

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME « APPUI AU SECTEUR DE
LA DE SANTÉ »

INTERVENTION « PROGRAMME D'APPUI
AU SYSTÈME DE SANTÉ »

NIGER

CODE DGD : NN 1026

CODE NAVISION : NER 16068 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	5
RÉSUMÉ	8
FICHE ANALYTIQUE	9
PARTIE I : ELÉMENTS GÉNÉRIQUES DU PROGRAMME SECTORIEL	11
1 TITRE ET DURÉE ESTIMÉE	12
2 CONTEXTE	12
2.1 LA SANTÉ ET LES SOINS.....	12
2.2 LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE	13
2.3 LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	13
2.4 LES 6 PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ	14
2.5 LE CADRE STRATÉGIQUE DU SECTEUR DE LA SANTÉ	16
2.6 LA DÉCENTRALISATION	18
3 MINISTÈRE(S) CHARGÉ(S) DE LA MISE EN ŒUVRE	18
4 STRATÉGIE	18
4.1 THÉORIE DU CHANGEMENT	19
4.2 STRATÉGIE	20
4.3 CHAÎNE DE RÉSULTATS	26
4.4 INDICATEURS DU PROGRAMME – BASELINE.....	29
4.5 RÉSULTATS ATTENDUS ET LES PRODUITS ET SERVICES À PRODUIRE DE L'INTERVENTION.....	31
4.6 ZONE D'INTERVENTION.....	31
4.7 ACTEURS	31
4.8 BÉNÉFICIAIRES/GROUPE CIBLE	32
4.9 INTERVENTIONS COMPOSANT LE PROGRAMME SECTORIEL.....	33
5 RISQUES	33
6 THÉMATIQUES TRANSVERSALES ET PRIORITAIRES	36
6.1 APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS HUMAINS	36
6.2 GENRE ET LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (Y COMPRIS LE VIH/SIDA)	36
6.3 ENVIRONNEMENT.....	37
6.4 DIGITALISATION.....	38
7 RESSOURCES	40

7.1	RESSOURCES FINANCIÈRES	40
7.2	RESSOURCES HUMAINES AU NIVEAU DU PROGRAMME	40
7.3	AUTRES RESSOURCES ET ENGAGEMENTS	40
8	MODALITÉS D'EXÉCUTION.....	40
9	PILOTAGE, SUIVI ET CADRE ORGANISATIONNEL.....	42
9.1	CONTEXTE PROGRAMMATIQUE.....	42
9.2	STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PROGRAMME	43
10	CHRONOGRAMME DU PROGRAMME SECTORIEL	47
	PARTIE II : ELÉMENTS SPÉCIFIQUES DE L'INTERVENTION	48
1	TITRE ET DURÉE ESTIMÉE	49
2	CONTEXTE	49
2.1	UN FINANCEMENT DURABLE DU SECTEUR	49
2.2	VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTÉ	49
2.3	LA CUS ET LE FBR-L'AMU	50
2.4	LA DÉCENTRALISATION	51
3	PARTIES PRENANTES.....	51
3.1	BÉNÉFICIAIRES	51
3.2	ACTEURS	51
4	STRATÉGIE.....	57
4.1	THÉORIE DU CHANGEMENT	57
4.2	STRATÉGIE.....	57
4.3	CHAÎNE DE RÉSULTATS	68
4.4	LES INDICATEURS POUR LES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION	72
4.5	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE 1 ^{ÈRE} ANNÉE	75
5	RISQUES.....	84
5.1	RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE.....	84
5.2	RISQUES LIÉS À LA GESTION	85
5.3	RISQUES LIÉS À L'EFFICACITÉ	86
5.4	RISQUES LIÉS À LA DURABILITÉ	87
5.5	RISQUES FIDUCIAIRES.....	88
6	THÉMATIQUES TRANSVERSALES ET PRIORITAIRES	88

7 RESSOURCES.....	88
7.1 RESSOURCES FINANCIÈRES	88
7.2 RESSOURCES HUMAINES.....	96
7.3 AUTRES RESSOURCES ET ENGAGEMENTS	97
8 MODALITÉS D'EXÉCUTION.....	98
8.1 CADRE LÉGAL	98
8.2 CYCLE DE VIE DE L'INTERVENTION	98
8.3 GESTION OPÉRATIONNELLE DE L'INTERVENTION.....	101
8.4 MONITORING ET REVUES	112
8.5 ADAPTATION DU DTF	115
9 PILOTAGE, SUIVI ET CADRE ORGANISATIONNEL.....	116
9.1 STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'INTERVENTION	116
10 CHRONOGRAMME.....	119
PARTIE III : ANNEXES	128
ANNEXE 1 : CADRE DE RÉSULTATS.....	128
ANNEXE 2 : DESCRIPTIONS DE FONCTION.....	139
ANNEXE 3 : ELÉMENTS DE BASELINE.....	166

ACRONYMES ET 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
BC4	4 ^{ème} contrat de gestion
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
COPIL	Comité de Pilotage
CPN	Consultation prénatale
CRM	Couverture Risque Maladie
CS	Case de santé
CSI	Centre de santé intégré
CSME	Centre Santé Mère Enfant
CTB	Agence belge de développement
CTTC	Comité Technique de Transfert de Compétences de Ressources
CUS	Couverture Universelle Santé
D4D	Digitalisation for Development
DEP	Directions des études et de la planification
DGD	Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DS	District Sanitaire
DTF	Dossier Technique et Financier
DUE	Délégation de l'Union européenne
ECD	Equipe Cadre de District
ECT	Expert en Coopération Technique

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
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FC	Fonds commun
FS	Formation Sanitaire
GAR	Gestion Axée sur le Résultat
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation
GMAO	Gestion de Maintenance Assistée par l'Ordinateur
GRD	Gestion Axée sur le Résultat de Développement
GTN	Groupe de Travail National
HCME	Haut-commissariat à la Modernisation de l'Etat
HD	Hôpital de district
IBF	Input-based financing
IDH	Indice de développement humain
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives liées
INS	Institut national de la statistique
ITS	L'inter Syndical des travailleurs du Niger
MAEC	Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération
MF	Ministère des Finances
MNT	Maladie Non Transmissible
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid Term Review/Evaluation à mi-parcours
ND	Non Disponible
OBF	Output-based financing
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
PaCom	Participation Communautaire
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
PAP	Plan d'Action Pluriannuel
PAREC	Programme d'Appui à la Réalisation des Etudes et Consultances
PARSS	Projet d'appui au renforcement du système de santé
PC	Programme de Coopération

PDES	Plan de développement économique et social
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PDS	Plan de développement sanitaire
PF	Planning Familial
PFAS	Projet de formation des agents de santé
PHVP	Programme d'Hydraulique Villageoise et Pastorale dans la Région de Dosso
PIB	Produit Interne Brut
PC	Programme de Coopération
PMA	Paquet minimum d'activités
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PRP	Plan de Résolution des Problèmes
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTQ	Plan de travail quinquennal
RAM	Recherche Action Maintenance
RC	Renforcement des capacités
RdC	Recouvrement des coûts
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
SSP	Soins de Santé Primaires
TDR	Termes de référence
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UGP	Unité de Gestion Projet
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VAT	Vaccin anti tétanique
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

RÉSUMÉ

Le programme « Appui au Secteur de la Santé » au Niger d'un montant de « 14 millions d'euros » et d'une durée programmée de 48 mois, a pour ambition de « Renforcer l'offre et la demande des soins et des services de santé de qualité à la population du Niger ».

Le programme consiste en une nouvelle intervention nommée « Programme d'Appui au Système de Santé » en plus de deux autres interventions, l'une est un projet en cours, le Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS) et qui ne fait donc pas partie de la planification dans le présent document et pour l'autre il s'agit d'une intervention de renforcement des Capacités (RC). Ce dernier est une intervention qui octroie des bourses ou qui finance d'autres activités de RC en complément des 2 secteurs de concentration de la Coopération Belge au Niger (Elevage et Santé)

L'intervention se concentre sur la qualité et l'accessibilité des soins dans 2 districts ciblés y compris le renforcement des autorités sanitaires des districts et de leurs régions respectives. A travers la mise en œuvre d'un financement basé sur les résultats (FBR) l'intervention vise à rendre les formations sanitaires financièrement plus viables, mais aussi plus autonomes dans la gestion. Le FBR est compris comme un premier pas vers la création d'une Assurance maladie Universelle (AMU).

L'intervention vise au niveau central, le renforcement du Ministère de la Santé dans son rôle de régulateur du système. Il s'agit d'aider le Ministère de la Santé Publique à formuler des stratégies innovatrices, telles que le FBR et l'AMU, la prise en charge des maladies mentales et autres maladies non transmissibles, la stratégie de maintenance et la stratégie de digitalisation (D4D) du secteur pour rendre le système plus efficace et plus transparent.

Les leçons apprises des expériences du terrain, serviront pour inspirer les stratégies innovatrices au niveau central.

Le programme s'inscrit dans une politique du Gouvernement du Niger de réalisation progressive du droit à la santé à travers des initiatives qui doivent mener à un système de santé plus équitable et plus participative.

FICHE ANALYTIQUE

Fiche analytique de la formulation	
1. Intitulés & codes	<p>Programme d'Appui au Secteur de Santé (PASS) au Niger » Intervention : « Programme d'Appui au Système de Santé »</p> <p>CODE DGD : NN 1026</p> <p>Code Navision : NER 16 068 11</p>
2. Institutions responsables	« Le Ministère de la Santé Publique responsable du programme » & la Coopération Technique Belge
3. Chaîne de résultats	<p>Objectif Général du programme: « Renforcer l'offre et la demande des soins et des services de qualité à la population du Niger »</p> <p>Résultat du programme est l'objectif général de l'intervention: « 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) »</p> <p>Objectif spécifique de l'intervention : « 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 »</p> <p>Objectif spécifique intermédiaire 1 : L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts cibles</p> <p>Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée</p> <p>Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés</p> <p>Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée.</p> <p>Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/AMU est développée</p> <p>Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées</p> <p>Objectif spécifique intermédiaire 2 : Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé</p> <p>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</p> <p>Résultat 7 : Le programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne</p>

	Résultat 8 : Le programme appuie les efforts du secrétariat générale ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP.
4. Budget programme et intervention	La contribution du « Niger » s'élève à un montant de € 1,27 M. Le budget de la contribution Belge s'élève à un montant de € 14 M
5. Durée	La durée d'exécution de l'intervention est de 48 mois (entre 2017 et 2021).
6. Bénéficiaires	Les bénéficiaires directs du programme sont les populations de 2 districts, 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.
7. Zone(s) d'intervention	La zone d'intervention directe est : <ul style="list-style-type: none"> • Le district de Gaya dans la région de Dosso • Le district de Gothèye dans la région de Tillabéri • Le niveau central du MSP D'autres régions/districts peuvent être concernés par le programme de façon indirecte : dans la mesure du possible, certaines activités pourront s'y étendre

PARTIE I : ÉLÉMENTS GÉNÉRIQUES DU PROGRAMME SECTORIEL

1 TITRE ET DURÉE ESTIMÉE

Le titre du programme est « Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS)».

La durée du programme est de 60 mois, comprenant le démarrage effectif (6 mois) du programme en 2017, la mise en œuvre (36 mois) proprement dite, et la clôture opérationnelle (6 mois) et administrative (12 mois).

2 CONTEXTE

2.1 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%	29,0%	+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. Les audits des décès maternels confirment la précocité des décès maternels, et l'anémie comme première cause de ces décès¹.

¹Entretiens approfondis avec les responsables de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) du Ministère de la Santé Publique du Niger, le 16/02/16.

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 perdurent², 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 faible³. 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.

2.2 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.

2.3 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 obtenir des résultats durables.

²Les 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.

³Selon 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.

2.4 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 santé⁴ et au contexte socio-culturel⁵.

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 1994-1995⁶, 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) a été initié par la Banque mondiale. Le MSP envisage de 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

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

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 (basées sur l'évidence).

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. Néanmoins la politique nationale en matière de santé est fondée entre autres sur le droit à la santé tel que décrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en son article 25 et la Constitution de la 7^{ème} République du Niger qui consacre le droit à la santé en ses articles 12, 13 et 153;

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 de 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 défectueuse 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'analyse⁷, avec des conséquences sur la dissémination et l'utilisation des informations sanitaires pour la prise de décision.

⁷ 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.

2.5 Le cadre stratégique du secteur de la santé

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 nationale et un hôpital de quatrième niveau de référence à Niamey, avec une envergure sous régionale africaine.
- 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.

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. La réduction de la mortalité maternelle et la promotion de la planification familiale restent de défis importants.

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 revue conjointe d'évaluation et de programmation.

La finalisation et l'adoption du nouveau PDS 2017-2021, axé sur le PDES 2017-2021 et sur les ODD, est prévue pour septembre 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.

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 Communisante** 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 (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

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.

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.

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.

2.6 La décentralisation

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. 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. 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.

3 MINISTÈRE(S) CHARGÉ(S) DE LA MISE EN ŒUVRE

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.

4 STRATÉGIE

Le programme vise à 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 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 Théorie du changement

La théorie de changement du programme est décrite en détail au niveau de la description de la stratégie du programme et de façon plus détaillée plus loin dans les stratégies de l'intervention. Il suffit ici de la résumer à travers une brève description des acteurs principaux et comment ils contribueront à ce changement.

Le Ministère de la Santé Publique au niveau central (et régional) a pour le moment 3 mandats important pour le secteur : Le MSP est en même temps le concepteur de la politique sanitaire, de ses stratégies et les normes, il réalise le monitoring et l'évaluation de la performance du secteur et des services individuels et il est organisateur des services, centralisant ainsi des aspects comme la gestion des ressources humaines, la maintenance, la formation continue, la fourniture des structures mais aussi des équipements et consommables en faveur du système, etc. L'aspect organisateur des services rend le mandat global du Ministère de la Santé Publique très vaste en termes de volume mais aussi en termes de différentes compétences dont il doit disposer pour le réaliser. L'impossibilité de décentraliser les fonctions régaliens au-delà des régions à cause des distances et les moyens, rend la situation encore plus pénible.

Les services de santé publics sont responsables de fournir les soins mais dépendent largement des inputs offerts par le Ministère afin de disposer des moyens nécessaires pour fonctionner. Ceci signifie que la responsabilité des formations sanitaires par rapport à leur performance est diluée et il leur manque l'autonomie relative, nécessaire pour prendre localement des mesures de correction. Les services de soins privés sont très peu développés au Niger en large partie à cause de la dispersion de la population (peu de base financière pour être attractive aux acteurs privés) et un environnement précaire pour tout autre service, tel que l'éducation.

Le mouvement de décentralisation est encore très faible au Niger et les communes peu compétentes et peu fonctionnelles. Il leur manque aussi les moyens financiers qui ne sont pas encore suffisamment décentralisés. Le Niger pense néanmoins décentraliser et se montre dynamique dans la conception de la décentralisation.

Ces 3 acteurs essentiels pour que les services de santé soient performants, doivent développer des relations et fonctions différentes par rapport à la situation actuelle. Le Ministère de la Santé Publique devrait renforcer beaucoup plus ses fonctions régaliennes et transférer une grande partie des activités d'organisation des services vers d'autres acteurs, notamment les formations sanitaires elles-mêmes avec plus d'autonomie de gestion à ce niveau et vers les autorités décentralisées, qui n'auront pas des compétences techniques médicales pour encore des décennies, mais qui pourront organiser les services sur base des normes et stratégies déterminées par le MSP. Les services de santé peuvent accroître leur dynamisme et la qualité des soins si les moyens financiers se trouvent directement à leur niveau.

Le programme interviendra à plusieurs niveaux et dans plusieurs aspects de ce changement envisagé. Ces détails sont décrits au niveau des stratégies de l'intervention.

4.2 Stratégie

Principes de mise en œuvre selon l'approche programmatique

Approche holistique

Par l'approche programme, il est entendu une approche globale, basée sur la synergie de plusieurs composantes/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 programme. 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.

Approche multi-acteurs

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 VII^e République du Niger¹³. 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 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 les adolescents et leur accès aux soins de 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. A cette fin des activités d'information et de sensibilisation spécifiques sur le droit à la santé – y compris les droits des populations les plus vulnérables - seront organisées.
- 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

¹³La Constitution de la VII^e République du Niger, article 12

droits des enfants et de ne pas discriminer selon des lignes ethniques. Il reste néanmoins des trous dans les services offerts, notamment p.ex. 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 coûteuses 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 santé¹⁴. 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.

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 loin sous résultat 2 de l'intervention)

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 de l'intervention 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

¹⁴A travers les COGES et COSAN.

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.

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, le genre et les services aimables pour les jeunes. La complémentarité avec le programme RC jouera son rôle aussi.

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.

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 1. 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.

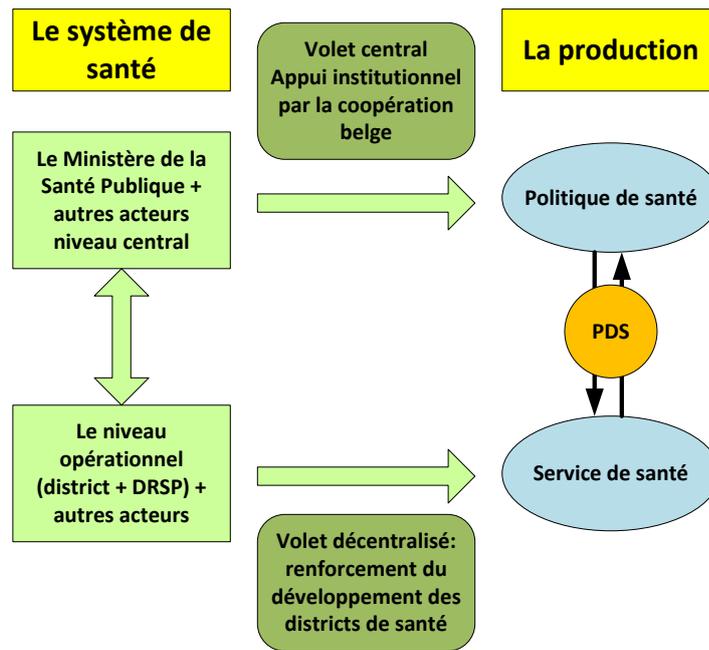


Figure 1 : Stratégie de double ancrage pour le développement

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.

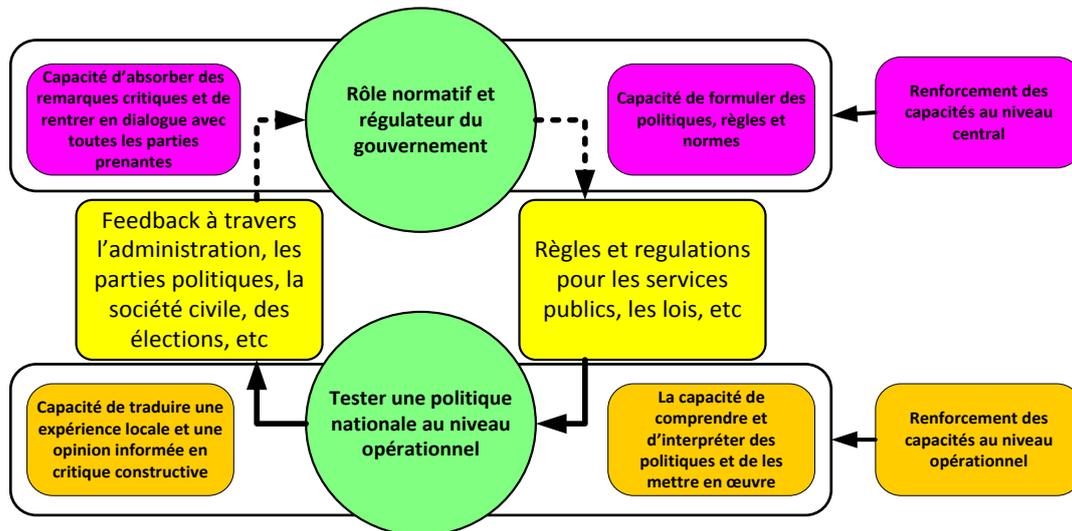


Figure 2 : renforcement des capacités dans un système santé

Comme le montre figure 2, 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.

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).

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 (Tillabéri) 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 capacités (RC) 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.

4.3 Chaîne de résultats

La chaîne de résultats du programme doit être comprise schématiquement comme suit :

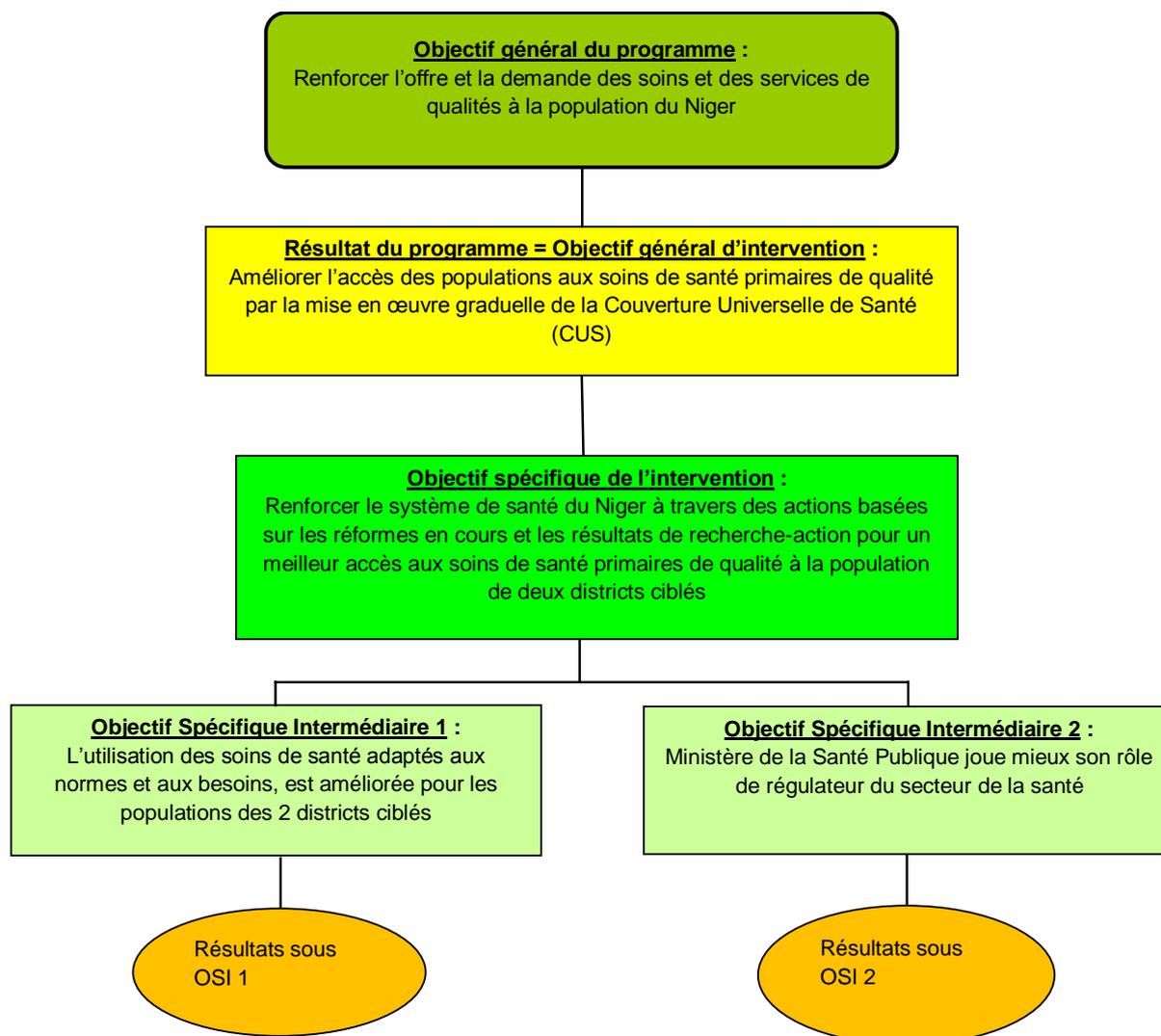


Figure 3 : Représentation schématique du programme PASS

Le programme consiste en 1 nouvelle intervention. Le résultat du programme devient au niveau de l'intervention l'objectif général de l'intervention. L'objectif spécifique de l'intervention est davantage déclinés en 2 objectifs spécifiques intermédiaires, résultats et finalement en produits et services que le programme doit livrer. Les activités qui sont liées aux produits et services à livrer sont présentées en détail en annexe.

En réalité le Programme contient en plus deux autres composantes ou interventions, l'une est un projet en cours, le Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS) et qui ne fait donc pas partie de la planification dans le présent document et pour l'autre il s'agit d'une intervention de renforcement des Capacités (RC). Ce dernier est une intervention qui octroi des bourses ou qui finance d'autres activités de RC en complément des 2 secteurs de concentration de la Coopération Belge au Niger (Elevage et Santé). Cette intervention sera traitée dans un DTF séparé puisqu'il s'agit d'un budget à cheval de 2 programmes différents. Le schéma suivant montre ainsi le programme complet de renforcement du système de la santé au Niger.

