

**PROGRAMME D'APPUI AU
SYSTÈME DE LA SANTÉ
FICHE D'IDENTIFICATION**

**PROGRAMME DE COOPERATION 2017-2020
ENTRE LE NIGER ET LA BELGIQUE**

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	3
1 TITRE	5
2 MINISTÈRE DE TUTELLE – AUTRES MINISTÈRES IMPLIQUÉS.....	5
3 ANALYSE DE LA SITUATION	5
3.1 ENJEUX ACTUELS DE LA SANTÉ	5
3.2 LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	6
3.3 ÉVOLUTIONS RÉCENTES, DÉTERMINANTES POUR LE FUTUR DU SECTEUR	11
4 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PROGRAMME	14
4.1 PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE SELON L’APPROCHE PROGRAMMATIQUE DE LA COOPÉRATION NIGÉRO-BELGE	14
4.2 LA STRATÉGIE GLOBALE DU PROGRAMME : UN CHANGEMENT DE PARADIGME RADICAL POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	22
4.3 LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ – AXES D’APPUI	28
4.4 CADRE DE RÉSULTATS	32
4.5 ZONE D’INTERVENTION.....	36
4.6 PARTIES PRENANTES	37
5 RISQUES.....	38
6 THÈMES TRANSVERSAUX.....	40
6.1 GENRE.....	40
6.2 ENVIRONNEMENT.....	41
6.3 VIH/SIDA	42
7 BUDGET MAXIMAL.....	42
8 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	42
9 PILOTAGE, SUIVI ET CADRE ORGANISATIONNEL	44
9.1 COMITÉ DE PILOTAGE	44
9.2 COMITÉS TECHNIQUES D’ORIENTATION ET DE SUIVI.....	45
9.3 DISPOSITIF OPÉRATIONNEL	45
10 CHRONOGRAMME	46

Abréviations

AECID	Agence espagnole de coopération et de développement international
AFD	Agence française de développement
AMU	Assurance maladie universelle
ANBEF	Association Nigérienne pour le Bien Etre Familiale
ANO	Avis de non objection
ARIMEL	Projet d'appui au ministère de l'élevage
AT	Assistance / Assistant technique
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BM	Banque mondiale
BSS	Back Stopping Santé
CCD	Capacitaire en chirurgie de district
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDSMT	Cadre des dépenses sectorielles à moyen terme
CHR	Centre hospitalier régional
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CS	Case de santé
CSI	Centre de santé intégré
CSME	Centre Santé Mère Enfant
CRM	Couverture Risque Maladie
CTB	Agence belge de développement
CTTC	Comité Technique de Transfert de Compétences de Ressources
CUS	Couverture Universelle Santé
DEP	Directions des études et de la planification
DRH	Direction des ressources humaines
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DS	District Sanitaire
DTF	Dossier Technique Financier
DUE	Délégation de l'Union européenne
ECD	Equipe Cadre de District
EDSN-MICS	Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples au Niger
ENBC	Enquête nationale de budget consommation des ménages
ESP	Ecole Santé Publique
EST	Expertise Sectorielle et Thématique
FC	Fonds commun
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FS	Formation Sanitaire
GAR	Gestion Axée sur le Résultat
GRD	Gestion Axée sur le Résultat de Développement
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation
GTN	Groupe de Travail National
HCME	Haut-commissariat à la Modernisation de l'Etat
HD	Hôpital de district
IDH	Indice de développement humain
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives liées
INS	Institut national de la statistique
MAEC	Ministère des Affaires Etrangères, de la Coopération, de l'Intégration africaine et Nigériens de l'Extérieur
MF	Ministère des finances
MSP	Ministère de la santé publique

MTR	Mid Term Review/Evaluation à mi-parcours
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA	Plan d'action annuel
PAI-MSP	Projet d'appui institutionnel au MSP
PAMED	Programme d'appui à la mise en place des entités décentralisées dans la région de Dosso
PAREC	Programme d'Appuis à la Réalisation des Etudes et Consultances
PARSS	Projet d'appui au renforcement du système de santé
PHVP	Programme d'Hydraulique Villageoise et Pastorale dans la Région de Dosso
PC	Programme de Coopération
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PDES	Plan de développement économique et social
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PDS	Plan de développement sanitaire
PFAS	Projet de formation des agents de santé
PIB	Produit Interne Brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PMA	Pays les moins avancés
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PF	Planning Familial
PTF	Partenaire technique et financier
PTQ	Plan de travail quinquennal
REP	Rapport d'exécution du programme
SG	Secrétaire / Secrétariat général
SIRH	Système d'Information des Ressources Humaines
SNIS	Système national d'information sanitaire
SR	Santé Reproductive
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
TDR	Termes de référence
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

1 Titre

La présente fiche concerne l'identification du programme sectorielle de la santé dans le cadre du Programme de Coopération 2017-2020 entre le Niger et le Royaume de Belgique.

Le titre provisoire du programme est « Programme d'appui au système de santé (PASS) au Niger ».

La durée du programme est de 5 ans (entre 2016 et 2021), y compris 6 mois de formulation-démarrage, 4 ans de mise en œuvre et 6 mois de capitalisation-clôture.

2 Ministère de tutelle – autres Ministères impliqués

Le Ministère responsable de la préparation et de la mise en œuvre et du suivi du programme est le Ministère de la Santé Publique. Il travaillera en étroite coordination avec les autres Ministères concernés par la mise en œuvre, à savoir le Ministère de la Fonction Publique, le Ministère des Finances, le Ministère en charge de la Décentralisation et le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale.

3 Analyse de la situation

3.1 Enjeux actuels de la santé

La santé et les soins

L'accès équitable et de qualité aux services de santé reste la préoccupation majeure des populations du Niger, en dépit des efforts consentis par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers pour faire progresser ce secteur.

Indicateurs d'utilisation des services de santé	2006	2012	Changement
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1.000)	198	127	-35.9%
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000)	709	535	-24.5%
Taux d'utilisation des soins curatifs	22.8%	57.72%	+153,2%
Taux de consultation prénatale	50.8%	83.0%	+63,4%
Taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception	5.0%	12.0%	+140%
Taux d'accouchement assisté par du personnel formé	18.0%	29%	+61,1%

Sources : EDSN-MICS 2012

L'introduction de politiques de gratuité des soins de santé primaires pour les plus vulnérables en 2005, a favorisé l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans et a aussi permis d'augmenter de manière très nette la prise en charge précoce des principales pathologies à l'origine de la mortalité infantile. Il en est résulté une continuation de l'amélioration du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans : de 318 pour mille en 1992 il est passé en 1998 à 273,8 pour mille puis à 198 pour mille en 2006 pour enfin descendre à 127 pour mille en 2012. Cependant, les taux de mortalité des nouveau-nés (0 à 1 mois) et de la tranche d'âge de 1 à 59 mois figurent parmi les plus élevés au monde (respectivement 4,1% et de 13,5%) et connaissent une forte variation entre les régions du Niger.

La mortalité maternelle figure également parmi les taux les plus élevés au monde. Les décès maternels représentent environ 39 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Elles sont encore plus nombreuses à rester en vie, mais avec de graves séquelles.

Au cours des dernières années, la prévalence de la malnutrition aigüe globale est restée importante, aux limites du seuil critique de 15% (OCHA, oct.2014). Les enfants malnutris souffrent des conséquences irrémédiables, et sont susceptibles d'avoir des résultats éducatifs moins bons, une activité économique réduite à l'âge adulte, et des enfants de faible poids à la naissance. La Banque Mondiale estime que la malnutrition coûte au Niger 2 à 3% de son PIB chaque année.

Le paludisme constitue la première cause de morbidité (31%) et de mortalité (57%) en 2013. Les enfants de moins de 5 ans en payent le prix fort puisqu'ils représentent 76% des décès.

La croissance démographique annule l'ensemble des efforts faits par le pays dans le domaine des politiques sociales. C'est pourquoi une transition démographique soutenue et durable est indispensable au développement.

Si l'espérance de vie a progressé entre 2008 et 2013, passant de 44 à 54 ans, l'évolution globale en matière d'accès aux soins de santé reste insuffisante. Malgré les investissements réalisés, la couverture sanitaire ne parvient pas à franchir la barre des 50% dans la plupart des régions du pays. De fortes inégalités dans l'accessibilité et l'utilisation des services de santé perdurent¹, résultant dans le fait que moins d'une personne sur deux a un accès géographique au paquet minimum d'activités (PMA).

La qualité des soins demeure faible². Un plan stratégique national d'assurance qualité a été mise en œuvre, de nombreux spécialistes ont été formés et des formations continues ont été organisées, mais ce domaine a besoin d'efforts supplémentaires importants.

La croissance démographique

Le Niger connaît la croissance démographique la plus élevée du monde, avec un taux qui est passé de 3,3% en 2005 à 3,9% en 2012. En 2012, la population était de 17 millions, alors qu'elle n'était que de 8 millions en 1991. Cette explosion démographique exerce une forte pression sur la couverture des besoins sociaux du pays. Le système de santé a des difficultés à suivre cette évolution, ce qui peut être illustré à partir des RH. Entre 2005 et 2014, le nombre de médecins s'est quasi multiplié par trois, sans que cela n'ait eu d'impact sur la couverture. Il va de soi que l'insertion d'autant de nouvelles ressources pose des défis à l'organisation du secteur et que le secteur devra continuer pendant longtemps à faire des efforts considérables pour faire face à ce défi. Par ailleurs, la dispersion de la population sur un territoire très vaste rend la couverture des besoins sociaux extrêmement difficile, et par conséquent coûteuse.

Renverser la croissance démographique est une question complexe dans laquelle la santé reproductive joue un rôle important mais limité : seule, elle ne pourra pas renverser la courbe.

3.2 La performance du système de santé

Même si le secteur de la santé est en avance par rapport aux autres secteurs publics nigériens, les principaux défis sont liés à la gouvernance du secteur. La faible capacité d'absorption des fonds disponibles et l'échec de la répartition des ressources humaines en fonction des besoins, ou encore l'insuffisance en matière de maintenance témoignent de ce déficit de gouvernance. Le MSP en est conscient et montre la volonté politique d'y remédier et ce dans toutes les directions du Ministère ; ceci constitue une base pour

¹ Les disparités entre la capitale et les zones rurales sont fortes ; la faible disponibilité et le coût élevé du transport vers les infrastructures contribue à l'inaccessibilité financière des soins. Le faible taux d'éducation (seulement 22,4% des femmes entre 15-24 ans sont lettrées) influence également la faible accessibilité.

² Selon l'EDS de 2012, les enfants présentant des maladies diarrhéiques et d'infection respiratoire aigües, seulement 43% et 53% recevaient des soins appropriés. Une enquête du MSP de 2013 a reporté des pratiques et attitudes inappropriées envers les femmes et adolescents au niveau de la qualité de l'accueil et des soins administrés.

obtenir des résultats durables.

3.2.1 Les 6 piliers du système de santé

Une analyse du système de santé en fonction des 6 piliers de l'OMS permet de mieux comprendre le fonctionnement du secteur de santé au Niger.

Prestations des soins

Plus de la moitié de la population n'a pas accès aux soins de santé de base. Pour améliorer la couverture sanitaire qui n'a guère augmenté entre 2002 et 2015 (passant de 47,60% à 47,80%), l'organisation des prestations des soins au niveau opérationnel est un défi majeur. Elle devra adresser les inégalités d'accès, la décentralisation et la redynamisation du district sanitaire.

Les inégalités en matière d'utilisation des soins entre les zones urbaines et les zones rurales, tout comme le déséquilibre dans la répartition du personnel de santé, sont flagrants. 75 % du personnel travaille en zone urbaine, pour soigner les 10% de la population du Niger qui y réside. L'accès à des services Santé de la Reproduction (SR) de qualité est également insuffisant. Les causes sont une combinaison de facteurs, liés au système de santé³ et au contexte socio-culturel⁴.

Avancer sur le terrain de la décentralisation, inachevée pour l'heure, devra permettre d'adresser les inégalités d'accès aux soins. Le transfert effectif de responsabilités et moyens vers les districts sanitaires, comme structures essentielles dans la promotion des soins de santé primaires, devrait améliorer l'accessibilité de soins, surtout pour les 80% de la population vivant en milieu rural. Il est nécessaire d'avancer sur le terrain de la décentralisation.

En 1994-1995⁵, l'introduction de la politique basée sur les districts sanitaires était le moteur d'une évolution positive de la performance du système de santé et la promotion des soins de santé primaires (SSP) devrait contribuer à corriger les inégalités dans le système de santé. Au cours des années, l'appui aux districts, avec e.a. l'importance de l'Equipe Cadre de District (ECD), a diminué significativement en faveur des programmes verticaux, dirigés par le niveau central ou régional. Une revitalisation des ECD s'impose dans la mesure où le district sanitaire constitue effectivement la clef de voûte du niveau opérationnel du système de santé qui est incontournable pour répondre aux inégalités dans le système de santé ainsi que pour mettre en œuvre la politique de décentralisation et pour progresser vers la Couverture Universelle en Santé.

Financement du secteur

La santé est chroniquement sous-financée (6,14% du budget annuel, par rapport aux 10% recommandés par l'OMS et les 15% de la Déclaration d'Abuja). Par personne, le secteur de la santé connaît le financement le plus bas de la sous-région (26 USD par capita en 2011). Dans ses dépenses par capita, les ménages contribuent pour 57,4%, malgré leur pauvreté. La politique de gratuité des soins (depuis 2006 pour les enfants de moins de 5 ans et certains soins maternels) a contribué à améliorer certains indicateurs, mais se heurte à des difficultés structurelles liées à un financement insuffisant et des retards de remboursement. Un premier pilote de stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) est en train d'être initié par la Banque mondiale. Le MSP envisage de

³ Parmi ces facteurs, il y a la qualité globale des soins qui est insuffisante, le système de la référence et contre-référence qui est peu fonctionnel en cas d'accouchement à risque, ou encore les populations les plus vulnérables qui ne sont pas couvertes par une assurance maladie.

⁴ Avec le comportement pro-nataliste et les pesanteurs socioculturelles (comme le faible niveau d'instruction, le mariage précoce, ...) que la communication pour la santé tarde à adresser.

⁵ Avant cette époque, le système de santé au Niger fonctionnait encore avec une vision hospitalo-centriste. Ce système ne permettait pas d'organiser des soins proches de la population.

développer cette approche graduellement pour améliorer la performance et la responsabilité des acteurs. La mise en place d'un mécanisme d'assurance maladie, dans le cadre de la couverture universelle de santé (CUS, voir ci-dessous), garantirait une meilleure accessibilité financière pour les populations, surtout pour les personnes pauvres et indigentes. Le FBR est dans cette optique considéré comme une étape préalable à la CUS.

Gouvernance

Le secteur de santé nigérien est caractérisé par une insuffisance en capacités stratégiques et en leadership freinant la mise en œuvre des réformes institutionnelles prioritaires planifiées. Il affiche par contre une tendance à se focaliser sur des activités opérationnelles. Par ailleurs, les programmes verticaux sont insuffisamment intégrés.

La planification dans le secteur a connu des avancées considérables, mais qui ne se traduisent pas encore dans le suivi et l'évaluation avec entre autre la recherche-action qui n'est pas pratiquée systématiquement. En conséquence, les décisions politico-stratégiques ne sont pas soutenues par des résultats de recherche (evidence informed).

Le système reste essentiellement orienté sur l'« offre » et non pas sur la « demande » ; la participation communautaire devrait permettre une plus grande prise en compte des droits des patients. Le fait que la nouvelle stratégie de Participation Communautaire n'a pas encore été adoptée est significatif à ce titre. Le MSP ne dispose pas d'une réelle approche de collaboration avec les ONG et associations, ni d'une réelle approche multisectorielle avec les différents acteurs concernés.

Ressources humaines

Les ressources humaines sont insuffisantes en nombre et la qualité de leur formation initiale pose problème (surtout en matière de contrôle et d'accréditation d'écoles privées), tandis que les formations continues ne se font pas systématiquement en fonction des besoins du système. Un problème majeur est la distribution des ressources humaines : un cadre et des normes existent mais restent inappliqués. Différents types d'ingérence perturbent la répartition des RH en fonction des besoins. Le résultat est que seulement 25% du personnel travaille en zone rurale pour desservir 90% de la population. Le déséquilibre genre, se traduisant par une féminisation croissante exacerbe le déséquilibre de la répartition du personnel entre zone urbaine et rurale, car les femmes sont largement surreprésentées en milieu urbain.

Infrastructures, équipements et médicaments

Avec une couverture sanitaire de 47,80%, les infrastructures sanitaires au Niger sont en nombre insuffisant. La maintenance des bâtiments et des équipements est défaillante et il y a une faible maîtrise du circuit d'approvisionnement, de distribution et de gestion des intrants. Il s'agit d'une problématique à facettes multiples. La politique sur la maintenance est peu élaborée et sa mise en œuvre faible. Ces facteurs ont un impact considérable sur l'offre des soins et sur la durabilité du système de santé.

