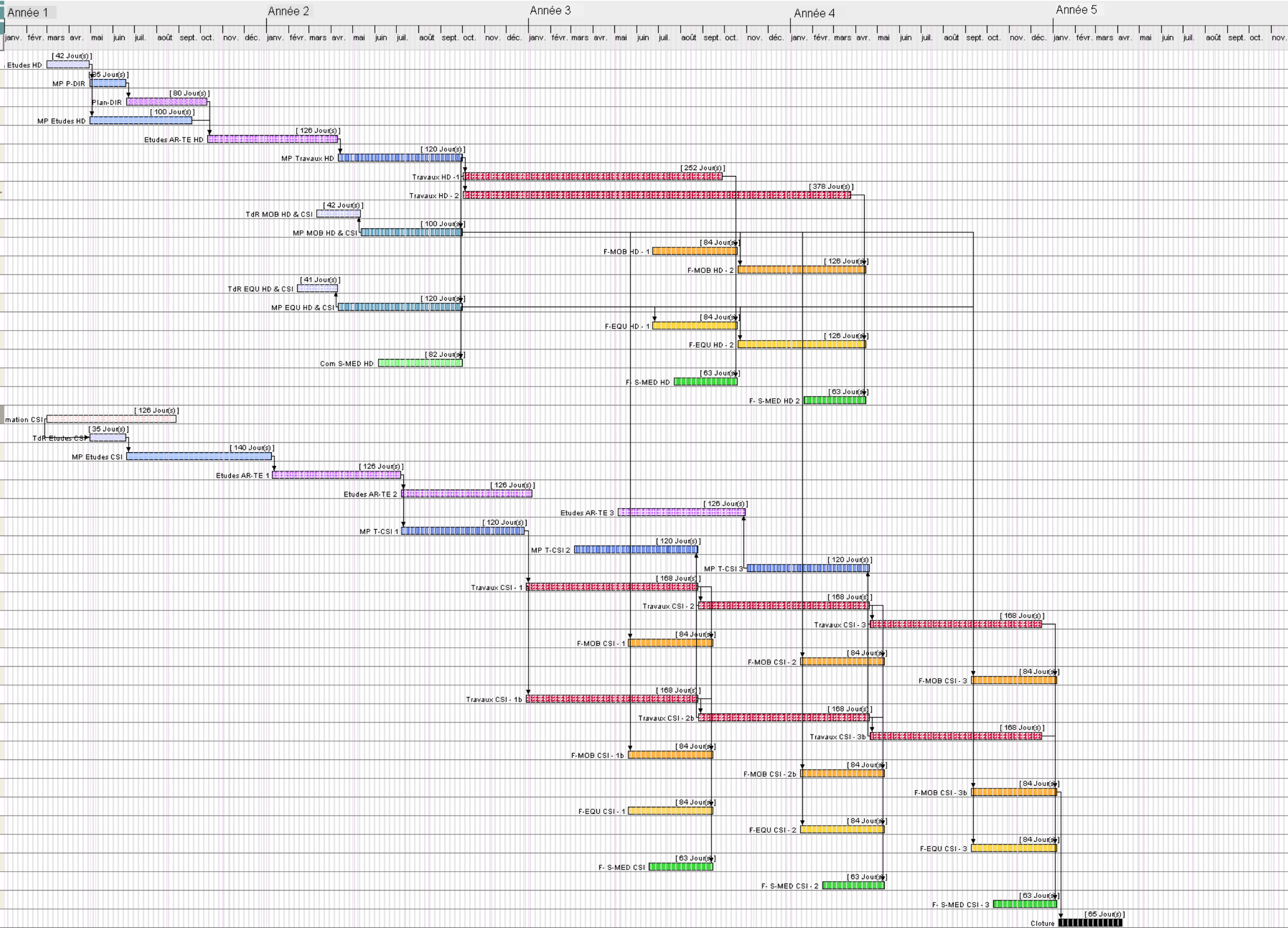
Ce tableau GANTT concerne les activités relatives à la construction, la réhabilitation et la transformation des infrastructures sanitaires. Il réfère ainsi aux activités développées pour atteindre le résultat 1 et 2 dans le § 3.3 « Résultats et activités à mettre en œuvre ».

Le tableau GANTT illustre le chronogramme du processus de construction, tout en mettant l'accent sur les responsables des tâches et sur leur durée dans des conditions optimisées. Le côté gauche du tableau comprend quelques colonnes indiquant le volume financier des activités, le code de MP envisagé et la localisation des infrastructures ciblées. Il met également en évidence le potentiel des ressources humaines en termes de suivi technique et administratif. En outre, le tableau des ressources humaines permet d'identifier les responsables techniques et les gestionnaires de MP, leurs principales tâches et les périodes critiques – sans pour autant visualiser les fonctions de supervision et de coordination des ATI.

Le recrutement des ATI est une condition préalable au démarrage des activités. La date de début n'est donc qu'une estimation. Selon ce schéma, le délai minimal pour la construction des HD est de 3 ans et 3 mois, tandis que pour les CSI le délai est de 4 ans. Les délais sont basés sur la durée théorique des procédures de marché public et sur la durée moyenne des études et des travaux. Il est évident que chaque complexité importante aura des implications au niveau du processus de construction et des résultats du projet. Ce schéma GANTT est un outil de planification des ressources humaines et financières et ne représente pas le chronogramme du projet.

Légende du tableau GANTT:

TdR		Élaboration des termes de référence
MP		Passation du MP
P-DIR		Plans directeurs des hôpitaux de district
Etudes AR-TE		Études architecturales et techniques
Travaux		Travaux de construction
F		Fourniture
MOB		Mobilier sanitaire
EQU		Équipement biomédical
S-MED		Stock initial de médicaments et de consommables



7.3 TdR personnel long terme

7.3.1 ATI, ingénieur expert en construction, coresponsable de projet

Lieu d'affectation: Niamey, avec de fréquents déplacements à l'intérieur du pays

Durée d'engagement : 5 ans

Description de poste et responsabilités

Sous l'autorité du Représentant résident et dans le respect des directives émanant de la Structure mixte de Concertation locale (SMCL), l'Assistant technique international (ATI) travaillera comme Coresponsable du projet PARSS, en collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe affectés à la mise en œuvre du projet.

En collaboration avec le Responsable national du projet, il s'assurera que toutes les tâches qui incombent à l'équipe de projet sont accomplies suivant le planning approuvé par la SMCL. Les fonctions de l'ATI sont en premier lieu des fonctions techniques. L'ATI sera à cet effet assisté par le RAF MP I (voir 7.3.3) pour la gestion des MP, la gestion financière et administrative.