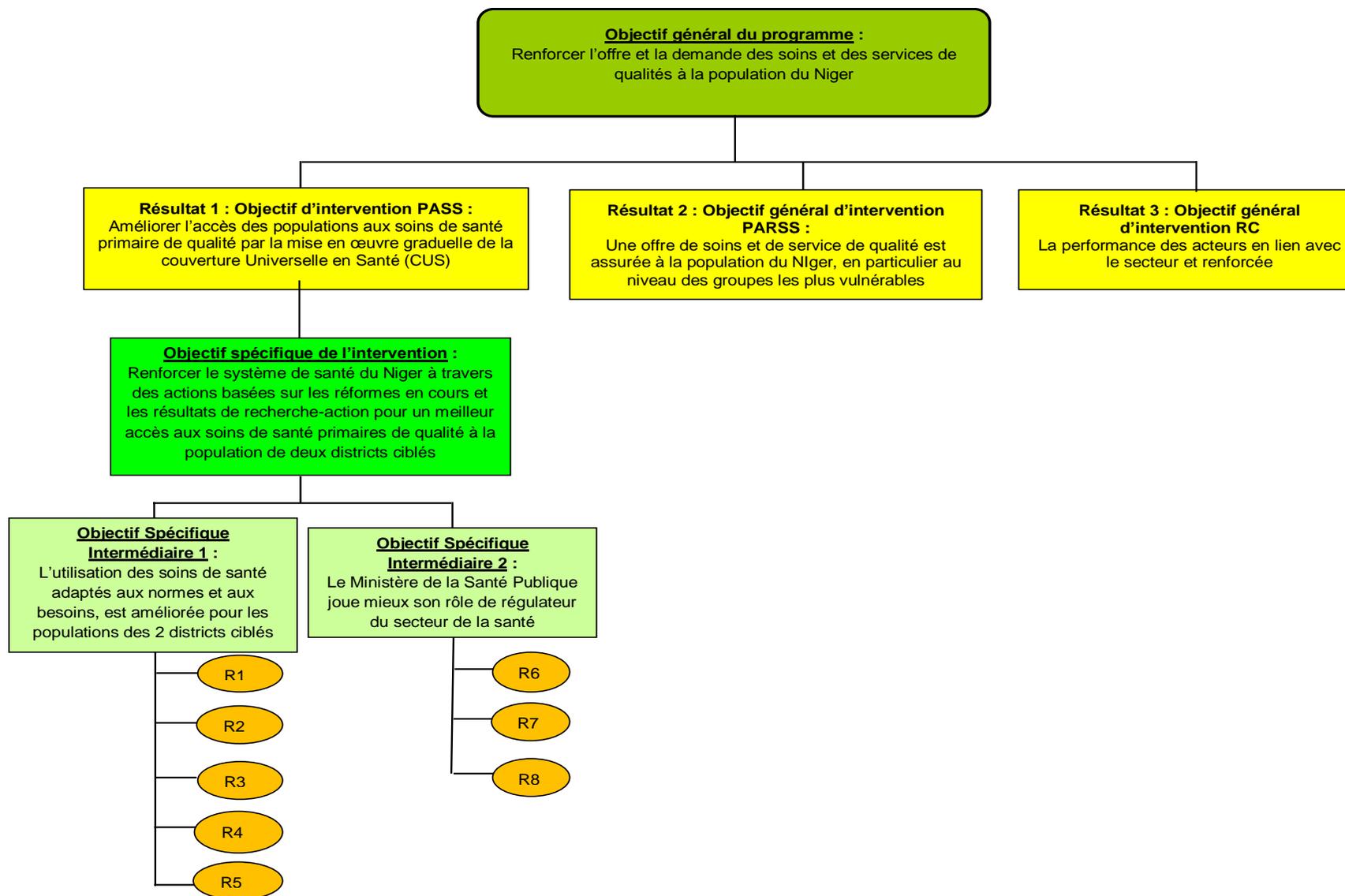


Figure 4 : Schéma complet du programme d'appui au secteur de la santé

Objectif général du programme

« Renforcer l'offre et la demande des soins et des services de qualité à la population du Niger »

Par son objectif général, le Programme contribuera à la mise en œuvre du PDS 2017-2021 du Ministère de la Santé Publique qui vise un accès universel de la population nigérienne aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation

Résultat du programme

« 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 résultat du programme deviendra l'**objectif général** de l'intervention nommé « **Program d'Appui au Système de Santé** » et 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

L'objectif spécifique de l'intervention est : « 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 »

L'intervention comprendra deux volets et portera une attention spécifique sur les ayant-droits, en particulier sur les droits des femmes et des enfants. Elle inclura des actions avec un impact visible et rapide pour les populations.

L'intervention 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, l'intervention mettra en œuvre plusieurs stratégies existantes et réformes en cours pour améliorer l'accès des populations aux soins déjanté 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 des experts 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 à travers le FBR/AMA, la maintenance et autres.

L'objectif spécifique intermédiaire 1 est : L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts cibles

L'objectif spécifique intermédiaire 1 se concentre sur la qualité et l'accessibilité des soins dans 2 districts cibles y compris le renforcement des autorités sanitaires des districts et de leurs régions respectives. A travers la mise en œuvre d'un financement basé sur les résultats (FBR), l'intervention vise à rendre les formations sanitaires financièrement plus viables, mais aussi plus autonomes dans la gestion. Le FBR est compris comme un premier pas vers la création d'une Assurance Maladie Universelle (AMU).

L'objectif spécifique intermédiaire 2 est : Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé

L'objectif spécifique intermédiaire 2 vise le renforcement du Ministère de la Santé dans son rôle de régulateur du système. Il s'agit d'aider le Ministère à formuler des stratégies innovatrices, telles que le FBR et l'AMU, la prise en charge des maladies mentales et autres maladies non transmissibles, la maintenance et la digitalisation (D4D) pour rendre le système plus efficace et plus transparent.

Les leçons apprises des expériences du terrain serviront pour inspirer les stratégies innovatrices au niveau central.

Une description en détail (résultats, produits, activités) de l'intervention se trouve également dans la deuxième partie du document.

4.4 Indicateurs du programme – Baseline

En complément des indicateurs du cadre logique qui s'alignent aux indicateurs sélectionnés par le PDS 2017-2021 et le guide de suivi évaluation du PDS, une approche complémentaire de mesure des progrès est proposée à travers la définition d'une liste d'incidences visées¹⁵ basée sur les outils et techniques d'Outcome Mapping.

Pour chacune des incidences visées, une liste de marqueurs de progrès¹⁶ sera définie (les étapes vers l'adoption du comportement voulu) avec les partenaires limitrophes lors du démarrage du PASS. Il en résultera un journal des incidences visées¹⁷.

Le journal ne remplace pas le plan d'activités du programme mais apporte une contribution significative sur la qualité des interactions entre les acteurs clés dans le système. Il est bâti sur l'hypothèse « qu'en renforçant la dynamique des interactions et la production des résultats, la fonctionnalité du système entier s'améliorera ».

Indicateurs du programme – sources de vérification et périodicité

Indicateurs	Sources de vérification	Périodicité	Observations
OG du programme Taux de mortalité maternelle Taux de mortalité infanto-juvénile Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés) Taux d'utilisation des services curatifs	EDSN Annuaire statistique ¹⁸ Carte sanitaire	Après 2 ans et après 4 ans Annuelle	Indicateurs dans le PDS 2017-2021
R du programme : % de la population qui adhère au régime d'Assurance Maladie Universelle	Enquête	Bi annuelle	
R du programme : Taux de couverture sanitaire	Annuaire statistique Carte sanitaire	Annuelle	Indicateur dans le PDS 2017-2021

¹⁵ L'incidence visée est un sous-produit qui concourt à l'atteinte des résultats du DTF. Il n'est pas un indicateur mais une mesure qui permet d'apprécier la qualité de la dynamique des interactions des acteurs-clés de l'intervention

¹⁶ Les marqueurs de progrès sont les indicateurs de processus qui amènent à l'atteinte de l'incidence visée, dont le Baseline sera établi lors du démarrage de l'intervention et qui ne sont pas disponibles à travers la collecte de données de routine du système de santé

¹⁷ Le journal des incidences visées est un document rassemblant l'ensemble des incidences visées et des marqueurs de progrès et est utilisé pour analyser régulièrement le niveau de mise en œuvre de l'intervention.

¹⁸ L'annuaire statistique fait référence à la collecte des données de statistiques de routine du pays. Il s'agit donc d'indicateurs qui sont enregistrés par le système SNIS en place

R du programme : % des indigents qui bénéficient des subventions des soins de santé	Enquête	Bi annuelle	
OS de l'intervention : Nombre des réformes du PDS mises en œuvre basées sur les évidences du terrain	Journal des incidences visées	Annuelle	Analyse du niveau de mise en œuvre par les marqueurs de progrès
OS intermédiaire 1 : Taux d'utilisation des services curatifs dans les deux districts ciblés	Annuaire statistique	Annuelle	Indicateur du guide de suivi évaluation du PDS
OS intermédiaire 1 : Taux d'accouchement par un personnel qualifié dans les deux districts ciblés	Annuaire statistique	Annuelle	Indicateur du guide de suivi évaluation du PDS
OS intermédiaire 1 : Taux de césariennes dans les deux districts ciblés	Annuaire statistique	Annuelle	Indicateur du guide de suivi évaluation du PDS
OS intermédiaire 1 : Disponibilité des équipements essentiels dans les deux districts ciblés	Tableau de bord maintenance ¹⁹	Annuelle	
OS intermédiaire 1 : Taux de césariennes dans les deux districts ciblés	Annuaire statistique	Annuelle	Indicateur du guide de suivi évaluation du PDS
OS intermédiaire 2 : Nombre de stratégies novatrices adoptées par un document officiel et partagées avec les PTF	Journal des incidences visées	Semestrielle	Analyse du niveau de mise en œuvre par les marqueurs de progrès
OS intermédiaire 2 : Nombre de goulots d'étranglement identifiés lors de l'audit institutionnel et organisationnel du MSP qui ont été résolus ²⁰	Journal des incidences visées	Semestrielle	Analyse du niveau de mise en œuvre par les marqueurs de progrès

Indicateurs de programme - Baseline et cible

	Indicateur	Valeur Baseline (BL) 2016	Cible²¹
<u>OG du programme</u>	Taux de mortalité maternelle	520 pour 100 000	376 pour 100 000
	Taux de mortalité infanto-juvénile	126 pour 1000	57 pour 1000
	Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés)	52 %	57 %
	Taux d'utilisation des services curatifs	54 %	75 %
<u>R du programme</u>	% de la population qui adhère au régime d'assurance maladie universelle	3 %	6 %

¹⁹ Logiciel de gestion d'interventions de maintenance terrain dont le Baseline sera établi lors du démarrage de l'intervention

²⁰ Voir rapport d'audit organisationnel et fonctionnel du MSP, 2015

²¹ Voir guide de suivi-évaluation du PDS 2017-2021

<u>R du programme</u>	Taux de couverture sanitaire	47 %	65 %
<u>R du programme</u>	% des indigents qui bénéficient des subventions des soins de santé	30 %	35 %
<u>OS de l'intervention</u>	Nombre des réformes du PDS mises en œuvre basées sur les évidences du terrain	2	8
<u>OS intermédiaire 1</u>	Taux d'utilisation des services curatifs dans les deux districts ciblés	51 % (Gaya) 51 % (Gothèye)	73 % (Gaya) 70 % (Gothèye)
<u>OS intermédiaire 1</u>	Taux d'accouchement par un personnel qualifié dans les deux districts ciblés	36 % (Gaya) 46 % (Gothèye)	60 % (Gaya) 70 % (Gothèye)
<u>OS intermédiaire 1</u>	Taux de césariennes dans les deux districts ciblés	1.15 % (Gaya) ± 1 (Gothèye)	4.5 % (Gaya) 4.5 % (Gothèye)
<u>OS intermédiaire 1</u>	Disponibilité des équipements essentiels dans les deux districts ciblés	A déterminer	100 %
<u>OS intermédiaire 2</u>	Nombre de stratégies novatrices adoptées par un document officiel et partagées avec les PTF	0	9
<u>OS intermédiaire 2</u>	Nombre de goulots d'étranglement identifiés lors de l'audit institutionnel et organisationnel du MSP qui ont été résolus	0	60

4.5 Résultats attendus et les produits et services à produire de l'intervention

Les résultats, produits et services seront présentés dans la partie 2 du document

4.6 Zone d'intervention

La zone d'intervention directe est :

- Le district de Gaya dans la région de Dosso
- Le district de Gothèye dans la région de Tillabéri
- Le niveau central du MSP

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).

4.7 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 » :

- 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.

- 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.
- 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 multisectoriel. Leur rôle est lié au transfert de compétences en matière de santé et a trait au système de santé au sein des districts sanitaires.
- 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 ».
- 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 :

- 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.
- Le Ministère en charge de la décentralisation, pour son rôle dans le transfert des compétences.
- 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.
- 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.
- Les acteurs privés dans les domaines autres que les prestations des soins
- Les syndicats de santé pour leur rôle dans les aspects liés aux ressources humaines et la sensibilisation de la population aux aspects de la santé reproductive
- Les ONG nationales et internationales, pour leur rôle dans l'accompagnement de « la demande ».
- Les PTF pour leur rôle dans l'appui financier et technique à l'ensemble du système de santé, ainsi que dans la concertation sectorielle.
- Le secteur privé, pour leur rôle dans la mise en œuvre de certaines activités du programme.

4.8 Bénéficiaires/groupe cible

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. Le programme ciblera de façon spécifique les populations les plus vulnérables, comme les démunis, les femmes, les enfants, les adolescents et les populations mobiles/migrants.

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.

4.9 Interventions composant le programme sectoriel

L'intervention intervient 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. Le programme maintiendra alors la disposition actuelle du projet PAI/MSP logé au sein du Ministère ce qui permet un partenariat de proximité et un accompagnement quotidien.

Dans ces districts sanitaires ciblés, 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 basé sur les résultats et la maintenance.

Les actions à mettre en œuvre dans les districts d'intervention et au niveau central concerneront donc plusieurs aspects du renforcement du système de santé. En plus, deux autres interventions : le Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS) en cours de mise en œuvre, et l'intervention de renforcement des compétences (RC) en cours d'élaboration viennent compléter le Programme d'appui au secteur de la santé.

5 RISQUES

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
Absence d'une réforme profonde de la fonction publique : absence d'une décentralisation des postes budgétaires, qui affecte la disponibilité des RH dans les zones d'intervention	Stimuler le dialogue interministériel
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 : La faible prévisibilité	Assurer au niveau de la concertation sectorielle MSP-

Risques	Mesures d'atténuation
financière de l'Etat du Niger et des PTF, impactera la capacité de contribution au FBR et l'AMU.	PTF l'adhérence des PTF à l'initiative FBR et l'AMU.
Sécuritaire : En raison des problèmes sécuritaires au Niger et dans les pays limitrophes, les équipes d'intervention pourraient ne pas pouvoir assurer un suivi rapproché de la mise en œuvre des activités.	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 désœuvrée, et amener à une réorientation des priorités du partenaire.	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 Nigérienne. Si dans le court-terme, il est limité dans sa capacité d'action, elle contribue à une réponse durable à cette problématique.
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 publics 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.	<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.
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.	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.
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.	Fournir un appui systématique aux partenaires ; choisir des modalités de mise en œuvre adaptées.

Risques	Mesures d'atténuation
<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 secteur. Un manque de capacités aura un effet sur la contribution du programme à l'évolution vers la CUS.</p>	<p>La stratégie de mise en œuvre prend en compte cet aspect et privilégie une approche d'accompagnement.</p> <p>Le programme de renforcement des capacités 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 capacités ». - 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</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 THÉMATIQUES TRANSVERSALES ET PRIORITAIRES

Les thèmes transversaux sont traités ici de façon globale, c'est-à-dire ils couvrent le niveau programme comme le niveau des interventions

6.1 Approche basée sur les droits humains

Le programme PASS s'inscrit dans les efforts du gouvernement du Niger d'investir dans la réalisation progressive du droit de la population aux soins de santé de qualité. Cet engagement cible surtout une meilleure disponibilité des services, la réduction des barrières financières et l'assurance d'un service de qualité. A travers du FBR le programme envisage d'assurer la durabilité de la politique de gratuité des soins pour les populations les plus vulnérables, comme les enfants et les femmes enceintes.

Dans le cadre de l'approche basée sur les droits humains, le PASS prête également attention à l'application pratique des principes d'égalité, de non-discrimination et de participation. L'introduction du système FBR et système d'assurance maladie nationale sont des instruments clé pour le développement d'un système de santé plus équitable. Le PASS envisage aussi de renforcer la qualité de la participation communautaire pas seulement dans le cadre du FBR mais aussi à travers des initiatives de formation et de sensibilisation sur les différents aspects liés au droit à la santé. La protection du droit à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) – y compris le DSSR des femmes et des adolescents – constitue un point d'attention spécifique.

6.2 Genre et la santé sexuelle et reproductive (y compris le VIH/sida)

6.2.1 La santé reproductive

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 la planification familiale (PF), tant du côté de la demande ainsi que du côté de l'offre. Étant données l'existence des barrières socio-culturelles vis à vis la PF, le programme appuie des initiatives de promotion de la PF à travers l'organisation des activités d'information, de formation et de communication. A travers du FBR le PASS met un accent spécifique sur l'organisation et la qualité des services de 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 écho²². 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. Les dernières années aussi l'Intersyndical des travailleurs et travailleuses du Niger font des efforts pour former les femmes militantes sur le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques.

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.

6.2.2 Le VIH/sida

Actuellement le taux de prévalence du VIH/sida est estimée à 0,5% de la population âgée plus de 15 ans. Le nombre total de personnes qui vivent avec le VIH est estimée à 49.000 personnes, dont 22.000 femmes (âgées plus de 15 ans) et 5900 enfant (âgées moins de 14 ans).L'épidémie du VIH est évoluée vers une épidémie concentrée qui touche surtout aux travailleuses du sexe, aux personnes emprisonnées et aux migrants.²³ Dans La région du Tillabéri le taux de prévalence est estimé à 0,2% ; dans la région du Dosso, qui est une région frontalière, le taux de prévalence est estimé à 0,5%.²⁴ Le VIH se concentre surtout dans les zones urbaines et constitue un moindre problème dans les zones rurales.

Indicateur	2009	2010	2012	2015
Taux de prévalence du VIH/SIDA dans la population générale (°/°)	0,7	0,7	0,4	0,5% ²⁵

Une étude récente effectuée par la Banque Mondiale souligne que une meilleure intégration des services de santé – avec une attention particulière pour l'intégration des services de prévention mère enfant, le traitement antirétroviral et la planification familiale est la façon la plus efficace de riposte au VIH/sida. Dans le cadre du PASS l'intégration intra-sectorielle des programmes et activités verticaux de lutte contre le VIH/sida dans une approche plus systémique du secteur de la santé, est un des résultats à atteindre.

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

6.3 Environnement

Les aspects d'hygiène, d'assainissement, d'eau potable dans les structures sanitaires et la gestion

²² 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, suivi par 8 écoles supplémentaires en 2013.

²³ Estimation de l'ONUSIDA pour 2015.

²⁴ Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples. Niger. 2012.

²⁵ Ibidem.

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 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.

6.4 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 est ciblée 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.

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).

En s'appuyant sur les directions régionales de santé publique, l'intervention mettra en œuvre plusieurs stratégies existantes et réformes en cours en matière de digitalisation :

Le programme continuera son appui au développement du logiciel « Carte Sanitaire » 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 qui fait le lien avec le logiciel « Carte Sanitaire » et le logiciel pour la gestion prévisionnelle des RH. La carte sanitaire aura un impact immédiat et révolutionnaire pour le pays en permettant de façon

très simple de générer toutes les informations nécessaires pour la planification et budgétisation annuelles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A partir des centres de santé ruraux, jusqu'au niveau du Ministère de la Santé Publique, toutes les informations sur les besoins en équipement, en construction (quelle formation sanitaire construire dans quel endroit), en maintenance de bâtiment, population couverte, personnel disponible et le déficit par rapport aux normes du pays seront disponibles et ces informations seront mises à jour au moins annuellement de façon électronique aussi. Au niveau des centres de santé, la carte sanitaire permettra d'objectiver et donc d'optimiser les consultations foraines, seule approche efficace qui permet d'augmenter la couverture sanitaire dans les endroits géographiquement isolés. Le logiciel aura donc un impact direct sur la santé de la population rurale. Il est prévu que ce logiciel soit connecté directement au Logiciel DHIS2 instauré par le Ministère pour les informations sanitaires et épidémiologiques.

Le programme introduira des logiciels pour faciliter la gestion du district et des structures sanitaires et un fichier électronique du patient sera introduit au niveau des plusieurs hôpitaux, choisie stratégiquement de différents niveaux de complexité pour créer un noyau de compétences diversifié.

Le dossier électronique permet aux hôpitaux, dès l'entrée du patient à l'hôpital, un suivi électronique de tout ce qui se passe avec le patient. Son diagnostic, les résultats du laboratoire, de la radio 5RX) ou échographie, les médicaments fournis, la durée de séjour ou les complications et les résultats de traitement figureront dans un dossier personnalisé. Le logiciel permettra de créer des statistiques, d'automatiser les factures, de créer un système de suivi du patient le long des années (surtout important pour les maladies chroniques), la gestion des médicaments et consommables et une transparence de gestion. Il réduira en même temps les coûts opérationnels significativement en évitant des outils papier, la classification et la gestion de stock des médicaments à la main. 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.

Une digitalisation des centres de santé, même les centres ruraux est également envisagée dans les 2 districts pilotes. Cette initiative, à 100% expérimentale en Afrique subsaharienne devrait mener à ce qu'un centre de santé, un peu à l'image du dossier électronique du patient, puisse mener ces consultations curatives comme préventives sur une tablette, chargé à travers l'énergie solaire si nécessaire. L'avantage immédiat est que les CSI épargnent tous les documents et outils en papier. La reproduction papier et sa distribution représentent des coûts récurrents très importants pour le système de santé. Le centre gagnera également en temps de gestion (gestion de stock de médicaments, collecte des données statistiques) et en transparence financière (la tablette dicte combien d'argent rentre dans le système).

Le Système Nationale D'Information Sanitaire (SNIS) sera également accompagné par le programme pour améliorer le système digitalisé. Leur système actuel est dévolu et en transition vers un système plus international (DHIS2). Le programme veillera entre autre comment ce nouveau logiciel communiquera avec les autres logiciels mentionnés plus haut.

Une digitalisation poussée augmente directement les besoins en maintenance pour les appareils informatiques. Le résultat 5 de la première intervention interviendra directement dans la conception d'un système de maintenance ICT et le renforcement des compétences dans la matière. Le programme veillera comment l'intervention de RC peut contribuer également dans cette matière.

Finalement, le programme engage un ATN spécialiste en conception d'initiatives de digitalisation qui pourra accompagner le Ministère de la Santé Publique dans toutes ces initiatives et qui sera appuyé à travers des spécialistes internationaux, contractés déjà sous un accord-cadre avec la CTB.

7 RESSOURCES

7.1 Ressources financières

7.1.1 Contribution financière du « Niger »

Le budget de la contribution nigérienne de l'intervention est de € 1,27 M.

La contribution nigérienne servira au paiement des factures de la gratuité des soins pour les femmes enceintes, la césarienne, les cancers gynécologiques, et les enfants < de 5 ans dans les 2 districts ciblés.

7.1.2 Contribution financière Belge

Le budget de la contribution belge de l'intervention est de € 14 M.

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%.

Le budget détaillé du programme est repris dans la partie II.

7.2 Ressources humaines au niveau du programme

Les ressources humaines sont détaillées dans la partie II du DTF.

7.3 Autres ressources et engagements

Les autres ressources et engagements associés à cette intervention sont repris dans la partie II du présent DTF.

8 MODALITÉS D'EXÉCUTION

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</p>

	<p>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 Coordonnateur 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 l'équipe du programme, dirigé par un responsable et coresponsable de programme, qui portent, chacun pour leur partie, la responsabilité de la mise en œuvre du programme et la réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique tels que stipulés dans la Convention Spécifique.</p> <p>Ils partagent par ailleurs la responsabilité technique de la coordination du Programme, comprenant la présente intervention, le PARSS et la composante santé de l'intervention Renforcement des capacités.</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 de la CTB</p> <p>Les ressources humaines internationales sont recrutées par la CTB, avec son système RH. Les ressources humaines du type Experts en Coopération Technique (ECT) sont recrutées par la CTB dès après la Commission Mixte.</p>
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 Coordinateur 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, selon les modalités décrites dans la partie II du présent DTF, combiné au système d'Avis de Non Objection de la CTB, et/ou belge.</p> <p>Utilisation du système de subsides belges.</p>

9 PILOTAGE, SUIVI ET CADRE ORGANISATIONNEL

9.1 Contexte programmatique

Outre l'intervention PASS décrite dans le présent DTF, le Programme est également composé d'une intervention actuellement en cours de mise en œuvre, à savoir le Projet d'appui au renforcement du système de santé (PARSS). La direction du PARSS fait partie intégrante du Comité de coordination du Programme, présidée par la direction du PASS.

La composante « santé » de l'intervention de renforcement des capacités fait également partie du programme sectoriel santé, raison pour laquelle un représentant de ce programme participera également au Comité de coordination du Programme.

Le Programme appuiera l'intervention ponctuelle de renforcement des capacités dans l'identification des choix des bénéficiaires et des institutions de formation bénéficiaires²⁶ basé sur la pertinence de celles-ci pour le développement du secteur en complémentarité avec les activités et les efforts en renforcement des compétences du Programme.

²⁶ Institution bénéficiaire d'une formation

9.2 Structure organisationnelle du programme

9.2.1 Organigramme du Programme

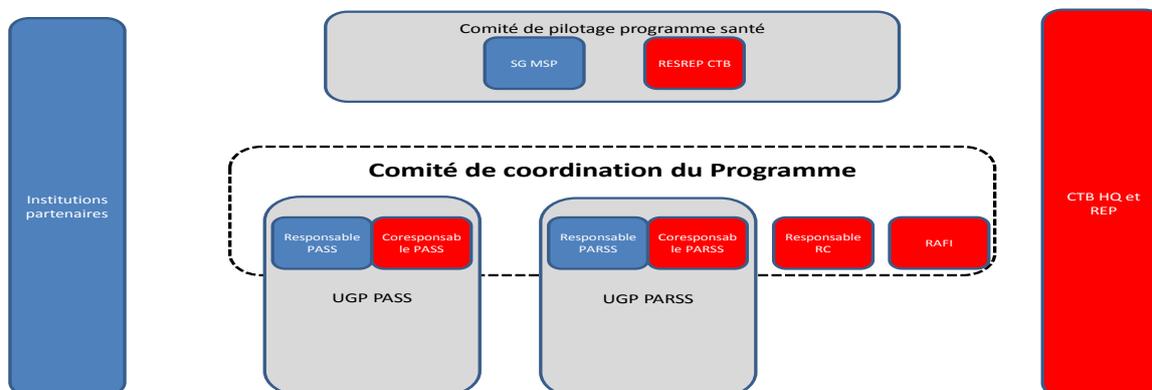


Figure 5 : Représentation schématique de l'organigramme du programme

La figure 5 illustre l'organisation du programme et identifie les principaux acteurs impliqués dans ce dernier.

Le pilotage du programme fonctionnera sur 3 niveaux :

1. Le Comité de pilotage est l'organe le plus élevé de pilotage du Programme. Ses attributions sont décrites ci-dessous. L'Ambassade de la Belgique ou son représentant (ECT1) sera invitée au moins annuellement mais ne sera pas membre votant du Comité de Pilotage.
2. Le deuxième niveau consiste en un binôme composé du responsable national et du coresponsable de l'intervention PASS. Ce binôme est en charge de présider le comité de coordination du Programme (cf. infra), d'assurer la cohérence entre les différentes interventions du programme santé et de représenter ce programme auprès du Comité de pilotage.
3. Le troisième niveau de fonctionnement du Programme est le Comité de Coordination de Programme, qui englobe les directions des interventions en santé, présidé par le binôme présenté ci-dessus. C'est à ce niveau que la planification, l'organisation des activités et le monitoring sont effectivement réalisés en toute transparence pour l'ensemble des acteurs directement impliqués dans le Programme. Comme indiqué supra, le PARSS, actuellement en cours de mise en œuvre, sera intégré comme intervention à part entière du Programme, de même que sera assurée une participation de l'intervention Renforcement des capacités.

9.2.2 Comité de pilotage du Programme

Le comité de pilotage est l'organe de pilotage de la réussite du programme/des interventions, c'est-à-dire de l'atteinte des résultats et la contribution à l'objectif spécifique défini dans le DTF.

Les réunions de ce comité de pilotage engloberont le PASS et le PARSS, afin d'assurer la cohérence des prises de décision en matière de pilotage du programme.

Composition

Le comité de pilotage est composé des membres suivants ou de leurs représentants:

Partie Nationale

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, Président
- Le représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération
- Le représentant du Ministère des Finances
- Le représentant du Ministère du Plan
- 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
- Le représentant du conseil régional de Dosso

Partie Belge

- Le Représentant Résident de la CTB, Co Président

Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique et le Représentant Résident de la CTB assurent également le rôle d'ordonnateur et de coordonnateur pour le programme sectoriel, ainsi que celui de sponsors principaux.