Information sanitaire

Bien qu'ayant connu une notable amélioration dans la gestion des données depuis le début de la mise en œuvre de sa réforme, le système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique connaît encore des difficultés au niveau de la production et de l'analyse⁶, avec des conséquences sur la dissémination et l'utilisation des informations sanitaires pour la prise de décision.

⁶ Ce qui s'explique par une insuffisance de formation à l'analyse et au traitement des données, par une intégration partielle, voire la non-intégration des données du secteur privé, de certains programmes verticaux ainsi que de certaines structures publiques (CHR, hôpitaux, maternités), par le sous-équipement des structures de production des statistiques ainsi qu'un système informatique obsolète, par l'insuffisance d'analyses périodiques systématiques, par le manque de ressources humaines qualifiées au niveau de certaines structures et par un manque de supports de collecte des données.

3.2.2 Le cadre stratégique du secteur de la santé

3.2.2.1 Organisation du système

Le système de santé est calqué sur le découpage administratif du pays, constituant une pyramide sanitaire avec trois niveaux d'appui et trois niveaux de soins.

Structures d'appui

- *Administration centrale* : niveau stratégique constitué par le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les directions centrales (3 générales et 18 nationales) et par 12 programmes verticaux de santé qui sont chacun organisés en coordination nationale, avec des représentations régionales et de district. Ce niveau central est chargé de la définition de la politique sectorielle, des orientations stratégiques et des normes et il veille à leur application.
- *8 Directions Régionales de la Santé Publique* : niveau technique chargé d'appuyer la mise en œuvre de la politique du secteur au niveau opérationnel (Districts sanitaires, Centres Hospitaliers Régionaux et Centre de Santé Mère Enfant (CSME)).
- *72 Districts Sanitaires* : niveau opérationnel, chargé de l'application des stratégies à travers l'offre des services et soins de santé aux populations. Les Equipes Cadres de Districts constituent les organes managériaux de pilotage et d'appui à la mise en œuvre opérationnelle de la santé.

Structures de soins

- Niveau Central : 3 Hôpitaux Nationaux, 6 centres nationaux de référence, 1 maternité nationale de référence nationale⁷.
- Niveau Régional : 7 Centres Hospitaliers Régionaux et 7 CSME.
- Niveau périphérique : 72 districts sanitaires avec 33 Hôpitaux de District dont 27 fonctionnels, 877 Centres de Santé Intégrés et 2509 Cases de Santé dont 2443 fonctionnelles.

3.2.2.2 Politiques et stratégies

L'actuelle Politique Nationale de Santé (PNS, 2002) vise l'équité, l'amélioration de la qualité des soins et leur accessibilité pour les groupes vulnérables. La revitalisation des soins de santé primaires à travers les districts sanitaires est au cœur de la politique. Une nouvelle PNS est finalisée, mais n'a pas encore été adoptée par le gouvernement nigérien.

La mise en œuvre du PNS se fait par des Plans de Développement Sanitaire (PDS). Le PDS actuel 2011-2015 est cohérent avec le Plan de Développement Economique et Social (PDES 2012-2015). Ce PDS actuel continue à travailler sur la plupart des domaines du PDS précédent, tout en se distinguant de celui-ci par son choix pour l'extension de la couverture sanitaire, la priorité donnée aux mécanismes de financement, la recherche, et par l'intensification de la lutte contre certaines maladies. L'évaluation à mi-parcours de ce PDS a recommandé en 2014 de renforcer les ressources humaines, d'accélérer le processus de décentralisation et d'améliorer les compétences en planification/programmation des acteurs aux différents niveaux.

Le PDS est financé par deux sources (national et extérieur) et se met en œuvre à travers des Plans d'Action Annuels (PAA), élaborés selon une démarche ascendante (niveau périphérique, régional et enfin national). Le Ministre de la Santé préside le Conseil National de Santé qui valide les PAA central et régionaux et organise annuellement la

⁷ La construction d'un hôpital de quatrième niveau de référence est en cours à Niamey, avec une envergure sous régionale africaine. Les documents officiels d'intégration à la pyramide sanitaire ne sont pas encore disponibles.

revue conjointe d'évaluation et de programmation.

La finalisation et l'adoption du nouveau PDS 2016-2020, axé sur le PDES 2016-2020 et sur les ODD, est prévue pour mi-2016.

En dehors du cadre stratégique propre au secteur de la santé, d'autres politiques et stratégies sont déterminantes pour l'amélioration de la santé des populations nigériennes, telles que la stratégie I3N (2011)⁸ ou encore la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI 2035 et l'adoption d'une Déclaration de Politique de Population par le gouvernement (2007) en vue de diminuer la croissance démographique.

Les ODD dont plusieurs objectifs, et indicateurs, se rapportent à la santé et seront à suivre au niveau national par le Niger.

Les élections n'ont pas eu de conséquences drastiques par rapport à la politique sectorielle. Le gouvernement a donc clairement choisi pour donner priorité à la continuité stratégique dans le secteur.

3.2.2.3 Coordination du secteur et appui PTF

La coordination entre MSP et PTF se fait essentiellement à travers le COMPACT et le Fonds Commun⁹.

Le **COMPACT** a été signé en avril 2011 pour le financement et la mise en œuvre du PDS 2011-2015. Il définit en tant que protocole d'accord comment le Gouvernement du Niger et les PTF s'engagent pour adresser ensemble les défis et atteindre les objectifs de santé fixés dans le PDS. Le COMPACT permet de concentrer les efforts en alignant les appuis des PTF avec les contributions nationales. Les partenaires sont des bilatéraux¹⁰, des organisations multilatérales¹¹ et des ONG internationales¹². Ils se réunissent régulièrement avec le MSP dans un cadre de concertation et ils sont associés à la revue conjointe pendant trois actions (mission de terrain conjointe, tenue du Comité Technique National de Santé et tenue du CNS). Le niveau global de réalisation des engagements n'a pu franchir le taux de 50% pour le Gouvernement et est à 56 % pour les PTF. Ce niveau serait dû à une carence de suivi et à la forte mobilité des responsables du MSP et des autres Ministères concernés, ainsi que des PTF.

Le **Fonds Commun Santé** a été mis en place en 2006 suite aux OMD et à la Déclaration de Paris avec le concours de la Banque Mondiale et l'AFD et consiste actuellement de 6 bailleurs (BM, AFD, coopération espagnole, Fonds GAVI, UNICEF et UNFPA). Il a contribué au lancement d'une approche sectorielle (SWAp) et était une réponse au sous-financement du secteur. Ce fonds extrabudgétaire cofinance des activités prioritaires des PAA. Le Fonds Commun, dont le Secrétaire Général (SG) assure la coordination, fonctionne bien et a permis d'augmenter l'harmonisation de l'aide sectorielle. Par contre, il n'est pas un instrument apte pour accompagner des réformes ou des innovations. D'autres faiblesses sont son insuffisance en matière d'analyse technique et le caractère peu stratégique et critique du dialogue politique semestriel.

Une meilleure coordination et davantage d'harmonisation seraient souhaitables. Certains partenaires importants ne font pas partie du COMPACT (la Chine, le Cuba, la Saudia Development Foundation, etc.) et bon nombre d'activités, surtout ponctuelles

⁸ *Les Nigériens nourrissent les Nigériens*. L'initiative 3N adresse la malnutrition de façon multisectorielle.

⁹ La Belgique a souscrit le *Partenariat international pour la santé* (IHP+). Il s'agit d'un groupe de partenaires qui s'emploient à améliorer la santé des citoyens des pays en développement en s'engageant à mettre en pratique les principes internationaux d'efficacité de l'aide et de coopération au développement dans le secteur de la santé.

¹⁰ La coopération espagnole, l'AFD, la coopération belge, l'USAID, KFW, ECHO et la DUE

¹¹ La Banque Mondiale, l'OMS, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, le Fonds Mondial et GAVI Alliance

¹² MDM, MSF, Concern, Solthis, MPDL, Fuden, STC, Fondation Damien, ACH, Hellen Keller International, Marie Stopes, World Vision, Pathfinder, Coopi, Croix rouge, et Help.

(représentant parfois un budget considérable) se réalisent en dehors de la programmation du Ministère. La Chine intervient surtout en matière de construction d'infrastructures, le Cuba envoie du personnel de santé et le Koweït a construit des centres de santé « mère et enfant » dans tous les chefs-lieux des régions. Il n'est pas toujours facile d'avoir des informations sur ces financements.

3.2.2.4 Liens acteurs étatiques et non-étatiques

Les acteurs étatiques et non-étatiques des services de soins sont en principe liés par des lois et une inspection de santé qui pourrait prendre de mesures correctrices en cas de besoin. En pratique, le Ministère de la Santé n'arrive pas à imposer ses lois régulatrices avec comme résultat un secteur de santé privé incontrôlé et incontrôlable. Il n'y a aucun garanti de la qualité des prestations et surtout dans les grands hôpitaux en milieu urbain, le public et privé sont en collusion. Un patient qui utilise les services publics est référé trop souvent vers les cabinets privés des mêmes acteurs.

Dans les activités connexes telles que la maintenance (infrastructures, véhicules, biomédicale), la manque de déconcentration des budgets et la faible connaissance des investissements publics font que la contractualisation du privé est peu maîtrisée ou utilisée. En plus en milieu rural, les acteurs privés sont peu développés puisque les opportunités sont très limitées également.

Le privé à but non-lucratif est peu développé aussi, même en milieu urbain, où évidemment la situation est un peu mieux. En plus beaucoup d'ONG sont érigées par des fonctionnaires et on peut se demander s'ils représentent réellement et sans ambiguïté la population.

3.3 Evolutions récentes, déterminantes pour le futur du secteur

3.3.1 Un financement durable du secteur

Le financement de la santé affiche un sous-financement chronique de la part de l'Etat par rapport aux normes internationales. Le fardeau financier est d'abord porté par les ménages (57,4% en 2011) et ceci dans un pays où 48.2%¹³ est considéré comme « pauvre ». Réduire la barrière financière est essentielle pour améliorer la santé des populations et nécessite une approche durable.

L'introduction des mesures non intégrées dans une logique du système de santé, telles que « la gratuité » des soins, ne porte pas ses fruits sur la globalité des indicateurs de santé et crée, au contraire, des effets qui entravent le fonctionnement des structures de santé et menacent de les effondrer.

Assurer le financement de la santé demande premièrement un engagement financier plus important de l'Etat, appuyé par les PTF. Sans augmentation budgétaire, la performance du système restera en-dessous des besoins ; une rationalisation interne du système, bien qu'indispensable, ne pourra en aucun cas compenser suffisamment le manque de budget.

Deuxièmement, assurer le financement durable de la santé demandera l'introduction d'un mécanisme de financement qui inclut la prise en charge des personnes pauvres et indigentes. Tant la dynamique de l'assurance maladie, que les approches FBR œuvrent dans ce sens. Le financement basé sur les résultats des structures sanitaires récompense le bon fonctionnement des structures de santé et, indirectement, la santé de la population. Cette approche s'inscrit dans la dynamique plus globale en vogue des FBR

¹³ INS, 2011.

dans d'autres secteurs, et a connu des résultats probants pour la santé dans d'autres pays.

Si elle est introduite graduellement, la CUS peut répondre à des multiples défis du système de santé actuel.

Sur base des évolutions récentes dans le secteur, il est important que le programme appuie le MSP dans la CUS. Sa réalisation sera un chemin long et hasardeux, qui dépassera la périodicité d'un PC, et qui nécessitera un appui à long terme. A plus court terme, des progrès peuvent être réalisés dans le domaine du FBR, comme préalable à la CUS. L'informatisation s'inscrit également dans cette dynamique.

3.3.2 Vers la Couverture Universelle en Santé

La Couverture Universelle en Santé (CUS) est un ensemble de mesures visant à prévenir tout citoyen des risques d'appauvrissement par la garantie d'un accès continu à des services de soins de santé de qualité. Elle intègre également un appui à la demande.

La CUS est une approche d'analyse et d'action qui considère de façon continue et simultanée trois dimensions interdépendantes du système : l'accès financier, la profondeur des paquets de soins délivrés et la proportion de la population couverte (accès géographique, mais aussi couverture par une assurance).

La CUS est une approche permettant d'améliorer la performance globale du secteur de santé, et qui demande, dans un processus graduel et à long terme, de travailler sur différents aspects et niveaux du système de santé, y compris du côté de l'organisation des usagers. La CUS fait partie de l'ODD 3 et est une manière d'appliquer une approche fondée sur les droits, en renforçant à la fois les détenteurs des droits et les porteurs des devoirs dans leurs rôles.

La CUS est importante dans une approche santé axée sur les droits : elle permet de garantir les droits des patients au-delà de l'accessibilité financière et rééquilibrera les relations entre l'offre (les détenteurs du pouvoir, l'Etat) et la demande (les détenteurs de droits, les populations nigériennes).

L'OMS a précisé en 2010 que les appuis financiers à la santé devraient s'inscrire dans l'approche CUS. Le gouvernement nigérien, qui a ratifié le règlement de la mutualité sociale au sein de l'espace UEMOA, considère la CUS comme un levier pour l'accès de toutes les couches de la population à des soins de santé et a inscrit le développement de la CUS dans le PDES 2012-2015.

La Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS)¹⁴, adoptée par le Niger en 2011 et coordonnée par un comité interministériel¹⁵, n'est pas synonyme de la CUS, mais offre un cadre pour la mise en place de la Couverture du Risque Maladie (CRM), le premier pilier de la CUS. Ces évolutions ont conduit à la création d'un Groupe de Travail National (GTN) qui a pour mission de conduire le processus de la mise en place de la CRM qui est le premier pilier de la CUS.

La mise en place de la CUS sera un processus de longue haleine et sa préparation permettra d'avancer vers une meilleure performance (quantitative et qualitative) du système de santé.

¹⁴ Comportant 5 axes : i) sécurité alimentaire et nutritionnelle, ii) sécurité sociale, travail et emploi, iii) services sociaux (éducation, santé, etc.) et infrastructures sociales de base, iv) actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables, v) la définition d'un cadre législatif et réglementaire.

¹⁵ Relevant de la Primature et qui regroupe entre autre le Ministère de la Santé Publique, ainsi que le Ministère de la Population en tant que chef de file

3.3.3 CUS et FBR-AMU

La dynamique de l'assurance maladie et les approches de financement basé sur les résultats (FBR) contribuent à une inclusion des personnes pauvres et indigentes. Le FBR des structures sanitaires récompense le bon fonctionnement des structures de santé. L'approche FBR donne des résultats probants dans le secteur de la santé dans d'autres pays, confrontés à des défis similaires que le Niger.

Le FBR peut faire partie de la dynamique de la CUS : quand le financement basé sur les résultats améliore le fonctionnement de l'offre, la mise en place progressive d'une assurance santé permet de couvrir la prise en charge des populations (la demande). La mise en place de FBR appelle à la transparence et conduit à une dynamique de redevabilité. Le FBR permet de renforcer le système de santé et la coordination, par un pilotage à travers de comités techniques à plusieurs niveaux et l'implication de supervisions.

L'informatisation des structures sanitaires permettrait de moderniser la gestion et ainsi contribuer à une meilleure gouvernance et transparence. Elle permettrait aussi de pallier à l'absence de dossier de patient (composé actuellement d'un ensemble de papiers remis au patient, reflétant le « parcours » de soins) par la création d'un fichier électronique qui améliorerait la traçabilité des actes, la continuité des soins et leur qualité. Il est évident que ces actions facilitent une approche FBR et l'instauration de la CRM.

3.3.4 Digitalisation

La digitalisation est reconnue comme un moteur crucial pour l'emploi, la croissance, et le bien-être, avec un impact profond sur tous les secteurs économiques et sociaux. Ces dernières années, l'innovation technologique a révolutionné les modes de production ou d'organisation sociale ou politique.

Dans les services publics, les technologies numériques peuvent conduire à des gains d'efficacité. Ils créent des occasions de mieux mesurer et évaluer la qualité des services fournis. L'amélioration de la gestion nationale, régionale et locale de la planification, des rapports, du suivi et de la coordination des données et de l'information sont ciblés dans le programme.

Au sein des programmes sectoriels, la digitalisation ouvre des perspectives d'une gouvernance transparente et prévisible pour les intervenants comme pour les bénéficiaires et le public. La simplification administrative, la rapidité, la transparence, l'économie de ressources, l'archivage, le suivi-évaluation et la flexibilité dans la concertation sont autant de gains que pourrait apporter la digitalisation.

En s'appuyant sur les directions régionales de santé publique, le programme mettra en œuvre plusieurs stratégies existantes et réformes en cours en matière de digitalisation.