Épaulé par le Responsable national du projet, par un RAF MP International (voir 7.3.3) et par des experts techniques nationaux (voir 7.3.2), avec lesquels il forme une équipe, et conformément aux éléments descriptifs précisés dans le Dossier technique et financier (DTF) du projet, il sera principalement chargé de :

- assumer la coresponsabilité du projet, en collaboration avec le Responsable, et sur base des documents fournis par le RAF-MP International en assurant le respect strict des modalités d'exécution et des mécanismes de financement : identification/présélection, analyse de conformité et faisabilité, sélection et décision de financement ;
- assurer, avec les ATN ingénieurs, experts en maîtrise d'ouvrage et en étroite collaboration avec la DIES, la compétence technique pour la bonne exécution de l'ensemble des activités du projet, soit:
 - contribuer à la définition de la stratégie et de la méthodologie générale de l'intervention, en particulier la mise en place de la planification de l'ensemble des travaux à réaliser ;
 - contribuer à la rédaction des termes de références pour l'élaboration des schémas directeurs, à la réalisation de la prospection du marché, à la sélection du bureau d'expertise, et au suivi des études ;
 - contribuer à la rédaction des termes de références et cahiers des charges pour le recrutement du personnel nécessaire au projet ;
 - apporter un appui technique à la rédaction des termes de référence et à la sélection du bureau d'études chargé de la conception et du suivi des infrastructures sanitaires;
 - apporter un appui technique au suivi des études architecturales et techniques – notamment veiller à l'élaboration d'une solution technique détaillée et à la rédaction des documents nécessaires à leur bonne exécution;
 - favoriser l'intégration des thèmes transversaux dans la conception des plans, dont la préservation de l'environnement via l'efficacité énergétique du bâtiment et la promotion de technologies appropriées;

- veiller à ce que soit réalisée l'analyse technique et financière lors de la sélection des entreprises de construction, d'ateliers de mobiliers, de fournisseurs d'équipement technique ;
- élaborer une méthodologie, des outils et guides de suivi de chantier efficaces adaptés aux conditions de travail au Niger et veiller à leur bonne utilisation sur les chantiers du projet;
- veiller à la correcte réalisation des infrastructures réalisées au cours du projet et à leur installation ;
- contribuer à la formation continue et au renforcement des capacités des acteurs nationaux impliqués dans la réalisation des activités du projet, en particulier la DIES, son interlocuteur direct ;
- contribuer à la documentation et au rapportage du projet suivant les besoins exprimés par les différents acteurs;
- veiller à une culture d'apprentissage organisationnelle en initiant un processus de formation continue auprès de son équipe;
- développer avec les services étatiques et civils bénéficiaires une bonne coopération afin d'échanger les informations nécessaires à la bonne conduite des activités du projet et assurer leur coordination ;
- assurer au sein de l'équipe une complémentarité et une harmonisation des discours et pratiques ;
- assurer, en concertation avec le Responsable du projet, la documentation et la capitalisation des expériences, y compris l'application des normes d'infrastructures au MSP ;
- participer activement aux diverses réunions nécessaires à l'exécution du projet, notamment les réunions au MSP et les SMCL;
- veiller à la production dans les délais, avec l'équipe PARSS, des rapports financiers et techniques conformément au canevas et aux périodicités d'application au niveau national et à celui du projet.

Qualifications requises

- Diplôme d'ingénieur en construction, master en architecture, ou expérience avérée équivalente, avec une bonne connaissance de la construction dans les régions tropicales et de la gestion de chantiers ;
- expérience professionnelle pertinente d'au moins 10 ans.
- Expérience d'au moins 5 ans dans la gestion de projets de développement dans le domaine des infrastructures de base;
- connaissance et/ou expérience avérée en conception, suivi et contrôle des infrastructures sanitaires ;
- connaissance avérée dans les domaines des technologies appropriées en architecture écologique et du confort thermique, notamment en milieu tropical;
- capacités de gestion des ressources financières et humaines ;
- bonnes notions de gestion et de passation de marchés publics ;
- maîtrise du français écrit et oral et bonnes capacités de rédaction ;

- utilisation des logiciels courants (traitement de textes, tableurs, Power Point, etc.) ; savoir utiliser les logiciels techniques (CAD, SIG, ...).

Par ailleurs, l'expert doit:

- avoir l'esprit d'équipe et faire preuve d'aptitudes à la communication vis-à-vis des collègues et interlocuteurs de nationalités, conditions et niveaux sociaux différents ;
- avoir l'esprit d'organisation, de résolution de conflits et de pédagogue;
- être en bonne santé et accepter des déplacements à l'intérieur du pays (régions de Dosso, Maradi, Tillabéry et Zinder);

7.3.2 ATN ingénieur en construction/architecte - Expert en maîtrise d'ouvrage

Il s'agit de 2 postes d'experts en maîtrise d'ouvrage. S'il s'agit d'un profil et de responsabilités similaires, la durée et le lieu d'affectation sont quant à eux différents.

Lieu d'affectation:

- Poste 1 : Lieu d'affectation évolutif – 1 an à Niamey pour commencer, ensuite Dosso et Téra, avec des déplacements fréquents dans les régions de Dosso et Tillabéry. Les déplacements fréquents pour le suivi des chantiers seront concentrés par région et organisés en phases consécutives. Quelques déplacements dans les régions de Maradi et Zinder.
- Poste 2 : Lieu d'affectation évolutif – au maximum 8 mois à Niamey pour commencer, ensuite Zinder et Maradi, avec des déplacements fréquents dans les régions de Maradi et Zinder. Les déplacements fréquents pour le suivi des chantiers seront concentrés par région et organisés en phases consécutives.

Durée d'engagement :

- Poste 1 : 4 ans
- Poste 2 : 4 ans

Description de poste et responsabilités

L'expert national en maîtrise d'ouvrage travaillera comme assistant à la Direction du projet PARSS. En collaboration avec le responsable national du projet et de l'Assistant technique internationale (ATI), il s'assurera que toutes les tâches qui incombent à l'équipe de projet sont accomplies sans encombre suivant le planning approuvé par la SMCL.

Épaulé par le responsable national de projet, et de l'ATI, expert en infrastructures sanitaires, avec lesquels il forme une équipe opérationnelle, l'expert aura les attributions et les responsabilités suivantes:

- Développer avec les services étatiques et civils bénéficiaires une bonne coopération afin d'échanger les informations nécessaires à la bonne conduite des activités du projet et assurer leur coordination ;
- Participer et animer les diverses réunions nécessaires à l'exécution du projet, notamment les réunions relatifs au suivi des études architecturales et techniques, aux comités de passation de marchés, et au suivi du chantier ;
- Concourir avec le soutien de l'ATI, à la compétence technique pour la bonne exécution de l'ensemble des activités du projet; soit
 - Assister à la mise en place de la planification de l'ensemble des travaux à réaliser ;
 - Contribuer à la rédaction des termes de références pour l'élaboration des schémas directeurs, à la réalisation de la prospection du marché, à la sélection du bureau d'expertise, et au suivi des études ;
 - Apporter un appui technique au suivi des études architecturales et techniques – notamment veiller l'élaboration d'une solution technique détaillée et la rédaction des documents nécessaires à leur bonne exécution ;
 - Favoriser la préservation de l'environnement via l'efficacité énergétique du bâtiment et la

promotion de technologies appropriées lors la conception des infrastructures ;

- Contribuer à l'analyse technique et financier lors la sélection des entreprises de construction, d'ateliers de mobiliers, de fournisseur d'équipement technique ;
- Assister à la bonne utilisation d'une méthodologie et des outils efficaces par rapport au suivi des chantiers du projet ;
- Assister au suivi rapproché des chantiers des infrastructures réalisées au cours du projet et à leur installation visant leur correcte réalisation dans les meilleurs délais;
- Assister à la coordination quotidienne des activités avec tous les acteurs en place (autorités, bureau d'études, entreprises,);
- Assister l'ATI à la rédaction des rapports financiers et techniques conformément au canevas et aux périodicités en application au niveau national et du projet ;
- Assurer, en concertation avec le responsable national et l'ATI, la documentation et la capitalisation des expériences;