Le comité de pilotage peut inviter, en qualité d'observateur, toute autre personne qui apporte une contribution à l'intervention/programme

Principales responsabilités

- Veiller au respect des engagements pris par les parties
- Approuver la programmation annuelle, opérationnelle et financière de l'intervention/du programme
- Valider le rapport Baseline exhaustive (Matrice exhaustive)
- Apprécier l'état d'avancement de l'intervention/du programme et l'atteinte des résultats et de l'objectif spécifique sur la base des rapports de monitoring (MONOP et Rapports de résultats) et approuver les recommandations
- Examiner les rapports d'audit et approuver les plans de mise en œuvre des actions qui sont élaborées en réponse aux recommandations des rapports
- Examiner les rapports des revues à mi-parcours et fin de parcours, approuver les recommandations qui y sont émises et approuver les plans de mise en œuvre des actions nécessaires
- Valider des propositions de conventions de subsides et accords de mutualisation non prévus dans le DTF
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du DTF proposés par le Comité de Coordination du Programme, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée légale et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions
- Initier à tout moment des missions de revue technique ou d'audit financier

- Assurer que les ressources humaines mises à disposition du Programme soient gérées de manière optimale
- Résoudre tout problème de gestion relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF
- Superviser le processus de clôture de l'intervention et approuver le rapport final

Mode de fonctionnement

Le mode de fonctionnement du Comité de pilotage est fixé comme suit :

- Le comité de pilotage se réunit sur invitation de son Président ordinairement chaque semestre
- Il revient au président et co-président du Comité de pilotage d'estimer, selon les cas, l'opportunité d'agir rapidement, de consulter individuellement les membres du comité de pilotage ou de convoquer une session extraordinaire
- Le comité de pilotage établit son règlement d'ordre intérieur; dans le respect des dispositions du cadre légal de l'intervention
- Le comité de pilotage d'ouverture de l'intervention se réunit pour la première fois (au plus tard) dans les trois mois qui suivent la signature de la convention spécifique
- Le comité de pilotage prend ses décisions selon la règle du consensus
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par le Président, l'Ordonnateur (si différent du Président du Comité de Pilotage) et le Représentant Résident de la CTB. Une copie du PV signé est transmise à tous les autres participants par le président du comité de pilotage. Une copie du PV signé est également transmise à l'Ambassade de Belgique
- Le comité de pilotage tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités du programme afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture
- L'unité de programme le cas échéant est responsable de la préparation des réunions du comité de pilotage et en assure le secrétariat. Le rôle du secrétariat est précisé dans le règlement d'ordre intérieur.

9.2.3 Unité de programme (PASS)

La Direction de l'intervention PASS (le binôme composé du responsable national et du coresponsable de l'intervention PASS) constitue le second niveau du pilotage du programme sectoriel.

Principales responsabilités

- **Assurer les synergies** entre les différentes interventions du programme : assurer la traction et l'efficacité du comité de coordination du programme
- **Garantir l'assurance qualité** au niveau des différentes interventions du programme dans les domaines de gestion suivants : opérationnels, techniques, RH, FIN, MP, logistiques
- **Appuyer le partenaire en matière de changement**: avec les interventions, encourager, appuyer les partenaires dans l'utilisation des différents outputs au sein de leur trajectoire de changement.
- **Mobiliser des réseaux d'influence**: construire et mobiliser des réseaux d'influence utiles pour l'atteinte des objectifs du Programme. La coordination avec les autres PTF en est un exemple important
- **Représenter le Programme au niveau du Comité de Pilotage**, au niveau des différentes parties

prenantes du secteur

- **Présider les réunions du comité de coordination du programme** et assurer l'arbitrage, si nécessaire, entre les propositions émanant des membres de ce comité.

9.2.4 Comité de Coordination de Programme

Le comité de coordination est l'organe central de la gestion conjointe du programme, assurant les prises de décision communes aux différentes interventions et leur suivi, tant sur le plan opérationnel que stratégique et dirigé par le binôme composé du responsable national et du coresponsable de l'intervention PASS.

Composition :

Le comité de coordination est composé :

- des directions de différentes interventions, à savoir le PASS, le PARSS et l'intervention RC.
- des ATN seniors (1 ATN programmation & gouvernance, 1 ATN RA & Qualité, 1 ATN ICT/informatique médicale)
- du RAFI du Programme

Principales Responsabilités

Fonctionner en tant que plateforme d'échange, de dialogue et de prise de décision favorisant les synergies opérationnelles et stratégiques entre les interventions à différents niveaux :

- Assurer une planification coordonnée des interventions composantes du programme
- Développer les dynamiques d'équipes inter-interventions.
- Assurer la concertation en vue de l'intégration des planifications opérationnelles et financières des interventions.
- Elaborer et assurer la mise en œuvre des stratégies de gouvernance du programme et des interventions.
- Décider de l'allocation aux interventions des ressources mutualisées et de leur éventuelle mobilité géographique.
- Décider de la mobilisation des appuis-conseils externes, même dans le cas où ils ne concernent qu'une intervention en particulier.
- Assurer le monitoring conjoint des résultats et objectifs spécifiques.
- Veiller à la mise en cohérence des stratégies et des approches sectorielles propres aux différentes interventions.
- Préparer les décisions à soumettre au comité de pilotage du programme.

Fonctionnement

Le comité de coordination prend ses décisions selon la règle du consensus.

Si un consensus ne peut être trouvé, la direction du programme tranche entre les options proposées.

9.2.5 Unité d'Intervention PASS

L'Intervention Change Manager (responsable national d'Intervention) ensemble avec l'Intervention Manager (Coresponsable d'intervention), l'ECT Economiste de la Santé, les ATN seniors et les ATN FBR/AMU basés dans les districts ciblés sont les acteurs principaux pour l'appui au niveau central du MSP et aux 2 districts sanitaires ciblés. Leur planification mais aussi les plans d'actions, devront être intégrés immédiatement dans un plan global du Programme afin d'en assurer la complémentarité et d'éviter les chevauchements.

La complexité et la diversité des compétences requises font que les plans opérationnels des interventions seront toujours le résultat d'un effort de l'ensemble du comité de coordination du Programme.

L'unité d'intervention est présentée plus en détail dans la partie II du présent DTF.

9.2.6 Unité d'appui au programme

L'unité d'appui au programme, sous l'autorité du RAFi (50%), est composée d'un personnel administratif, financier et de soutien avec des membres suivants :

- Un contrôleur de gestion qui appuie le RAFi dans la gestion administrative et financière de cette intervention santé;
- Un expert en marchés publics à 50 %
- Un assistant en marchés publics à 50 %
- Un comptable-logisticien qui appuie le contrôleur de gestion
- Le personnel d'appui (un secrétaire, une personne chargée de l'entretien des locaux et 4 chauffeurs)

Sa composition est détaillée dans le point Ressources Humaines en partie II du présent DTF.

10 CHRONOGRAMME DU PROGRAMME SECTORIEL

Le chronogramme indicatif du programme :

	2016	2017		2018		2019		2020		2021	
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
Programme	formulation	démar	Exécution						Clôt opér	Clôt admin	

PARTIE II : ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES DE L'INTERVENTION

1 TITRE ET DURÉE ESTIMÉE

Le titre de l'intervention est « Programme d'Appui au Système de Santé »

La durée d'exécution de l'intervention est de 48 mois, comprenant 6 mois de démarrage effectif, 36 mois de mise en œuvre et 6 mois de capitalisation-clôture opérationnelle.

2 CONTEXTE

2.1 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%²⁷ 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 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/la digitalisation s'inscrit également dans cette dynamique.

2.2 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).

²⁷ INS, 2011.

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 et le nouveau PDS 2017-2021.

La Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS)²⁸, adoptée par le Niger en 2011 et coordonnée par un comité interministériel²⁹, 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.

2.3 La CUS et le FBR-l'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.

²⁸ 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.

²⁹ 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

2.4 La décentralisation

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. 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. 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.

3 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.

3.1 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.

3.2 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 » :

Acteurs	Fonction	Rôle dans le programme (par rapport aux changements attendus)	Performance attendu : - On voudrait que/souhaite que/ aimerait bien que
Communautés (Cosan – Coges)	Cogestion des formations sanitaires	<p>Participer effectivement à la micro planification des CSI et Cases de santé</p> <p>Mettre en œuvre le micro plan sur les volets qui les concernent</p> <p>Participer à la gestion des ressources dans les DS ciblés</p> <p>Participer au processus de suivi évaluation des micros plans</p> <p>Participer effectivement aux revues des districts ciblés</p> <p>Organiser des Assemblées générales</p>	Exprimer les besoins des communautés dans la réalisation, la mise en œuvre, le suivi-évaluation du micro plan et la gestion des ressources
Collectivités (Conseil Régional et Conseil municipal)	Garantir le bien être de la population de responsabilité	<p>Participer à la mise en place des comités communaux de santé</p> <p>Contribuer à la mise à disposition des ressources</p> <p>Mettre en œuvre la décentralisation, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur</p> <p>Participer au processus de planification et suivi évaluation</p>	<p>Mette en place et animer les comités communaux de santé</p> <p>Mettre en application les dispositions des décrets 075 et 076 /PRN de mars 2015</p>
Syndicats de santé	Défendre les intérêts des travailleurs	<p>Participer aux prises de décisions dans le cadre de concertation des niveaux district ciblés, régions ciblées et central;</p> <p>Veiller à l'application des décisions prises par les cadres de concertation</p> <p>Effectuer un plaidoyer auprès des autorités politiques pour mettre en œuvre les mesures de décentralisation</p> <p>Encadrer le personnel de santé sur l'éthique, la déontologie, la redevabilité</p>	Facilitent la mise en œuvre des décisions et interventions en matière de santé

Acteurs	Fonction	Rôle dans le programme (par rapport aux changements attendus)	Performance attendu : - On voudrait que/souhaite que/ aimerait bien que
ONG/ASSOCIATIONS	Accompagner le MSP et les collectivités dans la mise en œuvre des interventions	Appuyer le MSP dans la mise en œuvre de sa politique Participer à l'encadrement des organes de participation communautaire des districts sanitaires Contracter des marchés de prestations avec les districts sanitaires (Dialogue politique, Communications pour la santé, Financements sur résultats)	Contribuer à l'atteinte des résultats du MSP
Ministère de Finance	Mettre à disposition les ressources au MSP	Ordonner les crédits délégués et les remboursements de la gratuité des soins Participer aux revues du PDS (membre du CNS et SMCL) Participer aux actions multisectorielles	Respecter les engagements internationaux en matière de financement de la santé Débloquer à temps les ressources mises à la disposition du MSP
Ministère du Plan		Participer au suivi des programmes de développement Participer aux revues du PDS	
Ministère de la Fonction Publique	Mise à disposition des ressources humaines	Encadrer les collectivités des districts ciblés sur la gestion décentralisée des ressources humaines Participer aux actions multisectorielles	Disponibiliser les RH selon les besoins identifiés par le MSP
Ministère d'Emploi (Protection sociale)	Réguler la protection sociale	Contribuer à la mise en place de la Couverture du Risque Maladie	Assurer la création d'une agence de gestion de l'Assurance Maladie
Autres Ministères	Contribuer à la mise en œuvre des interventions en santé	Participer aux actions multisectorielles	Participer à la définition et mise en œuvre des interventions en santé
CTB Niger (RR) et MSP (SG)	Ordonnateur et coordonnateur	Faciliter et coordonner et ordonnancer	Gérer le comité de pilotage
ECT coresponsable du programme et le responsable national	Assurer la gestion technique du MSP et le programme PASS	Mettre en œuvre le programme santé impliquant	Assurer la coordination et la cohérence du programme PASS

Acteurs	Fonction	Rôle dans le programme (par rapport aux changements attendus)	Performance attendu : - On voudrait que/souhaite que/ aimerait bien que
du programme		<p>les deux districts et DRSP ciblés et le Niveau central en cogestion avec le MSP</p> <p>Renforcer la synergie entre le programme de Renforcement des Compétences (RC) de la coopération belgo-nigérienne et le programme santé</p> <p>Participer activement aux cadres de concertation santé</p> <p>Appuyer les initiatives porteuses dans le cadre de concertation des PTF</p> <p>Participer à l'encadrement des districts ciblés par les DRSP</p> <p>Piloter le programme santé de la coopération nigéro-belge conformément aux dispositions du DTF dans une approche flexible</p> <p>Mettre en œuvre les axes de modernisations définis par l'audit organisationnel et institutionnel réalisé en 2015</p> <p>Effectuer spécialement une supervision semestrielle dans les DRSP ciblées par le Programme santé nigéro-belge de coopération</p>	
DIRECTIONS NATIONALES (DGSP, DEP, DOS, DRH, DS, DAIDRP)		<p>Définir les politiques et stratégies en matière de santé</p> <p>Constituer l'équipe de travail de chaque direction et division pour l'atteinte des résultats du PASS</p> <p>Apporter l'encadrement technique nécessaire aux DRSP et DS ciblés par le programme santé</p>	<p>Définir les stratégies et politiques</p> <p>Appuyer techniquement les DRSP et DS ciblés à la mise en œuvre du PASS</p>
DRSP	Apporter un appui technique aux DS ciblés	<p>Superviser régulièrement les districts ciblés</p> <p>Mettre en place un</p>	Encadrer et suivre les districts ciblés dans la mise en œuvre du PASS

Acteurs	Fonction	Rôle dans le programme (par rapport aux changements attendus)	Performance attendu : - On voudrait que/souhaite que/ aimerait bien que
		<p>encadrement de proximité des districts ciblés par le programme (DRSP, CSME, CHR), conformément aux dispositions du DTF</p> <p>Rendre compte au Secrétariat Général du MSP, du suivi de la mise en œuvre du Programme santé</p>	
District sanitaire (ECD)	Apporter un appui technique aux CSI	<p>Effectuer un plaidoyer auprès du conseil communal pour la mise en place du Comité communal de santé</p> <p>Appuyer les conseils communaux pour la mise en œuvre du programme santé</p> <p>Accompagner les maires dans la gestion du Comité communal de santé</p> <p>Mettre en œuvre les actions du programme conformément aux dispositions du DTF</p>	Encadrer et suivre les CSI dans la mise en œuvre du PASS
Hôpital de district	Offrir les soins de premier niveau de référence	Mettre en œuvre les actions du programme conformément aux dispositions du DTF (Formation, Encadrement technique des CSI, Référence contre référence, ..)	Mettre en œuvre le PCA du niveau district
Centre de santé intégré	Offrir le PMA du CSI	Mettre en œuvre les actions du programme conformément aux dispositions du DTF (Formation, Supervision, Référence contre référence, opérationnalisation de la participation communautaire.)	Mettre en œuvre le PMA Encadrer et suivre les Cases de santé dans la mise en œuvre du PASS
Case de santé	Offrir le PMA de la CS	Mettre en œuvre les actions du programme conformément aux dispositions du DTF (Référence contre référence, opérationnalisation de la participation communautaire.)	Mettre en œuvre le Paquet de soins de la CS
Structures privées de soins	Contribuer à l'offre de soins aux populations	Prendre connaissance des dispositions de la	Mettre en œuvre les politiques et stratégies santé définies par

Acteurs	Fonction	Rôle dans le programme (par rapport aux changements attendus)	Performance attendu : - On voudrait que/souhaite que/ aimerait bien que
		collaboration publique – privé Participer aux activités de service public dans un cadre contractuel avec le MSP et ses démembrements Participer au processus de suivi évaluation de la santé	le MSP Mettre en œuvre les soins curatifs et préventifs conventionnés

4 STRATÉGIE

Dans les paragraphes suivants, les contributions et options stratégiques spécifiques de l'intervention sont évoquées en plus de détails. Les orientations stratégiques 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.

4.1 Théorie du changement

La théorie du changement est déjà décrite en termes généraux au niveau de la description du Programme. Les éléments de la théorie du changement spécifiques à l'intervention sont les suivants :

- Une transformation radicale mais inévitablement graduelle du mandat du MSP d'un Ministère exécutant vers un Ministère régulateur essentiellement.
- Une transformation du financement des services de santé d'un 'input-based' vers un 'output-based' financing (Financement Basé sur les Résultats), comme précurseur d'une Assurance Maladie Universelle.
- La décentralisation des certaines tâches d'exécution de l'offre de soins vers les Autorités Communales. Ce processus est en cours et l'intervention n'interviendra que marginalement sur ces aspects du changement. Elle cherche des synergies avec d'autres interventions, notamment un projet de décentralisation financé par la GIZ et un projet de la KfW avec la mise en place d'un mécanisme d'achat de services (Fonds d'achat/FBR) et une composante d'action communautaire forte.

La manière dont les mécanismes de changement agiront est décrite dans le chapitre suivant.

4.2 Stratégie

Un changement de paradigme radical pour le système de santé :

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 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.

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 récipiendaire 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

élevées³⁰. 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 sanitaires³¹.

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 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.

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

³⁰Nous 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.

³¹Auparavant 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 devenu la responsabilité des autorités publiques.

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.

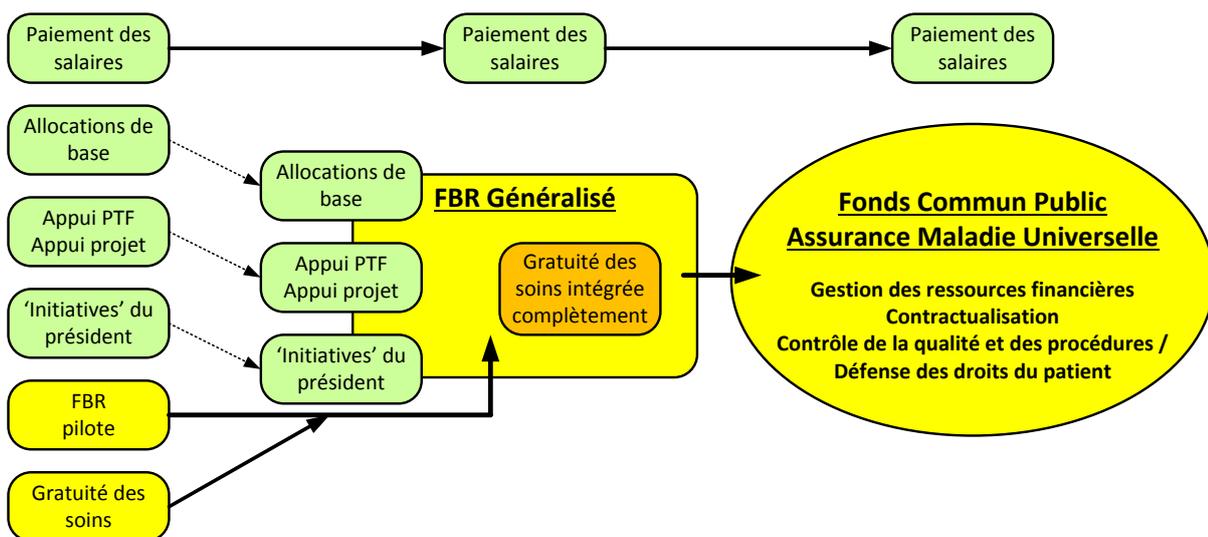


Figure 6: Processus d'unification d'un financement unique pour le secteur de la santé

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 éclaire 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.

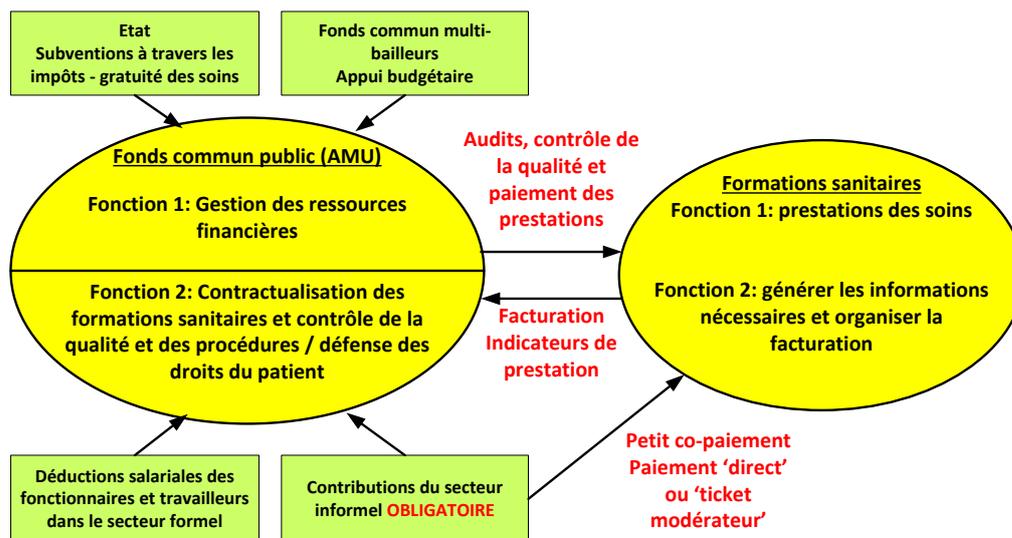


Figure 7: Schéma conceptuel d'une AMU publique et universelle

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 (probablement 70 à 80 %) de la part des autorités nationales mais aussi des PTF. Comme démontre figure 3, 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.

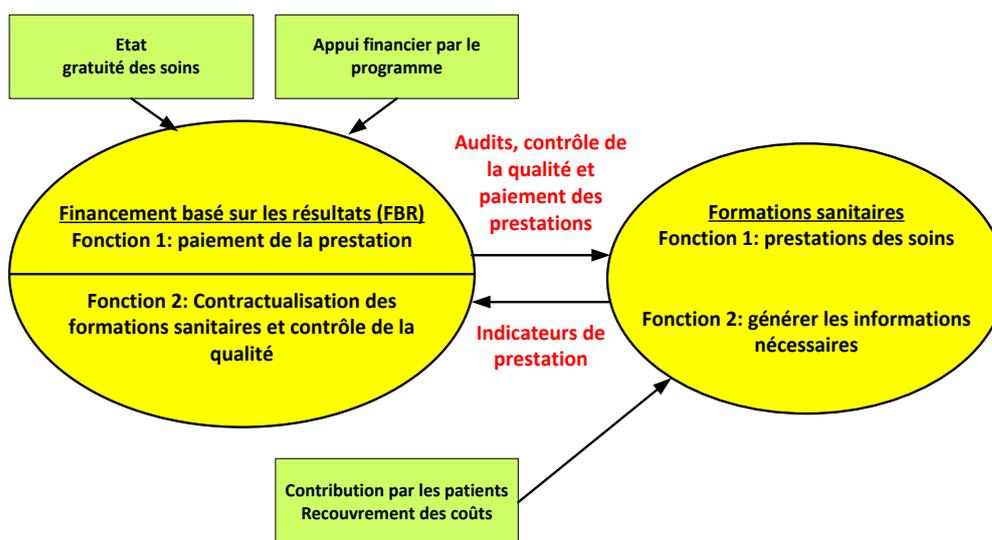


Figure 8: Création du FBR comme précurseur d'une AMU

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.

La contribution de l'intervention 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, hors RdC), 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 l'intervention de la coopération nigéro-belge en partenariat avec le MSP (DRSP – ECD). Avant la fin du programme, le FBR sera en mesure de fournir au Ministère les informations cruciales non seulement pour étendre le FBR sur le territoire mais aussi de fournir les informations essentielles pour une AMU pour les niveaux CSI et HD. Il s'agit de :

- La conception des outils de gestion du FBR mais aussi des CSI et HD, des procédures de contrôle des factures mais aussi de la qualité des soins, la conception des procédures de réinjection des ressources financières payées dans le système (investissements, coûts récurrents et primes) et du paiement des factures. Ces informations sont obligatoires pour piloter une AMU, puisque les procédures à ce niveau sont les mêmes. L'expérience permettra d'estimer également la charge de travail et donc d'estimer le personnel de l'AMU à engager.
- L'apport financier du FBR, complété par la gratuité (et autres subventions étatiques) et les entrées du RDC balancé contre les dépenses permettra de juger à quelle hauteur le FBR (et le futur AMU) devra subventionner les formations sanitaires pour être viables financièrement (hors salaires).

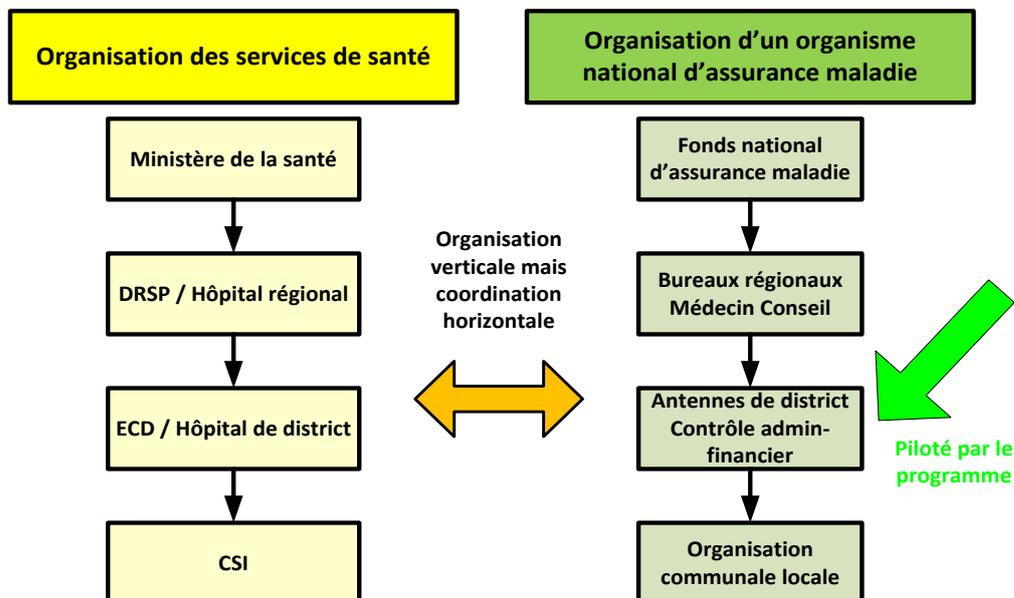


Figure 9: Structure publique de paiement des prestations de santé

Dans un deuxième temps, l'intervention 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, l'intervention 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.

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 autres 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.

Le renforcement du système de santé – les axes d'intervention

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

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. Un appui aux stratégies de sorties foraines et mobiles 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. Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations, y inclus les plus vulnérables, par l'installation des AMU de par leur rôle complémentaire et synergique.

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 programme 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.

La synergie sera pro-activement cherchée avec l'intervention de la KfW dans la région de Tillabéri et une intervention de la GIZ, également dans cette zone.

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

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.

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 santé³². 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.

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.

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-

³²Au 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.

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.

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.

L'intervention 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'une intervention 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, l'intervention n'impose pas des réformes, mais met en place les dynamiques nécessaires pour créer un changement endogène. Ceci requiert une confiance entre l'intervention 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.

4.3 Chaîne de résultats

Objectif spécifique de l'intervention: « 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 »

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 ciblés »

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.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mis à jour.
- Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya.
- Les plans d'action pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et le budget disponible.
- Les populations des rayons de plus de 5 Km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya.
- Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire.
- Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya.

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 medicotechnique 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 de l'intervention précédente.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualités dans les CS, CSI et HD des deux districts ciblés.
- Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL.

- La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient HD, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN.
- Un cadre de partenariat entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri et Dosso ainsi que les districts de Gothèye et Gaya
- La participation communautaire est renforcée dans districts de Gothèye et Gaya

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.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et mis en œuvre.
- Un mécanisme de motivation du personnel (FBR, Collaboratif...) des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué.
- Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcées.
- Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé.

Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/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, 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.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- Le FBR est appliqué dans les Districts sanitaires de Gaya et Gothèye.
- L'Unité de Gestion (structure de mise en place) de l'AMU est créée dans chacun des 2 districts.
- Un système d'informatisation pour la gestion de l'AMU est développé.
- Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation des AMU de par leur rôle complémentaire et synergique.
- La plateforme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2.

Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées

Ce résultat fait suite aux acquis et aux dynamiques créés par l'intervention précédente 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.

Une attention particulière sera accordée à la maintenance des équipements informatiques.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- La stratégie de maintenance biomédicale et informatique développée à partir de la recherche-action Maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées.
- Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire.
- L'entretien du matériel informatique, NTIC est assuré.
- Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagés.

Objectif spécifique intermédiaire 2 : « Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé »

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.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- La mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée.
- Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS.
- Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP est appuyé.
- Les compétences du MSP dans le suivi des Recherches Action et la capitalisation des expériences sont renforcées.
- Le processus de mise en œuvre du dispositif qualité/ accréditation dans les écoles de santé, les structures de soins et les laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé.
- Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé.

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 seront reflétés dans les activités retenues.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, informatisation /digitalisation du secteur, utilisation des cartes sanitaires et la micro-planification, stratégie sur les Maladies Non Transmissibles (santé mentale, diabète, HTA...) sont développées/révisées.
- Des échanges et des formations (voyages d'études, participation à des ateliers, fora etc.) dans le cadre des stratégies novatrices sont créés.
- La régulation du secteur privé de santé est appuyée.
- Le e-Health est fonctionnel.
- La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue

Résultat 8 : Le programme appui les efforts du secrétariat générale ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP.

Ce résultat s'inspire sur les conclusions d'un audit institutionnel assez critique mais bien accueilli par le MSP. De nombreuses recommandations pour des réformes du Ministère ont été proposées mais leur mise en œuvre est loin d'être acquise. Pourtant le résultat 6 et 7 de cette intervention exigera du MSP d'augmenter sa performance.

A travers l'accompagnement et le renforcement des compétences de plusieurs directions, à travers des réformes institutionnelles telles que l'organigramme du ministère et une coordination plus poussée interne à l'organisation et externe avec les PTF, la performance du MSP devrait s'améliorer.

Les produits/services à livrer sont les suivants :

- Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses Directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel.
- Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses Directions pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis.
- Le ministère gère des groupes de réflexion mixtes « PTF-MSP » qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays.

La chaîne de résultats de l'intervention est résumée sous forme d'un tableau qui se trouve **en annexe** et qui décrit l'objectif spécifique de l'intervention, suivi par les résultats et produits/services à livrer pour chaque résultat.

Un deuxième tableau qui décrit les activités (à titre indicatif), liées aux produits et services à fournir se trouve aussi **en annexe**

4.4 Les indicateurs pour les résultats de l'intervention

Indicateurs résultats pour l'intervention					
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					
Objectif spécifique intermédiaire 1 : L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts ciblés					
	Indicateurs	Sources de vérification	Périodicité	Baseline 2016	Cible 2021 ³³
R1 L'accessibilité équitable aux services de santé adaptée aux normes et aux besoins est augmentée	Taux d'utilisation des services curatifs	Annuaire statistique	Annuelle	51% (Gaya) 51% (Gothèye)	73% (Gaya) 70% (Gothèye)
	Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	Annuaire statistique	Annuelle	92% (Gaya) 96% (Gothèye)	100% (Gaya) 100% (Gothèye)
	Taux de VAT2 et plus chez les femmes enceintes	Annuaire statistique	Annuelle	77% (Gaya) 83% (Gothèye)	90% (Gaya) 90% (Gothèye)
	Taux d'utilisation de la CPN	Annuaire statistique	Annuelle	92% (Gaya) 90% (Gothèye)	100% (Gaya) 100% (Gothèye)
	Taux d'utilisation de la PF (méthodes modernes)	Annuaire statistique	Annuelle	29% (Gaya) 15% (Gothèye)	60% (Gaya) 60% (Gothèye)
	Proportion des populations couvertes par les stratégies avancées (foraines et mobiles)	Annuaire statistique	Annuelle	55% (Gaya) 45% (Gothèye)	75% (Gaya) 70% (Gothèye)
	Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Annuaire statistique	Annuelle	37% (Gaya) 46% (Gothèye)	60% (Gaya) 70% (Gothèye)
	L'utilisation de la carte sanitaire pour la planification par les DRSP et les DS.	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	Non (Gaya) Non (Gothèye)	Oui (Gaya) Oui (Gothèye)
R2 L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés	Pourcentage des CSI qui offrent le paquet minimum d'activité complet	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	100% (Gaya) 100% (Gothèye)
	Taux d'occupation des lits hospitaliers	Annuaire statistique	Annuelle	91% (Gaya) A déterminer (Gothèye)	100% (Gaya) 80% (Gothèye)
	Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière	Annuaire statistique	Annuelle	0,31% (Gaya) A déterminer (Gothèye)	0% (Gaya) 0% (Gothèye)
	Taux de mortalité infanto-juvénile intra-hospitalière dans les 24 premières heures	Annuaire statistique	Annuelle	4,3% (Gaya) A déterminer (Gothèye)	1% (Gaya) 1% (Gothèye)
	Taux de rupture de stock des médicaments identifiés par le FBR	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	0% (Gaya) 0% (Gothèye)
R3 La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée	% de personnel évalué sur la base de leur fiche de poste	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	80% (Gaya) 80% (Gothèye)
	% des CSI disposant de personnel selon les normes	Annuaire statistique	Annuelle	50% (Gaya) A déterminer (Gothèye)	80% (Gaya) 80% (Gothèye)
	Taux de complétude de l'équipe chirurgicale dans l'HD	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	100% (Gaya) 100% (Gothèye)

³³ Voir guide de suivi évaluation PDS 2017-2021

³⁴ Les indicateurs de la stratégie FBR sont nouveaux et l'intervention appuiera le MSP pour établir les valeurs Baseline à la phase de démarrage de l'intervention.

	Taux de complétude du personnel dans les HD	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	100 % (Gaya) 100 % (Gothèye)
R4 Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/AMU est développée	L'indice de qualité du FBR augmente (HD, CSI, CS)	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	95 % (Gaya) 95 % (Gothèye)
	% de CSI, CS bénéficiaires du FBR avec un indice de qualité > 80 %	Rapport FBR ³⁴	Trimestrielle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	100 % (Gaya) 100 % (Gothèye)
	% de la population qui adhère au régime d'assurance maladie universelle	Enquête à la commune	Bi annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	30 % (Gaya) 30 % (Gothèye)
	% de communes disposant d'un mécanisme de mutualisation	Enquête à la commune	Bi annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	50 % (Gaya) 50 % (Gothèye)
R5 La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées	% des structures respectant au moins 80% des normes de maintenance par niveau (HD, CSI)	Tableau de bord maintenance ³⁵	Annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	80 % (Gaya) 80 % (Gothèye)
	Taux de réalisation des tâches de maintenance planifiées	Tableau de bord maintenance	Annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	90 % (Gaya) 90 % (Gothèye)
	% de postes de GMAO fonctionnel	Tableau de bord maintenance	Annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	100 % (Gaya) 100 % (Gothèye)
	Proportion des contrôles de maintenance préventive	Tableau de bord maintenance	Annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	80 % (Gaya) 80 % (Gothèye)
	Durée du délai d'intervention en maintenance curative	Tableau de bord maintenance	Annuelle	A déterminer (Gaya) A déterminer (Gothèye)	2 jrs (Gaya) 2 jrs (Gothèye)

Objectif spécifique intermédiaire 2 : Le Ministère de la santé publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé

	Incidences visées ³⁶	Sources de vérification	Périodicité	Baseline	Cible (incidence visée)
R6 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	La mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée	Journal des incidences visées	Semestrielle	Planification ascendante, irrégulière	Planification ascendante, . . . régulière
	Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS	Journal des incidences visées	Semestrielle	Données sanitaires de qualité non disponibles systématiquement	Données sanitaires de qualité disponibles
	Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP est appuyé	Journal des incidences visées	Semestrielle	Absence de suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel	Suivi régulier de la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP
	Les compétences du MSP dans le suivi des recherches action et la capitalisation des expériences sont renforcées	Journal des incidences visées	Semestrielle	Faible capacité des acteurs en suivi des recherches et capitalisation des expériences	Les compétences des acteurs sont renforcées en suivi des recherches et capitalisation des expériences
	Le processus d'accréditation des écoles de santé, des structures de soins et des laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé	Journal des incidences visées	Semestrielle	Peu d'initiatives des structures de santé pour obtenir une accréditation	Augmentation des initiatives des structures de santé pour obtenir une accréditation

³⁵ Logiciel de gestion d'interventions de maintenance terrain dont les valeurs Baseline et cibles seront établis lors du démarrage de l'intervention

³⁶ Voir notes de bas de page N°15-17

	Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé	Journal des incidences visées	Semestrielle	Les textes en matière de mise à disposition des RH aux collectivités territoriales disponibles mais non appliqués	Les textes en matière de mise à disposition des RH aux collectivités territoriales sont appliqués
R7 Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne	Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, informatisation /digitalisation du secteur, utilisation des cartes sanitaires et la micro-planification, stratégie sur les MNT (santé mentale, diabète, HTA...) sont développées/révisées.	Journal des incidences visées	Semestrielle	Peu des stratégies nationales sont développées/révisées.	Au moyenne 2 stratégies par année sont développées/révisées
	Des échanges et des formations dans le cadre des stratégies novatrices sont réalisés	Journal des incidences visées	Semestrielle	Peu d'échanges et formations dans le cadre des stratégies novatrices.	Des initiatives d'échanges/formation dans le cadre des stratégies novatrices sont prises trimestriellement
	La régulation du secteur privé de santé est appuyée	Journal des incidences visées	Semestrielle	Les textes en matière de régulation du secteur privé faiblement appliqués	Les textes en matière de régulation du secteur privé sont appliqués conformément à la stratégie de collaboration MSP/secteur privé
	L'e-health est fonctionnel	Journal des incidences visées	Semestrielle	L'e-health peu développé	L'e-health est fonctionnel pour 75% du temps
	La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue	Journal des incidences visées	Semestrielle	Pas de feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger	Une feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger existe et est suivie
R8 : Le programme appui les efforts du secrétariat général ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP.	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses Directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel	Journal des incidences visées	Semestrielle	La vision et les stratégies prioritaires communes ne sont pas partagées systématiquement	Une stratégie de communication est mise en place pour communiquer la vision et les stratégies prioritaires communes
	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses directeurs pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis	Journal des incidences visées	Semestrielle	Pas de dialogue régulier avec les PTF	Un dialogue cohérent et consistant avec les PTF est en place avec une division de travail entre les PTF
	Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes « PTF-MSP » qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays.	Journal des incidences visées	Semestrielle	Peu de groupes de réflexion mixtes « PTF-MSP » qui produisent des documents et stratégies de qualité	Au moins 80 % des groupes de réflexion mixtes « PTF-MSP » produisent des documents et stratégies de qualité

4.5 Planification opérationnelle 1^{ère} année

	PRODUITS/SERVICES	Mode. d'exc.	Année 1 (6 m démarrage + 6 m exécution)			
			Q1	Q2	Q3	Q4
A 01	Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins est augmentée (3ème dimension CUS)					
A-01-01	La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mise à jour	C				
	Ateliers de formations agents de SNIS en logiciel GIS	C				
	Coaching des utilisateurs des logiciels par niveau	C				
	Interconnecter le DHIS2 avec le logiciel carte sanitaire	C				
A-01-02	Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya	C				
	Elaborer un plan de couverture sanitaire/Dosso/Tillabéri	C				
	Assurer la disponibilité de la carte sanitaire/Dosso/Tilla	C				
A-01-03	Les plans d'actions pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et budget disponible	C				
	Appui/planification/Dosso/Tillabéri	C				
	Appui//évaluation semestrielle/Dosso/Tillabéri/Gaya/Goth	C				
	Suivi/PAP/PAA Gaya et Gothèye	C				
	Appui les réunions de Coordination	C				
A-01-04	Les populations des rayons de plus de 5 km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya	C				
	Sorties foraines /districts Gaya et Gothèye	C				
	Stratégie d'accès aux soins de santé en zone nomade	C				
A-01-05	Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya	C				
	Organiser un système de mutualisation communautaire	C				
	Créer un cadre de concertation sur la mutualisation	C				
	Appuyer la fonctionnalité du cadre de concertation	C				
A 02	Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les					

districts ciblés (2ème dimension CUS)						
A-02-01	Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualité dans les CS CSI et HD des deux districts ciblés	C				
	Appui utilisation protocoles de prise en charge MNT	C				
	Audits cliniques	C				
	Réunions coordination trimestrielles	C				
	Appui santé scolaire	C				
	Formation chirurgie district	C				
	Consultant pour guide de supervision	C				
	Logiciel télémédecine	C				
	Atelier du collaboratif qualité	C				
	Appui système RCR	C				
	Consultant bonnes pratiques santé mentale	C				
	Gestion des déchets biomédicaux	C				
A-02-02	Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL	C				
	Appuyer l'intégration des soins et services santé	C				
	Elaborer/réviser/vulgariser les ordinogrammes	C				
	Equiper biomédicaux	C				
	Recherches actions aux soins ophtalmo, bucco, ORL	C				
A-02-03	La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN	C				
	Ateliers de formation/cadres MSP en e-health	C				
	Equipment informatiques en e-health et équipement ICT	C				
	Assurer la maintenance informatique	C				
	Atelier de formation en informatique	C				
	Coaching informatique à tous les niveaux	C				
	Abonnement internet	C				
	Elaboration d'un guide d'utilisation informatique	C				
A-02-04	Un cadre de collaboration entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri, Dosso ainsi que dans les districts de Gothèye et Gaya	C				
	Appuyer la fonctionnalité ONG et OSC	C				
	Cadre de collaboration entre les secteurs privés	C				
	Atelier de sensibilisation et de plaidoyer et	C				

	conception					
	Assurer le suivi/évaluation des activités du cadre	C				
	Appuyer les activités du réseau des OSC et journalistes	C				
A-02-05	La participation communautaire est renforcée dans les districts de Gothèye et Gaya	C				
	Formation/sensibilisation sur le droit à la santé					
A 03	Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée					
A-03-01	Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible	C				
	Elaborer un plan de formation du personnel en région/distr					
	Suivre la mise en œuvre du plan de formation	C				
	Evaluation du plan de formation	C				
A-03-02	Un mécanisme de motivation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué	C				
	Elaborer document d'orientation de motivation/personnel	C				
	Mise en application des documents d'orientation	C				
	Mise en application les fiches de postes individuelles	C				
A-03-03	Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcées	C				
	Renforcer les compétences des cadres des régions et districts	C				
	Appuyer les audits médicaux	C				
	Former des cadres en management de districts	C				
	Former des cadres sur prise en charge opht, ORL (Dosso, Tilla/districts)	C				
A-03-04	Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé	C				
	Informatisation de la gestion prévisionnelle des RH/ FBR	C				
	Renforcement des communes /décentralisation santé	C				
	Appui mise en œuvre gestion prévisionnelle et carrière	C				
A 04	Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AUM) est développée (1ere dimension CUS)					
A-04-01	Le FBR est appliqué dans les districts sanitaires de Gaya et Gothèye	R				

	Mettre en place le dispositif de FBR dans les districts	R				
	Atelier de formation des acteurs décentralisés sur le FBR	R				
	Mettre en œuvre l'AMU en articulation avec le FBR	R				
	Appuyer le mécanisme de financement de l'AMU	R				
	Créer le comité de pilotage /validation FBR/AMU	R				
A-04-02	L'unité de gestion de l'AMU est créée dans chacun des 2 districts	C				
	Opérationnaliser l'unité de gestion dans les districts	C				
	Assurer la formation nécessaire selon les besoins	C				
A-04-03	Un système d'informatisation pour la gestion du FBR/l'AMU est développé	C				
	Développer le système informatisé de gestion du FBR/AMU	C				
A-04-04	Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation d'AMU de leur rôle complémentaire et synergique	C				
	Développer la collaboration/division des réponses/tâches décentralisé- déconcentré-gouvernance	C				
A-04-05	La plateforme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2	C				
	Utiliser la plateforme déjà en place	C				
	Mettre à jour la plateforme FBR /DHIS2	C				
A 05	Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance d'équipements et des infrastructures sont améliorées.					
A-05-01	La stratégie de maintenance des équipements informatiques et biomédicaux développés à partir de la recherche action maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées	C				
	Appliquer le modèle RAM à Gaya et Gothèye	C				
	Renforcer les capacités es services	C				
	Former les utilisateurs	C				
	Elaborer et mettre en œuvre le plan de maintenance HD	C				
A-05-02	Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques et biomédicaux et logistique complémentaire	C				
	Doter les formations sanitaires (CS, CSI et HD) en équipement (voir R4)	C				
	Doter les DRSP, CSI, et HD de Gaya et	C				

	Gothèye/ mat roulant (voir R4)					
	Doter les deux DRSP, CSI, et HD de Gothèye et Gaya/ internet (voir R4)	C				
A-05-03	L'entretien des infrastructures est assuré	C				
	Réhabiliter les infrastructures selon les besoins	C				
	Renforcer les capacités des services techniques	C				
A-05-04	Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagés	C				
	Capitaliser les expériences sur la gestion des équipes/ infra	C				
	Répertorier et diffuser les bonnes pratiques	C				
A 06 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						
A-06-01	La mise en œuvre de la planification ascendante, intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée	C				
	Mettre à jour la carte sanitaire	C				
	Former les cadres administratifs en utilisation carte sanitaire	C				
	Appuyer les cadres dans la planification stratégique	C				
	Appuyer l'intégration des projets et programmes verticaux	C				
A-06-02	Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS	C				
	Assurer la connexion entre DHIS2, la carte sanitaire, open	C				
A-06-03	Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP est appuyé	C				
	Appuyer l'IGS dans son rôle à tous les niveaux	C				
	Appuyer la mise en œuvre des approches collaboratives d'amélioration de la qualité	C				
	appuyer la mise en œuvre des approches rapides (RRI)	C				
	Coaching à tous les niveaux	C				
	Renforcer les capacités des équipes DRSP et ECD	C				
	Appuyer les revues annuelles et semestrielles	C				
	Appuyer les reformes du PDS	C				
A-06-04	Les compétences du MSP dans le suivi des recherches action et la capitalisation des expériences sont renforcées	C				
	Suivi des recherches sur le terrain	C				

	Atelier de capitalisation (avant-projet" des stratégies)	C				
	Appuyer les protocoles de recherches	C				
	Renforcer les compétences des agents en RA	C				
	Appuyer l'institutionnalisation des expériences et BP	C				
A-06-05	Le processus d'accréditation des écoles de santé, des structures de soins et des laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé	C				
	Rendre fonctionnel le dispositif qualité	C				
	Capitaliser et documenter le processus	C				
	Formation des cadres en management qualité	C				
A-06-06	Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé	C				
	Appuyer la mise en œuvre du plan de décentralisation	C				
	Appuyer la mise en œuvre du plan de gestion des RH	C				
	Informatiser la gestion des RH	C				
	Renforcer les capacités matérielles de la DRH	C				
	Mise en place du dispositif d'évaluation de la performance	C				
A 07 Résultat7 : Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne						
A-07-01	Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, information/digitalisation du secteur, l'utilisation des cartes sanitaires et la micro planification, stratégie sur les maladies non transmissibles (santé mentale, diabète, HTA) sont développées/révisées	C				
	Suivi/renforcer /améliorer le comité technique du FBR	C				
	Capitaliser les bonnes pratiques de stratégies novatrices	C				
	Accompagner l'élaboration/révision stratégie/RAM/AMU/FBR	C				
A-07-02	Des échanges et des formations dans le cadre des stratégies novatrices sont réalisés	C				
	Voyage d'étude, participation aux fora FBR, digitalisation	C				
A-07-03	La régulation du secteur privé de santé est appuyée	C				
	Finaliser les directives et textes officiels sur secteur privé	C				

	Vulgariser les textes en vigueur	C				
	Mettre en œuvre la stratégie de contractualisation	C				
	Faciliter la coordination des ONG en santé et intégration	C				
A-07-04	L'e-health est fonctionnel	C				
	Elaborer un schéma directeur e-health	C				
	Mise en place comité technique digitalisation	C				
	Créer un centre d'appui aux structures/formation/encadrement	C				
A-07-05	La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue	C				
	Appuyer la mise en œuvre de la feuille de route AMU	C				
A 08	Résultat 8 : Le Programme appuie les efforts du Secrétariat Général ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP					
A-08-01	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel	C				
	Appuyer les réunions de coordination du SG	C				
	Appuyer les stratégies de communication	C				
	Appuyer la coordination du cabinet et Secrétariat Général	C				
	Appuyer les échanges entre pays voisins	C				
A-08-02	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et les directeurs pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF et autres secteurs afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis	C				
	Appuyer la rédaction des documents stratégique	C				
	Appuyer la stratégie de communication	C				
	Appuyer la coordination du cabinet et SG	C				
	Appuyer les échanges entre pays voisins	C				
A-08-03	Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes<<PTF-MSP>> qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays	C				
	Appuyer techniquement le comité mixte	C				
	Appuyer la coordination des directions régionales	C				
	Appuyer l'élaboration la fonctionnalité et le suivi compact	C				
X	Reserve budgétaire					

X-01-01	Reserve budgétaire	C				
X-01-02	Reserve budgétaire	R				
Z	Ressources Générales					
Z 01	Ressources Humaines					
Z-01-01	Gestion de l'intervention	C				
	Responsable du programme/intervention	C				
Z-01-02	Equipe finance et administration	R				
	Contrôleur de gestion					
	Comptable Logisticien	R				
	Secrétaire	R				
	Chauffeurs programme (2)	R				
	Chauffeurs de l'intervention(2)	R				
	1 Personne entretien des locaux	R				
Z-01-03	Equipe technique	R				
	Assistant Technique national, santé publique, gouvernance	R				
	Assistant technique national, santé publique, RA	R				
	Assistant technique national ICT, informatique médicale	R				
	Assistant technique national santé publique, Gaya	R				
	Assistant technique national santé publique, Gothèye	R				
	Appui Scientifique au MSP	R				
Z-01-04	Autres frais de personnel	R				
	Recrutement, intérimaire et droits de licenciement	R				
Z-01-05	Quote part RH UAP	R				
	1 Expert en marchés publics (50 %)	R				
	1 Assistant marchés publics (50 %)	R				
Z 02	Investissement	R				
Z-02-01	Véhicules 4 x 4 (4)	R				
Z-02-02	Matériel de bureau	R				
Z-02-03	Matériel informatique (imprimante, beamer, clé, scanner...)	R				
Z-02-04	Aménagement bureau	R				
Z-02-05	Quote part investissement UGP (véhicule 4x4 /laptop)	R				
Z 03	Coûts opérationnels	R				
Z-03-01	Frais de fonctionnement bureau	R				
Z-03-02	Service et frais de maintenance	R				
Z-03-03	Frais de fonctionnement des véhicules	R				
Z-03-04	Frais de mission	R				

Z-03-05	Frais de représentation et communication externe	R				
Z-03-06	Formation	R				
Z-03-07	Frais financiers (cogestion)	R				
Z-03-08	Frais financiers (régie)	R				
Z-03-09	Autres frais de fonctionnement	R				
Z-03-10	Quote part fonctionnement UAP	R				
Z 04	Audit et M&E	R				
Z-04-01	Backstopping, Baseline, monitoring et capitalization	R				
Z-04-02	Evaluation	R				
Z-04-03	Audit	R				

5 RISQUES³⁷

5.1 Risques liés à la mise en œuvre

Risques	Impact	Probabilité	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Disponibilité et leadership insuffisante des directions du MSP pour assurer la fonctionnalité des comités technique sur les réformes	Elevé	Elevé	Elevé	Assurer un accompagnement technique par les experts/ECT du programme
Insuffisance de dialogue entre le SG et le cabinet du MSP	Moyen	Elevé	Elevé	Appliquer les textes en vigueur et veiller à l'application
Non fonctionnalité du cadre de concertation MSP/PTF	Faible	Faible	Faible	Renforcer le dialogue MSP/PTF Le dialogue entre ECT2s et ECT1 et ambassade facilitera la mise en œuvre du Compact
Insuffisance du personnel en quantité et qualité au niveau des districts ciblés	Moyen	Moyen	Moyen	Aider le MSP à analyser la situation afin de procéder à la redistribution et au recrutement du personnel Procéder au recyclage du personnel
Faible application des dispositions des textes sur la déconcentration/décentralisation et la gestion décentralisée des RH dans les zones d'intervention	Elevé	Elevé	Elevé	Renforcer la concertation interministérielle à travers un cadre de coordination à tous les niveaux
Interventionnisme politique dans la gestion du personnel	Elevé	Elevé	Elevé	Veiller à l'application rigoureuse des textes en matière de gestion du personnel
Non volonté des autorités des collectivités territoriales de rendre fonctionnel les cadres de concertation FBR/AMU	Elevé	Faible	Elevé	Assurer l'accompagnement technique pour la mise en place des cadres de concertation
Insuffisance du plateau technique	Moyen	Moyen	Moyen	Équiper les structures sanitaires selon les normes établies (PARSS)
Finition des constructions à Gaya et Gothèye	Elevé	Faible	Elevé	PARSS ressorte de l'autorité du programme

³⁷ Nomenclature : E = élevé, M = moyen, F = faible

Instabilité/turnover/ mobilité du personnel (absentéisme, abandon, missions)	Elevé	Elevé	Elevé	Appliquer rigoureusement les textes en vigueur Instaurer FBR pour motiver le personnel Renforcer la supervision formative Appui à la gouvernance des collectivités territoriales (régions et communes) Les engagements concernant ce problème du MSP pris au niveau du PARSS
La mise en œuvre des activités FBR/AMU est conditionnée par la présence et la fonctionnalité du GNT-CUS et le suivi de la feuille de route	Moyen	Moyen	Moyen	Faire fonctionner le GTN-CUS pour les aspects techniques de la mise en œuvre de l'AMU
Le FBR prête aux soins de santé sélectifs ciblant quelques indicateurs (gaming)	Elevé	Faible	Elevé	Travailler sur le PMA et le PCA
Le personnel pour la maintenance n'est pas recruté à temps	Elevé	Elevé	Elevé	Présence au niveau central Décentralisation des postes budgétaires des fonctionnaires

5.2 Risques liés à la gestion

Risques	Impact	Probabilité	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Partage du RAfi 50% avec secteur élevage	Elevé	Elevé	Elevé	Équipe administrative nationale sur place et réunion de coordination
Coordination entre 3 niveaux et 2 régions différentes est complexe	Moyen	Moyen	Moyen	ATN et ECT suffisants
Lenteur dans le traitement des dossiers	Moyen	Moyen	Moyen	Veiller à la célérité dans le traitement
Retard dans la justification des fonds par les agents de santé	Moyen	Faible	Moyen	Veiller à la célérité dans l'établissement des pièces justificatives des dépenses
Non maîtrise des procédures financières et comptables des agents de santé	Moyen	Moyen	Moyen	Former les agents en procédures administratives, financières et comptables

5.3 Risques liés à l'efficacité

Risques	Impact	Probabilité	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Crise politique	Elevé	Moyen	Elevé	
L'état ne transfère pas les fonds vers les collectivités territoriales dans le cadre de décentralisation	Elevé	Moyen	Elevé	Faire le plaidoyer et dialogue politique en concertation avec le MSP/PTF
Instabilité institutionnelle	Moyen	Moyen	Moyen	Renforcement les activités ciblant la gouvernance
Faiblesse des cadres à tous les niveaux	Elevé	Moyen	Elevé	Renforcement des compétences Accompagnement avec ECT et ATN suffisants
Fuite des cerveaux et abandon des postes de travail	Elevé	Elevé	Elevé	Instituer un système de rémunération personnel basé sur la performance
Difficulté de coordination du Secrétariat Général (SG DG et Directions transversales), induisant une absence de redevabilité	Elevé	Elevé	Elevé	Mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MSP à travers le cadre de coordination du Secrétariat Général et le renforcement de l'IGS
Réticence des agents de santé de servir dans certaines zones	Faible	Faible	Faible	Créer un cadre propice au travail et réviser les indemnités et autres avantages alloués au personnel travaillant dans certaines zones difficiles à travers le FBR
Refus de collaborer de la population	Moyen	Faible	Moyen	Sensibiliser les leaders politique à la mobilisation de la population à la santé Intensifier la communication pour le développement de la santé

5.4 Risques liés à la durabilité

Risques	Impact	Probabilité	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Faiblesse de leadership pour sauvegarder la dynamique des réformes	Moyen	Moyen	Moyen	Séminaire de teambuilding travail en équipe Existence des recommandations d'un audit organisationnel sur la gouvernance et le leadership que le programme aidera à mettre en œuvre Formations en leadership des directeurs
A terme le FBR/AMU n'est pas approprié et financé par l'état	Moyen	Elevé	Elevé	Plaidoyer permanent et dialogue politique ECT1 aidera une plateforme de soutien à travers une meilleure coordination des PTF La BM s'est engagée déjà pour appuyer 2 régions KfW s'est engagé déjà pour appuyer 1 région
Le FBR/AMU n'est pas porté par l'ensemble des PTF	Faible	Moyen	Moyen	Efforts considérables pour coordonner les PTF et de construire une vision commune Présence de l'ECT1
La décentralisation effective y compris les compétences nécessaires est retardée	Faible	Elevé	Elevé	Accélérer l'adoption des textes complémentaire en matière de transfert des ressources et compétences aux collectivités territoriales

5.5 Risques fiduciaires

Risques	Impact	Probabilité	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Risque au niveau des marchés publics et non-respect des textes en matière	Faible	Faible	Faible	Equipe CTB forte sur place pour veiller à l'application rigoureuse des textes en matière Contrôle interne et Audits externes prévus
Utilisation irrationnelle des fonds mis à disposition par le FBR	Moyen	Faible	Moyen	Contrat FBR avec suivi régulier de l'affectation des fonds
Inexpérience des ONG et ASBL en matière de réponse et gestion aux marchés publics	Moyen	Moyen	Moyen	Procédure adaptée (prospection, séance d'information, document simplifié, etc.)