La gestion du district et des structures sanitaires seront informatisées et un fichier électronique du patient sera introduit. Cette digitalisation améliorera la qualité des soins et facilitera la mise en place d'un système de financement basé sur les résultats (FBR), car elle permet une meilleure transparence et traçabilité.

Le Système Nationale D'Information Sanitaire (SNIS) sera également accompagné par le programme pour améliorer le système digitalisé. Leur système actuel est dévolu.

Le programme appuiera aussi le développement des cartes sanitaires à travers l'utilisation du logiciel SIG (Système d'Information Géographique) et créera les compétences locales pour son utilisation. La Direction des Ressources humaines au MSP sera appuyée avec le logiciel SIRH.

4 Orientations stratégiques du programme

Le programme vise accompagner le Ministère de la santé dans ses efforts de réformes fondamentales du secteur. Au niveau central, le rôle du Ministère devra changer d'un organisateur de services de soins vers un rôle de régulateur du secteur. Ceci implique qu'à la périphérie, au niveau dit opérationnel, les formations sanitaires reçoivent plus de responsabilité de gestion et de financement des services, mais aussi plus de redevabilité pour assurer la qualité des soins.

Le lien stratégique qui réunit les deux niveaux est le système de financement. A travers le mode de financement et de contrôle des budgets pour le secteur, les différents acteurs développeront des relations 'contractuelles' très différentes comparées avec la situation actuelle.

La décentralisation politique est une autre force importante qui intervient dans la dynamique des soins de santé. Bien qu'elle soit encore très fragile dans plusieurs sens du mot, elle prouvera certainement être un acteur important sur le terrain.

4.1 Principes de mise en œuvre selon l'approche programmatique de la coopération nigéro-belge

4.1.1 Approche holistique

Par l'approche programme, il est entendu une approche globale, basée sur la synergie de plusieurs interventions, cohérentes et complémentaires entre elles, qui combine les acquis concrets à moyen terme (durée du PC) et ce dans un cadre stratégique qui traduit une vision à plus long terme. Pour mettre en œuvre l'approche programme, il est nécessaire de disposer des composantes suivantes :

- Investir dans des stratégies qui visent des résultats à long terme, telles que l'assurance maladie. L'approche programme détermine les résultats à long terme ainsi que le chemin stratégique à suivre pour y arriver, y inclus les changements intermédiaires et les réalisations concrètes à court et moyen terme.
- Réaliser des résultats à court terme. Si la réussite des résultats à long terme relève d'un ensemble d'acteurs et de forces systémiques, les résultats à court et à moyen terme par contre, dépendent d'interventions plus précises, et moins diluées dans l'ensemble de l'approche programme. Le choix des résultats à court terme relève en général des opportunités qui se présentent et qui traduisent les besoins qui sont le plus « à chaud ». Travailler sur du « concret » à courte échéance, permet également de créer les synergies et l'appropriation nécessaires pour réaliser les résultats à long terme. L'approche programme pourrait inclure les OSC belges. Dans le PC précédent, cela ne s'est pas fait. Une telle collaboration dans le PC actuel aura certes un effet positif sur le système, car elle permet de « couvrir » davantage d'aspects du système de santé, notamment en ce qui concerne la partie de la demande, et permet de créer davantage de synergies entre le niveau central et périphérique.
- A ce titre, la recherche-action appuyée par la coopération nigéro-belge à tous les niveaux est une approche pertinente de résolution des problèmes constatés dans la mise en œuvre des interventions, qui aurait un rayonnement davantage plus large dans une approche programme.
- Le processus de changement à long terme envisagé par un projet d'appui institutionnel nécessite la création de liens fonctionnels avec les acteurs concernés en dedans et en dehors le système de santé et ce tout au long de la durée du projet. Ceci prend du temps et les effets ne sont souvent visibles qu'après la durée d'un

projet. La continuité d'appui sur plusieurs PC est dès lors important afin d'obtenir des résultats durables.

- Clarifier les résultats intermédiaires nécessaires pour progresser vers les résultats à long terme et assurer d'une part le suivi de ces résultats et d'autre part le dialogue politique nécessaire pour créer un contexte favorable à la réalisation du changement visé.

Il convient ainsi d'envisager l'appui institutionnel comme un pied d'un trépied, et non comme un projet qui peut à lui seule induire des changements, tel que cela a été le cas dans le PC précédent. Dans une vision de trépied :

- le premier pied - l'appui institutionnel - permet d'appuyer les différentes réformes initiées par le MSP pour aboutir à une meilleure performance du système.
- le deuxième pied est une vision claire et partagée des résultats intermédiaires qui sont à atteindre au niveau du secteur, avec un cadre de monitoring adapté pour pouvoir suivre et évaluer ses résultats, et des processus de monitoring adapté pour accompagner le changement institutionnel. Ceci implique une priorisation des résultats, et la création des mécanismes de feedback pour adapter les stratégies en fonction des résultats obtenus sur le terrain.
- le troisième pied est le dialogue politique, nécessaire pour avoir une pression continue afin de progresser vers les résultats, de pouvoir dialoguer sur les obstacles dans le système que ce soit d'ordre technique ou de gouvernance. La politisation des nominations ou encore la rotation fréquente des cadres directeurs du MSP doivent s'adresser par ce moyen-là. Le dialogue politique devra aussi permettre d'améliorer la coordination du secteur en mettant un frein à la prolifération du nombre d'organes de concertation et de coordination intra-PTF ou PTF-MSP qui rendent toute coordination inefficace et inefficace. Pour avoir de l'effet, le dialogue politique devra surmonter le niveau administratif-financier qu'il tend à avoir actuellement de la part des PTF, et se porter davantage sur le fonctionnement du système de santé.

4.1.2 Approche multi-acteurs

4.1.2.1 Prise en compte des bénéficiaires par l'approche fondée sur les droits

Le droit à la santé a fait l'objet de la Constitution de la VIIe République du Niger¹⁶. Il y a une volonté de donner accès aux soins de santé à tous, les plus démunis y compris, mais, manifestement, le manque de moyens et, surtout, les difficultés à gérer un progrès essentiel dans le secteur, limitent la réalisation de ce droit.

Par le travail sur le financement du système de santé (à travers le FBR et l'AMU dans le cadre de la mise en œuvre de la CUS), couplé à une amélioration de la gouvernance du système de santé, le programme nigéro-belge veut contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé aussi large que possible et veiller à la bonne gouvernance du système de santé. L'efficacité recherchée est double : l'amélioration d'un droit et l'amélioration de la gestion du système de santé.

L'application de l'approche fondée sur les droits permet d'intégrer à la fois une attention particulière sur les titulaires des droits, les porteurs de devoirs et la relation de pouvoir entre eux.

En ce qui concerne les « titulaires de droits », la stratégie adresse leurs besoins en tenant compte des aspects suivants :

- Les « titulaires de droits » visés sont les populations de 2 districts sanitaires et par

¹⁶ La Constitution de la VII République du Niger, article 12

l'appui du programme au niveau central la population générale du Niger.

- Le plus grand obstacle du droit à la santé est le sous-financement du système, qui a des effets sur la qualité des soins, et sur l'accessibilité financière aux soins de santé.
- Trouver des pistes pour garantir l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité à l'ensemble de la population est au cœur de la stratégie du programme, en testant la stratégie du FBR et l'AMU. L'inaccessibilité financière est une des facteurs qui freinent le droit à la santé. La mise en place du FBR et l'AMU devront apporter des éléments de réponse à ceci, et ainsi nourrir les stratégies nationales de santé en matière de qualité et financement du secteur.
- Une attention particulière pour la qualité des soins pour les femmes et les enfants, y inclus la santé reproductive.
- Les populations ne sont pas nécessairement au courant de leurs droits. Comme l'AMU intègre « la demande », un appui sera forcément donné par le programme à des organisations de la société civile qui représentent les populations dans « la demande ». Par ailleurs, les populations sont également représentés dans les COSAN et COGES qui participent e.a. à la planification et à la gestion des ressources dans les districts sanitaires.
- Les organisations de la société civile sont cependant peu développées, et peu présentes au niveau des districts. De ce fait, il y a une faiblesse d'organisation des « titulaires de droits » pour revendiquer leurs droits auprès des « porteurs de devoirs ». Par le FBR et l'AMU, les « titulaires de droits » seront renforcés.
- Parallèlement, le projet de « Renforcement des Compétences » offre également des opportunités pour appuyer les organisations de la société civile dans leur rôle, à travers le renforcement des capacités individuelles.
- Les avancées en matière de la décentralisation donneront un plus grand rôle aux collectivités territoriales (les régions et les communes) dans l'organisation des soins. Ce rapprochement devrait avoir un effet sur la « conscientisation » des populations sur leur droit à la santé.
- L'informatisation d'une structure de santé offrira plus de transparence dans la gestion de cette structure, et par ce fait, une meilleure gestion des moyens et ainsi améliorer la qualité des soins et des services.
- Le secteur de la santé au Niger est connu pour être inclusive en ce qui concerne le genre, les droits des enfants et de ne pas discriminer selon des lignes ethniques. Il reste néanmoins des trous dans les services offerts, notamment p.e. les soins ophtalmologiques et bucco-dentaires qui ont été discutés ailleurs. Chaque individu, et surtout les enfants ont droit à ce genre de soins accessible géographiquement et financièrement. Pour se procurer de lunettes correctrices, les familles doivent actuellement voyager des centaines de kilomètres et se payer des lunettes très couteuses sur un marché privé. Ces soins sont ainsi complètement inaccessibles pour la majorité des populations tandis que leur productivité (pour un enfant pendant des décennies) en dépend. Le programme interviendra par rapport à cette problématique.
- Un autre groupe de patients potentiels trop négligés par le système, sont les handicapés graves. L'inaccessibilité est d'autant plus grande pour ceux qui ne savent pas se déplacer seul et pour qui l'accessibilité financière pose souvent problème aussi. Le programme agit sur la santé mentale, mais n'adresse pas directement les problèmes de santé des handicapés physiques.

En ce qui concerne les « porteurs de devoirs », la stratégie adresse leurs besoins en tenant compte des aspects suivants :

- Le MSP est conscient de son devoir de garantir le droit à la santé. Il est confronté à de nombreuses difficultés techniques et financières, mais surtout liés à la bonne gouvernance qui sont un frein à la réalisation de ce droit. L'audit organisationnel et fonctionnel du MSP en 2015, a montré un nombre de goulots d'étranglement et proposé des stratégies d'amélioration et de renforcement de compétences. Il y a donc une conscience institutionnelle de l'ampleur de la problématique, et une volonté pour y remédier. Le programme devra continuer à appuyer cette dynamique de changement pour lesquels les bases sont établies.
- Le processus de décentralisation préconise le transfert des compétences en matière de santé vers les communes. Ce transfert se fait timidement. En outre, il est nécessaire d'avoir des compétences locales en la matière afin de pouvoir la réaliser entièrement, ce qui n'est pas le cas actuellement. Un nouveau « modus operandi » est à instaurer entre les acteurs déconcentrés et les acteurs décentralisés au sein des régions. Ce processus avance lentement, chacun se cherche dans ce nouveau rôle, ce qui retarde la garantie du droit à la santé. Le programme promouvra dans les régions/districts/communes, ce transfert des compétences. Il travaillera en étroite collaboration avec la GIZ (KfW) dans ce sens.
- Il y a une conscientisation de traiter le droit à la santé dans une approche « sectorielle », impliquant l'ensemble des acteurs concernés, y inclus la société civile et le secteur privé. Ces acteurs participent déjà à la revue annuelle sectorielle, et jouent un rôle dans la gestion des ressources des structures de santé¹⁷. Néanmoins, plus de synergies et de collaborations sont nécessaires au niveau opérationnel. Le travail du programme sur l'AMU et le FBR sont des opportunités excellentes pour instaurer et promouvoir cette collaboration.

En conclusion, le programme promouvra le droit constitutionnel à la santé. La décentralisation, le FBR et l'AMU constituent des opportunités pour impliquer davantage les « titulaires de droit » dans le secteur de la santé, et renforcer ainsi leur position.

4.1.2.2 Ouverture au secteur privé et aux OSC

Dans les 2 districts ruraux ciblés, le secteur privé en santé est très peu développé. Néanmoins, le programme a identifié des opportunités d'articulation entre les services publics et privés (voir plus haut en 4.3.1).

Au niveau central, le programme appuiera, dans le cadre du renforcement du rôle régulateur du Ministère, la réflexion autour de la question de régulation des formations sanitaires et laboratoires privés. Sous le résultat 7 un des produits est une note politique autour de cette question extrêmement complexe.

Au niveau central comme au niveau périphérique, le résultat 5 vise à rationaliser le système de maintenance dans le pays. Une des questions principales à résoudre pour un système de maintenance performant est celle du mandat du service public et du privé, et notamment une prononciation sur les tâches de maintenance qui sont à réaliser par le système de santé lui-même, et celles qui sont à déléguer au secteur privé. Lié à cette question est évidemment aussi le comment : quelles sont les procédures à suivre pour un bon partenariat public privé et la contractualisation entre le secteur public et privé ? Les domaines de réflexion couvrent la maintenance biomédicale, la maintenance du parc mobile (voitures, motos), la maintenance ICT, la maintenance des infrastructures mais aussi la digitalisation de la gestion des formations sanitaires.

En plus, dans le cadre du FBR (Résultat 4), le programme appuiera la décentralisation de la gestion des ressources. Ceci signifie qu'il faudra mettre en place des procédures et compétences qui permettront aux formations sanitaires décentralisées de contracter des services fournis par le privé, qu'ils soient de nature sanitaire ou autre.

¹⁷ A travers les COGES et COSAN.

Le monde des OSC est peu développé au Niger, surtout en zone rurale. Le programme prendra néanmoins toute opportunité pour impliquer les OSC existantes. Les associations des femmes, ANBEF et Plan International sont des organisations très pertinentes pour les aspects droits du patient, la problématique de la PF et le genre. La complémentarité avec le programme RC jouera son rôle aussi.

4.1.3 Lien niveau local – niveau global

Le système de santé connaît essentiellement 2 pôles, un niveau central et un niveau local ou opérationnel. Ces deux pôles ne peuvent pas se développer indépendamment l'un de l'autre. Le rôle essentiel du niveau central est de capitaliser les concepts et les expériences du niveau opérationnel, de développer des politiques et stratégies de santé adaptées au terrain et de suivre leur application. Le niveau local est responsable pour appliquer la politique et d'organiser les activités nécessaires pour obtenir les résultats escomptés par la politique. La synergie entre les deux niveaux est impérative pour la fonctionnalité du système de santé dans son ensemble.

4.1.3.1 Une stratégie de double ancrage – 'le quoi'

L'interaction entre le niveau central et le niveau opérationnel mérite d'être renforcée, pour créer une dynamique d'apprentissage interne au système qui permet le système d'évoluer positivement. Le programme veut se positionner de manière d'être en mesure de stimuler cet apprentissage et échange entre les 2 pôles, à travers ce qu'on appelle une 'stratégie à double ancrage', comme illustré dans la figure 5. Cette figure illustre également le rôle du niveau central régulateur, et du niveau opérationnel, avec, e.a. les DRSP.

L'appui au niveau central vise à :

- faciliter le développement et l'adaptation continue des politiques de santé nationales suivant les réalités du terrain, des analyses basées sur l'évidence, et le contexte changeant au sein et en dehors du secteur de santé.
- assurer une stratégie de communication efficace envers les acteurs opérationnels par rapport aux politiques nationales.
- renforcer les canaux de communication entre le niveau décentralisé et le niveau central permettant de capter les expériences et les leçons de terrain d'une façon systématique.

L'appui au niveau opérationnel décentralisé dans ce cadre, vise à :

- Renforcer la performance des services de santé pour la population
- renforcer les capacités des districts et les secteurs à mettre en œuvre des politiques de santé nationales et les adapter aux conditions locales
- renforcer les capacités des districts et les communes à documenter les expériences d'une façon systématique et de donner un feedback structuré et 'evidence-based' envers le niveau central en vue de renforcer les politiques de santé. A cet égard une gestion scientifique ('evidence-based') et une démarche recherche-action seront promues.