Qualifications requises

- Maîtrise en ingénieur en construction, architecture, ou discipline équivalente;
- Expérience professionnelle pertinente d'au moins 10 ans.
- Une expérience concluante confirmée d'au moins 2 ans dans la coordination, du suivi et de l'évaluation des programmes de développement;
- Une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans le domaine de la construction, en particulier du suivi de chantiers des bâtiments publics au Niger ;
- Connaissance approfondie des infrastructures sanitaires serait un atout;
- Bonne notion de passation de marchés publics
- Utiliser les logiciels courants (traitement de textes, tableurs, Power Point, etc.) ; savoir consulter les logiciels techniques (CAD, SIG, ...);

Par ailleurs, il doit:

- Avoir un esprit d'équipe et faire preuve des aptitudes à la communication avec des collègues et interlocuteurs de nationalités, conditions et niveaux sociaux différents ;
- Etre en bonne santé et accepter les déplacements fréquents à l'intérieur du pays;
- Maîtriser le français et la langue de la zone d'affectation.

7.3.3 RAF MP I

Lieu d'affectation : Niamey, avec des missions régulières dans la zone d'exécution du projet.

Durée : 3 ans

Description de la fonction :

Comme déjà décrit sous 4.2.5.1, le RAF MP I travaillera sous l'autorité de la Direction de l'équipe d'exécution du projet. Le responsable administratif et financier aura une forte expérience dans la gestion des marchés publics et il est chargé d'assurer une gestion saine et efficace sur les plans de la gestion financière, de la gestion administrative des marchés publics et de la gestion administrative du projet.

Conçu pour assurer un appui au projet PARSS, le responsable administratif et financier appuiera également les autres projets belgo-nigériens dans le secteur de la santé.

Plus précisément, les domaines de résultat liés à la fonction sont les suivants :

Gestion des marchés publics :

- ⇒ Assurer que la gestion des marchés publics se réalise de manière efficace et efficiente, en respectant les principes de gestion saine des finances publiques.
- ⇒ Assurer la gestion administrative des processus de passation des marchés publics
- ⇒ Conseiller le MSP et l'équipe par rapport aux procédures de gestion des marchés publics
- ⇒ Vérifier le bon respect des règles de marché public
- ⇒ Assurer la gestion et le suivi des contrats

Gestion financière du projet :

- ⇒ Préparer les budgets et les plans opérationnels et les présenter à la DP
- ⇒ Assurer le suivi budgétaire
- ⇒ Consolider les programmations financières
- ⇒ Superviser la comptabilité
- ⇒ Appuyer les missions d'audits et de contrôle.

Gestion administrative et logistique :

- ⇒ Gestion administrative du personnel du projet (contrat, payroll, congés)
- ⇒ Appui au recrutement du personnel
- ⇒ Appui à la gestion des achats et approvisionnements en consommables

Gestion transversale du projet :

- ⇒ Elaborer / consolider les instruments et les procédures du projet
- ⇒ Analyse des risques en matière de gestion et identification des solutions
- ⇒ Former, encadrer et appuyer de façon continue le personnel administratif du projet
- ⇒ Informer immédiatement la Direction du projet de toute irrégularité constatée ou tentative de manœuvre frauduleuse ou existence de risque potentiel.

Profil

⇒ Formation :

- Diplôme de niveau universitaire (Licence ou Master) de préférence dans le domaine du management, de l'économie appliquée, des finances, des finances publiques ou équivalent.
- Autre diplôme de niveau universitaire (Licence ou Master) moyennant une expérience significative dans les domaines susmentionnés.

⇒ Expérience professionnelle :

- Expérience de 10 ans minimum dans la gestion administrative et financière de projets de coopération internationale
- Au minimum une expérience de 5 années impliquant la gestion pratique de marchés publics

⇒ Expertise technique :

- Solides connaissances en gestion financière et comptable
- Bonne maîtrise de la réglementation relative aux marchés publics et des principes de droit administratif qui s'y appliquent de marchés publics
- Maîtrise approfondie des outils informatiques (Office, logiciels de gestion,...).

⇒ Compétences personnelles :

- Capacités d'organisation et de planification et rigueur
- Sens des responsabilités et proactivité
- Bonne capacité pratique à résoudre les problèmes de manière pragmatique et être orienté résultat
- Bonne capacité à travailler en équipe et être à même de collaborer avec des collègues issus de contextes différents
- Résistance au stress et à une charge de travail importante.

⇒ Compétences linguistiques :

- Excellente connaissance orale et écrite du français

7.3.4 Experts MP nationaux

Lieu d'affectation: Niamey

Durée d'engagement :

- Poste 1 : 4 ans

Description de poste et responsabilités

L'expert MP national sera un spécialiste dans la passation des MP et travaillera sous la supervision de la Direction du projet PARSS. En étroite collaboration avec le RAF MP I, il s'assurera que toutes les tâches qui incombent à l'équipe de projet seront accomplies sans encombre suivant le planning approuvé par la SMCL.

L'expert national MP aura les attributions et les responsabilités suivantes:

- Mettre en place le système de passation des MP au niveau du projet, comprenant (i) la planification des opérations de passation des marchés, (ii) le suivi de l'avancement, (iii) l'analyse des écarts entre les réalisations et le plan de passation des marchés.
- Mettre en place les instruments de base de la passation de MP (manuel des opérations, directives et documents de gestion des marchés conforme aux exigences du manuel d'exécution du projet)
- Mettre en place des outils de gestion des MP adaptés aux besoins du projet, dont le plan annuel de passation des MP et sa mise à jour périodiquement
- Développer des mécanismes de suivi de l'exécution des contrats
- Développer les mécanismes, procédures et pratiques nécessaires à l'intégrité du système de passation des MP dont le système de classement et archivage. Ce système de classement des dossiers de passation des MP inclura pour chaque marché tous les documents relatifs à ce marchés y inclus les documents relatifs aux paiements, en vue de permettre toute revue a posteriori des audits.

Sous la supervision de la Direction du projet, l'expert national MP sera responsable de l'ensemble du processus d'acquisition. A cet effet, ses tâches, sans qu'elles ne soient exhaustives seront notamment :

- Faire le suivi auprès des assistants techniques du projet de la préparation et la finalisation des termes de référence (TdR), pour les acquisitions de service de consultants, et des spécifications techniques pour les biens et travaux ;
- Finaliser les dossiers d'appel d'offres,
- Procéder au lancement des appels d'offres (le cas échéant aux avis à manifestation d'intérêt ou présélection), selon les modes convenus
- Veiller à la bonne gestion des appels d'offres en cours
- Suivre et vérifier l'évaluation des offres et propositions reçues
- Assister aux séances d'ouverture publique des offres et veiller à ce que ces séances se déroulent conformément aux procédures et aux documents d'appels d'offres et demandes de propositions.