6 THÉMATIQUES TRANSVERSALES ET PRIORITAIRES

Les thèmes transversaux sont exhaustivement traités au niveau de la description du programme.

Le genre reçoit due attention dans presque l'ensemble des résultats de intervention 1 à cause de l'attention accrue pour la santé de la reproduction, le système de référence et contre-référence d'urgence qui bénéficie en premier lieu les femmes (problèmes obstétriques sont les problèmes de santé les plus souvent évacués) et les enfants et très important aussi l'augmentation de l'accessibilité financière grâce au FBR et l'AMU (future). Les groupes vulnérables économiquement consistent surtout des femmes et entre autre les évacuations obstétricales sont très chères si elles ne sont pas subventionnées.

La digitalisation reçoit une attention accrue également, avec des résultats escomptés très ambitieux et innovateurs au niveau central comme au niveau opérationnel qui rentreront le système beaucoup plus efficient (diminution significative des coûts récurrents) et transparent (comptabilité et autres données générées électroniquement).

7 RESSOURCES

7.1 Ressources financières

7.1.1 Contribution financière du Niger

Le budget de la contribution nigérienne de l'intervention est de € 1,27 M.

La contribution nigérienne servira en grande partie au paiement des factures de la gratuité des soins pour les femmes enceintes, les césariennes, les cancers gynécologiques, et les enfants de moins de 5 ans dans les 2 districts ciblés.

7.1.2 Contribution financière Belge

La contribution belge s'élève à un montant de €14 M.

BUDGET TOTAL : NER 16 068 11 - PASS		Mod. d'exéc	BUDGET TOTAL en Euro	%	ANNEE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3	ANNÉE 4
A			11.838.321	85%	1.523.000	3.597.200	4.068.517	2.649.604
A 01	Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins est augmentée (3ème dimension CUS)		601.000	4%	88.000	124.000	200.500	188.500
A 01 01	La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mise à jour	cogestion	120.000		9.000	22.500	51.500	37.000
	Ateliers de formations agents de SNIS en logiciel GIS	cogestion	112.000		7.000	20.000	50.000	35.000
	Cohaching des utilisateurs des logiciels par niveau	cogestion	4.000		500	1.500	1.000	1.000
	Interconnecter le DHIS2 avec le logiciel carte sanitaire	cogestion	4.000		1.500	1.000	500	1.000
A 01 02	Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya	cogestion	104.000		23.000	13.000	32.000	36.000
	Elaborer un plan de couverture sanitaire/Dosso/Tillabéri	cogestion	96.000		20.000	10.000	30.000	36.000
	Assurer la disponibilité de la carte sanitaire/Dosso/Tillab	cogestion	8.000		3.000	3.000	2.000	0
A 01 03	Les plans d'actions pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et budget disponible	cogestion	120.000	0	18.000	26.500	43.000	32.500
	Appui/planification/Dosso/Tillabéri	cogestion	44.000		4.000	10.000	18.000	12.000
	Appui/évaluation semestrielle/Dosso/Tillabéri/Gaya/Goth	cogestion	52.000		9.000	10.000	17.000	16.000
	Suivi/PAP/PAA Gaya et Gothèye	cogestion	16.000		3.000	4.000	6.000	3.000
	Appui les réunions de Coordination	cogestion	8.000		2.000	2.500	2.000	1.500
A 01 04	Les population des rayons de plus de 5km sont couvertes par les services et soins d santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya	cogestion	152.000		13.000	35.000	53.000	51.000
	Sorties foraines /districts Gaya et Gothèye	cogestion	96.000		8.000	20.000	33.000	35.000
	Stratégie d'accès aux soins de santé en zone nomade	cogestion	56.000		5.000	15.000	20.000	16.000
A 01 05	Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya	cogestion	105.000		25.000	27.000	21.000	32.000
	Organiser un système de mutualisation communautaire	cogestion	40.000		10.000	10.000	10.000	10.000
	Créer un cadre de concertation sur la mutualisation	cogestion	60.000		15.000	15.000	10.000	20.000
	Appuyer la fonctionnalité du cadre de concertation	cogestion	5.000		0	2.000	1.000	2.000

A	02	Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés (2ème dimension CUS)				2.170.000	16%	367.000	630.000	707.000	466.000
A	02	01	Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualité dans les CSn CSI et HD des deux districts ciblés	cogestion	748.000		43.000	215.000	284.000	206.000	
			Appui utilisation protocoles de prise en charge MNT	cogestion	56.000		2.000	15.000	20.000	19.000	
			Audits cliniques	cogestion	30.000		10.000	5.000	10.000	5.000	
			Réunions coordination trimestrielles	cogestion	32.000		3.000	8.000	8.000	13.000	
			Appui santé scolaire	cogestion	28.000		2.000	10.000	10.000	6.000	
			Formation chirurgie district	cogestion	160.000		8.000	40.000	62.000	50.000	
			Consultant pour guide de supervision	cogestion	14.000		0	14.000	0	0	
			Logiciel télé-médecine	cogestion	12.000		2.000	10.000	0	0	
			Atelier du collaboratif qualité	cogestion	128.000		8.000	35.000	45.000	40.000	
			Appui système RCR	cogestion	96.000		4.000	25.000	40.000	27.000	
			Consultant bonnes pratiques santé mentale	cogestion	52.000		0	18.000	20.000	14.000	
			Gestion de s déchets biomédicaux	cogestion	140.000		4.000	35.000	69.000	32.000	
A	02	02	Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL	cogestion	320.000		33.000	130.000	107.000	50.000	
			Appuyer l'intégration des soins et services santé	cogestion	60.000		6.000	15.000	22.000	17.000	
			Elaborer/réviser/vulgariser les ordinogrammes	cogestion	56.000		7.000	16.000	20.000	13.000	
			Équipement biomédicaux	cogestion	120.000		20.000	80.000	20.000	0	
			Recherches actions aux soins ophtalmo, bucco, ORL	cogestion	84.000		0	19.000	45.000	20.000	
A	02	03	La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN	cogestion	822.000		258.000	199.000	214.000	151.000	
			Ateliers de formation/cadres MSP en e-health	cogestion	128.000		20.000	30.000	40.000	38.000	
			Équipements informatiques en e-health et équipement ICT	cogestion	240.000		200.000	40.000	0	0	
			Assurer la maintenance informatique	cogestion	16.000		5.000	6.000	5.000	0	
			Atelier de formation en informatique	cogestion	128.000		7.000	40.000	41.000	40.000	
			Coaching informatique à tous les niveaux	cogestion	256.000		9.000	60.000	120.000	67.000	
			Abonnement internet	cogestion	24.000		2.000	8.000	8.000	6.000	
			Elaboration d'un guide d'utilisation informatique	cogestion	30.000		15.000	15.000	0	0	
A	02	04	un cadre de collaboration entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri, Dosso ainsi que dans les districts de Gothèye et Gaya	cogestion	168.000		28.000	51.000	62.000	27.000	
			appuyer la fonctionnalité ONG et OSC	cogestion	40000		10000	13.000	17.000	0	
			Cadre de collaboration entre les secteurs privés	cogestion	16000		6000	7.000	2.000	1.000	
			Atelier de sensibilisation et de plaidoyer et conception	cogestion	40000		8000	13.000	17.000	2.000	
			Assurer le suivi/évaluation des activités du cadre	cogestion	40000		0	10.000	16.000	14.000	
			Appuyer les activités du réseau des OSC et journalistes	cogestion	32000		4000	8.000	10.000	10.000	
A	02	05	La participation communautaire est renforcée dans les districts de Hothèye t Gaya	cogestion	112.000		5.000	35.000	40.000	32.000	
			Formation/sensibilisation sur le droit à la santé		112.000		5.000	35.000	40.000	32.000	

A	03	Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée				1.226.200	9%	55.000	373.200	455.000	343.000
A	03	01	Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible	cogestion	573.000		1.000	194.000	210.000	168.000	
			Mise en oeuvre Plans RC	Régie	400.000		0	140.000	130.000	130.000	
			Elaborer un plan de formation du personnel en région/dist	cogestion	15.000		1.000	14.000	0	0	
			Suivre la mise en œuvre du plan de formation	cogestion	128.000		0	40.000	50.000	38.000	
			Evaluation du plan de formation	cogestion	30.000		0	0	30.000	0	
A	03	02	Un mécanisme de motivation du personnel des régions de tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué	cogestion	130.200		0	55.200	55.000	20.000	
			Elaborer document d'orientation de motivation/personnel	cogestion	6.200		0	6.200	0	0	
			Mise en application des documents d'orientation	cogestion	40.000		0	25.000	15.000	0	
			Mise en application les fiches de postes individuelles	cogestion	84.000		0	24.000	40.000	20.000	
A	03	03	Les compétences du personnel des régions de tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcés	cogestion	423.000		47.000	100.000	151.000	125.000	
			Renforcer les compétences des cadres des régions et districts	cogestion	120.000		12.000	25.000	45.000	38.000	
			Appuyer les audits médicaux	cogestion	63.000		11.000	15.000	20.000	17.000	
			Former des cadres en management de districts	cogestion	144.000		14.000	40.000	50.000	40.000	
			Former des cadres sur prise en charge oph, ORL (Dosso, Til/districts)	cogestion	96.000		10.000	20.000	36.000	30.000	
A	03	04	Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé	cogestion	100.000		7.000	24.000	39.000	30.000	
			Informatisation de la gestion prévisionnelle des RH/ FBR	cogestion	12.000		3.000	3.000	4.000	2.000	
			Renforcement des communes /décentralisation santé	cogestion	64.000		3.000	16.000	25.000	20.000	
			Appui mise en œuvre gestion prévisionnelle et carrière	cogestion	24.000		1.000	5.000	10.000	8.000	
A	04	Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AUM) est développée (1ere dimension CUS)				3.229.795	23%	151.000	1.174.000	1.246.000	658.795
A	04	01	Le FBR est appliqué dans les districts sanitaires de Gaya et Gothèye	Régie	2.657.795		120.000	980.000	1.006.000	551.795	
			Mettre en place le dispositif de FBR dans les districts	Régie	2.033.795		50.000	775.000	775.000	433.795	
			Atelier de formation des acteurs décentralisés sur le FBR	Régie	240.000		40.000	100.000	80.000	20.000	
			Mettre en œuvre l'AMU en articulation avec le FBR	Régie	160.000		0	50.000	70.000	40.000	
			Appuyer le mécanisme de financement de l'AMU	Régie	160.000		20.000	40.000	55.000	45.000	
			Créer le comité de pilotage /validation FBR/AMU	Régie	64.000		10.000	15.000	26.000	13.000	
A	04	02	L'unité de gestion de l'AMU est créée dans chacun des 2 districts	cogestion	300.000		20.000	110.000	130.000	40.000	
			Opérationnaliser l'unité de gestion dans les districts	cogestion	200.000		10.000	70.000	90.000	30.000	
			Assurer la formation nécessaire selon les besoins	cogestion	100.000		10.000	40.000	40.000	10.000	
A	04	03	Un système d'informatisation pour la gestion du FBR/l'AMU est développé	cogestion	120.000		6.000	40.000	50.000	24.000	
			Développer le système informatisé de gestion du FBR/AMU	cogestion	120.000		6.000	40.000	50.000	24.000	
A	04	04	Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation des AMU de leur rôle complémentaire et synergique	cogestion	100.000		0	30.000	40.000	30.000	
			Développer la collaboration/division des respons/taches décentralisé- déconcentré- gouvernance	cogestion	100.000		0	30.000	40.000	30.000	
A	04	05	La plate forme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2	cogestion	52.000		5.000	14.000	20.000	13.000	
			Utiliser la plate forme déjà en place	cogestion	20.000		3.000	5.000	8.000	4.000	
			Mettre à jour la plate forme FBR /DHIS2	cogestion	32.000		2.000	9.000	12.000	9.000	

A	05		Résultat 5 :La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance de équipements et des infrastructures sont améliorées.		1.451.126	10%	339.000	417.000	467.617	227.509
A	05	01	La stratégie de maintenance des équipements informatiques et biomédicaux développés à partir de la recherche action maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées	cogestion	460.000		83.000	129.000	134.000	114.000
			Appliquer le modèle RAM à Gaya et Gothèye	cogestion	320.000		64.000	80.000	96.000	80.000
			Renforcer les capacités es services	cogestion	56.000		10.000	14.000	18.000	14.000
			Former les utilisateurs	cogestion	64.000		4.000	20.000	20.000	20.000
			Elaborer et mettre en œuvre le plan de maintenance HD	cogestion	20.000		5.000	15.000	0	0
A	05	02	Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques et biomédicaux et logistique complémentaire	cogestion	577.126		200.000	200.000	158.617	18.509
			Doter les formations sanitaires (CS, CSI et HD) en équip	cogestion	577.126		200.000	200.000	158.617	18.509
			Doter les DRSP, CSI, et HD de Gaya et Gothèye/ rout	cogestion			0			0
			Doter les deux DRSP, CSI, et HD de Gothèye et Gaya/ internet	cogestion			0			0
A	05	03	L'entretien des infrastructures est assuré	cogestion	264.000	0	46.000	68.000	90.000	60.000
			Réhabiliter les infrastructures selon les besoins	cogestion	120.000		30.000	30.000	40.000	20.000
			Renforcer les capacités des services techniques	cogestion	144.000		16.000	38.000	50.000	40.000
A	05	04	Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagés	cogestion	150.000	0	10.000	20.000	85.000	35.000
			Capitaliser les expériences sur la gestion des équip/ infra	cogestion	60.000		0	0	50.000	10.000
			Repertorier et diffuser les bonnes pratiques	cogestion	90.000		10.000	20.000	35.000	25.000
A	06		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		1.463.800	10%	205.000	438.000	481.000	339.800
A	06	01	La mise en œuvre de la planification ascendante, intégrée, participative et basée sur les résultats est appuivée	cogestion	180.000		27.000	40.000	71.000	42.000
			Mettre à jour la carte sanitaire	cogestion	16.000		4.000	5.000	5.000	2.000
			Former les cadres à l'administ et utilisation carte sanitaire	cogestion	64.000		8.000	15.000	23.000	18.000
			Appuyer les cadres dans la planification stratégique	cogestion	60.000		10.000	10.000	28.000	12.000
			Appuyer l'intégration des projets et programmes verticaux	cogestion	40.000		5.000	10.000	15.000	10.000
A	06	02	Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS	cogestion	75.000		5.000	25.000	25.000	20.000
			Assurer la connexion entre DHIS2, la carte sanitaire, open	cogestion	75.000		5.000	25.000	25.000	20.000
A	06	03	Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP est appuyé	cogestion	304.000		62.000	94.000	93.000	55.000
			Appuyer l'IGS dans son rôle à tous les niveaux	cogestion	32.000		8.000	8.000	8.000	8.000
			Appuyer la mise en œuvre des approches collaboratives d'amélioration de la qualité	cogestion	15.000		2.000	4.000	5.000	4.000
			appuyer la mise en œuvre des approches rapides (RRI)	cogestion	15.000		2.000	4.000	5.000	4.000
			Coaching à tous les niveaux	cogestion	42.000		6.000	10.000	14.000	12.000
			Renforcer les capacités des équipes DRSP et ECD	cogestion	48.000		8.000	10.000	18.000	12.000
			Appuyer les revues annuelles et semestrielles	cogestion	120.000		28.000	50.000	35.000	7.000
			Appuyer les reformes du PDS	cogestion	32.000		8.000	8.000	8.000	8.000
A	06	04	Les compétences du MSP dans le suivi des recherches action et la capitalisation des expériences sont renforcées	cogestion	398.000		48.000	118.000	118.000	114.000
			Suivi des recherches sur le terrain	cogestion	72.000		4.000	20.000	12.000	36.000
			Atelier de capitalisation (avant projet" des stratégies)	cogestion	40.000		20.000	20.000	0	0
			Appuyer les protocoles de recherches	cogestion	132.000		12.000	35.000	50.000	35.000
			Renforcer les compétences des agents en RA	cogestion	144.000		10.000	40.000	54.000	40.000
			Appuyer l'institutionnalisation des expériences et BP	cogestion	10.000		2.000	3.000	2.000	3.000

A	06	05	Le processus d'accréditation des écoles de santé, des structures de soins et des laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé	cogestion	180.000		30.000	75.000	50.000	25.000
			Rendre fonctionnel le dispositif qualité	cogestion	40.000		10.000	10.000	10.000	10.000
			Capitaliser et documentaliser le processus	cogestion	60.000		5.000	45.000	10.000	0
			Formation des cadres en management qualité	cogestion	80.000		15.000	20.000	30.000	15.000
A	06	06	Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé	cogestion	326.800		33.000	86.000	124.000	83.800
			Appuyer la mise en œuvre du plan de décentralisation	cogestion	160.000		20.000	40.000	55.000	45.000
			Appuyer la mise en œuvre du plan de gestion des RH	cogestion	96.000		8.000	20.000	45.000	23.000
			Informatiser la gestion des RH	cogestion	18.800		0	10.000	5.000	3.800
			Renforcer les capacités matérielles de la DRH	cogestion	32.000		5.000	10.000	10.000	7.000
			Mise en place du dispositif d'évaluation de la performance	cogestion	20.000		0	6.000	9.000	5.000
A	07		<i>Résultat7 :Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne</i>		1.150.000	8%	233.000	309.000	315.000	293.000
A	07	01	Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, information/digitalisation du secteur, l'utilisation des cartes sanitaires et la microplanification, stratégie sur les maladies non transmissibles (santé mentale, diabète, HTA) sont développées/révisées	cogestion	340.000		17.000	74.000	94.000	155.000
			Suivi/renforcer /améliorer le comité technique du FBR	cogestion	40.000		2.000	14.000	14.000	10.000
			Capitaliser les bonnes pratiques de stratégies novatrices	cogestion	200.000		5.000	10.000	50.000	135.000
			Accompagner l'élaboration/révision stratégie/RAM/AMU/FBR	cogestion	100.000		10.000	50.000	30.000	10.000
A	07	02	Des échanges et des formations dans le cadre des stratégies novatrices sont réalisés	cogestion	150.000		10.000	40.000	58.000	42.000
			Voyage d'étude, participation aux fora FBR, digitalisation	cogestion	150.000		10.000	40.000	58.000	42.000
A	07	03	La régulation du secteur privé de santé est appuyé	cogestion	312.000		73.000	120.000	63.000	56.000
			Finaliser les directives et textes officiels sur secteur privé	cogestion	120.000		50.000	70.000	0	0
			Vulgariser les textes en vigueur	cogestion	120.000		10.000	30.000	40.000	40.000
			Mettre en œuvre la stratégie de contractualisation	cogestion	60.000		10.000	16.000	20.000	14.000
			Faciliter la coordination des ONG en santé et intégration	cogestion	12.000		3.000	4.000	3.000	2.000
A	07	04	Le e-health est fonctionnel	cogestion	248.000		113.000	45.000	70.000	20.000
			Elaborer un schéma directeur e-health	cogestion	40.000		40.000			0
			Mise en place comité technique digitalisation	cogestion	48.000		48.000	0	0	0
			Créer un centre d'appui aux structures/formation/encadrt	cogestion	160.000		25.000	45.000	70.000	20.000
A	07	05	La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue	cogestion	100.000		20.000	30.000	30.000	20.000
			Appuyer la mise en œuvre de la feuille de route AMU	cogestion	100.000		20.000	30.000	30.000	20.000

A	08		Résultat8 :Le Programme appuie les efforts du Secrétariat général, des directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP		546.400	4%	85.000	132.000	196.400	133.000
A	08	01	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel	cogestion	172.000		23.200	44.000	64.400	40.400
			Appuyer les réunions de coordination du SG	cogestion	9.600		3.000	2.000	2.400	2.200
			Appuyer les stratégies de communication	cogestion	96.000		9.000	30.000	30.000	27.000
			Appuyer la coordination du cabinet et Secrétariat Général	cogestion	6.400		1.200	2.000	2.000	1.200
			Appuyer les échanges entre pays voisins	cogestion	60.000		10.000	10.000	30.000	10.000
A	08	02	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et les directeurs pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF et autres secteurs afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis	cogestion	238.400		45.800	55.000	90.000	47.600
			Appuyer la rédaction des documents stratégique	cogestion	100.000		17.000	25.000	38.000	20.000
			Appuyer la stratégie de communication	cogestion	72.000		18.000	13.000	26.000	15.000
			Appuyer la coordination du cabinet et SG	cogestion	6.400		800	2.000	2.000	1.600
			Appuyer les échanges entre pays voisins	cogestion	60.000		10.000	15.000	24.000	11.000
A	08	03	Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes<<PTF-MSP>> qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays	cogestion	136.000		16.000	33.000	42.000	45.000
			Appuyer techniquement le comité mixte	cogestion	64.000		3.000	15.000	22.000	24.000
			Appuyer la coordination des directions régionales	cogestion	42.000		8.000	10.000	10.000	14.000
			Appuyer l'élaboration la fonctionnalité et le suivi compact	cogestion	30.000		5.000	8.000	10.000	7.000
X			Reserve budgetaire		240.000	1,7%	0	0	0	240.000
X	01		Reserve budgetaire		240.000		0	0	0	240.000
X	01	01	Reserve budgetaire	Cogest	60.000	0				60.000
X	01	02	Reserve budgétaire	Régie	180.000	0				180.000
Z			Resources General		1.921.679	14%	536.434	496.082	381.582	507.582
Z	01		Resources Humaines		1.196.960	9%	288.879	292.027	292.027	324.027
Z	01	01	Gestion Intervention	cogestion	95.040		23.760	23.760	23.760	23.760
			Responsable national du programme		95.040		23.760	23.760	23.760	23.760
Z	01	02	Equipe finance et administration	Régie	307.872		76.968	76.968	76.968	76.968
			Controleur de gestion		90.000		22.500	22.500	22.500	22.500
			Comptable Logisticien		87.312		21.828	21.828	21.828	21.828
			Sécretaire		36.144		9.036	9.036	9.036	9.036
			Chauffeurs du programme (2)		40.416		10.104	10.104	10.104	10.104
			Chauffeurs de l'intervention (2)		40.416		10.104	10.104	10.104	10.104
			Une personne d'entretien des locaux (1)		13.584		3.396	3.396	3.396	3.396
Z	01	03	Equipe Technique	Régie	652.224		163.056	163.056	163.056	163.056
			Assistant Technique national , santé publique,gouv		55.968		13.992	13.992	13.992	13.992
			Assistant technique national, santé publique, RA		120.960		30.240	30.240	30.240	30.240
			Assistant Technique national ICT, informatique médicale		108.432		27.108	27.108	27.108	27.108
			Assistants techniques national santé publique, Gaya		108.432		27.108	27.108	27.108	27.108
			Assistants techniques national santé publique, Gothèye		108.432		27.108	27.108	27.108	27.108
			Appui Scientifique au MSP		150.000		37.500	37.500	37.500	37.500

Z	01	04	Autres frais de personnel	Régie	68.852		6.852	10.000	10.000	42.000
			Recrutement, intérimaire et droits de licenciement		68.852		6.852	10.000	10.000	42.000
Z	01	05	Quote part RH UAP	Régie	72.972		18.243	18.243	18.243	18.243
			1 Expert Marchés publics		42.876		10.719	10.719	10.719	10.719
			1 Assistant Marchés Publics		30.096		7.524	7.524	7.524	7.524
Z	02		Investissement		192.501	1%	162.001	23.500	4.000	3.000
Z	02	01	Véhicules 4 x 4 (4)	Régie	140.000		120.000	20.000	0	0
Z	02	02	Matériel de bureau	Régie	20.000		15.000	1.000	2.000	2.000
			Bureaux, chaises, luminaires et aménagement		20.000		15.000	1.000	2.000	2.000
Z	02	03	Matériel informatique	Régie	11.500		9.000	1.500	1.000	0
			Imprimante, beamer, scanner, appareil photo, logiciel, clé usb		4.000		3.000	500	500	0
			Ordinateurs portables		7.500		6.000	1.000	500	0
Z	02	04	Aménagements bureau	Régie	4.000		1.000	1.000	1.000	1.000
					4.000		1000	1.000	1.000	1.000
Z	02	05	Quote -part investissement UGP	Régie	17.001		17.001	0	0	0
			Véhicule 4x 4 /Laptop		17.001		17.001	0	0	0
Z	03		Coûts opérationnelles		312.218	2%	78.054	78.055	78.055	78.055
Z	03	01	Frais fonctionnement bureau	Régie	24.000		6.000	6.000	6.000	6.000
Z	03	02	Service et frais maintenance	Régie	1.100		275	275	275	275
Z	03	03	Frais de fonctionnement des véhicules	Régie	134.400		33.600	33.600	33.600	33.600
Z	03	04	Frais de Missions	Régie	48.000		12.000	12.000	12.000	12.000
Z	03	05	Frais de représentation et de communication externe	Régie	19.200		4.800	4.800	4.800	4.800
Z	03	06	Formation	Régie	24.000		6.000	6.000	6.000	6.000
Z	03	07	Frais financiers (cogestion)	Régie	480		120	120	120	120
Z	03	08	Frais financiers (régie)	Régie	480		120	120	120	120
Z	03	09	Autres frais de fonctionnement	Régie	2.000		500	500	500	500
Z	03	10	Quote part fonctionnement UAP	Régie	58.558		14.639	14.640	14.640	14.640
Z	04		Audit et M&E		220.000	2%	7.500	102.500	7.500	102.500
Z	04	01	Backstopping, Baseline, monitoring et capitalisation	Régie	30.000		7.500	7.500	7.500	7.500
Z	04	02	Evaluation	Régie	160.000		0	80.000	0	80.000
Z	04	03	Audit	Régie	30.000		0	15.000	0	15.000
TOTAL					14.000.000	100%	2.059.434	4.093.282	4.450.099	3.397.186
					REGIE	4.664.434	632.674	1.452.322	1.363.822	1.215.617
					COGES	9.335.566	1.426.760	2.640.960	3.086.277	2.181.569

7.2 Ressources humaines

7.2.1 Les ressources humaines spécifiques à l'intervention

Les ressources humaines spécifiques à l'intervention

Liste des ressources humaines (RH) recrutées et financées par la partie belge ou par la partie « nigérienne »

Fonction	International /national	Nb de mois total disponible	Nb de mois financés par l'Intervention	Contribution belge/« partenaire »	Partie contractante
Responsable d'Intervention - médecin santé publique	National	48	48	Contribution belge	Partenaire nigérien
Co-responsable d'intervention - ECT médecin santé publique	International	48	0	ECT2	Partenaire belge
Expert Sectoriel - ECT économiste de la santé	International	36	0	ECT2	Partenaire belge
1 ATN santé publique, Planification, Gouvernance	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 ATN santé publique, RA, Qualité	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 ATN ICT, informatique médicale	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 ATN santé publique, Gothèye	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 ATN santé publique, Gaya	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 RAFI ³⁸	International	48	0	ECT2	Partenaire belge
1 Contrôleur de gestion	National	48	36	Contribution belge	Partenaire belge
1 expert en marchés publics ³⁹	National	48	18	Contribution belge	Partenaire belge

³⁸ Responsable administratif et financier international : sur la durée de l'intervention, partagé avec les autres interventions.