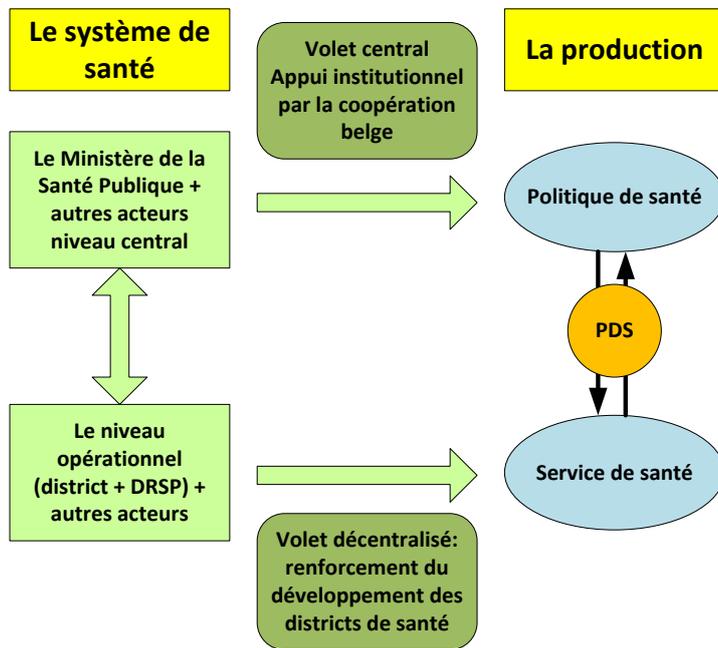


Figure 1 : Stratégie de double ancrage pour le développement

L'appui au niveau opérationnel vise le renforcement des capacités au-delà d'un appui aux moyens de fonctionnement des services de santé. Comme cet appui est intensif, un nombre limité de 2 districts sera appuyé, avec un accompagnement plus intensif avec une orientation plus explicite vers la recherche-action.

La valorisation des expériences du terrain ne se limitera néanmoins pas uniquement aux districts appuyés dans le cadre de cet appui programmatique, mais prendra en compte toute expérience intéressante dans l'ensemble des districts du pays. L'appui institutionnel doit assurer les conditions optimales au niveau central pour permettre cette capitalisation. Les expériences (documentées) alimenteront aussi le dialogue politique.

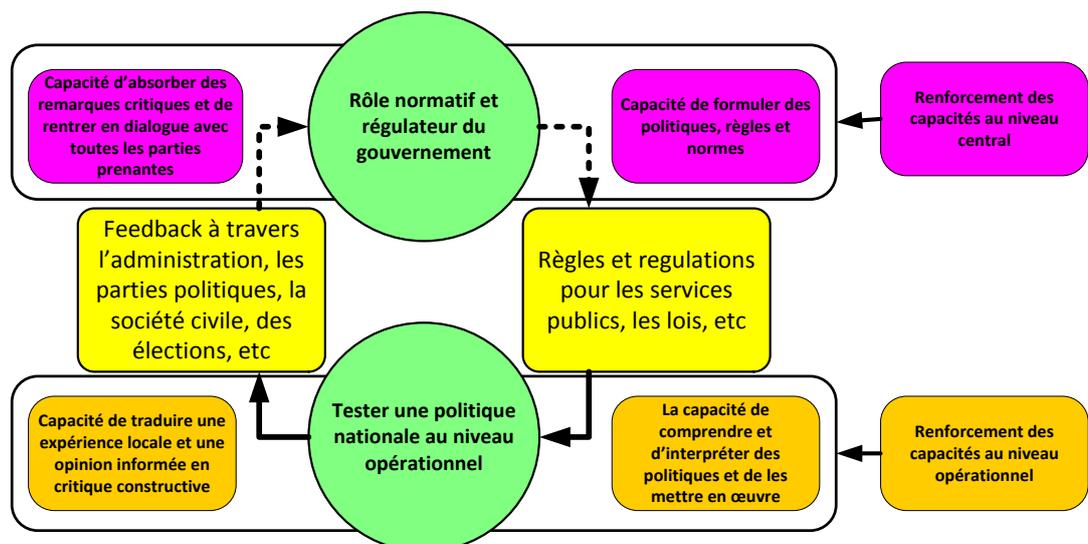


Figure 2 : renforcement des capacités dans un système santé

Comme le montre figure 6, le renforcement des capacités (individuelles,

organisationnelles et institutionnelles) ne s'adressent pas aux simples problèmes technico-médicaux, mais aussi à des aspects d'attitude, de négociation, de pensée scientifique, etc.

4.1.3.2 La recherche action qui alimente la politique nationale – 'le comment'

Le programme appuiera le Ministère de la Santé dans un objectif de devenir « une organisation apprenante » c'est-à-dire une organisation qui base le développement de ses politiques, stratégies et normes sur la disponibilité et l'analyse de l'information à jour, de qualité et bien organisée (accessible) et sur la valorisation des réflexions critiques et des bonnes pratiques venant du terrain, mais aussi du niveau central (auto-évaluation, analyse des goulots d'étranglement) et des acteurs externes au MSP. La stratégie spécifique pour le développement d'une organisation apprenante est l'échange sur base de groupes thématiques (comités techniques), alimentés particulièrement par les évidences résultant du travail de terrain, et en particulier de la recherche-action intégrée sur le développement du district.

Cette démarche exige le renforcement d'une gestion scientifique, tout d'abord au sein des équipes cadres du district. Ceci demande un accompagnement intensif pour familiariser ces équipes ainsi que leurs encadreurs par rapport à i) la logique de la gestion scientifique et la recherche-action, ii) l'identification des hypothèses de recherche, iii) la conduite et le suivi de la recherche-action même, et iv) la description et la communication vers le niveau central.

Ce processus de recherche doit être accompagné par un « appui scientifique » organisé par les institutions académiques, qui renforceront ainsi sa capacité de recherche et sera réalisée à travers un partenariat avec des institutions nationales, régionales et/ou internationales. Cet « appui scientifique » se concrétisera à travers des visites de terrain régulières et une participation aux groupes thématiques. L'important est que cet « appui scientifique » parte des préoccupations et de réflexions des acteurs de terrain.

Cette recherche au niveau du district est essentielle pour le renforcement institutionnel, parce qu'elle va produire des informations sur l'amélioration de la fonctionnalité des districts, donc avoir des meilleurs soins pour la population qui vont permettre au Ministère de mieux cerner leur politique de santé. Le travail au niveau du district de recherche alimentera le dialogue politique en fournissant des informations pertinentes sur quoi il faut faire (les priorités pour assurer des meilleurs soins de santé) et comment il faut faire (comment on a trouvé des solutions aux problèmes et contraintes).

4.1.3.3 Cibler deux districts sanitaires pour la recherche-action

En avril 2016, le comité de pilotage d'identification et d'élaboration du programme sectoriel de santé de la Belgique au Niger a retenu les districts de Gothèye (Tilabéry) et de Gaya (Dosso) comme districts d'intervention du programme sectoriel santé de la Belgique au Niger pour la période 2017-2020.

Le programme ciblera ainsi ces deux districts sanitaires pour y travailler. Ceci est nécessaire parce que la recherche-action comme méthodologie de travail demande un encadrement intensif. L'innovation du système de santé n'est pas envisageable quand le programme s'éparpille sur un territoire trop vaste. La concentration sur 2 districts sanitaires ne signifie pas que d'autres districts ne peuvent pas bénéficier des efforts techniques ou financiers du programme.

Il est nécessaire que le Ministère de la Santé lui-même, mais aussi les 2 régions sanitaires concernées soient impliqués dès le début pour mener à bien les recherches-actions et pour s'approprier les innovations afin de les introduire à l'échelle du territoire national. Les 2 régions sanitaires et certaines directions du Ministère de la Santé seront donc appuyées et leurs capacités renforcées. Il s'agit au niveau des DRSP de l'ensemble

des cadres et au niveau du MSP essentiellement de la DEP, la DS, la DGSP, la DOS, la DRH, et la DIES.

A cause des avantages d'échelle pour certaines initiatives, notamment l'introduction du dossier électronique du patient et la gestion administrative digitalisée seront menées dans plus que les 2 districts ciblés, afin de constituer un pool d'expertise aussi à d'autres endroits et aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (les hôpitaux régionaux et l'Hôpital National de Niamey).

En synergie particulière avec le programme, l'intervention de la coopération nigéro-belge qui ciblera le renforcement des compétences financé par la Belgique sera invitée à organiser des formations proposées par le programme mais incluant d'autres districts ou DRSP du pays.

Finalement, les séminaires ou ateliers de réflexion et l'appui aux groupes techniques, concernent beaucoup plus de districts et DRSP que les 2 districts ciblés. Le programme nigéro-belge n'a pas le monopole sur l'apprentissage et la réflexion doit se mener avec le plus grand nombre d'acteurs possibles.

4.1.4 Durabilité

Le programme, porté à 100% par le partenaire national et y intégré complètement aussi, joue sur plusieurs axes pour augmenter les chances de pérennisation des acquis.

- Le programme travaille essentiellement sur le renforcement des structures et leur fonctionnement. Ainsi l'absorption de nouveaux financements et procédures pourront être absorbés.
- Le programme vise une réforme financière avec réallocation des budgets existants. Il ne s'agit donc pas forcément de nouvelles ressources mais une transformation de l'existant.
- L'appui au mouvement de la décentralisation assurera également des institutions plus puissantes et performantes et créera un potentiel de lever des taxes localement qui, on peut espérer, seront injectés dans les services sociaux (AMU, éducation).
- Le programme investira dans la coordination des PTF et travaillera vers un fonds commun plus consistant qu'actuellement et qui est dirigé vers le développement d'un fonds commun pour l'AMU.

Evidemment, le Niger reste un pays qui a besoin de ressources au-delà de sa capacité et la durabilité ne sera pas garantie dans le temps de l'intervention dans un sens absolu.

4.1.5 Digitalisation et agenda numérique

Le programme contribuera à l'agenda numérique en pilotant une initiative qui informatise la gestion administrative des services des structures sanitaires, et une autre initiative qui pilote l'introduction du dossier électronique du patient. Ces initiatives renforceront la mise en œuvre du FBR et de l'AMU (R4) en assurant une transparence dans la gestion des ressources des structures sanitaires, et en augmentant la qualité des soins au patient en disposant de son parcours médical à tout moment. Le SNIS sera appuyé également en équipement mais également en « soft » pour mieux jouer son rôle d'appui au monitoring de la performance du secteur (R6-7).

4.2 La stratégie globale du programme : Un changement de paradigme radical pour le système de santé

4.2.1 D'un Ministère exécutant vers un Ministère régulateur

Beaucoup de systèmes de santé dans les PMA sont basés sur un service public, organisés et conçus par une seule autorité centrale. Ceci est historiquement tout à fait normal dans des nations jeunes qui doivent encore inventer leur propre système de santé, sans trop de moyens et sans trop de structures en place.

Entretemps, la situation a changé énormément. Le nombre d'acteurs s'est multiplié, ainsi même que le nombre de ministères. De plus en plus, une tendance de décentralisation politique est en train de remuer le système de santé et l'articulation entre décentralisation et déconcentration devient un problème structurel, urgent à adresser.

Bien que les acteurs se soient multipliés et que tous les acteurs dans le domaine de la santé ne dépendent plus de l'autorité du Ministère de la Santé Publique, le rôle de régulateur et le rôle normatif restera toujours sous l'autorité de celui. Les autorités décentralisées peuvent recevoir de plus en plus de responsabilité dans le cadre de l'organisation des services de santé, elles n'auront pas les compétences techniques, de jouer le rôle normatif. En d'autres mots, un Ministère de la Santé au niveau central restera responsable pour les normes de qualité, la définition des paquets de soins à livrer, la couverture sanitaire, (une grande partie de) la régulation du système de financement et l'inspection de santé resteront de leur responsabilité.

Ceci signifie néanmoins un grand changement pour le MSP au Niger. Bien que la décentralisation ne soit qu'au début d'un processus long et difficile, le MSP devra graduellement s'adapter et apprendre à s'articuler dans cette nouvelle réalité. La rencontre entre les entités décentralisées et déconcentrées, malgré les faiblesses parfois extrême des deux côtés, doit se structurer pour que les mandats et responsabilités soient répartis de façon réaliste et clairement complémentaire, et non dogmatique. Une division réaliste fait allusion au fait que ceci dépend des moyens disponibles, surtout en compétences personnelles. Il n'est par exemple pas réaliste au Niger de prévoir un médecin conseil par commune si disposer de 2 médecins par district pose déjà problème.

Le MSP devra donc se transformer donc graduellement d'un organe d'organisateur de services de santé vers une institution de conception et régulatrice du système de santé. Le programme santé de la Coopération nigéro-belge accompagne le MSP depuis longtemps dans ce processus, mais se trouve actuellement dans une phase d'accélération.

4.2.2 D'un 'input-based financing' vers un 'output-based financing'

Une autre évolution drastique, non indépendante de celle décrite dans le paragraphe précédent, est le financement du système de santé.

Classiquement, les besoins du secteur public sont financés à travers des subsides, que les organisations, institutions reçoivent d'un Ministère central pour fonctionner. Les ressources financières sont octroyées avant que l'organisation bénéficiaire ait fonctionné. Il revient à l'organisation concernée de réaliser les activités et donc d'utiliser correctement le budget alloué. Cet input-based financing (IBF) ne peut fonctionner que si l'organisation prend sa responsabilité. Dans la pratique on constate assez souvent, que les ressources sont partiellement utilisées ou mal investies. Les organisations ne sont pas réellement redevables pour les prestations et ne justifient que très partiellement l'utilisation des fonds disponibles.

L'output-based financing (OBF) par contre démontre un moindre risque. Les institutions

financées doivent d'abord prêter et atteindre des résultats envisagés et les coûts engendrés sont remboursés après. Evidemment cette stratégie n'est pas sans risque non plus, mais il s'avère plus difficile de fausser les dépenses. L'organisation performante ou celle avec les résultats plus élevés en quantité et qualité reçoit des fonds proportionnellement à sa performance. Les systèmes de santé dans plusieurs pays et plus particulièrement les formations sanitaires, tendent maintenant de plus en plus vers ce type de financement, au moins pour la partie non-salariale et hors investissements lourds. En d'autres mots, l'OBF couvre essentiellement les coûts de fonctionnement, comme les prestations des soins, les consommables, les petits investissements et les primes de performance pour le personnel.

Sur ce principe, beaucoup de stratégies de financement basé sur les résultats (FBR) ou sur la performance (FBP) existent. Dans le système de la santé il s'agit entre autres de la gratuité des soins (l'état achète certains types de soins, comme par exemple les soins des enfants de moins de 5 ans), le financement basé sur les résultats, actuellement très répandu déjà en Afrique, et finalement les assurances maladies qui fonctionnent également comme un tiers payant, remboursant les frais engendrés par la formation sanitaire pour les services rendus.

Il existe maintenant une multitude d'approches spécifiques couvertes par le concept de FBR. Le FBR que la coopération nigéro-belge appuiera pour le compte du Ministère veillera à éviter les effets pervers éventuels, après des années d'expérience dans ce domaine et dans d'autres pays africains. Il s'agit essentiellement du risque d'une augmentation de la performance obtenue par l'augmentation artificielle du volume d'activités et des résultats afin de percevoir des subsides et des primes plus élevées¹⁸. Le FBR ne peut que se mettre en œuvre que dans un contexte de décentralisation de la gestion des formations sanitaires (les finances seront gérées à leur niveau), de la responsabilisation et l'autonomie des formations sanitaires et d'une amélioration de la viabilité financière de leur gestion. A travers les primes à la performance du personnel de santé, le FBR compte également créer la motivation nécessaire du personnel et ainsi assurer la qualité des prestations. Non seulement, le personnel recevra une prime sur le salaire basée sur la performance individuelle et collective, mais la qualité des prestations se reflètera aussi dans le montant global qu'une formation sanitaire recevra. Le FBR peut contribuer à une amélioration de la qualité mais il y a aussi d'autres mécanismes pour assurer la qualité des soins (voir plus loin).

L'assurance maladie universelle (AMU) est un autre mécanisme de l'OBF. Elle ajoute, comparée avec le FBR seul, des aspects de la demande de soins par la dimension de participation communautaire et des droits du patient. L'AMU crée l'opportunité à long terme, de découpler le financement des services de santé du rôle régulateur du Ministère de la Santé Publique, et de créer des structures publiques qui gèrent les fonds et contractualisent les formations sanitaires¹⁹.

Se basant sur les premières expériences nigériennes dans le district de Boboye à Dosso, le programme de santé de la coopération nigéro-belge continuera l'expérience dans 2 autres districts pilotes. Le FBR sera introduit dans un premier temps pour équilibrer les recettes et dépenses (le paiement des prestations) et l'assurance de la qualité. Le programme étudiera la possibilité de faire évoluer le FBR vers un modèle plus participatif, c'est-à-dire, l'assurance maladie universelle (AMU).

A travers le FBR, le programme veut instaurer une culture de performance au niveau des résultats dans ce secteur public. Il s'agit donc d'un changement radical par rapport à la

¹⁸ Nous proposons que les primes pour le personnel ne peuvent pas excéder 30 % de la valeur salariale et que le montant est fixé par rapport à des indicateurs de qualité seulement. Ceci évitera la chasse à l'indicateur.