- Veiller à l'élaboration des rapports d'ouverture de plis et d'évaluation des offres et y assurer le contrôle qualité
- Préparer les contrats, après l'obtention des avis de non objection si c'est requis, et veiller à leurs signatures par les personnes habilitées à le faire
- Concevoir, mettre en place une base de données fournisseurs et en assurer la mise à jour

Il collaborera avec les l'équipe de l'exécution du projet afin de planifier et préparer le calendrier d'acquisition des services de consultants et de biens et travaux et sera chargé de la mise à jour du progrès de la passation des MP.

Il apportera des conseils à la Direction du projet dans :

- La phase d'ouverture des plis, d'évaluation des offres et de proposition d'attribution du marché
- L'assistance à la réponse aux demandes de clarification des soumissionnaires
- Les propositions de solution alternative lorsqu'un problème de passation des MP
- L'examen de toute correspondance arrivée ou départ concernant la passation des marchés soumise à son appréciation afin de s'assurer que le courrier a reçu le traitement adéquat dans le parfait respect des règles
- L'interprétation des clauses du contrat en cas de différend pendant l'exécution du contrat.

Qualifications requises

- Un diplôme supérieur en Ingénierie, Administration publique, Droit commercial, ou Gestion (minimum Bac + 4, équivalent d'une maîtrise (Master))
- Excellente connaissance des techniques de passation des MP en générale et des règles de procédure de passation des MP en Niger
- Expérience professionnelle de minimum 5 ans dans la gestion et l'administration de projets publics ou privés dont au moins 3 ans dans le domaine de la passation des marchés sur financement de la Banque mondiale ou des Institutions similaires de développement.
- L'expérience spécifique sur financement des MP au sein du MSP sera un atout
- Une bonne capacité de résolution des problèmes liés à la Passation de Marchés Publics;
- Bonne connaissance du français ainsi qu'une bonne aptitude pour la communication et le travail en équipe
- Une connaissance informatique des logiciels courants (Word, Excel, Power Point, Internet et autres outils de communication).

7.4 Hôpital de District : Standards pour les superficies

Nombre de Salles	SERVICES	Superficie Unité m ²	Superficie Total m ²
SERVICE URGENCE/ CONSULTATION DE REFERENCE			
1	Bureau médecin	16	16
1	Salle de consultation assistant médecin	14	14
1	Salle de consultation de référence	16	16
1	Salle de soins d'Urgence	16	16
1	Salle d'observation de 2 lits	14	14
1	Pharmacie /magasin	14	14
1	Salle de soins injections	12	12
1	Salle de soins pansements	12	12
1	Salle d'attente	20	20
1	Hangar accompagnants	45	45
SERVICE DE CHIRURGIE			
LOCAUX TECHNIQUES			
1	Bureau Chirurgical	16	16
1	Bureau Anesthésiste	16	16
1	Bureau major Bloc	16	16
1	Salle de soins (Urgence, plâtre)	16	16
1	Salle commune à tout le personnel du BO	20	20
1	Salle d'opération aseptique	30	30
1	Salle d'opération septique	30	30
1	SAS préparation chirurgien et arsenal stérile	12	12
2	SAS préparation malade	6	12
1	Salle de stérilisation	20	20
1	Salle de réveil (2 lits)/Poste de surveillance	20	20
1	Vestiaire + toilette pour personnel bloc	8	8
1	Hall d'attente	15	15
LOCAUX D'HEBERGEMENT (12 lits)			
1	Salle de soins	12	12
1	Bureau Major Hospitalisation/Salle de garde	12	12
2	Salle 1 lit + toilettes	12	24
2	Salle 2 lits + toilettes	16	32
1	Salle 4 lits	20	20
1	Toilettes extérieures + laverie	12	12

1	Hangar accompagnants	45	45
SERVICE GYNECO OBSTETRIQUE			
LOCAUX TECHNIQUES			
1	Salle d'accouchement	30	30
1	Salle de travail (2 lits)	16	16
1	Magasin	14	14
1	Bureau sage- femme/ major	14	14
1	Salles de soins - pose DIU	14	14
1	Magasin /débarras /toilette /Vestiaire	16	16
LOCAUX D'HEBERGEMENT (12 lits)			
1	Salle de soins	12	12
1	Bureau Major Hospitalisation/Salle de garde	12	12
2	Salle 1 lit + toilettes	12	24
2	Salle 2 lits + toilettes	16	32
1	Salle 4 lits	20	20
1	Toilettes extérieures + laverie	12	12
1	Hangar accompagnants	45	45
SERVICE DE MEDECINE GENERALE			
Médecine hommes (12 lits)			
LOCAUX TECHNIQUES			
1	Bureau major	14	14
1	Salle de soins	14	14
1	Salle de garde/ Vestiaire/ Toilette	12	12
LOCAUX D'HEBERGEMENT			
1	Salle de soins	12	12
1	Bureau Major Hospitalisation/Salle de garde	12	12
2	Salle 1 lit + toilettes	12	24
2	Salle 2 lits + toilettes	16	32
1	Salle 4 lits	20	20
1	Toilettes extérieures + laverie	12	12
1	Hangars accompagnants	45	45
Médecine Femmes (12 lits)			
LOCAUX TECHNIQUES			
1	Bureau major	14	14
1	Salle de soins	14	14
1	Salle de garde/ Vestiaire/ Toilette	12	12
LOCAUX D'HEBERGEMENT			
1	Salle de soins	12	12

1	Bureau Major Hospitalisation/Salle de garde	12	12
2	Salle 1 lit + toilettes	12	24
2	Salle 2 lits + toilettes	16	32
1	Salle 4 lits	20	20
1	Toilettes extérieures + laverie	12	12
1	Hangar accompagnants	45	45
SERVICE DE PEDIATRIE (12 lits)			
LOCAUX TECHNIQUES			
1	Bureau major	14	14
1	Salle de soins	14	14
1	Salle de garde/ Vestiaire/ Toilette	12	12
LOCAUX D'HEBERGEMENT			
1	Salle de soins	12	12
1	Bureau Major Hospitalisation/Salle de garde	12	12
2	Salle 1 lit + toilettes	12	24
2	Salle 2 lits + toilettes	16	32
1	Salle 4 lits	20	20
1	Toilettes extérieures + laverie	12	12
1	Hangar accompagnants	45	45
SERVICE DE LABORATOIRE ET D'ANALYSE			
1	Salle de bactériologie	14	14
1	Salle de Biochimie/biologie	14	14
1	Salle de parasitologie	14	14
1	Bureau chef labo	12	12
1	Salle banque de sang + bureau chef	16	16
1	Salle réception + prélèvement	12	12
1	Toilette /vestiaire pour personnel et visiteurs	10	10
1	Salle de nettoyage/ stérilisation	12	12
SERVICE DE RADIOLOGIE			
1	Salle de radiologie	25	25
1	Salle de développement (passe- cassettes)	8	8
1	Bureau manipulateur radio + salle claire	16	16
1	Hangar attente	45	45
LOCAUX ANNEXES			
1	Morgue	25	25
1	Cuisine/ Magasin	30	30
1	Case gardien	12	12
1	Local groupe électrogène	15	15

3	Logements de fonction	100	300
1	Buanderie	16	16
1	Pharmacie de l'hôpital	20	20
1	Magasin/ Débarras	12	12
1	Atelier de maintenance	36	36
1	Pharmacie de District	25	25
1	Pracking	16	16
BUREAU EQUIPE CADRE DE DISTRICT			
1	Bureau médecin- chef	16	16
1	Bureau gestionnaire	14	14
1	Bureau secrétariat	14	14
1	Bureau médecin- chef Adjoint	16	16
1	Bureau Communicateur/Technicien Assainissement	14	14
1	Bureau Epidémiologiste	14	14
1	Bureau Comptable	14	14
1	Salle de réunion bibliothèque	30	30
1	Bureau assainissement/Assistance sociale	16	16
		TOTAL	2272