³⁹ Expert en marchés publics: sur la durée de l'intervention partagé avec les autres interventions.

1 assistant marchés publics ⁴⁰	National	48	18	Contribution belge	Partenaire belge
1 Comptable-logisticien	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 Secrétaire	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge
1 personne chargée de l'entretien des locaux	National	48	48	Contribution belge	Partenaire nigérien
4 Chauffeurs	National	48	48	Contribution belge	Partenaire belge

Une description des principales fonctions est jointe en annexe.

Liste des autres ressources humaines mises à disposition:

- Ressources humaines du PARSS : Certains assistants techniques nationaux du PARSS appuieront ponctuellement la mise en œuvre du PASS, notamment l'ATN architecte. Les besoins et modalités de mise à disposition ponctuelle de ces expertises internes au programme seront discutés en comité de coordination du programme.
- Assistants juniors dont l'appui pourrait être sollicité en fonction des besoins au cours de la mise en œuvre de l'intervention

7.3 Autres ressources et engagements

7.3.1 Partie belge

Des partenariats avec des institutions publiques belges seront conclus dans le cadre de l'intervention. Ceux-ci sont décrits ultérieurement.

7.3.2 Partie Partenaire

Le Ministère de la Santé mais également à disposition de l'intervention

- de bureaux ainsi que les salles de réunion pour l'ensemble de l'équipe PASS, y compris le personnel de soutien.
- du staffet leur paiement dans les districts ciblés
- du personnel motivé pour un changement (digitalisation, FBR, RA.....)
- contribution progressive au financement des moyens de fonctionnement
- moyens de communication comme internet,téléphone

⁴⁰ Assistant marchés publics : sur la durée de l'intervention partagé avec les autres interventions.

8 MODALITÉS D'EXÉCUTION

8.1 Cadre Légal

Le cadre légal de l'intervention « Programme d'appui au système de santé » est fixé par :

- La Convention Générale signée entre « la République du Niger » et le Royaume de Belgique en date du 26 mars 2003.
- Le Programme de Coopération (2017-2021) signé entre « la République du Niger » et le Royaume de Belgique.

Partie nigérienne :

La Partie nigérienne désigne le Ministère de la Santé Publique en tant qu'entité responsable de l'intervention. Le Ministère de la Santé Publique est représenté par le Ministre ou son Délégué.

Le Ministère de la Santé Publique» désigne le Secrétaire général comme Sponsor, responsable de la réalisation des résultats et de l'objectif spécifique de l'intervention.

La Partie « nigérienne » désigne le Secrétaire Général comme Ordonnateur, chargé d'ordonnancer et de liquider les dépenses selon les modalités mentionnées dans le présent DTF. Il pourra désigner un Ordonnateur délégué qui est le Directeur des Ressources Financières et du Matériel du MSP.

Partie belge:

La Partie belge désigne la Direction Générale de la Coopération au Développement et Aide Humanitaire(DGD) en tant qu'entité responsable de sa contribution à l'intervention. La DGD est représentée au Niger par l'Ambassade de Belgique à « Niamey ».

La Partie belge confie l'exécution de ses obligations à la Coopération Technique Belge (CTB). A ce titre, une Convention de Mise en Œuvre (CMO) est conclue entre la CTB et l'Etat belge.

La CTB est représentée au Niger par son Représentant Résident ou son adjoint.

Le Représentant Résident de la CTB assume le rôle de Coordonnateur et de Sponsor pour la partie belge.

8.2 Cycle de vie de l'intervention

La Convention Spécifique porte sur une durée de 60 mois, à compter de la date de signature de celle-ci.

L'exécution de l'intervention est prévue pour une période de 48 mois.

Le cycle de vie de l'intervention comprend trois phases principales : Démarrage, Exécution et Clôture opérationnelle.

Clôture administrative : 12 mois

Convention spécifique – 60 mois	
Exécution	Clôture administrative 12 mois
Démarrage effectif 6 mois	Mise en oeuvre 36 mois

Les guides CTB de démarrage et de clôture des interventions constituent les documents de référence pour les phases de préparation, de démarrage et de clôture. Le manuel de gestion administrative et financière de la CTB au Niger constitue la base de travail pour la phase de mise en œuvre.

8.2.1 Préparation

La phase de préparation de l'intervention démarre entre l'approbation technique du DTF par le comité de pilotage d'une part et la signature de la Convention de Mise en Œuvre (CMO) entre l'état Belge et la CTB d'autre part.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées pendant la phase de préparation :

- Préparation des démarches réglementaires nécessaires
- Identifications des RH à mobiliser
- Mobilisation de la contrepartie nationale
- Lancement du recrutement des RH internationales et nationales
- Préparation d'éventuels marchés (Cahier Spécial des Charges) nécessaires en vue de la Baseline exhaustive
- Préparation d'autres éventuels marchés
- Ouverture du compte principal
- Préparation des achats (CSC) de matériel (dont véhicules)

Les dépenses qui peuvent être effectuées pendant cette phase, dites « avant CMO » peuvent uniquement être des dépenses liées au recrutement et à la logistique de l'intervention.

Frais liés à des activités de démarrage	10 000 €
Etude de base	5 000 €
Autres études	5 000 €
Frais de personnel	5 600 €
Frais de recrutement de personnel	3 600 €
Formation des membres de l'équipe projet	2 000 €
Frais logistiques	7 000 €
Rénovation des bureaux de l'équipe programme	5 000 €
Achat matériel ICT	2 000 €
Total	22 600 €

8.2.2 Exécution

La phase d'exécution se divise en 3 sous-phases : démarrage effectif, mise en œuvre, clôture opérationnelle.

8.2.2.1 Démarrage effectif

La phase de démarrage effectif de l'intervention durera maximum 6 mois et se conclut par la validation du rapport de démarrage par le comité de pilotage.

Au début de cette phase le management de l'unité d'intervention prend fonction et le comité de pilotage d'ouverture de l'intervention a lieu. Lorsqu'un comité de coordination de programme est déjà en place, le management de l'unité d'intervention y prend rapidement part.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées durant cette étape (certaines assurant la continuité avec des démarches entamées durant la phase de préparation) :

- Finalisation des processus de recrutement de l'assistance technique internationale et nationale et installation des RH dans leur fonction.
- Ouverture des comptes de l'intervention et l'établissement des mandats du personnel de l'intervention.
- Réalisation des formations nécessaires.
- Poursuite de marché(s) éventuel(s) relatif(s) à l'établissement de la Baseline exhaustive
- Etablissement du manuel de gestion opérationnelle de l'intervention sur base du présent DTF, le cas échéant également sur base du manuel de gestion opérationnelle du programme, et en faisant référence au manuel de gestion administrative de la CTB applicable pour le programme de coopération bilatéral dans le pays partenaire
- Planification opérationnelle et financière de l'intervention

Le comité de pilotage valide les éléments suivants :

- Le manuel de gestion opérationnelle de l'intervention
- La première planification opérationnelle et financière
- Le plan de travail de la Baseline exhaustive

Le PV de ce comité de pilotage et les éléments qu'elle valide constituent le rapport de démarrage.

8.2.2.2 Mise en œuvre

La mise en œuvre opérationnelle de l'intervention démarre à l'approbation du rapport de démarrage par le comité de pilotage et se termine lors de l'approbation par le comité de pilotage du planning de clôture.

8.2.2.3 Clôture opérationnelle

La phase de clôture débute au plus tard six mois avant la fin de l'exécution de l'intervention.

Programmation de la clôture : trois mois avant la phase de clôture, une planification détaillée des activités et des produits attendus de cette phase sera élaborée par le management de l'unité d'intervention et soumise à l'approbation du comité de pilotage.

Rapport final : il sera rédigé et présenté pour approbation au comité de pilotage les trois mois à dater de la fin des activités opérationnelles. Ce rapport final sera accompagné des documents de clôture opérationnelle et financière. Une fois ce rapport approuvé, l'unité d'intervention est déchargée.

Six mois avant la fin de la convention spécifique il n'est plus autorisé de procéder à des engagements sans l'accord préalable de l'Ordonnateur et du Coordonnateur.

Au terme de la Convention spécifique, les dépenses ne sont plus autorisées, sauf si elles sont liées à des engagements actés dans le P.V. du comité de pilotage de clôture.

Après la clôture financière de l'intervention, les fonds non utilisés seront gérés selon les modalités prévues dans la Convention Spécifique

8.2.3 Clôture Administrative

Le rapport final est mis à jour en fin de période de clôture opérationnelle et est envoyé par la CTB à la DGD pour demande de réception définitive. Une fois ce rapport approuvé par la DGD l'intervention est administrativement clôturée.

Conformément à la Convention spécifique, après la clôture financière de l'intervention, les fonds non utilisés seront récupérés par l'Etat belge. A cette fin, la partie nigérienne s'engage à reverser à la CTB les soldes bancaires et les montants non éligibles dans un délai de trois mois à partir de l'approbation de la clôture financière par le Comité de Concertation Local.

8.3 Gestion Opérationnelle de l'intervention

Les modalités pratiques de gestion opérationnelle de l'intervention seront explicitées et détaillées dans un manuel de gestion opérationnelle de l'intervention.

Le manuel de gestion opérationnel précisera notamment les niveaux et mandats de responsabilité entre l'intervention, les programmes sectoriels et la représentation de la CTB au Niger, et cela selon le double principe de subsidiarité et de suppléance.

La **subsidiarité** vise à déterminer le niveau le plus pertinent pour exercer ses responsabilités, dans la recherche d'une plus grande efficacité/efficience. Les actions de décision sont déléguées au niveau le plus proche de l'exécution, sauf si

- elles peuvent être exercées de manière plus efficace/efficente à un niveau supérieur (économies d'échelle, capacité d'influence, etc.)
- elles visent des contrôles devant nécessairement être par un niveau supérieur (assurance)

La **suppléance** prévoit l'intervention du niveau supérieur uniquement lorsqu'une décision dépasse le mandat du niveau inférieur, ou suppose qu'une action spécifique soit nécessaire.

8.3.1 Planification opérationnelle

Chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par la direction de l'intervention en concertation avec l'unité de Programme et validée par le Comité de Pilotage

Cette planification annuelle comprend les quatre éléments suivants :

- La planification des activités
- La planification des marchés publics
- La planification des accords de subsides

- La planification financière

Elle se fera selon les procédures et modèles fournies par la CTB. La planification opérationnelle suivra le format du cadre logique et servira de base pour la programmation financière.

8.3.2 Gestion des ressources humaines

Responsabilités :

- Les ECT internationaux financés par la contribution belge seront recrutés et engagés par la CTB.
- Chaque partenaire (la CTB et le Niger) est responsable pour le recrutement et la sélection du personnel local qu'elle engagera. Chaque partenaire impliquera l'autre dans le processus de recrutement.
- La partie qui engage le travailleur est responsable de toute l'administration liée au contrat de travail.
- Le suivi et l'évaluation du Responsable d'Intervention est réalisé conjointement par la CTB et par le Ministère de la Santé publique. Le suivi et l'évaluation du coresponsable d'intervention relève de la responsabilité de la CTB. Toute information et contribution lors de cet exercice par l'autre partie sera bien entendu la bienvenue.
- La direction de l'intervention est responsable pour le suivi et l'évaluation des collaborateurs de l'intervention dont ils sont les supérieurs hiérarchiques (voir organigramme).

Ouverture des postes et recrutement :

- Tout poste est ouvert aux femmes et aux hommes et les femmes seront encouragées à postuler.
- Pour chaque recrutement, l'avis de recrutement tiendra compte des termes de référence (TdR) et du profil de compétences qui constitue l'architecture de fonction.

Législation qui régit les contrats de travail :

- Les contrats du personnel international recruté à Bruxelles par la CTB sont régis par la législation belge.
- Les contrats du personnel recruté dans le pays partenaire sont régis par la législation du pays partenaire.
- Les contrats de consultance ou d'expertise perçue liés à un appel d'offres sont régis par les règles de marchés publics applicables (soit ceux de la Belgique, soit ceux du pays partenaire)

Prolongation de contrat :

- Les autres prolongations de contrat au sein de l'unité d'intervention devront obtenir l'accord du Responsable d'Intervention et du coresponsable d'Intervention ainsi que de l'institution signataire du contrat.

Missions :

- Les missions du Coresponsable d'Intervention et du Responsable d'Intervention sont approuvées par leur responsable hiérarchique.
- Toutes les missions des autres membres de l'équipe de l'intervention devront être approuvées par le Responsable d'Intervention et/ou par le coresponsable d'Intervention)

- Les missions à l'étranger financées par la contribution belge sont soumises à l'approbation du Représentant Résident de la CTB
- Les modalités pour l'établissement des ordres et rapports de missions ainsi que les taux et procédures applicables en matière de per diem et de frais de missions seront ceux indiqués dans le manuel de gestion administrative applicable aux interventions de coopération entre le Niger et la Belgique signée par l'Ordonnateur et le Coordonnateur.

8.3.3 Mandats

Lignes budgétaires en COGEST

Les mandats pour les engagements liés à des lignes budgétaires en COGEST sont repris dans le tableau ci-dessous.

Mandataire pour le partenaire	Mandataire pour la CTB	Seuil
Intervention Change Manager ou son remplaçant	Intervention Manager ou son remplaçant	< 200.000€
Ordonnateur ou son remplaçant	Co-Ordonnateur ou son remplaçant avec Mandat Ad Hoc	>25.000 ou selon les règles de chaque organisation

Pour les paiements les mandats sont :

Mandataire pour le partenaire	Mandataire pour la CTB	Seuil	Type de compte
Intervention change Manager ou son remplaçant	Intervention Manager ou son remplaçant/RAFi	< 25.000€	Compte opérationnel
Ordonnateur ou son remplaçant / délégué	Co-Ordonnateur ou son remplaçant avec mandat Ad Hoc	>25.000 ou selon les règles de chaque organisation (mandat ad 'hoc du CA CTB pour > 200.000)	Compte principal et opérationnel
	RAFi ou son remplaçant avec procuration	>25.000 ou selon les règles de chaque organisation (mandat ad 'hoc du CA CTB pour > 200.000)	Compte principal et opérationnel

Lignes budgétaires en REGIE

Pour les lignes budgétaires en régie la CTB est responsable pour l'engagement et le paiement.

8.3.4 Gestion financière

8.3.4.1 Comptes bancaires

Dès la signature de la Convention Spécifique, un compte principal cogéré en EUR avec libellé 'Contribution Belge _ titre intervention/programme' doit être ouvert auprès de l'institution bancaire convenue entre le partenaire et la CTB. D'autres comptes cogérés (comptes opérationnels) peuvent être ouverts en cas de besoin. L'Ordonnateur et le Coordonnateur sont responsables de l'ouverture des comptes cogérés.

Le compte principal est actionné sous la double signature de l'Ordonnateur et du Coordonnateur de l'intervention ou de leurs délégués sur présentation des ordres de paiement. Ce compte est utilisé pour réception des fonds de la CTB, pour alimenter le compte opérationnel et pour effectuer les paiements supérieurs à 25.000 EUR.

Un compte courant (compte opérationnel) est ouvert dans une banque commerciale à NIAMEY en FCFA. Le compte opérationnel est activé par la double signature du responsable et du Co-responsable.

Pour tous les comptes bancaires, le principe de double signature est d'application selon les mandats.

L'Ordonnateur et le Coordonnateur sont responsables de l'ajout et/ou du retrait des pouvoirs de signatures des mandataires des comptes, dans le respect des règles internes de leurs organisations respectives. En cas de modification, la partie concernée communiquera celle-ci à la banque et en informera formellement l'autre partie.

Tous les paiements liés à des lignes budgétaires avec la mention 'COGEST' doivent être payés à partir de comptes ou caisses cogérées.

Pour l'exécution des paiements liés à des lignes budgétaires avec la mention 'REGIE', la CTB ouvrira des comptes sur lesquels seul le personnel de la CTB aura le pouvoir de signature.

8.3.4.2 Transferts de fonds

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'Etat belge et la CTB et après l'ouverture du compte principale cogéré, un premier transfert sera fait par la CTB sur ce compte.

Afin de recevoir les transferts suivants, l'intervention doit introduire un appel de fonds à la représentation locale de la CTB, selon les procédures de la CTB.

Le montant de l'appel de fonds correspond aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant. Le transfert de fonds effectué par la CTB se fait au début du trimestre et éventuellement en plusieurs tranches. En cas d'urgence, l'intervention peut introduire un appel de fonds anticipé, en en justifiant le besoin.

Le transfert de fonds se fait uniquement aux conditions suivantes:

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel doit être transmise à la CTB
- Tous les rapports exigés doivent être transmis à la CTB
- Le plan d'actions et le suivi d'audit et/ou MTR doivent être mis à jour

Les règles de gestion de la trésorerie de la CTB (transferts vers comptes opérationnels, gestion des caisses, ...) sont d'application

8.3.4.3 Dépassements budgétaires et changements budgétaires

Le budget du programme donne les contraintes budgétaires dans lesquelles l'intervention doit être exécutée.

Le montant total du budget de la Partie belge ainsi que celui de la Partie nigérienne de l'intervention tels que définis dans ce document et dans la convention spécifique ne peuvent être modifiés que moyennant un échange de lettres entre les signataires de la convention spécifique (cf. point 5.7 « adaptation du DTF » ci-après).

Pour le budget de la Partie belge, des dépassements au niveau du budget total par mode d'exécution ou du budget total des moyens généraux ne sont pas autorisés sauf accord du comité de pilotage sur la base d'une proposition de changement budgétaire élaborée par l'équipe de l'intervention selon les procédures de la CTB. Une proposition de changement budgétaire est également nécessaire dans les cas suivants :

- au niveau d'un résultat ou d'une rubrique des moyens généraux (Z-01, Z-02, etc.), le montant du dépassement est supérieur à 10% du dernier budget approuvé pour ce résultat ou cette rubrique.
- au niveau d'une ligne budgétaire, le montant du dépassement est supérieur à 20% du montant du dernier budget approuvé sur cette ligne et est strictement supérieur à 50.000€.

Pour ces changements budgétaires, un accord écrit de l'Ordonnateur et du Coordonnateur (ou un accord du comité de pilotage) est requis.

Au niveau du budget annuel du budget de la Partie belge, il n'y a pas de contraintes, excepté pour les moyens généraux où le budget annuel ne peut pas être dépassé de plus de 5%.

La réserve budgétaire du budget de la Partie belge peut uniquement être utilisée après accord préalable du comité de pilotage.

L'intervention doit assurer un bon contrôle et un suivi budgétaire régulier des engagements afin d'anticiper la gestion des éventuels changements budgétaires nécessaires.

8.3.4.4 Comptabilité et justification de dépenses

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. L'outil à utiliser est l'outil fourni par/ou convenu avec la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la direction du programme, excepté pour les comptes gérés par la CTB seule. La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique et si exigé, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. Les documents comptables doivent être à jour, précis et fiables et être conformes aux normes et règles comptables en vigueur.

Une dépense éligible est une dépense :

- identifiable, attestée par des pièces justificatives probantes, comptabilisée conformément aux standards en vigueur
- en lien avec les activités et les critères définis dans le DTF et nécessaire pour l'atteinte des résultats
- prévue dans le budget et imputée sur la ligne budgétaire adéquate
- répondant aux principes de bonne gestion financière

8.3.4.5 Gestion des biens et des stocks

Chaque bien et équipement acquis par l'intervention doit recevoir un numéro d'inventaire et doit être consigné dans un registre d'inventaire. Chaque semestre, un inventaire formel doit être réalisé et signé par la direction de l'intervention. L'utilisation du bien est strictement limitée aux activités de l'intervention. En cours de l'intervention, il peut être transféré sous tutelle et patrimoine d'une structure partenaire sur base d'un acte de transfert formel et suivant les procédures de la CTB.

Un suivi exhaustif des stocks doit être réalisé afin d'assurer que tous les mouvements sont autorisés, suivis sur des supports adéquats et régulièrement contrôlés. La direction de l'intervention doit assurer un contrôle formel mensuel des stocks.

A la fin de l'intervention, l'affectation du matériel, des équipements et des stocks divers sera définie dans le PV du comité de pilotage de clôture.

8.3.5 Gestion des Marchés Publics

La CTB ainsi que le Ministère de la Santé publique sont des organismes de droit public. A cet égard, ils ont l'obligation de respecter la Loi sur les marchés publics et d'appliquer pour tout achat les principes de transparence, mise en concurrence et d'égalité de traitement entre candidats.

La législation belge en matière de marchés publics est d'application pour les achats financés sur des lignes budgétaires en régie ; la législation nigérienne en matière de marchés publics est d'application pour les achats financés sur des lignes budgétaires en cogestion.

Quel que soit le système appliqué, la gestion des marchés publics nécessite une planification rigoureuse et un suivi précis. Les marchés publics gérés par l'intervention seront par conséquent une composante du monitoring opérationnel trimestriel (état d'avancement et planification opérationnelle).

8.3.5.1 Gestion des marchés publics en régie

Les activités suivantes seront gérées en régie par la CTB :

- les investissements liés au démarrage de l'intervention
- les audits indépendants
- les revues (MTR et ETR)
- les études et Expertises

8.3.5.2 Gestion des marchés publics en cogestion

Les marchés publics financés sur des lignes budgétaires en cogestion sont gérés selon le code nigérien en matière de marchés publics, sauf pour les dispositions relatives aux dérogations⁴¹ relatives au mode de passation, au contenu du dossier d'appel d'offres, à l'ouverture des plis, l'évaluation et l'attribution du marché, la signature, l'approbation et l'entrée en vigueur du marché. Ces dispositions sont applicables dans le cas où elles ne sont pas contraires aux règles ci-après :

- Pour les dérogations relatives au mode de passation des marchés publics : l'opportunité de recourir à un appel d'offres en deux étapes, à un appel d'offres restreint ou à une procédure

⁴¹ Telles que permises par l'article 6 du Code nigérien des Marchés publics.

négociée par entente directe ressort de l'appréciation des Ordonnateurs. Les avis de non-objection des Ordonnateurs remplacent tout autre avis, autorisation ou visa prévu par le Code nigérien des MP.

- Pour le contenu du dossier d'appel d'offres, l'ouverture des plis, l'évaluation et l'attribution du marché : l'ouverture des plis, l'évaluation et la proposition d'attribution du marché seront assurées par une commission nommée **commission d'évaluation et d'attribution du marché** désignée par les Ordonnateurs sur proposition de la Direction de l'intervention. Les avis de non-objection des Ordonnateurs remplacent tout autre avis, autorisation ou visa prévu par le Code nigérien des MP.
- Pour la signature, l'approbation et l'entrée en vigueur du marché : les avis de non-objection des Ordonnateurs remplacent tout autre avis ou visa prévu par le Code nigérien des MP.

Les marchés publics passés suivant le code nigérien seront ouverts à la participation des ONG et des ASBL.

Les Dossiers d'Appel d'Offres (DAO) feront référence à la source belge de financement. Ces marchés pourront porter sur des travaux, des fournitures et services ou des prestations intellectuelles. Dans le cadre de ces marchés, la maîtrise d'ouvrage sera assumée par le MSP qui signe le contrat ou son avenant. La CTB délivre quant à elle, un Avis de Non Objection aux différentes étapes du marché (la publication, l'attribution et signature du contrat et, le cas échéant, la signature d'un avenant), l'avis portant sur la bonne utilisation des fonds de la coopération belge. Les modalités pratiques de la délivrance des avis de non-objections (seuils, parties prenantes) suivront les règles établies par la CTB et selon les mandats définis au point 5.4.2.

Les équipes d'intervention jouent un rôle-clé tant au niveau de l'élaboration du Dossier d'Appel d'Offres que de l'évaluation des offres reçues. Elles veillent à la bonne définition des critères de sélection et d'attribution.

La CTB ne procédera au paiement que si l'attributaire du marché a exécuté le marché selon les règles de l'art et clauses et conditions du marché. La CTB veillera donc également à l'exécution du marché et si les réceptions du marché sont données à juste titre. Le paiement ne pourra avoir lieu que sur présentation du PV de réception.

8.3.5.3 Taxes, impôts et droits d'importation

La contribution belge ne sera en aucun cas utilisée au paiement de tout impôt, droit de douane, taxe d'entrée et autres charges fiscales (y compris la TVA) sur les fournitures et équipements, travaux et prestations de services. Si des taxes ou charges sont exigibles selon la législation nationale, elles seront prises en charge par la Partie nigérienne.