¹⁹ Auparavant le FBR était souvent géré par des structures 'projet', assurées par les PTF, ou par des ONG spécialement créées à cet effet. Ces 2 solutions sont apparemment inefficaces à long terme et sont maintenant devenues la responsabilité des autorités publiques.

situation actuelle (financement classique basé sur les inputs) où les structures de soins reçoivent tous les intrants nécessaires au fonctionnement sans aucune obligation de résultats. Les subsides pour la performance seront liés à des domaines où des améliorations doivent se faire afin d'améliorer la qualité des soins en général. Il s'agit entre autre de l'amélioration de l'accueil, des infrastructures et équipements, de la motivation du personnel, de la volonté de rester dans le lieu d'affectation pour les zones rurales. Les subsides peuvent également financer toute activité opérationnelle de nature à améliorer les performances quantitative et qualitative du système de santé. Les subsides acquis à l'issue de l'évaluation de la performance servent in fine à motiver le personnel pour offrir des soins de qualité à la population.

4.2.3 L'unification d'une multitude de mécanismes de financement dans une AMU

Le système de santé au Niger est actuellement pratiquement entièrement financé par le modèle de l'IBF. Ceci veut dire que les institutions bénéficiaires reçoivent leur financement avant toute prestation ou service rendu. C'est ainsi que le Niger paie les salaires de la fonction publique, paie pour les investissements, mais aussi pour les médicaments, et les allocations de base pour le fonctionnement, etc. Les institutions bénéficiaires de ce type de financement doivent mobiliser ces ressources et les investir de façon optimale dans leur système.

De l'autre côté se trouve l'OBF. Ce type de financement de soins préconise de plutôt rembourser les dépenses engendrées par les prestations ou services rendus selon des critères bien définis. Cette approche est généralement plus performante parce que le financement est basé sur des résultats obtenus ou des activités réalisées selon les normes et standards préconisés et non sur une clé de répartition de budget. La vérification de la quantité et de la qualité des services rendus permet d'estimer les résultats obtenus d'une formation sanitaire et de la rémunérer en fonction de sa performance.

Au Niger, comme d'ailleurs dans d'autres pays, il (co-)existe une multitude de mécanismes de financement des soins : les salaires, les allocations de base étaient déjà mentionnés, mais il y a aussi le financement à travers des projets (souvent aussi encore IBF), à travers des fonds, à travers des projets du Président, à travers la gratuité des soins e a. Chacune de ces initiatives demande une administration et gestion minutieuses, y compris des procédures de vérification et de validation. Ces sources différentes de financement créent non seulement des inefficiences dans le système de financement, elles créent aussi des systèmes parallèles d'approvisionnement de médicaments et de consommables. Pour des raisons d'efficacité et d'efficience, le système de santé devrait évoluer vers un seul système de financement des soins pour le pays.

L'AMU est considérée comme le mécanisme unifiant l'ensemble des paiements des prestations rendues. Nous considérons le FBR comme une phase transitoire pour introduire l'AMU. Le FBR organisera l'offre des soins et assurera ainsi sa viabilité mais aussi et surtout sa qualité. L'AMU ajoutera une dimension de demande des soins avec la participation et la contribution de la population. L'AMU défendra également le droit des patients. Les autorités locales (entités décentralisées) aideront à la vérification des prestations fournies par les formations sanitaires et figureront comme la première porte d'entrée de plaintes éventuelles de la population servie.

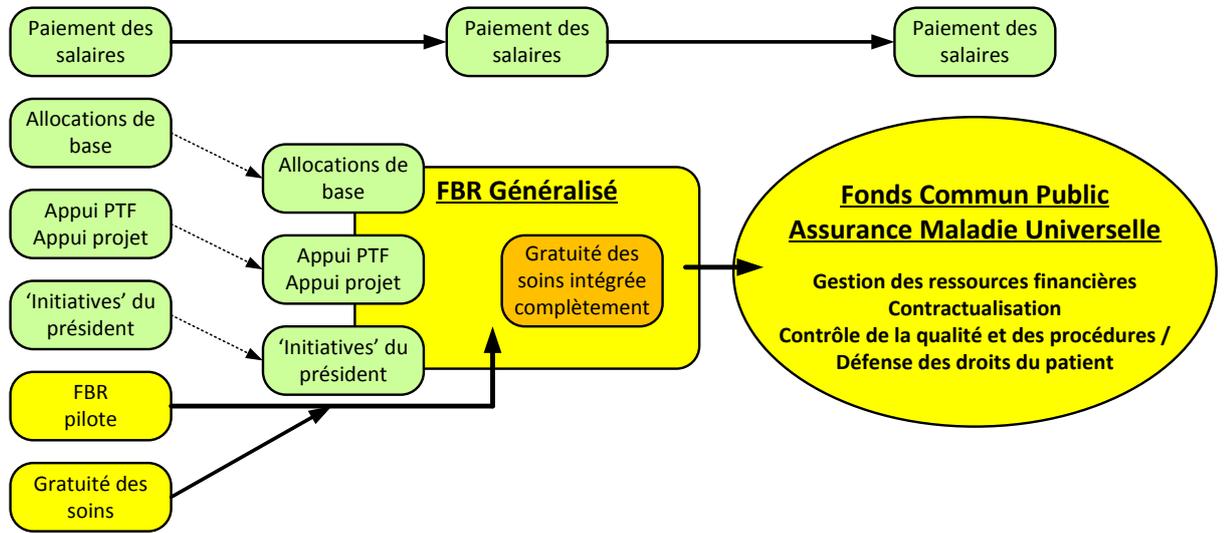


Figure 3: Processus d'unification d'un financement unique pour le secteur de la santé

Le schéma ci-dessus décrit les évolutions voulues pour un système unique de financement des prestations des soins. Elle montre que le FBR pourrait être effectivement le premier pas à cet effet et éclaircit comment la gratuité des soins devrait être intégrée dans ce nouveau mode de financement. Graduellement (et partiellement) aussi les autres sources de financement plus importantes, notamment les allocations de base (contributions étatiques) et les financements des PTF seront inclus. Dans ce schéma, les salaires restent en dehors de ce financement des prestations de soins. Les inclure dans le système unique de financement des prestations demanderait une réforme drastique et globale (pas seulement pour le secteur de la santé) de la fonction publique, ce qui n'est pas réaliste pour le moment.

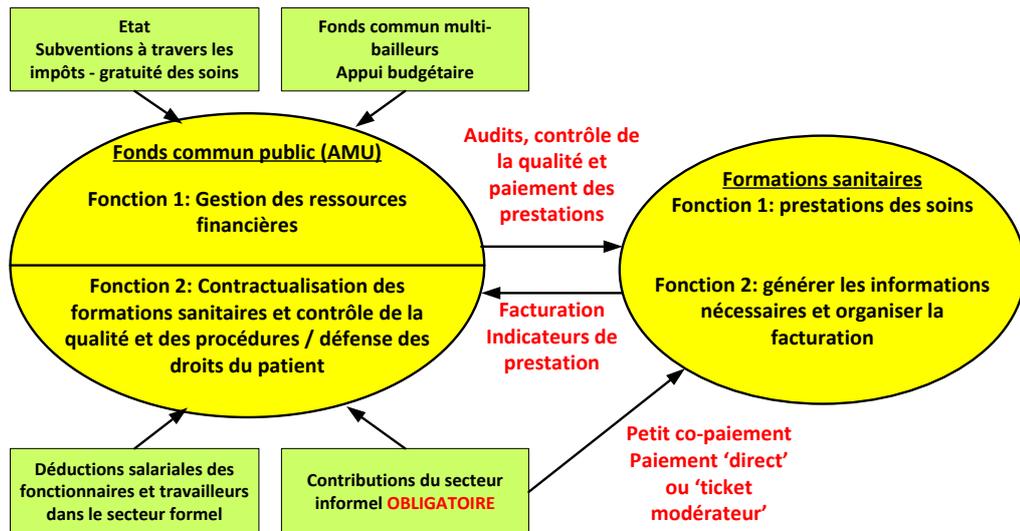


Figure 4 : Schéma conceptuel d'une AMU publique et universelle

La figure ci-dessus montre le schéma conceptuel plus complet de comment une AMU

pourrait être organisée. Comme la population n'a pas le pouvoir d'achat suffisant pour s'assurer, l'AMU nécessitera une subvention très importante (70 à 80 % ?) de la part des autorités nationales mais aussi des PTF. Comme démontre figure 1, beaucoup de ressources financières qui pourraient constituer un fonds de subvention pour l'AMU existent déjà. Il s'agit des fonds de gratuité et les allocations de base de l'Etat nigérien, ainsi que les différents appuis financés par les PTF. Bien que la hauteur actuelle des fonds disponibles ne suffira pas à ce moment, il n'est pas irréaliste d'arriver au moins à suffisamment de financement pour le premier et deuxième niveau des soins de santé. Son développement constitue un long processus et sa réalisation ne peut être que graduelle.

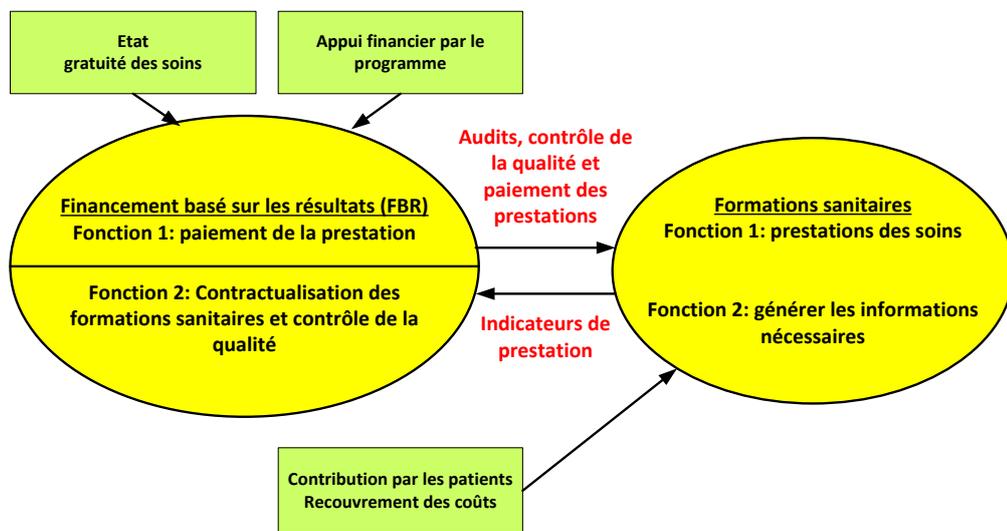


Figure 5: Création du FBR comme précurseur d'une AMU

Le schéma ci-dessus visualise une phase intermédiaire, plus réaliste dans le contexte actuel du Niger et à un horizon futur raisonnable et initialement à échelle réduite, mais qui n'empêche pas la vision à long terme d'une AMU de qualité, subventionnée par l'état et les PTF comme présenté en

Figure 4.

4.2.4 La Contribution du programme au processus de réforme

Dans un premier temps, il s'agit de viabiliser les formations sanitaires à travers l'introduction d'une stratégie FBR. Le FBR devrait non seulement apporter suffisamment de ressources financières aux formations sanitaires pour l'ensemble de coûts récurrents (hors salaires), mais devrait absorber également la gratuité des soins. En d'autres mots, le FBR garantira que certains patients reçoivent des soins gratuitement, mais la facturation ne passera plus au niveau central, mais au contraire sera gérée par les organes qui gèrent le FBR. Ceci résultera à une première rationalisation du système de financement. L'aspect de la qualité des soins est traité séparément dans le paragraphe suivant.

Les premières années les fonds seront gérés par le programme de la coopération nigérobélge en partenariat avec le MSP (DRSP – ECD).

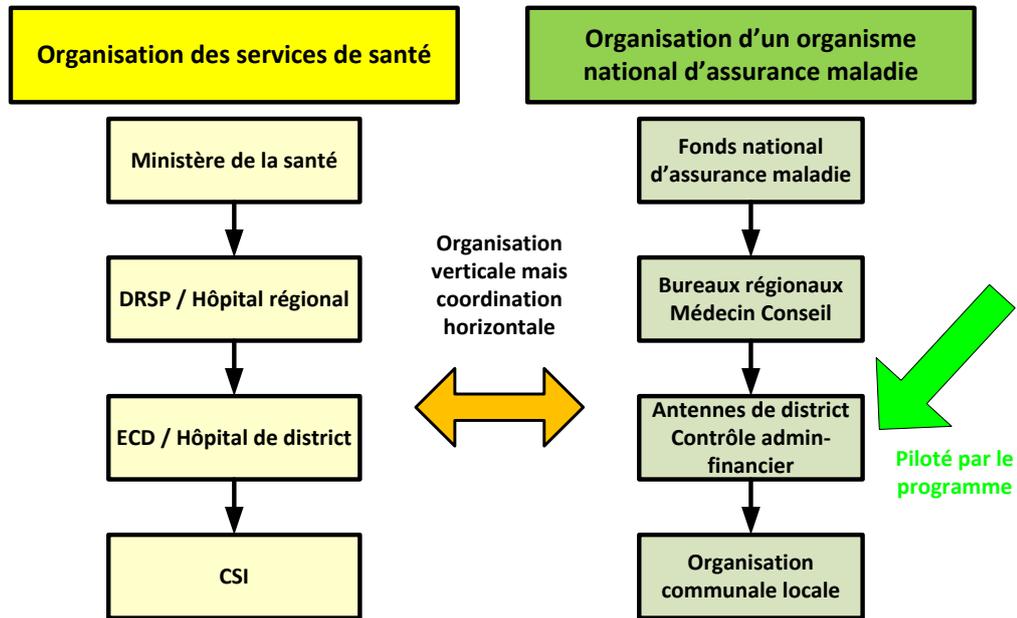


Figure 6: Structure publique de paiement des prestations de santé

Dans un deuxième temps, le programme créera des unités de paiement au niveau des districts ciblés (Cfr figure par rapport aux antennes de district). Ceci constituera un premier pas vers la création des conditions et structures nécessaires pour une AMU. Se basant sur les acquis du FBR, le programme aidera le Ministère à créer les organes locaux de l'AMU dans le cadre d'une transformation graduelle du FBR vers une AMU. Ceci implique en premier lieu la participation communautaire, guidée par les autorités politiques décentralisées, les organes de contrôle communautaire et la création de structures et procédures pour défendre les droits du patient.

4.2.5 La condition principale : assurance de la qualité des soins de santé

Une assurance maladie sans qualité des soins est virtuellement une recette pour échouer. On ne peut pas convaincre une population de faire des efforts, aussi financiers, pour un service sans qualité.

Bien que le FBR puisse contribuer à assurer une certaine qualité des soins de santé, il ne peut certainement pas couvrir tous les aspects de la qualité des soins. C'est pourquoi le programme mis en place, fera des efforts techniques mais aussi financiers pour aider le personnel de santé à augmenter la qualité des soins offerts. Ces efforts consistent en formations-recyclages du personnel soignant à tous les niveaux, des supervisions formatives de qualité par l'ECD et la DRSP mais aussi par des spécialistes en médecine interne et en chirurgie, des réunions de coordination trimestrielles de district, l'introduction de nouvelles initiatives telles que les soins bucco-dentaires et ophtalmologiques, l'inclusion des soins de santé mentale et la prise en charge du diabète et autre maladies non transmissibles.

D'autres initiatives couvriront l'introduction d'une réelle comptabilité décentralisée au niveau des formations sanitaires, le développement d'une administration et système d'archivage standardisés et digitalisés, et l'adoption de plans d'investissement et économiques pour les hôpitaux de district. L'introduction du « dossier patient » électronique prendra une place importante dans ce sens.

4.3 Le renforcement du système de santé – Axes d'appui

Dans les paragraphes suivants, les contributions et options stratégiques spécifiques du programme de la Coopération Belgo-Nigérienne sont évoquées en plus de détails. Les recommandations structurelles qui s'imposent sont issues de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP en 2015, de l'évaluation à mi-parcours du PDS et de l'expérience du PAI. Il ressort de ces analyses que les résultats de santé dépendent de la performance du système de santé qui dépend à son tour des capacités organisationnelles et institutionnelles du MSP.

Les orientations suivantes ciblent dès lors les 6 piliers du système de santé.

4.3.1 Les prestations des soins

Les prestations des soins rencontrent de multiples défis, ayant un impact sur la santé des populations. Les stratégies suivantes sont prioritaires pour y répondre.

La qualité des services et la réduction des inégalités

Plus de la moitié de la population est privée des soins de santé de base. La correction de ces inégalités est une urgence qui doit être au centre des préoccupations des politiques.

La coopération nigéro-belge a investi dans des activités visant directement la qualité des services et la réduction des inégalités : si par les investissements, l'on augmente l'accessibilité des soins, et que des activités ont été menées par le PAI ciblant directement la qualité de soins, il est clair que la qualité des soins proprement dit, ainsi que l'inégalité des populations face aux soins ne peuvent se réduire que par des actions directes. Des interventions à l'ensemble des maillons du système de santé s'imposent.