7.5 Indicateurs clés du PDS

Il y a 45 indicateurs clé pour le suivi du PDS, la liste détaillée est donné ci-dessus :

1. Taux de mortalité infanto juvénile
2. Rapport de mortalité maternelle (pour 100.000 Nouveaux nés)
3. Taux de mortalité néo-natale
4. Taux de couverture sanitaire
5. % de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile)
6. Taux d'utilisation de la contraception moderne
7. Prévalence contraceptive
8. % de femmes enceintes dormant sous MILDA
9. Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois
10. Proportion d'enfants complètement vaccinés
11. Taux de couverture en Penta 3
12. Taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois
13. Taux de mortalité intra hospitalière des enfants de moins de 5 ans dans les 24 premières heures après l'admission
14. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH
15. Létalité obstétricale intra hospitalière
16. Taux de mortalité néonatale précoce intra hospitalière
17. Taux des hémorragies de la délivrance intra hospitalière
18. Taux d'utilisation de la CPN 4
19. % d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA
20. Couverture en structure offrant les SONUC (9 fonctions)
21. Couverture en structure offrant les SONUB (7 fonctions)
22. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié
23. Taux de césarienne
24. Proportion de formations sanitaires (CSI) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP
Proportion de formations sanitaires (HD) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP
Proportion de formations sanitaires (CHR) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP
25. % de personnel disposant d'une fiche descriptive actualisée dans le logiciel GRH
26. % de personnel disposant d'une fiche de poste à jour
27. Taux de rupture de molécules du panier retenu par niveau (CSI)
Taux de rupture de molécules du panier retenu par niveau (HD)
Taux de rupture de molécules du panier retenu par niveau (CHR)
Taux de rupture de molécules du panier retenu par niveau (MMR)
28. Taux d'incidence du paludisme confirmé (p. 100 000)

29. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux
30. Taux de succès thérapeutique (guérison) de la TBC
31. Taux d'utilisation des soins curatifs
32. % de comités de gestions des épidémies fonctionnels à tous les niveaux (CSI)
% de comités de gestions des épidémies fonctionnels à tous les niveaux (DS)
% de comités de gestions des épidémies fonctionnels à tous les niveaux (DRSP)
% de comités de gestions des épidémies fonctionnels à tous les niveaux (Central)
33. Proportion des formations sanitaires dotées d'un dispositif adéquat de traitement des déchets issus des soins
34. Taux de réalisation physique de PAA
35. Taux d'exécution financière de PAA
36. Nombre des inspections réalisées
37. Pourcentage de comités de santé de CSI qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel sur la base des critères de performances prédéfinies
38. % d'usagers satisfaits des services et soins de santé par niveau de la pyramide
39. Taux de promptitude de rapports SNIS (Rapports des CS+CSI)
Taux de promptitude de rapports SNIS (Rapports des CSI + HD)
Taux de promptitude de rapports SNIS (Rapports des DS + CHR, MRR)
Taux de promptitude de rapports SNIS (Rapports des Hôpitaux Nationaux+ Rapports des régions)
40. Taux de complétude de rapports SNIS (Rapports des CS+CSI)
Taux de complétude de rapports SNIS (Rapports des CSI + HD)
Taux de complétude de rapports SNIS (Rapports des DS + CHR, MRR)
Taux de complétude de rapports SNIS (Rapports des Hôpitaux Nationaux+ Rapports des régions)
41. Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau CSI)
Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau DS)
Taux réalisation de la supervision par niveau DRSP
Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau Central)
42. Proportion des populations effectivement couvertes par les initiatives de mutualisation des risques de santé
43. Part des ménages dans les dépenses totales de santé
44. Proportion du Budget de l'État affecté à la santé
45. % de protocoles de recherche financés

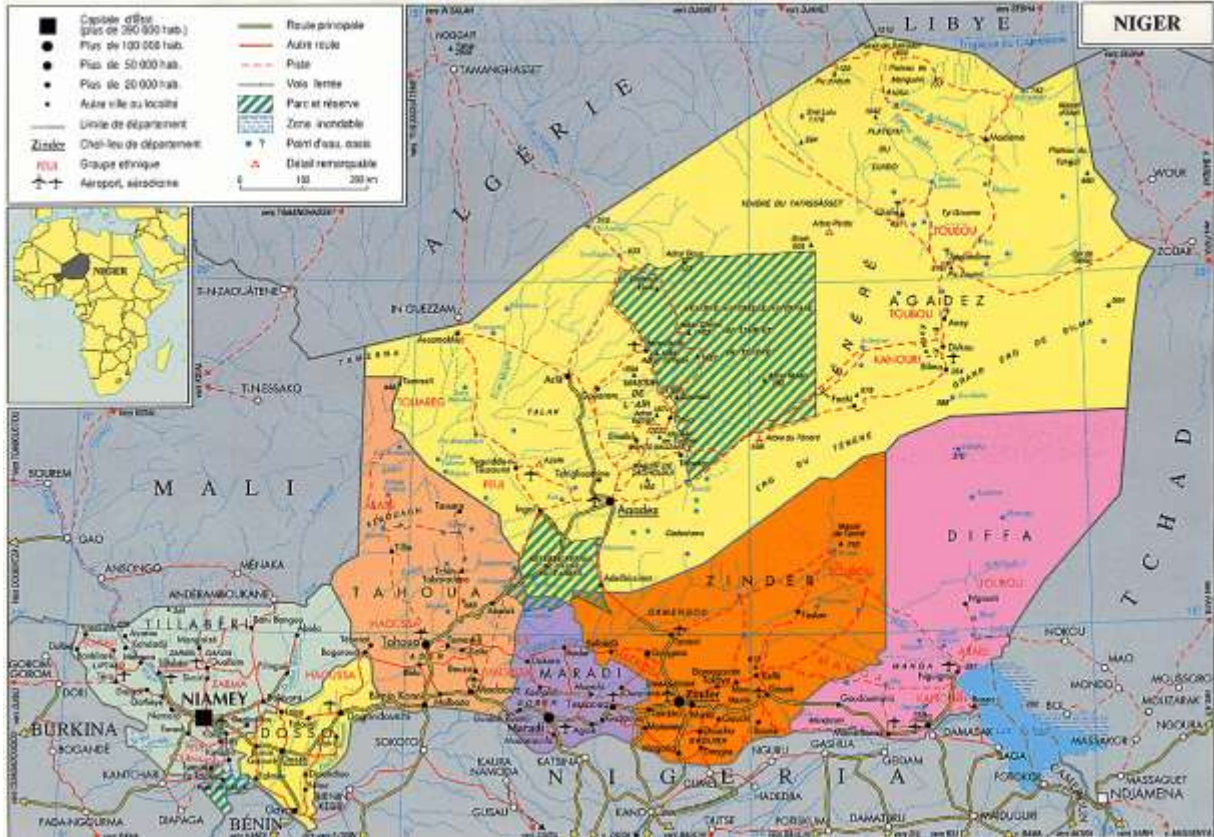
7.6 Liste prioritaire des Cases de santé à transformer et évolution de la couverture sanitaire