8.3.6 Gestion des conventions de subsides

En vertu de l'article 8 de la loi CTB, la CTB pourra financer un ou plusieurs organisme(s) tiers pour la réalisation d'une partie des activités de l'intervention ou d'une action propre de cet organisme, action contribuant à l'atteinte des objectifs de l'intervention.

L'octroi de subsides se fera conformément aux modalités décrites dans le Guide CTB pour l'élaboration et le suivi des Conventions de subsides.

Les organismes publics ou privés bénéficiaires de subsides sont appelés « bénéficiaires contractants ». Les bénéficiaires des actions financées au moyen du subside sont appelés les «bénéficiaires finaux».

8.3.6.1 Subsidés identifiés dans ce DTF

Les conventions de subsides identifiées dans le cadre de l'intervention sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Pour chaque subside envisagé, une ligne budgétaire dédiée est clairement identifiée dans le budget, de même que la modalité d'octroi, le bénéficiaire contractant, son statut et le nombre de bénéficiaires finaux concernés.

L'opportunité de signer ce type de convention devra être confirmée par l'équipe d'intervention au moment de l'exécution, en approfondissant l'analyse (cf. Guide Conventions de Subsidés), en motivant pourquoi, en l'espèce, le régime marchés publics n'est pas d'application, et en confirmant que le choix de l'organisme partenaire est toujours pertinent (continuité institutionnelle, compétences maintenues, capacités suffisantes etc...).

Les Conventions de subsides identifiées ci-dessous sont relatives au mécanisme de Financement Basé sur les Résultats, qui sera mis en place par le PASS au Niger, à l'image des initiatives couronnées de succès mises en œuvre au Bénin, Rwanda et Sénégal.

Ces Conventions de Subsidés porteront le nom de « Contrat de performance » pour accentuer les dimensions contractuelles et conditionnelles de l'engagement à la performance. Ces contrats de performance s'inscriront dans les modalités « subsides » et seront conclus en gré à gré avec des acteurs publics du système de santé (Centres de santé intégrés (CSI), les directions régionales de santé publique (DRSP) de Dosso et Tillabéry, les Hôpitaux de Districts (HD) et les Equipes Cadres de 2 Districts (ECD) ciblés.

Ces contrats de performance définiront précisément les indicateurs sur base desquels la performance de l'institution sera évaluée, indicateurs permettant d'assurer une amélioration des services de soins offerts aux patients.

Un comité de pilotage FBR, composé de représentants du MSP et du projet, analyseront sur base trimestrielle les rapports de performance des institutions et, sur cette base, définiront le montant du versement qui sera octroyé à l'institution. Des mécanismes de contrôle de ces performances seront mis en place.

Des catégories de dépenses éligibles seront définies, l'institution bénéficiaire du subside conservant une autonomie quant à l'utilisation qu'elle jugera adéquate des fonds, dans le respect du cadre fixé. Toutes les dépenses réalisées se feront conformément à la législation nigérienne et feront l'objet de pièces justificatives qui seront conservées par l'institution bénéficiaire.

Sur une base trimestrielle, l'institution remettra un rapport financier sur l'utilisation effective des fonds et mettra les pièces justificatives à disposition pour toute forme de contrôle, par les services du MSP, par le PASS ou par un auditeur externe.

Pour les CSI et l'HD

L'utilisation des subsides obtenus par les formations sanitaires (CSI et HD), toutes sources confondues (recouvrement des coûts, FBR, autres recettes, ...), se fera par l'application de l'outil indice.

L'outil indice est fondé sur l'utilisation des recettes sur base des dépenses réelles des formations sanitaires en veillant à privilégier les rubriques les plus importantes dont l'achat des médicaments et autres intrants (en leur réservant le plus grand pourcentage), fonctionnement, investissement, motivation du personnel, renforcement du système de référence contre référence, épargne en plaçant une réserve de trois mois en banque, etc.

Il faut préciser à ce niveau que la prime globale du personnel est la différence entre les recettes globales et toutes les dépenses engagées y compris la réserve en banque (la prime globale est répartie en primes individuelles du personnel en tenant compte de la catégorie de chaque personnel (niveau de formation), de l'ancienneté, de la responsabilité, des absences au niveau de la formation sanitaire et de l'évaluation individuelle du mois).

Pour l'ECD, la DRSP

Les subsides acquis à l'issue de l'évaluation de la performance servent à la motivation du personnel. Si la nécessité se présente, une partie des subsides obtenus pourrait servir à la mise en œuvre d'activités entrant dans l'amélioration de la performance.

Il est indispensable que le MSP continue de financer la mise en œuvre des activités régaliennes de l'ECD et de la DRSP.

Synthèse :

No.	No. Ligne budgétaire	Intitulé de l'activité	Budget (€) estimatif	Modalité d'octroi	Bénéficiaire Contractant	Statut (public/privé)	Nb de bénéficiaires finaux
1	A 04 01	FBR	850 100	Octroi direct	16 CSI Gothèye	Public	80 RH CSI
2	A 04 01	FBR	1 168 800	Octroi direct	22 CSI Gaya	Public	110 RH CSI
3.	A 04 01	FBR	86 000	Octroi direct	1 HD Gothèye	Public	50 RH HD
4.	A 04 01	FBR	111 300	Octroi direct	1 HD Gaya	Public	70 RH HD
5.	A 04 01	FBR	44 000	Octroi direct	1 ECD Gothèye	Public	8 RH ECD
6.	A 04 01	FBR	44 000	Octroi direct	1 ECD Gaya	Public	8 RH ECD
7.	A 04 01	FBR	33 000	Octroi direct	1 DRSP Tillabéri	Public	15 RH DRSP
8.	A 04 01	FBR	33 000	Octroi direct	1 DRSP Dosso	Public	15 RH DRSP
Total	A 04 01	FBR	2 370 200	Octroi direct		Public	

8.3.6.2 Cas particulier où les bénéficiaires contractants ne sont pas identifiés nominativement dans ce DTF

Pour chaque subside pour lequel le bénéficiaire-contractant n'est pas identifié dans le tableau ci-dessus, les conditions minimales pour identifier un bénéficiaire-contractant sont indiquées dans le(s) tableau(x) suivants⁴² :

No. Ligne budgétaire	A 04 02
Intitulé de la convention de subside	L'unité de gestion de l'AMU est créée
Critères d'éligibilité	<ul style="list-style-type: none"> - Critères d'exclusion prévus dans le guide relatif aux conventions de subsides. - Capacités minimum requises en terme technique, opérationnel ou financier pour assurer la bonne exécution des activités prévues. -
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Durabilité - Valeur ajoutée de la proposition d'un point de vue social et économique - Faisabilité de la proposition - Conformité de la proposition par rapport aux objectifs de l'intervention - Coût global et rapport qualité prix - Éligibilité des coûts - Impact attendu - Prise en compte des couches les plus vulnérables de la population.
Types de bénéficiaires contractants éligibles	Institution publique

Il sera nécessaire d'obtenir une approbation préalable du COPIL sur la base d'une justification clairement argumentée, consignée dans un PV.

En outre :

1) Pour les conventions de subsides d'un budget inférieur ou égal à 500.000€, la CTB informera l'Etat Belge. Pour ce faire, le Représentant Résident transmettra de manière régulière à l'ambassade belge la liste des bénéficiaires de conventions de subsides y compris l'objet et le montant de ces conventions.

2) Les conventions de subsides d'un budget supérieur à 500 000 EUR avec un bénéficiaire ne figurant pas dans le DTF seront soumises à l'approbation de l'administration belge.

⁴²Note: Les critères retenus seront élaborés pour chaque DTF en fonction des résultats à atteindre et du contexte sectoriel (liste de critères à répéter pour chaque subside pour lequel les bénéficiaires ne sont pas identifiés nominativement

8.3.6.3 Cas ou un subside n'est pas identifié dans le DTF

Si le recours à une Convention de Subsidés n'est pas envisagé dans ce DTF mais émane d'une proposition de la direction de l'intervention en cours d'exécution, il est nécessaire d'obtenir une approbation du COPIL, consignée dans un PV, sur base d'une argumentation claire motivant pourquoi en l'espèce, le régime marchés publics n'est pas d'application. Les modalités ci-dessus concernant l'information à l'Etat belge sur les bénéficiaires de subside ou l'approbation des bénéficiaires par le Ministre de la Coopération sont naturellement d'application.

8.3.7 Gestion Accords Spécifiques de Coopération (ASC)

Les accords de coopération dite « public-public » ou 'coopération horizontale' avec un partenaire public, peuvent se concrétiser pour la CTB par des 'accords-cadres de mutualisation' (ACM), opérationnalisés par des 'accords spécifiques de coopération' (ASC).

Ce type d'accord sera retenu dans le cas où l'intervention souhaite favoriser les synergies d'expertise publique émanant des autres pouvoirs publics à priori belges même si une coopération avec un pouvoir adjudicateur non belge est également possible.

Pour ce type d'accords, l'intérêt public et la notion de 'non-profit' sont mis en avant. Les pouvoirs adjudicateurs coopèrent en vue d'assurer conjointement l'exécution de missions de service public.

La signature d'ASC se fera selon les modalités décrites dans le Guide ACM/ASC de la CTB.

8.3.7.1 ASC identifiés nominativement dans ce DTF

Les ASC identifiés dans le cadre de l'intervention sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Pour chaque ASC envisagé, une ligne budgétaire dédiée est clairement identifiée dans le budget (voir ...), de même que l'ACM dans lequel l'ASC s'inscrit et le nom de l'entité partenaire.

No.	No. Ligne budgétaire	Intitulé de l'activité	Budget estimé (€)	ACM	Institution publique belge
1	A 04 02	Formation et encadrement sur l'AMU	160 000	ACM	INAMI-RIZIV
2	Z0113	Appui scientifique au MSP	150 000	ACM en préparation	Institut de Médecine Tropicale

L'opportunité de signer ce type d'accord devra être confirmée par l'équipe de l'intervention au moment de l'exécution, en approfondissant l'analyse (cf. Guide ACM/ASC), en motivant pourquoi le régime marchés publics n'est pas d'application et en confirmant que le choix du partenaire est toujours pertinent (synergie d'expertise publique, mise en avant de la valeur ajoutée bidirectionnelle de la collaboration, etc.)

8.3.7.2 Cas où un ASC n'est pas identifié nominativement dans ce DTF

Un partenariat sous forme d'ACM/ASC peut être envisagé en cours d'exécution. Il ne doit pas nécessairement être identifié durant la formulation. Dans ce cas, l'équipe d'intervention devra obtenir

l'accord du comité de pilotage et suivre la procédure telle que décrite dans le guide ACM/ASC afin d'initier le processus.

Deux situations peuvent se présenter :

- Soit il existe déjà un ACM avec le partenaire souhaité, et l'équipe pourra directement initier la procédure relative à la mise en place d'un ASC pour l'activité souhaitée ;
- Soit aucun ACM n'a encore été signé entre la CTB et l'institution publique avec laquelle on souhaite développer une synergie. Dans ce cas, l'équipe d'intervention initie le processus pour que la CTB envisage la conclusion d'un Accord-cadre de Mutualisation correspondant.

8.3.7.3 Validation d'un ASC

La règle générale pour la gestion d'un ASC est de respecter les procédures en vigueur pour l'engagement et le suivi de dépenses à la CTB.

Comme toute dépense, les dépenses relatives aux ASC doivent être planifiées dans les outils de planification.

Les ACM/ASC seront signés 'en régie', c'est-à-dire que seule la CTB est en mesure de signer l'ASC en tant qu'autorité contractante et en utilisant le système belge.

Le suivi et le contrôle des paiements sont faits en conformité avec les procédures en vigueur à la CTB.

8.4 Monitoring et Revues

Le Monitoring et les Revues soutiennent les besoins de redevabilité, d'apprentissage continu et de pilotage stratégique.

Le monitoring du programme et de l'intervention se fait de manière concertée au niveau du comité de coordination du Programme sous la responsabilité de l'Intervention Manager (Coresponsable de Programme) et de l'Intervention Change manager (Responsable de Programme).

(Cfr. le guide CTB « More Results » de la CTB pour toute directive et check-lists)

	Responsabilité	Système	Fréquence	Utilisateurs
Baseline	Unité de programme	CTB	Unique au démarrage de l'intervention	Programme, Intervention, comité de pilotage, CTB Repr Office
Monitoring opérationnel	Unité de programme	CTB	Trimestriel	Programme, Intervention, CTB Repr Office ainsi qu'au comité de pilotage
Monitoring des résultats	Unité de programme	CTB	Annuel	Programme, Intervention, CTB Repr Office, comité de pilotage, Ambassade
Revue à Mi-parcours	CTB HQ : Conseiller OPS/Externes	CTB	Unique	Programme, Intervention, CTB, comité de pilotage,

				DGD
Revue Finale	CTB HQ : Conseiller OPS/Externes	CTB	Unique	Programme, Intervention, CTB, comité de pilotage, DGD
Monitoring final	Unité de programme	CTB	Unique	Programme, Intervention, CTB Repr Office, Comité de pilotage, DGD

8.4.1.1 Baseline

Dès le démarrage du programme/intervention, le cadre de monitoring défini dans ce DTF devra faire l'objet d'appropriation par l'équipe du programme/intervention. Il s'agira d'avoir une matrice de monitoring complète indiquant la situation de référence et la valeur cible des différents indicateurs du programme/intervention. Le cadre du monitoring du programme et de l'intervention sera aligné sur les systèmes/méthodologies existants (si possible) et des méthodologies qualitatives.

Un rapport de la Baseline est établi selon le calendrier défini dans la phase de démarrage (au maximum 9 mois après le comité de pilotage d'ouverture. Il est présenté au comité de pilotage, qui en prend acte et approuve la façon dont l'intervention effectuera le monitoring de ses résultats.

Le rapport de la Baseline exhaustive contient les éléments suivants :

- Matrice de monitoring
- Plan de gestion des risques
- Planning opérationnel mis à jour
- Journal des incidences visées (marqueurs de progrès)
- Les indicateurs de la stratégie du FBR des CSI, HD, ECD et DRSP

8.4.1.2 Monitoring opérationnel trimestriel (MoNop)

Le monitoring opérationnel trimestriel dérive de la planification annuelle.

Chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par la direction du programme et validée par le comité de pilotage.

Le monitoring opérationnel est un processus continu basé sur cette planification et consolidé chaque trimestre.

Le Monitoring trimestriel comprend:

- La planification des activités et sa mise à jour
- La planification financière et sa mise à jour
- La planification des marchés publics et des accords de subsides
- L'état d'exécution des activités et dépenses prévues au trimestre précédent
- Le suivi de la gestion des risques
- Le suivi de la gestion des ressources humaines de l'intervention
- Le suivi des décisions du comité de pilotage

Elles se feront selon les procédures et modèles fournis par la CTB.

8.4.1.3 Monitoring annuel des résultats

Le Monitoring des résultats traite la partie « stratégique » du cadre de résultats sur base annuelle: output – outcome et, dans une moindre mesure, le niveau de l'impact.

Le rapport de résultats constitue une base essentielle pour le suivi du programme et de l'intervention et de ses éventuels ajustements (tant au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Ce rapport est cosigné par l'Intervention Change Manager l'Intervention manager.

Le comité de pilotage valide ou rejette les recommandations (pilotage stratégique).

8.4.1.4 Monitoring final (Rapport final)

Le monitoring final garantit la transmission à l'organisation partenaire et à la CTB ainsi qu'aux autres membres du comité de pilotage, des éléments clés de la performance du programme et de l'intervention et de veiller à ce que les leçons apprises soient enregistrées dans leur « mémoire institutionnelle ». En outre, le rapport final déclenche la clôture administrative du programme et de l'intervention par l'Etat Belge

Contenu

- Résumer des résultats obtenus à la fin de la mise en œuvre d'une intervention
- Documentation sur les enseignements tirés
- Vue d'ensemble des informations administratives et financières

Le rapport final doit être achevé au plus tard 1 mois avant le comité de pilotage de clôture.

Après approbation par le comité de pilotage, le rapport final est transmis à l'ambassade belge.

8.4.1.5 Revues et Audits

Revues :

La fonction principale des exercices de revue à Mi-Parcours et Finale est de fournir un point de vue extérieur sur la performance de l'intervention ainsi que d'analyser en profondeur le processus de développement en cours ou terminé. Les revues sont ainsi utilisées pour :

- analyser s'il est nécessaire de réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique
- fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques
- identifier les enseignements tirés et y réfléchir.

Étant réalisées par un acteur externe indépendant, les revues jouent un rôle important dans la redevabilité sur la performance de l'intervention. Les revues sont pilotées par la CTB-Bruxelles selon les processus en vigueur. Les Revues doivent être présentées en comité de pilotage afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces décisions sont intégralement reprises dans le PV du comité de pilotage).

En outre, les deux gouvernements pourront chacun, le cas échéant, procéder à une évaluation externe de l'atteinte des objectifs et des différents aspects de l'exécution de l'intervention.

Audits :

L'intervention doit être audité au minimum une fois sur la durée de mise en œuvre des activités.

Note : par prudence, un montant pour le financement de deux audits sera prévu dans le budget de l'intervention.

L'audit portera sur :

- la vérification que les comptes de l'intervention reflètent bien la réalité
- la maturité du système de contrôle interne et le respect des procédures
- la vérification de l'utilisation économique, efficiente et efficace des moyens de l'intervention

Le comité de pilotage peut demander des audits supplémentaires s'ils les jugent nécessaires. Le comité de pilotage charge la CTB de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon les standards internationaux) indépendante. Le rapport d'audit sera communiqué par la CTB au comité de pilotage. La direction de l'intervention doit élaborer un plan d'actions afin d'améliorer le système de contrôle interne et prouver que des mesures correctives ont été entreprises et appliquées. De plus, chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, les commissaires réalisent également des audits des interventions cogérés par la CTB. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'une intervention soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

Les autorités partenaires peuvent également procéder à un audit. Dans le cas d'un audit de l'intervention par les institutions de contrôle nationales, des vérifications de conformité avec le système national ne pourront avoir lieu là où le DTF établis clairement que le système CTB/Belge doit être utilisé. De plus, le périmètre de contrôle devra se limiter aux activités définies dans le budget sous la modalité « Cogestion », puisque les activités définies suivant la modalité « Régie » sont sous la responsabilité unique de la CTB et ne peuvent dès lors être soumises qu'aux contrôles de ses propres institutions/juridictions.

Tous les rapports d'audit seront partagés entre les parties et présentés au comité de pilotage. Les audits peuvent être réalisés de manière conjointe.

8.5 Adaptation du DTF

Toutes adaptations relatives à l'objectif spécifique de l'intervention, la durée de la convention spécifique, du budget total définis dans la convention spécifique, une demande motivée doit être introduite par le partenaire auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord du comité de pilotage. Si la Belgique accepte la demande, on procède à un échange de lettres signées par les deux parties

Pour toute autre adaptation du DTF, l'entité nigérienne responsable de l'exécution de l'intervention et la CTB peuvent en cours d'intervention adapter le présent Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement de l'intervention.

Pour les aspects ci-dessous, l'approbation préalable du comité de pilotage est requise:

- Aux formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie nigérienne
- Aux résultats
- Aux propositions de changement budgétaires (§5.5.2.3)
- Aux compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la Comité de pilotage
- Au mécanisme d'approbation des adaptations du DTF

- Aux indicateurs de résultats et d'objectif spécifique
- Aux modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties

La CTB en informe l'Ambassade belge si de telles modifications sont apportées.

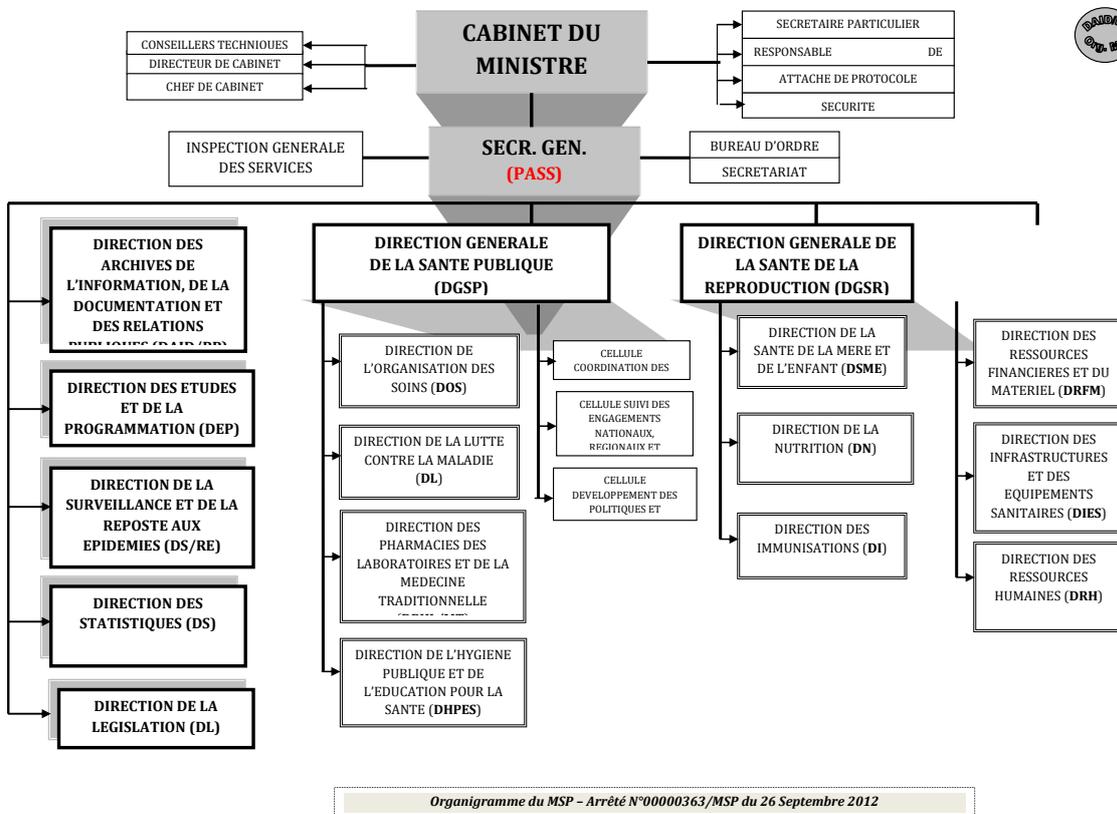
9 PILOTAGE, SUIVI ET CADRE ORGANISATIONNEL

9.1 Structure organisationnelle de l'Intervention

La configuration du programme sectoriel est présentée en partie I du présent DTF, au point 9.2 Structure organisationnelle du programme.

9.1.1 Présentation générale (Ancrage de l'intervention)

L'intervention PASS est ancrée au Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique



9.1.2 Structures organisationnelles spécifiques à l'Intervention

9.1.2.1 Unité d'intervention

L'unité d'intervention est composée de la Direction de l'Intervention, l'ECT-économiste de la santé, les ATN et l'équipe d'appui administratif et financier (dont certaines ressources sont partagées avec le programme sectoriel Elevage et l'intervention ponctuelle Renforcement des capacités).

Le MSP recrute ou désigne l'Intervention Change Manager (responsable national). Le MSP impliquera la CTB dans le processus de recrutement

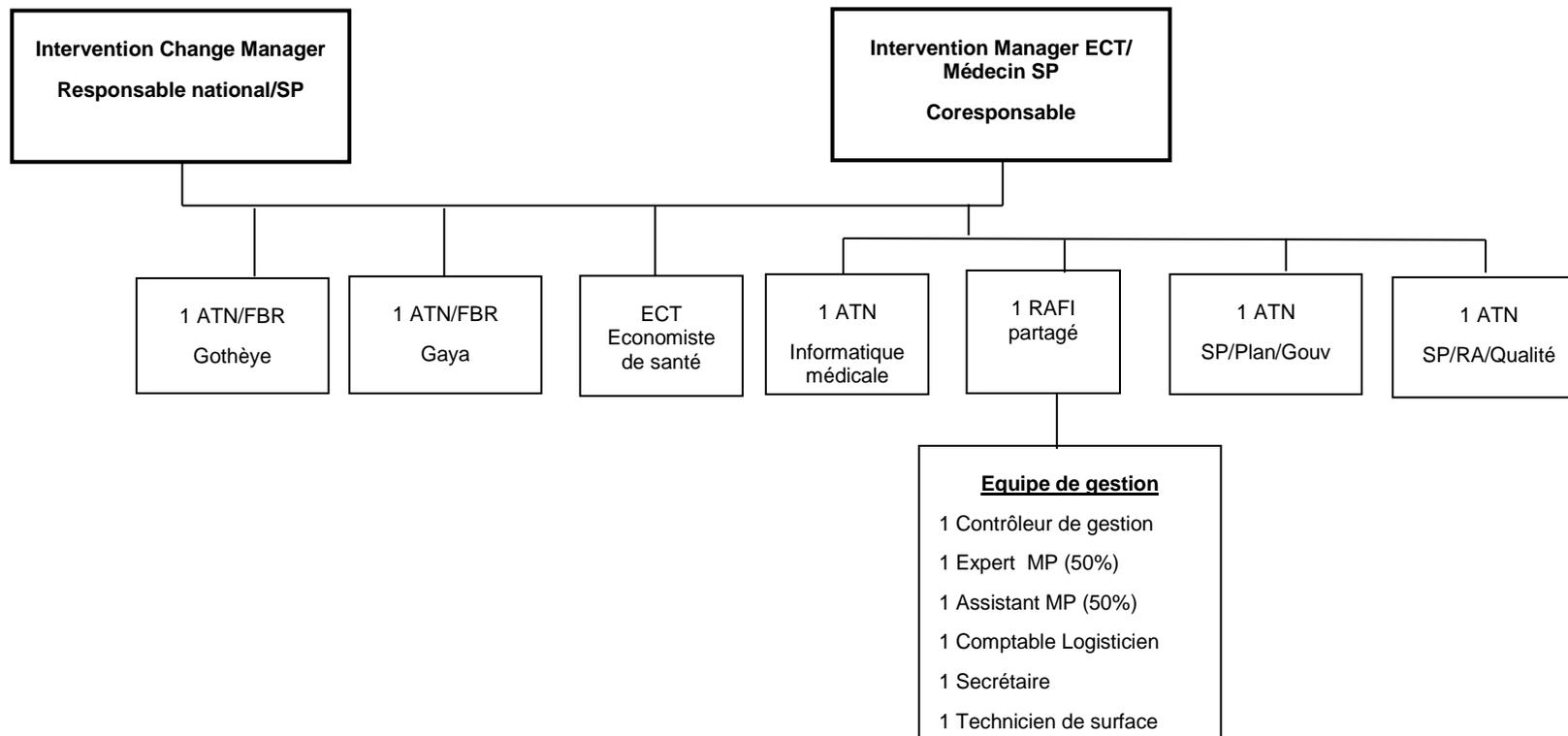
Le responsable national d'intervention porte, pour la partie nigérienne, la responsabilité de l'exécution de l'intervention en vue d'atteindre l'objectif spécifique, tel que stipulé dans la Convention spécifique et dans ce DTF.

La CTB contracte l'Intervention Manager (ECT santé publique). L'Intervention Change Manager et l'Intervention Manager forment la Direction de l'intervention.