Pour augmenter leur impact, il est recommandé d'appuyer le secteur de la santé selon une approche systémique et de centrer les prestations des soins sur une démarche qualité et la satisfaction des usagers des services reçus.

Accélérer la décentralisation de la santé

Le Gouvernement du Niger a décidé en 2014 d'accélérer le processus de transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales, sous l'égide du Ministère en charge de la décentralisation. Le processus a pris du retard, et crée un vacuum. En juillet 2015, des propositions ont été faites pour concrétiser la décentralisation à chacun des niveaux. Il est nécessaire d'avoir une clarté ferme sur la division des tâches à chacun des niveaux du système de santé, sans quoi il sera difficile d'entamer un renforcement du système de santé. Appliquer la décentralisation permettra de renforcer les DS dans l'organisation des SSP et vice versa. Le transfert réel des compétences nécessitera une adaptation majeure de l'organisation des soins. L'articulation du secteur de la santé déconcentré avec les institutions suite à la décentralisation politique doit être activement recherchée. Dans la mesure du possible, des synergies avec d'autres interventions plus spécifiquement concentrées sur la décentralisation doivent être cherchées pro-activement.

Revitaliser le district sanitaire et renforcer l'organisation et la gestion du district

La promotion des soins de santé primaires (SSP) doit contribuer à corriger ces inégalités et ce à travers le District Sanitaire (DS), la clef de voûte du système de santé. Pour ce faire, une revitalisation des Equipes cadres de district (ECD) s'impose, avec des relations avec les autorités décentralisées pour s'assurer que la prise de décision en matière de santé se réalise dans un environnement de compétence technique. Sur le terrain, les principes du district sanitaire, qui est une vision systémique sur la santé avec comme moteur la décentralisation des moyens et de la décision, semble perdre du terrain sous

pression des programmes verticaux de certains bailleurs et une dynamique quelque part perdue au niveau du Ministère de la Santé. Un financement des services basé sur l'output pourrait y donner une réponse partielle. Plus d'attention pour la qualité des soins, l'assurance de cette qualité à travers des ECD fonctionnelles et une nouvelle attention pour la micro-planification seraient complémentaires. La décentralisation pourrait être l'occasion de redéfinir les fonctions des ECD avec une attention particulière pour les activités mentionnées plus haut. Il est dès lors recommandé d'appuyer le MSP dans la revitalisation du District Sanitaire. Une revitalisation des DS répond au besoin i) de développer les soins de santé primaires de façon durable, ii) de mettre en œuvre la décentralisation, et iii) de préparer la mise en place de la CUS en renforçant – son élément essentiel - l'organisation des services de santé et l'amélioration de la qualité.

Appuyer la demande

A présent, le secteur de la santé se concentre sur l'offre ; la partie « demande » est peu développée. L'intégration de la voix des populations nigériennes permettrait non seulement de mieux prendre en compte leurs besoins et de créer un équilibre dans le système de santé entre les deux parties, mais également à celles-ci de s'organiser pour faire valoir leurs droits. La mise en place d'une assurance maladie est une opportunité pour redresser cette situation, car elle exige une participation communautaire forte.

Le renforcement de la « demande », est typiquement un axe pour lequel une collaboration entre coopération directe et indirecte ne ferait que renforcer les effets. A plus long terme, l'assurance maladie pourra aussi garantir les droits des patients au-delà de l'accessibilité financière aux soins, c'est à dire, le droit à la qualité des soins avec un recours juridique si nécessaire.

En outre, en travaillant sur l'offre et la demande, il sera possible de travailler sur des actions de i) la planification familiale, tels que l'espacement des naissances, l'éducation sexuelle ainsi que la demande de contraception moderne qui semble loin d'être satisfaite et ii) sur des actions liées à la référence et la contre-référence qui est une des causes d'une mortalité maternelle encore élevée.

Mieux intégrer le secteur privé dans le système de santé

Le MSP encourage dans son document de Déclaration de politique sanitaire pour la période 2002 – 2011 la collaboration avec le secteur privé qui s'articule autour d'une plus grande participation du secteur dans la prestation des services à l'ensemble de la population, d'une meilleure accessibilité du secteur et de son meilleur enregistrement/encadrement au sein du Ministère de la santé. Dans cette perspective, des textes législatifs et réglementaires ont été adoptés, et un cadre de collaboration entre le secteur public et privé a été élaboré.

Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans l'offre de soins au Niger, avec vraisemblablement une forte concentration dans les grandes villes et surtout dans la ville de Niamey, bien que peu d'informations soient disponibles sur leur localisation physique et leurs activités. Il n'existe pas un système de suivi standardisé, ce qui fait qu'on sous-estime et exploite peu son potentiel. Le secteur privé montre des avantages mais aussi des inconvénients par rapport à la qualité et l'accès aux soins. L'avantage majeur est que la gestion des services est à 100% assurée par l'institution en question et que les organisateurs sont à priori motivés à bien gérer leur service. La motivation est un deuxième avantage à ne pas négliger. En désavantage le privé ne respectant pas forcément les normes de qualité, est caractérisé par une sur-prescription, une surconsommation des actes médicaux et une inaccessibilité financière pour une couche importante de la population. L'Etat a des difficultés pour y imposer des règles de qualité.

Les districts sanitaires ciblés dans le présent programme sont des districts ruraux, où les services privés sont rares. Le programme aidera néanmoins le Ministère à formuler un modèle d'approche pour intervenir dans ce sous-secteur.

Il s'agit de différentes études qui devraient mener à un modèle unique d'approche pour organiser le secteur privé dans les villes. Il s'agit de contrôle de la qualité, audit médical, formation continue, contractualisation pour les aspects de soins publiques et subvention par l'état, réglementation des tarifs et des normes en personnel et infrastructures

4.3.2 Les ressources humaines

La qualité et quantité insuffisantes des ressources humaines ont un impact direct sur l'accessibilité et la qualité des soins. Les défis se situent au niveau de la qualité de l'enseignement des médecins et des cadres paramédicaux, au niveau de la non application du cadre réglementaire du MSP pour les affectations et les renforcements des compétences, au niveau du suivi de la performance des agents de santé et au niveau d'une féminisation et commercialisation accrue du métier.

Le MSP devra ainsi travailler avec les institutions de formation pour agir sur la qualité de l'enseignement des médecins et des cadres paramédicaux et assurer la qualité des RH « à l'entrée ». Le Programme devra appuyer le Ministère à établir une politique pérenne d'accréditation et appliquer rigoureusement le règlement quand les institutions ne sont pas en mesure d'assurer cette qualité d'enseignement requise.

Dans le cadre de la formation continue, investir ponctuellement dans la formation du corps médical et dans les structures de santé, répond à des besoins et permet d'obtenir des résultats à court terme là où les besoins se font le plus sentir, mais la durabilité des résultats dépend de la vigueur du système de santé.

Des formations spécialisées continueront à être nécessaires pour couvrir le spectre d'agents de santé nécessaires pour assurer les soins ; dans ce sens, la formation des membres des ECD en gestion des districts et des médecins de district en chirurgie reste pertinente. Une articulation avec l'intervention ponctuelle du PC 2017-2020 qui vise le renforcement de compétences, sera d'application.

Ceci étant dit, la coopération nigéro-belge a également pu expérimenter que l'affectation par la suite d'agents ayant suivi une formation spécialisée, ne se fait pas en fonction des besoins. Pourtant, le cadre nécessaire existe, mais tant que le plan de renforcement des capacités et les plans d'affectation et de redéploiement ne seront pas appliqués, il serait impossible de réduire les inégalités. Pour assurer une bonne gestion des ressources humaines, il sera nécessaire de rendre opérationnel le système d'évaluation et de l'avancement de l'agent fonctionnaire conformément à la loi 2007 et d'appliquer ainsi la « gestion axée sur les résultats » également aux RH. Ceci devrait mettre court aux pratiques des affectations influencées par des ingérences, et non pas en fonction des besoins des structures et de la performance du staff.

Le MSP devra également mettre en place des mesures structurelles pour faire face aux effets de la féminisation du métier sur l'accès inégal aux soins, et de la commercialisation du métier sur la qualité des soins.

4.3.3 Le système d'information sanitaire et la digitalisation de la gestion

Le système d'information sanitaire quant à lui connaît également des défis de qualité. Une faiblesse au niveau de la production et de l'analyse des données d'une part, et de la dissémination et de l'utilisation d'autre part, a forcément des conséquences pour la qualité du pilotage stratégique du secteur, assuré par le MSP. Améliorer les informations sanitaires demande des actions tant au niveau des investissements, qu'au niveau de la qualité des RH, ou encore de la coordination entre différents niveaux du système ou entre le secteur public et privé.

Les moyens technologiques permettent d'améliorer la collecte, le contrôle et la

dissémination des informations sanitaires, ce qui devrait à son tour améliorer leur utilisation et prise en compte.

D'autres applications digitales seront introduites par le programme pour répondre au potentiel que le monde digital offre pour rationaliser le système de santé. La digitalisation offre des nouvelles opportunités pour répondre aux défis de la gestion des services de santé, et de la gestion financière des structures de santé²⁰. L'informatisation renforce la gestion de la performance, la traçabilité des actes médicaux et financiers et la transparence et devrait avoir des effets sur l'accessibilité financière. Le programme interviendra dans tous ces aspects.

4.3.4 Les ressources physiques et les intrants

La qualité et l'inégalité des soins ont un lien direct avec la disponibilité des ressources physiques et des intrants. Beaucoup de difficultés se trouvent au niveau de la maintenance des infrastructures et équipements – où la durabilité est un enjeu -, mais aussi au niveau de la bonne utilisation des intrants afin d'offrir des soins de qualité.

Des mesures structurelles sont nécessaires pour quitter une gestion laxiste et assurer que les ressources soient disponibles dans le temps, qu'elles soient fonctionnelles et de qualité. Le défi n'est pas tant la disponibilité des moyens financiers pour se doter des ressources, mais bien d'instaurer une approche de gestion qui permet une bonne utilisation et une gestion durable des ressources.

Le programme actuel investira dans le développement d'un système de maintenance des ressources physiques sous forme de recherche-action. Ceci requiert un travail sur les normes et standards, sur l'acquisition, sur la qualification des RH chargée de la maintenance ou encore sur le planning et le monitoring de la maintenance. Le programme partira des acquis de l'initiative de réflexion (du PC précédent), continuera l'approche recherche-action et introduira le système sur le terrain dans les 2 districts ciblés et au niveau des DRSP concernées.

4.3.5 Le financement durable du secteur

Assurer le financement de la santé demande premièrement un engagement financier de l'état plus important, appuyé par les PTF. Sans augmentation budgétaire, la performance du système restera en-dessous des besoins ; une rationalisation interne du système, bien qu'indispensable, ne pourra en aucun cas compenser suffisamment le manque de budget.

Deuxièmement, assurer le financement durable de la santé demandera l'introduction d'un mécanisme de financement qui inclut la prise en charge des personnes pauvres et indigentes. Tant la dynamique de l'AMU, que les approches FBR œuvrent dans ce sens. Le financement basé sur les résultats des structures sanitaires récompense le bon fonctionnement des structures de santé et, indirectement, la santé de la population. Cette approche s'inscrit dans la dynamique plus globale en vogue des FBR dans d'autres secteurs, et a connu des résultats probants pour la santé dans d'autres pays.

Sur base de l'expérience du PC actuel, il est recommandé de continuer à appuyer le MSP dans la mise en place de la CUS. Sa réalisation sera un chemin long et hasardeux, qui dépassera la périodicité d'un PC, et qui nécessitera un appui à long terme. A plus court terme, des progrès peuvent être réalisés dans le domaine du FBR, comme une étape préalable à la CUS. L'informatisation s'inscrit également dans cette dynamique.

²⁰ Au niveau de la gestion de la structure sanitaire, l'informatisation permettra une meilleure gestion des ressources disponibles, p.ex. la gestion de stock de la pharmacie, et une meilleure génération des ressources, par la facturation informatisée.

4.3.6 La Gouvernance

La gouvernance, définie comme la façon que les acteurs et institutions agissent entre eux est un thème transversal important pour le secteur de la santé. La gestion transparente des ressources (financières mais par exemple aussi le temps), la transparence des décisions, la motivation du personnel, etc en font partie.

Le programme a un rôle important à jouer et intervient consciemment, directement et indirectement, à ce niveau.

- L'assistance technique dans son rôle d'accompagnateur des processus de changement ont un rôle d'exemple très important.
- Les initiatives de digitalisation doivent créer une meilleure transparence
- Le nouveau système de financement du secteur jouera sur la motivation du personnel, sur la transparence financière (interne mais aussi externe avec une tarification transparente et moins de paiements illicites), sur la viabilité et donc la crédibilité du système.
- Un Ministère qui fonctionne mieux et qui livre un service rationalisé accumule de la crédibilité, ce qui augmente le processus de démocratisation dans le pays
- Travailler sur l'articulation entre les services déconcentrés et les autorités décentralisées augmente également la transparence de l'appareil public avec une participation active et plus durable de la population.

La valeur ajoutée d'un programme d'appui au développement institutionnel ne se trouve pas dans la production de résultats « formels », mais bien dans la transformation de ceux-ci en résultats « fonctionnels » durables. Pour cela, en apportant de l'expertise hautement qualifiée, un appui institutionnel doit indissociablement et nécessairement jouer le rôle de « facilitateur de changement ». En tant que facilitateur de changement, le futur programme n'impose pas des réformes, mais met en place les dynamiques nécessaires pour créer un changement endogène. Ceci requiert une confiance entre le programme et le partenaire, une bonne connaissance du secteur par le programme grâce à sa position dans le MSP, et une liberté d'action pour tendre le miroir pour refléter les difficultés sensibles et complexes dans le système – par sa position en dehors de l'organigramme du MSP.

L'appui au développement institutionnel est une position privilégiée pour un bailleur. Positionné dans un cercle d'influence direct au plus haut niveau du MSP, il peut influencer les décisions et orientations du MSP et initier ainsi les changements nécessaires pour améliorer la santé des populations, et ce à moindre coût. Néanmoins, les réussites de tout appui seront conditionnées par la volonté du MSP à mener des réformes en profondeur ce qui à son tour, dépend du leadership comme condition préalable à l'obtention des résultats et du rôle du dialogue politique.

4.4 Cadre de résultats

4.4.1 Objectif général

« Améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la Couverture Universelle de Santé (CUS) »

Le programme sectoriel accompagnera le Ministère de la Santé Publique dans la mise en œuvre des préalables de la Couverture Universelle de Santé, dans ses trois dimensions

notamment en améliorant l'accès financier, la profondeur des paquets de soins délivrés et la proportion de la population couverte.

4.4.2 Objectif spécifique

« Renforcer le système de santé du Niger à travers des actions basées sur les réformes en cours et les résultats de recherche action pour un meilleur accès aux soins de santé primaires de qualité à la population de deux districts ciblés »

Pour contribuer à l'atteinte des résultats identifiés ci-après, le programme sectoriel comprendra deux volets. Le programme portera une attention spécifique sur les ayants-droits, en particulier sur les droits des femmes et des enfants. Elle inclura des actions avec un impact visible et rapide pour les populations.

Le programme interviendra sur le terrain, dans deux districts ciblés (modèles) qui se trouvent à proximité de Niamey et où les conditions matérielles sont optimales après un appui du projet PARSS et maintiendra alors la disposition actuelle de l'intervention PAI/MSP logé au sein du Ministère ce qui permet un partenariat de proximité et un accompagnement quotidien.

Dans ces districts sanitaires, le programme mettra en œuvre plusieurs stratégies existantes et réformes en cours pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé de qualité et mènera des initiatives d'action recherche qui alimenteront la mise en œuvre des réformes et stratégies au Ministère de la Santé Publique où une équipe du programme facilitera l'apprentissage au niveau central.

Les districts sanitaires modèles en étroite collaboration avec les deux DRSP et le MSP au niveau central joueront un rôle de pilote et de précurseur, pour entre autre l'opérationnalisation de la décentralisation, la digitalisation, la participation communautaire, le financement et la maintenance.

Les actions à mettre en œuvre dans les zones d'intervention concerneront donc plusieurs aspects du renforcement du système de santé.