DISTRICTS	CASES	POP 0-5KM	COUVERTURE SANITAIRE INITIALE	COUVERTURE ATTENDUE	EAU	ELECTRICITE
MAGARIA	DOSSONO	12.489			NON	NON
	ADAMAWA	11.493			NON	NON
	MAZANIYA	9.390			NON	NON
	TINKIM	8.925			NON	NON
	ANGOUAL MANDA	8.662			NON	NON
	JALGAWASSA	8.608			NON	NON
	DAN GOUCHY PEULH	7.234			NON	NON
	MAJEN KARE	7.065			NON	NON
	ZAGUI	6.971			NON	NON
	KOAYA	6.855			NON	NON
	10	87.692	27,37%	39,95%		
MIRRIAH	KALGO MAIKASSOUA	8.403			NON	NON
	KOUNJANJAN	9.607			NON	NON
	ZANGON DACHI	6.891			NON	NON
	LOLO	5.246			NON	NON
	DOUBOULAWA	6.556			NON	NON
	DANKENI MALAM ABDOU	5.036			NON	NON
	MIDICK RABI	4.884			NON	NON
	BOURBOURWA	8.805			NON	NON
	8	55.428	30,40%	39,74%		
DAKORO	Jiga boka	11.827			NON	NON
	Kalgo	8.188			NON	NON
	Kaya	7.545			NON	NON
	Tchako Maichanou	6.889			NON	NON
	Ajia	6.408			NON	NON
	Guidan Chaibou	6.026			NON	NON
	Kataguri	5.906			NON	NON
	Wourtchi	5.562			NON	NON
	Guidan kane bango	5.468			NON	NON
	Djani	4.565			NON	NON
					NON	NON
	10	68.385	50,00%	60,27%		
MAYAHI	Zaroumeye	8.518			NON	NON
	Jimké	7.385			NON	NON
	Guidan Kibia	7.178			NON	NON
	N'wala Maidoubou	6.776			NON	NON
	Arrangodé	5.697			NON	NON
	Guidan Amadou	5.602			NON	NON
	Guidan Hankourao	5.422			NON	NON
	N'Wala	5.295			NON	NON
	Dan Sara	5.276			NON	NON
	Saidou Goula	5.254			NON	NON
	10	62.403	33,10	44,16		
TERA	Nabolé	5.758			NON	NON
	Boulkagou (xxxx)	5.723			NON	NON
	Doungouro (xxxx)	5.188			NON	NON
	Waraou (xxxx)	4.520			NON	NON
	Kolmane	4.477			NON	NON
	Sirfikoira	4.408			NON	NON
	Tchawa (xxxx)	4.116			NON	NON
	Gabikane	3.493			NON	NON
	Tourikoukey	3.391			NON	NON
	Lemdou (xxxx)	2.479			NON	NON
	Tchantchaga	2.201			NON	NON
	11	20.088	44%	52,80%		