4.4.3 Objectif spécifique intermédiaire 1

L'utilisation des soins et des services de santé qui sont adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts cibles

4.4.4 Résultats attendus et activités à mettre en œuvre

Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée

S'assimilant à la 3^{ème} dimension de la CUS, ce résultat vise à améliorer l'accessibilité géographique mais aussi l'accessibilité à la qualité des soins. Le programme se limitera à la réhabilitation et à la mise à niveau en équipement des FS existantes dans les districts ciblés. Il s'agit essentiellement d'une phase de préparation pour créer des conditions propices pour le pilotage des réformes décrites dans le chapitre précédent.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Accroître la couverture sanitaire géographique (Actualisation des cartes sanitaires

des districts et extension de la couverture)

- Renforcer les paquets minimums et complémentaires d'activités (investissements en équipement)
- Renforcer le système de mutualisation des risques maladies (Suivre l'évolution de l'accessibilité financière et la renforcer = transversale)

Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés

Ce résultat vise principalement la 2^{ème} dimension de la CUS qui est le renforcement de la qualité des prestations de soins. Sans qualité, le système de santé ne peut créer la crédibilité nécessaire auprès de la population pour entamer les réformes. Il s'agit d'une assurance de la qualité médicotechnique et organisationnelle (administrative et financière) qui sera réalisée à travers non seulement les formations classiques du personnel de santé, mais également à travers un accompagnement technique continu et intensif par le programme et de consultants.

Certaines activités et notamment les fichiers électroniques, dépasseront clairement les zones d'intervention de pilotage (les 2 districts ciblés). La ville de Niamey, et l'hôpital de Tahoua sont entre autres concernés suite aux acquis du programme précédent.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Appuyer la mise en œuvre des normes de qualité dans les CSI des 2 districts ciblés,
- Appuyer la mise en œuvre des normes de qualité dans les HD des 2 districts appuyés,
- Introduire le fichier électronique du patient dans les 2 HD ciblés et 6 autres hôpitaux.
- Renforcer le partenariat entre le secteur public et privé de santé.

Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée.

Ce résultat chevauche partiellement avec le résultat 2. Il s'agit ici surtout du renforcement du personnel d'encadrement du système de santé, notamment les ECD des 2 districts ciblés et les DRSP des 2 régions impliquées (Dosso et Tillabéri). Les formations prévues ne se limiteront pas forcément à ces entités. Pour des raisons d'avantage d'échelle, le programme visera l'ensemble des ECD dans les 2 régions.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Renforcer les compétences et la motivation des ECD et DRSP
- Renforcer les compétences et la motivation du personnel des 2 districts sanitaires ciblés
- Renforcer la gouvernance des RH au niveau déconcentré

Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) est développée

Ce résultat rentre dans la 1^{ère} dimension de la CUS. Il s'agit de la réforme du (sous-) système de financement des soins et du secteur de santé plus globalement et l'articulation entre les services déconcentrés et les autorités décentralisées, y compris les aspects de participation communautaire.

D'un point de vue monétaire mais aussi technique, le programme investira le plus dans ce résultat. Concrètement il s'agit de piloter le FBR et probablement à partir de la 3^{ème} année, de la création de structures publiques (informatisées) de contrôle des prestations et de gestion des fonds FBR. Cette expérience résultera dans un document de

capitalisation sur une meilleure stratégie de l'AMU visée par le gouvernement nigérien à plus long terme.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Introduire le FBR dans les 2 districts ciblés,
- Créer une Unité de Gestion de l'AMU de District par district ciblé se basant sur l'expérience des mutuelles communales de santé
- Appuyer le développement d'un système d'information pour la gestion de l'AMU
- Appuyer les acteurs des collectivités territoriales pour un rôle complémentaire et synergique afin de faciliter l'accès aux soins des plus vulnérables

Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.

Ce résultat fait suite aux acquis et aux dynamiques créés par le programme précédent et s'attaque au problème majeur dans le secteur, celui de la maintenance. Les faiblesses de maintenance dans le système de santé engendrent une grande inefficience et inefficacité dans le système avec des répercussions importantes sur la qualité des soins offerts.

Sous forme de recherche-action, les normes établies au ministère avec l'aide de la coopération belgo-nigérienne dans les années passées, seront appliquées dans les districts et DRSP ciblés. Une stratégie nationale améliorée sur la maintenance en résultera en prendra forme sous le résultat 7.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Renforcer la mise en œuvre de la stratégie de maintenance (Poursuivre les efforts de la RAM en sous activités)
- Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les districts ciblés et les DRSP concernées (partenariat public et privé en sous activité)
- Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs

4.4.5 Objectif spécifique intermédiaire 2

Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé

4.4.6 Résultats attendus et activités à mettre en œuvre

Résultat 6 : Le Programme appuie le MSP dans le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures

Ce résultat est un premier au niveau central et qui investit directement dans le rôle régulateur du Ministère. Un Ministère sectoriel doit être en mesure de suivre la performance du secteur, non seulement à travers des indicateurs macros de performance, mais aussi à travers leur interprétation. Il s'agit en premier lieu de comprendre pourquoi et comment (sous quelles conditions, positives ou négatives) le secteur évolue et de proposer des stratégies plus adaptées pour y remédier.

Le programme renforcera dans ce sens les compétences individuelles et la capacité organisationnelle de certaines directions clés du Ministère, entre autres le SNIS et la DEP. La digitalisation plus poussée de la collecte des données sanitaires en fait partie.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Appuyer la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats
- Renforcer le SNIS pour la production des données sanitaires de qualité ;
- Appuyer la DEP dans le suivi de la performance du secteur santé
- Renforcer les compétences du MSP dans le suivi des Recherches Action et la capitalisation des expériences
- Renforcer les capacités des directions concernées du MSP dans l'analyse des données et l'élaboration de nouvelles stratégies
- Appuyer le MSP dans le processus d'accréditation des écoles de santé, les structures de soins et les laboratoires d'analyse médicales publics et privés,
- Appuyer le MSP dans le processus de la déconcentration et décentralisation (Appuyer le MSP dans la distribution et la motivation des personnels de santé, renforcer la production de personnels de santé qualifiés, ...)
- Soutenir la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger

Résultat 7 : Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne

Ce résultat, d'un point de vue stratégique pourrait être le plus important. Le Ministère de la Santé sera accompagné par le programme dans ces efforts de capitaliser les expériences illustrées de terrain pour en dériver des notes stratégiques qui serviront pour le pays entier et qui seront disséminées conforme. Différents domaines sont déjà identifiés et sont reflétés dans les activités retenues.

A titre indicatif, les activités suivantes ont été retenues par le comité technique du MSP :

- Développer/réviser une stratégie nationale autour de l'AMU, Maintenance, FBR, formation continue du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, digitalisation du secteur, utilisation des cartes sanitaires et la micro-planification, stratégie sur les Maladies chroniques, particulièrement santé mentale et diabète
- Créer des cadres d'échanges et de formations (voyages d'étude, participation à des ateliers, fora etc.)
- Appuyer le MSP dans la dissémination des nouvelles stratégies et des bonnes pratiques
- Appuyer le MSP dans la régulation du secteur privé de santé

4.5 Zone d'intervention

La zone d'intervention directe est :

- Le district de Gaya dans la région de Dosso
- Le district de Gotheye dans la région de Tillabéri
- Le niveau central

D'autres régions/districts peuvent être concernés par le programme de façon indirecte : dans la mesure du possible, certaines activités pourront s'y étendre (p.ex. des formations du personnel).

4.6 Parties prenantes

Les parties prenantes sont les bénéficiaires directs et indirects du programme, et les acteurs qui sont les groupes cibles avec qui le programme travaillera directement, ainsi que les acteurs avec qui le programme collaborera, mais qui ne sont pas directement ciblés par les activités du programme.

4.6.1 Bénéficiaires

Les bénéficiaires directs du programme sont les populations de 2 départements, à savoir de *Gothèye* dans la région de Tillabéri et de *Gaya* dans la région de Dosso.

De par ses activités au niveau central en accord avec le mécanisme de double ancrage, le programme ambitionne un impact indirect sur les populations nigériennes dans leur ensemble.

4.6.2 Acteurs

Différentes catégories d'acteurs seront des intervenants directs dans la mise en œuvre. Il s'agit de responsables du système de santé « porteurs de devoirs » à plusieurs niveaux et des acteurs représentant les « ayants droits » :

1. Le MSP avec au niveau central les directions les plus impliquées, à savoir le SG, la DGSP, la DEP, la DOS, la DGR et DRH. Ce niveau central joue un rôle global dans l'appui à la mise en œuvre de l'ensemble du programme, et ce selon les principes du 'double ancrage' (voir supra). Ces directions sont également des groupes cibles pour la mise en œuvre des résultats du programme liés au rôle régulateur du MSP.
2. Le MSP avec au niveau déconcentré, les DRSP et les DS. Ce niveau est primordial pour les résultats au niveau des structures de santé périphériques.
3. Les collectivités, avec les communes qui auront, dans le cadre de l'évolution de la décentralisation une plus grande responsabilité à porter dans la planification de la santé dans un processus de développement multi-sectoriel. Leur rôle est lié au transfert de compétences en matière de santé et a trait au système de santé au sein des districts sanitaires.
4. La société civile qui est très contributive au niveau local et bien informée sur les besoins des bénéficiaires potentiels. Elle joue un rôle dans le suivi du système en général de santé en général (planification, suivi-évaluation au niveau central et périphérique). Dans le cadre du FBR-AMU, elle sera directement impliquée, ensemble avec les communautés bénéficiaires, dans l'appui à la « demande ».
5. Les communautés bénéficiaires seront directement impliquées dans le programme en ce qui concerne l'appui à la « demande » dans le cadre du FBR-AMU.

Outre ces acteurs « directs », d'autres acteurs sont concernés par le programme, à savoir :

1. Le Ministère des Finances pour son rôle dans le financement du système de santé, et pour son rôle dans le suivi des programmes de développement en général. A ce titre, le MF est membre de SMCL.
2. Le Ministère en charge de la décentralisation, pour son rôle dans le transfert des compétences.
3. Le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Protection Sociale. Ce Ministère a comme rôle l'intégration d'une assurance maladie dans un dispositif fédérateur

plus large de protection sociale qui comprend également les pensions et l'appui au chômage.

4. Les structures privées de soins, pour leur rôle dans la couverture sanitaire dans un lien contractuel avec le MSP, et pour la collaboration entre le secteur public et privé.
5. Les acteurs privés dans les domaines autres que les prestations des soins
6. Les syndicats de santé pour leur rôle dans les aspects liés aux ressources humaines.
7. Les ONG nationales et internationales, pour leur rôle dans l'accompagnement de « la demande ».
8. Les PTF pour leur rôle dans l'appui financier et technique à l'ensemble du système de santé, ainsi que dans la concertation sectorielle.
9. Le secteur privé, pour leur rôle dans la mise en œuvre de certaines activités du programme.

5 Risques

Intervenir dans un État Fragile résulte d'un choix politique conscient sur la prise de risque accrue par rapport aux contextes les plus stables. La gestion des risques, intégrant la mise en place de mesures d'atténuation adéquates, doit être au cœur de l'élaboration des stratégies d'appuis du programme.

Risques	Mesures d'atténuation
Instabilité institutionnelle : une instabilité organisationnelle et institutionnelle au MSP, au Ministère en charge des Finances ou celui en charge de la Protection Sociale peut avoir une incidence sur le déroulement du programme. Le changement intempestif des responsables entraîne un recommencement de certains processus de mise en œuvre afin d'obtenir l'appropriation et la prise de leadership (voir aussi infra).	Renforcer les activités ciblant la gouvernance du secteur Identifier les 'leaders' potentiels parmi fonctions techniques Introduire dans le dialogue politique la dépolitisation des postes techniques
Climatique et épidémiques : une crise de sécheresse ou une épidémie grave peut survenir et modifier les priorités des institutions partenaires vers des actions d'urgence dans les districts, plutôt que des actions plus structurantes telles que définies dans le programme.	Collaboration technique avec les services concernés du MSP et les PTF intervenants. Renforcement du MSP pour la coordination intra et intersectorielle et l'appui technique pour la bonne gestion de la crise.
Economique et financier : le sous-financement structurel du secteur de la santé, et la faible prévisibilité financière de l'Etat du Niger et des PTF, impactera la capacité de contribution au FBR et l'AMU.	Assurer au niveau de la concertation sectorielle MSP-PTF l'adhérence des PTF à l'initiative FBR et l'AMU.
Sécuritaire : les problèmes sécuritaires au Niger et dans les pays limitrophes impactent la capacité des équipes du programme à travailler sur le terrain.	Ce facteur a été pris en compte dans le choix des zones d'intervention ; définir un cadre organisationnel du programme adapté ; élaborer et mettre en œuvre des plans de sécurité (y inclus budget).
Instabilité sociale : la stabilité sociale pourrait être fragilisée, notamment dans un contexte d'extrême pauvreté et d'une population jeune	Le programme vise une réponse à long terme à la fragilisation sociale. Cette réponse de la CUS est appuyée par les ODD et par la politique

<p>désœuvrée, et amener une réorientation des priorités du partenaire.</p>	<p>Nigérienne. Si dans le court-terme, il est limité dans sa capacité d'action, elle contribue à une réponse durable à cette problématique.</p>
<p>Capacité d'action et de leadership : Le programme aborde une problématique complexe qui nécessite une capacité d'action et de leadership à différents niveaux (centralisé, déconcentré, décentralisé), alors que ces acteurs publiques ne font pas toujours preuve d'un tel dynamisme qui permet d'agir vite et avec de la qualité. Ceci peut ralentir la mise en œuvre du programme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ce facteur est mitigé par le dispositif organisationnel qui prévoit un nombre important d'assistance technique - surtout nationale mais aussi internationale – et qui prévoit également un suivi par des missions de « backstopping », assurées aussi bien par une équipe de suivi scientifique et par les experts santé de la CTB. Ce dispositif permettra d'accompagner les activités intensivement, de maintenir une dynamique d'action élevée, et de veiller à la qualité. - La concentration géographique sur les 2 districts pilote sélectionnés, permet de mieux maîtriser la dynamique d'action et de mieux agir sur la complexité de la problématique. - Le programme tient compte du fait que le système de santé du Niger n'est pas prêt pour l'introduction d'une réforme à une échelle nationale. C'est pourquoi le programme se limite à un pilotage à 2 districts dans cette phase-ci, mais assure le lien avec le niveau central par le double ancrage afin de travailler dans une optique de mise à échelle ultérieure. - Les résultats sont des résultats intermédiaires. La vision à long terme doit guider la ligne de conduite du programme mais ne doit pas se confondre avec des réalisations concrètes possibles dans une phase d'intervention de 4 ans.
<p>Politisation de l'administration. Un interventionnisme politique élevé dans l'administration, et notamment dans la gestion des ressources humaines, limite les capacités de changement du secteur pour faire face à la problématique de l'accessibilité et de la qualité des soins.</p>	<p>Le dialogue politique, la concertation sectorielle MSP-PTF et devra permettre de mitiger cet aspect. Les actions par le programme au niveau central devront amener le MSP à mettre en œuvre les stratégies existantes et à développer tels qu'arrêtés.</p>
<p>Capacité limitée de gestion des procédures par les partenaires : la gestion des procédures exigées par le programme auprès des partenaires peut impacter la qualité et l'efficacité de mise en œuvre, voire l'atteinte même des résultats.</p>	<p>Fournir un appui systématique aux partenaires ; choisir des modalités de mise en œuvre adaptées.</p>
<p>Durabilité des investissements : la non prise en compte de la maintenance des ressources physiques au-delà de la vie du programme peut limiter la portée des résultats.</p>	<p>Le programme intègre une composante qui vise le fonctionnement de la maintenance des ressources physiques et des intrants dans le secteur. Il appuie ainsi la recherche d'une réponse durable à cette problématique.</p>
<p>Durabilité des résultats « soft » : l'obtention du changement visé à partir des « livrables » dépend en grande partie des capacités organisationnelles et institutionnelles du</p>	<p>La stratégie de mise en œuvre prend en compte cet aspect et privilégie une approche d'accompagnement.</p>

<p>secteur. Un manque de capacités aura un effet sur la contribution du programme à l'évolution vers la CUS.</p>	<p>Le programme de renforcement des compétences interviendra de façon complémentaire au programme sectoriel. Les compétences ainsi développées contribueront mieux préparer le système national aux changements visés.</p>
<p>La pérennisation des changements acquis par le programme dépendent en grande partie des capacités organisationnelles et institutionnelles du secteur. Un manque de capacités aura un effet sur la contribution du programme à l'évolution vers la CUS.</p>	<p>Le programme veillera à créer et maintenir les conditions pour faciliter la pérennisation en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayant une stratégie de mise en œuvre basée sur l'accompagnement des acteurs (et non pas de travailler à leur place). - En renforcement les compétences de ces parties prenantes par la complémentarité avec le programme « Renforcement des compétences ». - Investissant dans le dialogue politique et la coordination entre les PTF et d'obtenir l'approbation de l'ensemble des PTF sur les réformes à entamer afin d'avancer graduellement avec tous les acteurs dans une même direction. Ces efforts sont réalistes : le fonds commun offre l'opportunité de s'inscrire dans la nouvelle dynamique.
<p>Faible appropriation par les parties prenantes : un manque d'appropriation à différents niveaux par les acteurs concernés peut limiter la portée des résultats.</p>	<p>Assurer le portage technique des actions du programme par les structures décentralisées/déconcentrées, par un comité technique; sensibiliser et impliquer les bénéficiaires finaux ; développer la stratégie du double ancrage.</p>
<p>Faible adhésion de la population aux actions de santé dans les districts. Les pesanteurs socio-culturelles et la persistance de pratiques néfastes peuvent avoir un effet sur les changements visés.</p>	<p>Le programme incorpore un appui à « la demande » et pourra faire appel à des organisations de la société civile pour promouvoir l'adhésion de la population et pour limiter la persistance des pratiques néfastes.</p>
<p>Risque fiduciaire : les résultats des audits passés dans le secteur de la santé permettent de conclure que les expériences que les risques fiduciaires sont limités.</p>	<p>Les modalités prévoient des audits systématiques et permettent des contrôles financiers à chaque moment du cycle d'engagement financier.</p>
<p>Instabilité du personnel en zone rurale. La non-disponibilité de RH motivé et compétent dans les districts sélectionnés, et dans l'ensemble des districts en zone rurale, affecte la qualité des soins, et de ce fait, l'accessibilité aux soins.</p>	<p>Le programme vise à piloter, par le FBR, une approche structurelle à cette problématique en incluant des mécanismes pour motiver le personnel et ainsi la volonté de rester dans le lieu d'affectation.</p>

6 Thèmes transversaux

6.1 Genre

Avec les décès maternels qui représentent environ 39% de tous les décès des femmes

de 15-49 ans, et un taux de 33% de femmes de 15-19 ans qui ont déjà commencé leur vie procréative dans la région de Dosso et de 37,5% dans celle de Tillabéri, la santé reproductive est une problématique d'envergure qui nécessite une attention particulière dans les efforts structurants du programme.