7.7 Cartographie de la Zone d'intervention

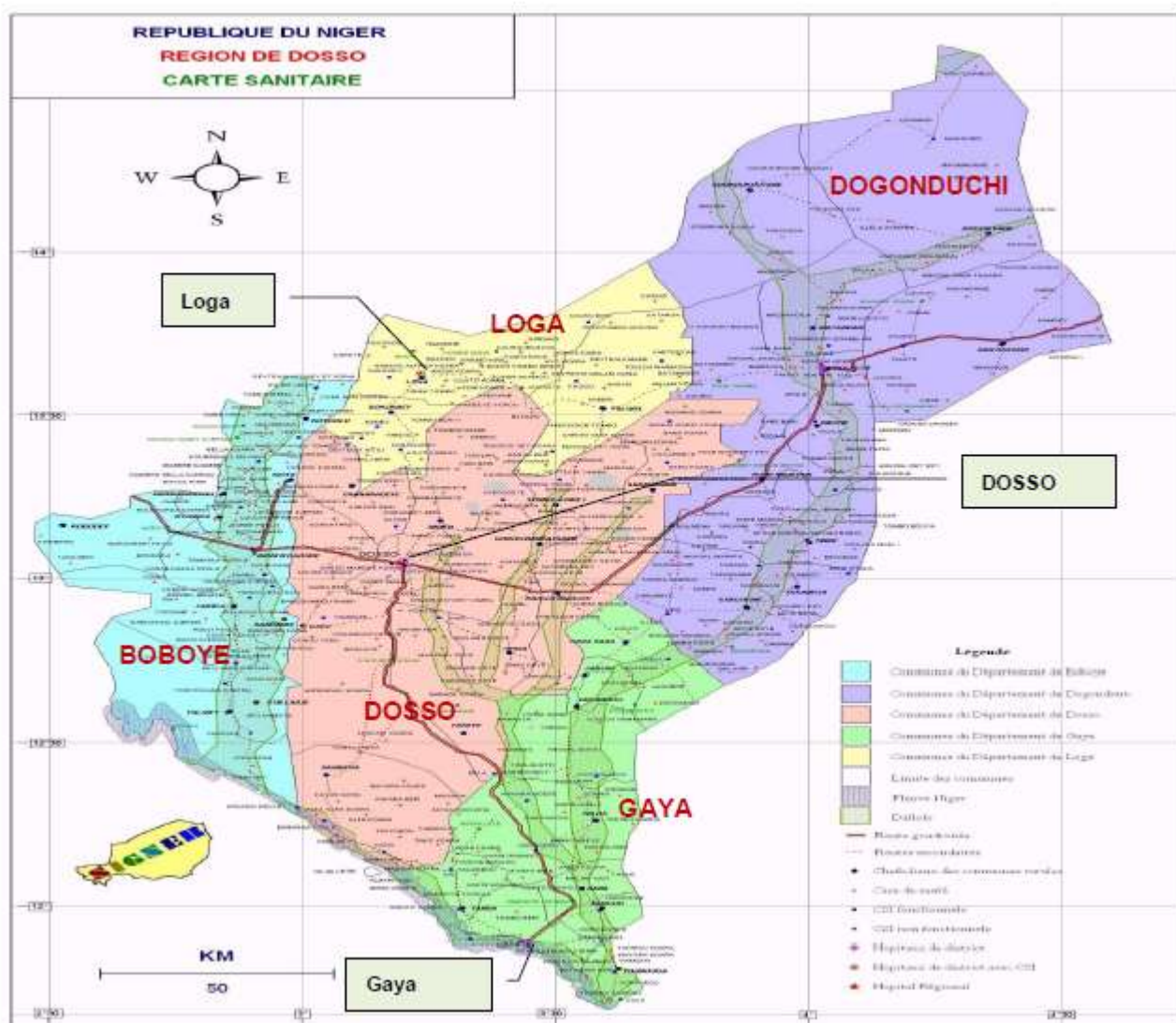
7.7.1 Carte Niger

Carte de Niger



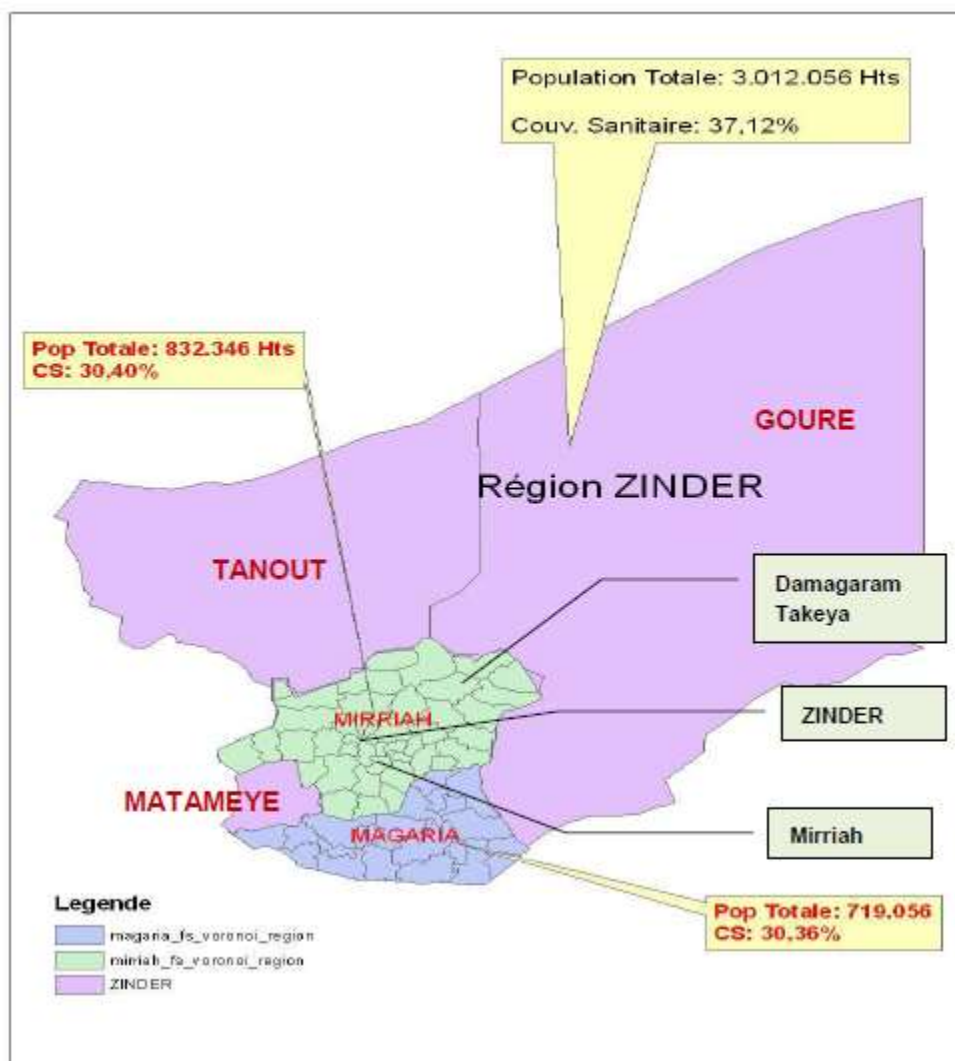
7.7.2 Carte géographique Région Dosso

Carte sanitaire de la région de Dosso



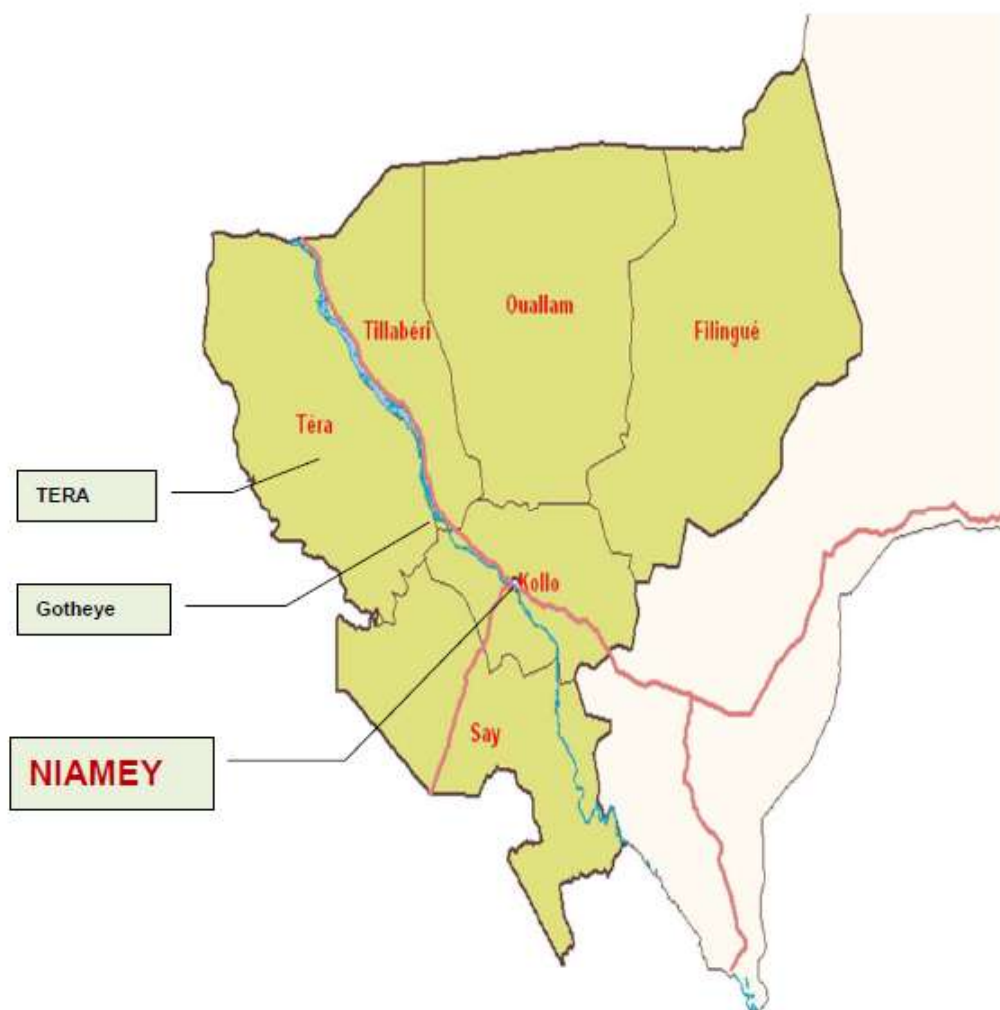
7.7.3 Carte géographique Région Zinder

Carte sanitaire de la région de Zinder



7.7.4 Carte géographique Région Tillabéry

Carte sanitaire de la région de Tillabéry



7.8 Situation des hôpitaux de district

		Gaya	Loga	Gotheye	Damagaram Takeya
1	Carte sanitaire				
1.1	Superficie DS	4 446 km ²	4 081 km ²	Téra 15 794 km ²	Mirriah 14 334 km ²
1.2	Population ZS (INSN 2011)	349,794 (densité 78,7 h/km ²)	184 843 (densité 45,3 h/km ²) (44 046 femmes en âge de procréer)	579 658 à Téra (densité 36,7 h/km ²)	1 080 589 à Mirriah, le département le plus peuplé du Niger (densité 75,4 h/km ²)
1.3	Couverture sanitaire	52 %	51 %	44%	30 %
1.4	# de CS/CSI dans la ZS	CSI 22 CS 68	CSI 17 CS 36	CSI 32 CS 73	CSI 36 CS 132
1.5	Besoins en investissements dans la ZS (<i>source</i> DRSP 5/2012)	15 CS à transformer en type 1 6 CSI type 1 à transformer en type 2 2 CSI à construire	2 CSI type 1 à transformer en type 2 8 CSI à réhabiliter 5 CS à transformer en type 2 2 6 CS à réhabiliter	1 HD 11 CS à transformer	1 HD à construire 1 HD à réhabiliter 12 CSI type 1 à transformer en type 2 26 CS à transformer en CSI type 1
2	Contexte des sites				
2.1	Situation administrative	Département Gaya Région de Dosso	Département Loga Région de Dosso	Département Téra, qui sera scindé en 2 DS Région de Tillabéry	Département Mirriah, qui sera scindé en 2 DS Région de Zinder