Ainsi, le programme octroiera une attention particulière à l'organisation et la qualité des services de Planification Familiale (PF). Le Niger a fait des expériences dans le domaine de l'offre intégrée et proactive de la PF qui démontrent que proposer et offrir de façon proactive des services de la PF aux femmes en âge de procréer, porte ses fruits ; c'est à cette occasion que les femmes ont tendance à exprimer leur besoins en PF et à en accepter l'utilisation. Une attention sera donnée aux maris dans les consultations PF, afin de surmonter leurs réticences éventuels et d'augmenter les taux d'utilisation de la PF.

En outre, le programme fera des investissements dans la santé maternelle (chirurgie et transfusion sanguine décentralisées, système d'évacuation des femmes en problème d'accouchement, etc). Il stimulera également la décentralisation des ressources humaines et notamment des sages-femmes et contribuera ainsi à un meilleur équilibre dans le ratio hommes-femmes du personnel soignant dans les zones rurales.

Le développement du FBR et de l'AMU devrait améliorer l'accès financier des femmes aux services de santé, ainsi que leur accès à des services de qualité. Il s'agit là d'une réponse à plus long terme au fait que les femmes puissent éprouver des barrières par le fait de devoir obtenir la permission de leur mari. Le FBR et l'AMU devraient aussi simplifier le système de santé, et de là l'accès, ce qui est essentiel dans le contexte du Niger où seulement 22,4% des femmes sont lettrées.

Réduire les iniquités et les inégalités genre dans le domaine de la santé reproductive, demande d'autres efforts liés à la création d'un environnement politique, institutionnel, juridique et socio-culturel favorable. « L'initiative genre » appuyée par le FNUAP adresse ces facettes-là de la problématique. La création des « écoles des maris », un concept qui a initialement été développé et lancé par l'ONG belge ATOL, a fait écho²¹. Il s'agit d'une stratégie d'attaque, dont les premiers résultats indiquent que l'implication des hommes dans les décisions de santé reproductive a un impact positif sur le taux d'utilisation de la PF.

Ces efforts au niveau du programme, vont se joindre aux efforts structurants du MSP et qui se situent au niveau organisationnel. Ainsi le PDS se veut de prendre en compte le genre dans la prise de décisions, la gestion des structures, l'offre de soins et la production de l'information sanitaire selon l'approche de discrimination positive.

6.2 Environnement

Les aspects d'hygiène, d'assainissement, d'eau potable dans les structures sanitaires et la gestion des déchets solides et liquides sont mal maîtrisés. Il faut une approche davantage structurelle, qui va plus loin que les formations sur et la mise en place d'un système de gestion de déchets pour les agents de santé et qui arrive à motiver le personnel chargé d'assurer l'hygiène. Le programme appuie le MSP dans la définition des stratégies et la mise en œuvre des actions appropriées et veille à l'implication des

²¹ Le concept vise à informer les hommes au Niger - qui sont effectivement de loin les moins informés - par rapport au planning familial (PF). En 2011, 131 écoles des maris ont été mises en place et suivies à Zinder, suivies par 8 écoles supplémentaires en 2013.

communautés dans la gestion de l'environnement.

Le changement climatique aura comme conséquence une progression accélérée de la désertification. Cela causera des vagues de famines déjà structurelles actuellement, plus rapprochées et intensives avec comme conséquences plus de malnutrition, plus de pauvreté et des déplacements des populations du nord Niger vers le sud et internationalement, contribuant ainsi au problème de réfugiés économiques internes et externes au pays. Elle déclenchera également des crises de maladies, telles que le paludisme, plus intenses. Le programme appuie techniquement les directions centrales et régionales dans la gestion de la crise.

Les normes de construction ne sont pas encore adaptées aux connaissances actuelles sur les constructions par rapport au contexte climatique. Les constructions qui tiennent compte du climat sont plus chères en termes de construction, mais permettent de diminuer la consommation énergétique et à réduire ainsi les frais de fonctionnement des structures sanitaires. Le programme fera un plaidoyer afin que les normes de constructions qui seraient à modifier, prennent en compte le climat.

6.3 VIH/SIDA

Les indicateurs de séroprévalence sont en baisse constante et la cible OMD pour le VIH/SIDA a été atteinte, ce qui permet de dire que le Niger a effectivement combattu le VIH/SIDA.

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

Les programmes et activités verticaux de lutte contre le VIH/SIDA font objet d'une intégration intra-sectorielle à tous les niveaux de la pyramide de santé.

7 Budget maximal

Le budget maximal du programme sectoriel est de 14M€ pour la contribution belge.

En plus de ce budget, deux experts en coopération technique (ECT) seront mis à disposition du programme, ainsi qu'un ECT Responsable Administratif et Financier International à 50%.

L'intervention « renforcement de compétences » avec un budget global de 3M€ destinés aux 2 secteurs prioritaires de la coopération Nigéro-Belge, dont la Santé, sera mise en œuvre en complémentarité avec le programme d'appui au secteur de la santé.

8 Modalités de mise en œuvre

Les principes généraux des modalités de mise en œuvre sont les suivants :

- Le choix des modalités veille à combiner au mieux les principes de partenariat et responsabilité mutuelle, et la recherche d'efficacité-efficience du programme ;
- Cela signifie que l'alignement sur les systèmes nationaux sera privilégié pour autant qu'ils soient conformes au Programme de Coopération ;
- Les modalités de mise en œuvre doivent préciser le système et les responsabilités pour chaque domaine de gestion ;

Les principes des modalités de mise en œuvre propres aux principaux domaines de gestion sont les suivants :

Domaine de gestion	Système et responsabilité
Cadre légal global	<p>Le cadre légal est fixé par la Convention Générale entre le Niger et la Belgique et les différentes Conventions Spécifiques relatives aux prestations signées entre la République du Niger et le Royaume de Belgique dans le cadre de la Stratégie de Coopération 2017-2020.</p> <p>Pour la Partie Nationale, le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération (MAEC) est l'entité administrative et financière responsable de la coopération nigérienne pour le programme. Le Ministère de la Santé Publique est responsable de la maîtrise d'ouvrage. Il est l'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses.</p> <p>Pour la Partie belge, la Direction Générale de la Coopération au Développement et de l'Aide Humanitaire (DGD) est l'entité administrative et financière responsable de la coopération nigéro-belge pour le programme. La Partie belge confie (à travers une Convention de Mise en Œuvre) la réalisation des obligations pour la mise en œuvre et le suivi du programme à l'Agence Belge de Coopération (CTB). La CTB assume, à travers son Représentant Résident à Niamey, le rôle de co-ordonnateur chargé d'approuver les dépenses.</p>
Stratégie	<p>La stratégie du Programme est pilotée au sein de son comité de pilotage, dont la redevabilité principale s'exerce via le Ministère de la Santé Publique pour la Partie Nationale et la CTB pour la Partie Belge.</p> <p>Le système de gestion du comité de pilotage lui est propre (voir précisions dans section 9.1, et détaillé ultérieurement dans un Règlement d'Ordre Intérieur).</p>
Opération	<p>La mise en œuvre du programme est assurée par les équipes du programme, et dirigée par un Responsable de Programme (Partie Nationale) et un Co-responsable de Programme (Partie Belge) qui portent, chacun pour leur partie, la responsabilité de la mise en œuvre de l'intervention et la réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique tels que stipulés dans la Convention Spécifique. Ils partagent la responsabilité technique de la coordination et de la gestion de l'intervention.</p>
Suivi et évaluation	<p>Le comité de pilotage (SMCL) est responsable du suivi de la mise en œuvre du programme et fait rapport au Comité des partenaires. La mise en œuvre du système de suivi et évaluation est assurée par la Coordination du Programme.</p> <p>Le système utilisé est celui de la Partie Belge. Il prévoit notamment</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'établissement d'une ligne de base, avec des indicateurs alignés dans la mesure du possible sur le cadre de résultats nigérien - un suivi opérationnel (trimestriel et interne à l'intervention) - le suivi des résultats (annuel et apprécié par le comité de pilotage) - des revues à mi-parcours et finale (menés par des évaluateurs indépendants externes) - un rapport final - des missions d'appui et de suivi techniques (par la CTB ou le ministère assurant la maîtrise d'ouvrage) - des audits (minimum deux fois sur la durée de mise en œuvre)
Ressources humaines	<p>Les ressources humaines mises à disposition sont recrutées par le partenaire selon son système RH. Elles demeurent liées contractuellement à leur institution d'origine. La CTB dispose d'un avis de non objection par rapport à leur profil, et dont le fonctionnement sera géré par le dispositif de suivi RH propre au programme.</p> <p>La CTB recrutera et gèrera les ressources humaines nationales non mises à disposition selon le système RH.</p> <p>Les ressources humaines internationales sont recrutées par la CTB, avec son système RH, et prévoit un avis de non objection de la Partie Nationale, et agrément si nécessaire. Les ressources humaines du type Experts en Coopération Technique (ECT) sont recrutées par la</p>

	CTB dès après la Commission Mixte.
Finances	<p>Intégration dans la Loi de Finances nigérienne, tant pour la contribution belge que pour l'ensemble des dépenses à planifier.</p> <p>Pas de participation à des fonds communs ou d'aide budgétaire sectorielle.</p> <p>Le Ministère en charge des Finances assume le rôle d'Ordonnateur, et le Ministère de la Santé Publique est Ordonnateur délégué. La CTB, à travers son Représentant Résident, assume le rôle de Co-ordonnateur chargé d'approuver les dépenses.</p> <p>Respect des procédures CTB en matière de planification, mise en œuvre, suivi et assurance des flux financiers au sein du programme.</p>
Marchés publics & subsides	<p>Utilisation du système des marchés publics nigérien, combiné au système d'Avis de Non Objection de la CTB, et/ou belge.</p> <p>Utilisation du système de subsides belge.</p>

9 Pilotage, suivi et cadre organisationnel

Les principes généraux du cadre organisationnel du programme sont les suivants :

L'ancrage du dispositif dans les structures étatique traduit les principes de partenariat et responsabilité mutuelle entre Partie Nationale et Partie Belge.

Le cadre organisationnel valorise les ressources humaines nationales. Elles peuvent être :

- mises à disposition par le Partenaire ;
- recrutées par le Programme.

Le dispositif fait également appel à des ressources humaines internationales.

Quel que soit son statut (national recruté, national mis à disposition ou international) ou lien contractuel, le personnel travaillant pour le programme est redevable vis-à-vis des entités compétentes du Programme.

La répartition des rôles et responsabilités entre les niveaux du cadre organisationnel suit la double logique de subsidiarité (responsabilités au niveau pertinent le plus proche du terrain) et suppléance (intervention du niveau supérieur uniquement en cas de dépassement du mandat du niveau inférieur).

Les localisations du cadre organisationnel doivent

- Traduire le poids relatifs des axes stratégiques ;
- Intégrer l'enjeu de proximité entre les équipes du programme, les partenaires et les bénéficiaires les zones d'intervention (efficacité-efficience) ;
- Le contexte sécuritaire ;
- Intégrer la déconcentration de mandats suffisant.

9.1 Comité de pilotage

Les principes relatifs au comité de pilotage sont les suivants :

Il est l'organe de pilotage de la réussite du programme, c'est-à-dire l'atteinte des résultats de développement et les stratégies de mise en œuvre tels que définis dans la fiche d'identification. Il assure ainsi la supervision générale de la mise en œuvre du programme et prendra, sur la base des différents rapports et recommandations, toutes

les décisions nécessaires, sans modifier l'objectif global, l'objectif spécifique, la durée et le budget global du programme. Ce pilotage stratégique ne gère pas les questions opérationnelles ou techniques, sauf résolution de problèmes nécessitant son intervention.

Il est composé de représentants des principales parties prenantes au processus décisionnel stratégique (six maximum pour la partie nationale, deux maximum pour la partie belge), à savoir :

Partie Nigérienne

- Ministère de la Santé Publique (président)
- Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération
- Ministère de l'Economie et des Finances
- Le représentant du Cabinet du Premier Ministre
- Le Directeur des Etudes et de la Planification du MSP (et/ou le Directeur Général de la Santé Publique ?)
- Le représentant du conseil régional de Tillabéri et de Dosso

Partie Belge

- La CTB sera représentée par 2 personnes, dont le Représentant Résident de la CTB au Niger

En fonction de l'agenda, toute autre personne qui apporte une contribution au projet peut être invitée en qualité d'observateur ou d'expert.

La redevabilité de la réussite du programme s'exerce principalement via le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique pour la partie nationale, et le Représentant Résident pour la partie Belge. Le comité de pilotage leur délègue son pouvoir de décision entre les réunions ordinaires afin d'effectuer un pilotage plus régulier, et d'agir en cas de nécessité en des réunions ordinaires.

En cas de délégation, le membre remplaçant doit impérativement disposer du mandat décisionnel nécessaire aux prises de décision en séance.

Le mode de fonctionnement de la SMCL sera précisé lors de la formulation.

9.2 Comités techniques d'orientation et de suivi

Les principes relatifs aux comités techniques d'orientation et de suivi sont les suivants :

- Ils sont des organes régionaux de suivi technique des processus de changement au niveau du programme. Ils assurent une concertation entre les acteurs clés de chaque région et peuvent transmettre des propositions techniques au comité de pilotage visant l'amélioration des stratégies de mise en œuvre.

Ils sont composés de représentants des principaux acteurs de la mise en œuvre du programme en place, déterminés lors de la formulation.

9.3 Dispositif opérationnel

Les principes relatifs à la composition du dispositif opérationnel sont les suivants :

- Une unité de Coordination du Programme ancrée au Ministère de la Santé Publique, composée de :
 - o Une Direction de programme consistant en
 - Un responsable de programme (national), mis à la disposition

- par le Ministère de la Santé Publique ;
- Un co-responsable de programme(ECT2), recruté par la CTB.
- Une Cellule administrative et financière du Programme
 - Un Responsable Administratif et Financier International (ECT2), qui est responsable de la Cellule Administration et Finances composé d'un personnel administratif, financier et de soutien (à partager avec le programme Elevage) ;
 - Un Contrôleur de Gestion qui appuie le RAFI dans la gestion administrative et financière de ce programme santé;
 - Un Expert en Marché Publics (à partager avec le programme Elevage);
 - Un Assistant en Marché Publics (à partager avec le programme Elevage);
 - Du personnel d'appui dont les profils énumérés et leur nombre sont à confirmer lors de la formulation (secrétaire, administrateur-gestionnaire, comptable-logisticien, chauffeur).
- Un Expert en Santé Publique (ECT2) international
- De l'expertise nationale, dont la répartition géographique et les profils énumérés ci-dessous sont à confirmer lors de la formulation :
 - ATN santé publique,
 - ATN génie civile
 - ATN sociologue, spécialisé en décentralisation et participation communautaire
 - ATN économiste
 - ATN suivi –évaluation.

10 Chronogramme

Le chronogramme indicatif du programme :

	2016		2017		2018		2019		2020		2021
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	
Programme	form	mise en œuvre									clô