2.2	Lieu	Gaya = commune urbaine avec 56 000 habitants	Loga = commune urbaine avec 87 000 habitants	Gotheye = commune rurale avec un marché d'allure 'international'. Commune urbaine dans le département = Téra	Damagaram Takeya = commune rurale Communes urbaines dans le département = Mirriah et Zinder
2.3	Situation géographique	Gaya est situé au sud du département avec le même nom. Distance maximal au sein du DS estimé à 120 km. Le CHR de Dosso est à une distance de 154 km au nord. Par sa situation frontalière, le HD attire des patients du Bénin et Nigeria.	Loga est situé dans la partie ouest du département avec le même nom. Distance maximal au sein du DS estimé à 100 km. Le CHR de Dosso est à une distance de 73 km au sud	Gotheye est situé au sud du département de Téra. HD Téra à 95 km au nord-ouest, et CHR de Niamey à 76 km en traversant le fleuve. Par sa situation, le HD pourrait jouer un rôle pour les 2 départements avoisinants (Tillabéry et Say) dans la périphérie de Niamey	Damagaram Takeya est situé dans la partie nord est du département de Mirriah. Distance maximal au sein du DS futur estimé à 150 km. CHR Zinder à 75 km au sud-ouest, et HD Mirriah à 95 km au sud-ouest Par sa situation, le HD pourrait aussi attirer la population des départements avoisinants.
2.4	Access & Transport	Gaya est situé sur la route goudronnée sur un axe internationale Site au milieu du tissu urbain ; accès via une rue branchée sur la route principale	Loga est situé sur trois axes latéritiques vers Dosso (75 km), Dogondoutchi (94 km) et Balleyara (39 km) Site dans le tissu périphérique	Gotheye est situé sur trois axes goudronnés, vers Niamey (76 km), Téra (95 km) et Tillabéry (68 km) Site au bord de la route, en dehors du centre commercial	Damagaram Takeya est situé sur une piste entre Zinder (75 km) et Gouré (108 km) Site au bord de la route, en dehors du centre commercial
2.5	Terrain, topographie et sécurité	+/- 2 ha Terrain plat sur sédiments du fleuve Niger. Les arbres sur le site constituent 'la toiture' du patio. La limite ouest du terrain arrive à une	+/- 3,5 ha Terrain en pente, faisant face à une petite érosion. Accès au bâtiment assuré par des ponts piétons. Enclos partiel en matériaux durs	+/- 3,5 ha Terrain plat, quelques arbustes, couche supérieure sablonneuse. Enclos en matériaux durs	+/- 4 ha Terrain plat, peu d'arbustes, couche supérieure sablonneuse. Site non entouré

		ruisselle vers le fleuve. Enclos en matériaux durs			
3	Etat des lieux				
3.1	Bâtiments existants	Bonne résistance structurale de la plupart des bâtiments. Besoin de réparations minimales, tandis que les finitions doivent être remis en état. Manque d'espace tout d'abord au niveau du plateau médicotechnique et d'hospitalisation vue qu'il a été conçu pour une partie réduite de sa fréquentation actuelle. Quelques réhabilitations partielles (entre autres sous financement belge) dont l'élargissement de 2 bâtiments principaux (la maternité, le laboratoire), la construction de l'administration, la multiplication des logements.	Bonne résistance structurale de la plupart des bâtiments. Besoin de réparations minimales, tandis que les finitions doivent être remis en état. Manque d'espace pour accueillir le laboratoire et la radiologie au niveau du plateau médicotechnique, ainsi que certains services médicaux et d'annexe. L'extension récente (2008) inclut la construction d'un <i>state of the art</i> bloc opératoire avec deux salles.	Présence d'un CSI construit en 2008 en bon état. Ce bâtiment d'environ 400 m ² sera intégré dans les services de l'hôpital futur. Le site dispose également de 2 logements.	Néant
3.2	Electricité	Raccordement à la cabine MT de NIGELEC. Pauvre qualité des circuits internes. Energie de secours (+/- 60 h / semaine) via un groupe électrogène de	Raccordement à la cabine MT de NIGELEC. Pauvre qualité des circuits internes. Energie de secours (+/- 60 h / semaine) via un groupe électrogène reprenant	Raccordement à la cabine MT de NIGELEC. La puissance fournie devrait être à la hauteur des besoins, et sera vérifiée.	Terrain nouveau Existence de groupe électrogène de la NIGELEC dans la localité Possibilité de branchement

		180 kVa. reprenant l'ensemble des circuits internes. Cette approche génère des surcharges et défaillance. Les appareils biomédicaux et d'autres équipements n'ont pas de protections contre les dérangements électriques.	l'ensemble des circuits internes. Cette approche génère des surcharges et défaillance. Les appareils biomédicaux et d'autres équipements n'ont pas de protections contre les dérangements électriques.		
3.3	Adduction d'eau	Raccordement au réseau urbain. Trop peu de points d'eau dans les services médicaux. Circuit interne délabré.	Raccordement au réseau local de la ville. Château d'eau sur le site. Trop peu de points d'eau dans les services médicaux. Circuit interne partiellement délabré.	Raccordement au mini réseau de la commune - capacité inconnue. Pas de points d'eau au niveau du bâtiment existant pour le CSI.	Terrain nouveau Le CSI existant : Raccordement à un forage immédiat – mais sa capacité pour alimenter l'ensemble du HD reste à confirmer Existence de la Société d'exploitation des Eaux du Niger donc possibilité de branchement d'eau
3.4	Gestion des déchets solides	Petit enclos sur le site servant de 'bruleur' ouvert pour tous les déchets confondus Pas de système de collection urbaine	Petit enclos sur le site servant de 'bruleur' ouvert pour tous les déchets confondus Morgue sur le site Pas de système de collection urbaine	Incinérateur sur le site	Nouveau à prévoir
3.5	Mobilier	Insuffisance de mobilier Modèles non adaptés Mobilier en mauvais état	Insuffisance de mobilier Modèles non adaptés Mobilier en mauvais état	A doter	A doter
3.6	Equipement biomédical	Multitude d'équipements 'hors usage' Manque de maintenance	Manque d'équipement Prévalence d'équipements 'hors usage'	A doter	A doter

		Manque de capacité d'installation et d'application	Manque de maintenance Manque de capacité d'installation et d'application		
--	--	--	---	--	--

7.9 Organigramme du MSP