Principales responsabilités :

- Réalisation des résultats en vue d'atteindre l'objectif spécifique
- Organisation et exécution des activités de l'intervention sous sa responsabilité directe
- De la gestion administrative et financière de l'intervention
- Monitoring de l'intervention
- Gestion de risques
- Planification opérationnelle et financière annuelle et de l'adaptation de cette planification en fonction de l'évolution de l'intervention
- Suivi de l'exécution des planifications et en particulier le respect du calendrier d'exécution de la planification (études, lancement des marchés, réceptions)
- Etude des problèmes de gestion des ressources (humaines, financières ou matérielles) ou d'interprétation de la Convention Spécifique ou du Dossier Technique et Financier qui se poserait pour le bon déroulement de l'intervention avant de les soumettre au Comité de Pilotage pour prise de décision
- Résoudre les problèmes de gestion des ressources humaines, évaluer la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition de l'intervention et prendre toutes mesures d'encouragement ou de correction nécessaire
- autres (en fonction du contexte de l'intervention et des besoins identifiés)
- Leurs responsabilités en termes de coordination du programme sectoriel sont mentionnées plus haut

9.1.2.2 Organigramme de l'intervention PASS



10 CHRONOGRAMME

	PRODUITS/SERVICES	Mode. d'exc.	Année 1 (6 m démarrage + 6 m exécution)				Année 2	Année 3	Année 4
			Q1	Q2	Q3	Q4			
	ACTIVITES								
A 01	Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins est augmentée (3ème dimension CUS)								
A-01-01	La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mise à jour	C							
	Ateliers de formations agents de SNIS en logiciel GIS	C							
	Coaching des utilisateurs des logiciels par niveau	C							
	Interconnecter le DHIS2 avec le logiciel carte sanitaire	C							
A-01-02	Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya	C							
	Elaborer un plan de couverture sanitaire/Dosso/Tillabéri	C							
	Assurer la disponibilité de la carte sanitaire/Dosso/Tilla	C							
A-01-03	Les plans d'actions pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et budget disponible	C							
	Appui/planification/Dosso/Tillabéri	C							
	Appui//évaluation semestrielle/Dosso/Tillabéri/Gaya/Goth	C							
	Suivi/PAP/PAA Gaya et Gothèye	C							
	Appui les réunions de Coordination	C							
A-01-04	Les populations des rayons de plus de 5 km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya	C							
	Sorties foraines /districts Gaya et Gothèye	C							
	Stratégie d'accès aux soins de santé en zone nomade	C							
A-01-05	Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya	C							
	Organiser un système de mutualisation communautaire	C							

	Créer un cadre de concertation sur la mutualisation	C							
	Appuyer la fonctionnalité du cadre de concertation	C							
A 02	Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés (2ème dimension CUS)								
A-02-01	Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualité dans les CS CSI et HD des deux districts ciblés	C							
	Appui utilisation protocoles de prise en charge MNT	C							
	Audits cliniques	C							
	Réunions coordination trimestrielles	C							
	Appui santé scolaire	C							
	Formation chirurgie district	C							
	Consultant pour guide de supervision	C							
	Logiciel télémedecine	C							
	Atelier du collaboratif qualité	C							
	Appui système RCR	C							
	Consultant bonnes pratiques santé mentale	C							
	Gestion des déchets biomédicaux	C							
A-02-02	Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL	C							
	Appuyer l'intégration des soins et services santé	C							
	Elaborer/réviser/vulgariser les ordinogrammes	C							
	Equipement biomédicaux	C							
	Recherches actions aux soins ophtalmo, bucco, ORL	C							
A-02-03	La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN	C							
	Ateliers de formation/cadres MSP en e-health	C							
	Equipment informatiques en e-health et équipement ICT	C							
	Assurer la maintenance informatique	C							
	Atelier de formation en informatique	C							
	Coaching informatique à tous les niveaux	C							
	Abonnement internet	C							
	Elaboration d'un guide d'utilisation informatique	C							

A-02-04	Un cadre de collaboration entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri, Dosso ainsi que dans les districts de Gothèye et Gaya	C							
	Appuyer la fonctionnalité ONG et OSC	C							
	Cadre de collaboration entre les secteurs privés	C							
	Atelier de sensibilisation et de plaidoyer et conception	C							
	Assurer le suivi/évaluation des activités du cadre	C							
	Appuyer les activités du réseau des OSC et journalistes	C							
A-02-05	La participation communautaire est renforcée dans les districts de Gothèye et Gaya	C							
	Formation/sensibilisation sur le droit à la santé								
A 03	Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée								
A-03-01	Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible	C							
	Elaborer un plan de formation du personnel en région/distr								
	Suivre la mise en œuvre du plan de formation	C							
	Evaluation du plan de formation	C							
A-03-02	Un mécanisme de motivation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué	C							
	Elaborer document d'orientation de motivation/personnel	C							
	Mise en application des documents d'orientation	C							
	Mise en application les fiches de postes individuelles	C							
A-03-03	Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcées	C							
	Renforcer les compétences des cadres des régions et districts	C							
	Appuyer les audits médicaux	C							
	Former des cadres en management de districts	C							
	Former des cadres sur prise en charge opht, ORL (Dosso, Tilla/districts)	C							
A-03-04	Le système de gestion des RH au niveau	C							

	déconcentré est renforcé								
	Informatisation de la gestion prévisionnelle des RH/ FBR	C							
	Renforcement des communes /décentralisation santé	C							
	Appui mise en œuvre gestion prévisionnelle et carrière	C							
A 04	Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AUM) est développée (1ere dimension CUS)								
A-04-01	Le FBR est appliqué dans les districts sanitaires de Gaya et Gothèye	R							
	Mettre en place le dispositif de FBR dans les districts	R							
	Atelier de formation des acteurs décentralisés sur le FBR	R							
	Mettre en œuvre l'AMU en articulation avec le FBR	R							
	Appuyer le mécanisme de financement de l'AMU	R							
	Créer le comité de pilotage /validation FBR/AMU	R							
A-04-02	L'unité de gestion de l'AMU est créée dans chacun des 2 districts	C							
	Opérationnaliser l'unité de gestion dans les districts	C							
	Assurer la formation nécessaire selon les besoins	C							
A-04-03	Un système d'informatisation pour la gestion du FBR/l'AMU est développé	C							
	Développer le système informatisé de gestion du FBR/AMU	C							
A-04-04	Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation d'AMU de leur rôle complémentaire et synergique	C							
	Développer la collaboration/division des réponses/tâches décentralisé-déconcentré- gouvernance	C							
A-04-05	La plateforme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2	C							
	Utiliser la plateforme déjà en place	C							
	Mettre à jour la plateforme FBR /DHIS2	C							
A 05	Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance d'équipements et des infrastructures sont améliorées.								
A-05-01	La stratégie de maintenance des équipements informatiques et biomédicaux développés à partir de la recherche action maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées	C							

	Appliquer le modèle RAM à Gaya et Gothèye	C							
	Renforcer les capacités es services	C							
	Former les utilisateurs	C							
	Elaborer et mettre en œuvre le plan de maintenance HD	C							
A-05-02	Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques et biomédicaux et logistique complémentaire	C							
	Doter les formations sanitaires (CS, CSI et HD) en équipement (voir R4)	C							
	Doter les DRSP, CSI, et HD de Gaya et Gothèye/ mat roulant (voir R4)	C							
	Doter les deux DRSP, CSI, et HD de Gothèye et Gaya/ internet (voir R4)	C							
A-05-03	L'entretien des infrastructures est assuré	C							
	Réhabiliter les infrastructures selon les besoins	C							
	Renforcer les capacités des services techniques	C							
A-05-04	Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagées	C							
	Capitaliser les expériences sur la gestion des équipes/ infra	C							
	Répertorier et diffuser les bonnes pratiques	C							
A 06 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									
A-06-01	La mise en œuvre de la planification ascendante, intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée	C							
	Mettre à jour la carte sanitaire	C							
	Former les cadres administratifs en utilisation carte sanitaire	C							
	Appuyer les cadres dans la planification stratégique	C							
	Appuyer l'intégration des projets et programmes verticaux	C							
A-06-02	Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS	C							
	Assurer la connexion entre DHIS2, la carte sanitaire, open	C							
A-06-03	Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP est appuyé	C							
	Appuyer l'IGS dans son rôle à tous les niveaux	C							

	Appuyer la mise en œuvre des approches collaboratives d'amélioration de la qualité	C							
	appuyer la mise en œuvre des approches rapides (RRI)	C							
	Coaching à tous les niveaux	C							
	Renforcer les capacités des équipes DRSP et ECD	C							
	Appuyer les revues annuelles et semestrielles	C							
	Appuyer les reformes du PDS	C							
A-06-04	Les compétences du MSP dans le suivi des recherches action et la capitalisation des expériences sont renforcées	C							
	Suivi des recherches sur le terrain	C							
	Atelier de capitalisation (avant-projet" des stratégies)	C							
	Appuyer les protocoles de recherches	C							
	Renforcer les compétences des agents en RA	C							
	Appuyer l'institutionnalisation des expériences et BP	C							
A-06-05	Le processus d'accréditation des écoles de santé, des structures de soins et des laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé	C							
	Rendre fonctionnel le dispositif qualité	C							
	Capitaliser et documenter le processus	C							
	Formation des cadres en management qualité	C							
A-06-06	Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé	C							
	Appuyer la mise en œuvre du plan de décentralisation	C							
	Appuyer la mise en œuvre du plan de gestion des RH	C							
	Informatiser la gestion des RH	C							
	Renforcer les capacités matérielles de la DRH	C							
	Mise en place du dispositif d'évaluation de la performance	C							
A 07 Résultat7 : Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne									
A-07-01	Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, information/digitalisation du secteur, l'utilisation des cartes	C							

	sanitaires et la micro planification, stratégie sur les maladies non transmissibles (santé mentale, diabète, HTA) sont développées/révisées								
	Suivi/renforcer /améliorer le comité technique du FBR	C							
	Capitaliser les bonnes pratiques de stratégies novatrices	C							
	Accompagner l'élaboration/révision stratégie/RAM/AMU/FBR	C							
A-07-02	Des échanges et des formations dans le cadre des stratégies novatrices sont réalisés	C							
	Voyage d'étude, participation aux fora FBR, digitalisation	C							
A-07-03	La régulation du secteur privé de santé est appuyée	C							
	Finaliser les directives et textes officiels sur secteur privé	C							
	Vulgariser les textes en vigueur	C							
	Mettre en œuvre la stratégie de contractualisation	C							
	Faciliter la coordination des ONG en santé et intégration	C							
A-07-04	L'e-health est fonctionnel	C							
	Elaborer un schéma directeur e-health	C							
	Mise en place comité technique digitalisation	C							
	Créer un centre d'appui aux structures/formation/encadrement	C							
A-07-05	La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue	C							
	Appuyer la mise en œuvre de la feuille de route AMU	C							
A 08	Résultat 8 : Le Programme appuie les efforts du Secrétariat Général ses directeurs généraux et transversaux pour un meilleur leadership porté par le MSP								
A-08-01	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel	C							
	Appuyer les réunions de coordination du SG	C							
	Appuyer les stratégies de communication	C							
	Appuyer la coordination du cabinet et Secrétariat Général	C							
	Appuyer les échanges entre pays voisins	C							
A-08-02	Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et	C							

	les directeurs pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF et autres secteurs afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis								
	Appuyer la rédaction des documents stratégiques	C							
	Appuyer la stratégie de communication	C							
	Appuyer la coordination du cabinet et SG	C							
	Appuyer les échanges entre pays voisins	C							
A-08-03	Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes<<PTF-MSP>> qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays	C							
	Appuyer techniquement le comité mixte	C							
	Appuyer la coordination des directions régionales	C							
	Appuyer l'élaboration la fonctionnalité et le suivi compact	C							
X	Reserve budgétaire								
X -01-01	Reserve budgétaire	C							
X -01-02	Reserve budgétaire	R							
Z	Ressources Générales								
Z 01	Ressources Humaines								
Z-01-01	Gestion de l'intervention	C							
	Responsable du programme/intervention	C							
Z-01-02	Equipe finance et administration	R							
	Contrôleur de gestion								
	Comptable Logisticien	R							
	Secrétaire	R							
	Chauffeurs programme (2)	R							
	Chauffeurs de l'intervention(2)	R							
	1 Personne entretien des locaux	R							
Z-01-03	Equipe technique	R							
	Assistant Technique national, santé publique, gouvernance	R							
	Assistant technique national, santé publique, RA	R							
	Assistant technique national ICT, informatique médicale	R							
	Assistant technique national santé publique, Gaya	R							
	Assistant technique national santé publique, Gothèye	R							
	Appui Scientifique au MSP	R							
Z-01-04	Autres frais de personnel	R							
	Recrutement, intérimaire et droits de	R							

	licencierement								
Z-01-05	Quotte part RH UAP	R							
	1 Expert en marchés publics (50 %)	R							
	1 Assistant marchés publics (50 %)	R							
Z 02	Investissement	R							
Z-02-01	Véhicules 4 x 4 (4)	R							
Z-02-02	Matériel de bureau	R							
Z-02-03	Matériel informatique (imprimante, beamer, clé, scanner...)	R							
Z-02-04	Aménagement bureau	R							
Z-02-05	Quotte part investissement UGP (véhicule 4x4 /laptop)	R							
Z 03	Coûts opérationnels	R							
Z-03-01	Frais de fonctionnement bureau	R							
Z-03-02	Service et frais de maintenance	R							
Z-03-03	Frais de fonctionnement des véhicules	R							
Z-03-04	Frais de mission	R							
Z-03-05	Frais de représentation et communication externe	R							
Z-03-06	Formation	R							
Z-03-07	Frais financiers (cogestion)	R							
Z-03-08	Frais financiers (régie)	R							
Z-03-09	Autres frais de fonctionnement	R							
Z-03-10	Quotte part fonctionnement UAP	R							
Z 04	Audit et M&E	R							
Z-04-01	Backstopping, Baseline, monitoring et capitalization	R							
Z-04-02	Evaluation	R							
Z-04-03	Audit	R							

PARTIE III : ANNEXES

ANNEXE 1 : CADRE DE RÉSULTATS

Intervention : Renforcement du Système de la Santé	
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	
Objectif spécifique intermédiaire 1 : L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts cibles	
Résultats	Produits/services
R1 L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (3 ^{ième} dimension CUS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mis à jour. 2. Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya. 3. Les plans d'action pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et le budget disponible. 4. Les populations des rayons de plus de 5 Km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya. 5. Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire. 6. Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya.
R2 L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés(2 ^{ième} dimension CUS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualités dans les CS, CSI et HD des deux districts ciblés. 2. Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL. 3. La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient HD, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN. 4. Un cadre de partenariat entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri et Dosso ainsi que les districts de Gothèye et Gaya.

	5. La participation communautaire est renforcée dans les districts de Gothèye et Gaya
R3 La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et mis en œuvre. 2. Un mécanisme de motivation du personnel (FBR, Collaboratif...) des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué. 3. Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcées. 4. Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé.
R4 Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/AMU est développée (1 ^{ière} dimension CUS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le FBR est appliqué dans les Districts sanitaires de Gaya et Gothèye. 2. L'Unité de Gestion (structure de mise en place) de l'AMU est créée dans chacun des 2 districts. 3. Un système d'informatisation pour la gestion de l'AMU est développé. 4. Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation des AMU de par leur rôle complémentaire et synergique. 5. La plateforme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2.
R5 La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées	<ol style="list-style-type: none"> 1. La stratégie de maintenance biomédicale et informatique développée à partir de la recherche-action Maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées. 2. Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire. 3. L'entretien du matériel informatique, NTIC est assuré. 4. Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagés.
Objectif spécifique intermédiaire 2 : Le Ministère de la santé publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé	
Résultats (outputs)	Produits/services
R6 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. La mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée. 2. Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS. 3. Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP est appuyé. 4. Les compétences du MSP dans le suivi des Recherches Action et la capitalisation des expériences sont renforcées.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Le processus de mise en œuvre du dispositif qualité/ accréditation dans les écoles de santé, les structures de soins et les laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé. 6. Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé.
<p>R7 Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, informatisation /digitalisation du secteur, utilisation des cartes sanitaires et la micro-planification, stratégie sur les Maladies Non Transmissibles (santé mentale, diabète, HTA...) sont développées/révisées. 2. Des échanges et des formations (voyages d'études, participation à des ateliers, fora etc.) dans le cadre des stratégies novatrices sont créés. 3. La régulation du secteur privé de santé est appuyée. 4. L'e-health est fonctionnel. 5. La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue.
<p>R8 : Le programme appui les efforts du Secrétariat Général, ses Directions Générales et transversales pour un meilleur leadership porté par le MSP.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses Directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel. 2. Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses Directions pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis. 3. Le ministère gère des groupes de réflexion mixtes « PTF-MSP » qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays.

Planning opérationnel : Les activités (à titre indicatif), liées aux produits et services

Intervention : Renforcement du système de la santé	
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	
Objectif spécifique intermédiaire 1 : L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts ciblés	
Produits/services	Activités
R1 L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (3^{ème} dimension CUS)	
La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mise à jour	<ul style="list-style-type: none"> • Former les agents du SNIS, des régions et districts ciblés en logiciel GIS. • Garantir l'accès au logiciel de la carte sanitaire au niveau des DRSP, DS et CSI. • Effectuer un coaching des utilisateurs des logiciels par niveau • Interconnecter le DHIS2 au logiciel carte sanitaire. • Transmettre semestriellement les données pour la mise à jour de la carte sanitaire.
Le plan de couverture sanitaire est disponible au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya,	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un plan de couverture sanitaire au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya. • Rendre disponibles les plans de couverture des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya (DRSP, Districts et CSI).
Les plans d'action pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des données du logiciel de la carte sanitaire, des plans de couverture et budget disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la planification ascendante des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya. • Appuyer les évaluations semestrielles dans les régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya. • Appuyer le suivi de la mise en œuvre des PAP et PAA dans les districts de Gothèye et Gaya. • Accompagner des réunions de coordination
Les populations des rayons de plus de 5 Km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya.	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les activités intégrées des sorties foraines dans les deux districts de Gothèye et Gaya. • Appuyer les activités intégrées des sorties mobiles dans les deux districts de Gothèye et Gaya.

	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les stratégies d'accès aux soins et services de santé aux populations nomades et des zones d'accès difficile.
<p>Un cadre de concertation pour le système de mutualisation des risques maladies est fonctionnel au niveau des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voir activités R4 • Collaborer avec le Ministère en charge de la Protection Sociale et de l'Agence des assurances maladies pour l'organisation d'un système de mutualisation (initiatives communautaires). • Créer un cadre de concertation sur la mutualisation des risques maladies au niveau communal, départemental et régional dans les régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya • Appuyer le fonctionnement du cadre de concertation sur la mutualisation des risques maladies au niveau communal, départemental et régional dans les régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya.
<p>R2 L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés (2ième dimension CUS)</p>	
<p>Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualités dans les CS, CSI et HD des deux districts ciblés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer l'utilisation des protocoles de prise en charge des MNT (diabète, HTA, santé mentale). • Appuyer les audits cliniques • Accompagner des réunions de coordination trimestrielles • Voir activités FBR. • Apporter un appui technique à la réalisation des supervisions à tous les niveaux (guide de supervision, préparation et mise en œuvre et suivi post supervision) • Mettre en place le logiciel « Kabisa » au niveau des HD, CSI des districts ciblés • Mettre en place la télémédecine dans les HD de Gothèye et Gaya • Appuyer la mise en œuvre des approches collaboratives d'amélioration de qualité dans les structures sanitaires des régions de Dosso et Tillabéri ainsi que les districts de Gothèye et Gaya • Tester la mise en œuvre du dispositif qualité, accréditation des formations sanitaires et laboratoires publics et privés des districts de Gothèye et Gaya (HD et écoles de santé) • Appuyer la mise en œuvre de la stratégie du système de référence et contre de référence (Évaluation, correction des faiblesses, monitoring etc.) dans les 2 régions ciblées • Mettre en œuvre dans les districts ciblés les bonnes pratiques issues de la recherche action santé mentale de Dosso

	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la gestion des déchets bio médicaux
<p>Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer l'intégration des soins et services en santé ophtalmologique, bucco-dentaires dans les PMA et PCA des structures des 2 régions • Elaborer /Réviser et vulgariser les ordinogrammes de prise en charge des pathologies ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL au niveau PCA HD, PMA CSI et Paquet Case de santé • Fournir l'équipement médical et un stock initial des produits de consommation pour la prise des soins ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL • Mener des recherches actions relatives aux soins ophtalmologiques, bucco-dentaires et ORL dans les deux districts sanitaires ciblés
<p>La gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient HD, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya, le CHR de Tahoua et l'HNN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Former les cadres et personnel en e-health, • Assurer l'équipement informatique e-health • Assurer la maintenance informatique • Doter les structures sanitaires en équipement ICT • Former le personnel à l'utilisation des logiciels de gestion (Carte sanitaire, DHIS2, Navette RH, Kabisa, etc.) • Effectuer un coaching informatique à tous les niveaux (DRSP, ECD, HD, CSI) • Renforcer la connectivité internet dans les régions et districts ciblés • Mettre en place un système de gestion informatique au niveau des CSI, HD des régions et districts ciblés et le CHR de Tahoua et l'HNN
<p>Un cadre de collaboration entre le secteur public et privé de santé est opérationnel au niveau des régions de Tillabéri, Dosso ainsi que les districts de Gothèye et Gaya,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la fonctionnalité et la coordination avec les ONG, OSC et autres • Créer un cadre de collaboration entre le secteur public et privé de santé dans les régions et districts ciblés. • Appuyer le fonctionnement du comité de partenariat entre le secteur public et privé de santé dans les régions et districts ciblés (réunion de sensibilisation de plaidoyer et conception multimédias) • Assurer le suivi /Évaluation des activités réalisées dans le cadre de la collaboration entre le secteur public et privé de santé • Appuyer les activités du réseau des OSC et journalistes pour la santé dans le cadre du plaidoyer en faveur de la collaboration entre le secteur public et privé

Renforcer la participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des activités de formation et de sensibilisation sur le droit à la santé avec attention spécifique pour le droit à la santé sexuelle et reproductive.
R3 La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée	
Un plan de formation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un plan de formation du personnel dans les régions et districts sanitaires ciblés Suivre la mise en œuvre du plan de formation Évaluer le plan de formation
Un mécanisme de motivation du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya est disponible et appliqué.	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un document d'orientation de motivation du personnel au niveau des districts ciblés (l'instauration du FBR, du collaboratif, voyages d'études et atelier) Mettre en application les documents d'orientation de motivation du personnel Mettre en application les fiches de poste individuelles dans les 2 districts ciblés
Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcées.	<ul style="list-style-type: none"> Former les cadres aux différents niveaux des DRSP et districts ciblés selon les besoins Poursuivre la formation en chirurgie de district. Appuyer les audits médicaux par des visites de spécialistes. Appuyer la supervision Former les membres des DRSP et ECD en management des formations sanitaires (des régions et districts ciblés) Former le personnel de santé des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sur la prise en charge des soins ophtalmologique, bucco-dentaire, ORL, et santé mentale
Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé.	<ul style="list-style-type: none"> L'informatisation de la gestion prévisionnelle des RH/ audits de FBR / Renforcer les communes (aspects de la décentralisation dans le domaine de la santé) – voir aussi consultance gouvernance Appuyer la mise en œuvre de la gestion prévisionnelle et de carrière du personnel (DRSP, DS et Département)
R4 Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/AMU est développée (1^{ière} dimension CUS)	
Le FBR est appliqué dans les Districts Sanitaires de Gaya et Gothèye	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un dispositif de FBR dans les deux districts ciblés (guide, outils, procédures, achats des indicateurs, suivi et évaluation et échange des bonnes pratiques) Organiser les modalités de mise en œuvre du FBR en lien avec le manuel FBR Niger (y compris les maires, les structures sanitaires privées)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre l'AMU en articulation avec le FBR ▪ Appuyer la société civile pour assurer son rôle dans le FBR (renforcer la vérification communautaire) ▪ Unifier la multitude de mécanismes de financement dans une AMU (gratuité, indigence, Zakat, Etat, PTF, centime additionnel....) ▪ Créer un comité de pilotage / validation FBR/AMU dans chacun des districts sanitaire et renforcer ses capacités
L'Unité de Gestion de FBR/AMU est créée dans chacun des 2 districts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opérationnaliser l'Unité de gestion dans chacun des districts sanitaires (recruter le personnel, doter les unités de gestion de locaux, de matériel roulant, d'équipement bureautique, d'informatique, de logiciels) ▪ Assurer les formations nécessaires selon les besoins
Un système d'informatisation pour la gestion du FBR/l'AMU est développé	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un système informatisé de gestion du FBR/AMU (Consultance, étude...)
Les acteurs des collectivités territoriales sont appuyés pour faciliter l'accès aux soins des populations par l'installation des AMU de par leur rôle complémentaire et synergique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la collaboration / division des responsabilités et tâches décentralisées – déconcentrées (voir aussi consultance gouvernance) ▪ Sensibiliser et organiser les populations autour des CSI : assurance maladie mais aussi la micro-planification ▪ Conscientiser les collectivités territoriales autour des problèmes de santé (PF, santé scolaire, ophtalmo, bucco-dentaire....) ▪ Former et sensibiliser sur le droit à la santé ▪ Appuyer la mise en place des mutuelles
La plateforme FBR est mise à jour pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser la plateforme FBR déjà en place ▪ Mettre à jour la plateforme FBR pour pouvoir assurer un lien automatique avec DHIS2.
R5 La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées	
La stratégie de maintenance des équipements informatiques et biomédicaux développée à partir de la recherche-action Maintenance (RAM) est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer le modèle RAM dans les districts sanitaires de Gaya et Gothèye ▪ Renforcer les capacités des services techniques pour une gestion durable des équipements biomédicaux et informatiques et la maintenance préventive ▪ Former les utilisateurs ▪ Elaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance pour les hôpitaux des districts ciblés
Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Doter les formations sanitaires (CS, CSI et HD) en équipements et matériel bio médical de base complémentaire • Doter les DRSP, CSI et HD de Gothèye et Gaya en matériel roulant complémentaire

	<p>(Moto, véhicules de supervision et ambulance)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doter les 2 DRSP, CSI et HD de Gothèye et Gaya en moyen de communication complémentaire (téléphones, flotte-internet, GPS et tablettes)
L'entretien du matériel informatique, NTIC est assuré.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réhabiliter les infrastructures selon les besoins ▪ Renforcer les capacités des services techniques pour une gestion durable du matériel informatique
Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capitaliser les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures à tous les niveaux ▪ Répertorier et diffuser les bonnes pratiques
Objectif spécifique intermédiaire 2: Le Ministère de la santé publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé	
Produits/services	Activités
R6 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	
La mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à jour la carte sanitaire numérique et dynamique ▪ Former les cadres à l'administration et à la mise à jour de la carte sanitaire ▪ Appuyer les cadres dans la planification stratégique et le suivi ▪ Appuyer l'intégration des projets et programmes verticaux
Des données sanitaires de qualité sont produites par le SNIS	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la synchronisation entre DHIS2, la carte sanitaire, Open Clinic et la plateforme FBR et autres logiciels par une expertise externe
Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP est appuyé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer l'IGS dans son rôle de contrôle à tous les niveaux ▪ Appuyer la mise en œuvre des approches collaboratives d'amélioration de la qualité ▪ Appuyer la mise en œuvre des approches rapides pour atteindre les résultats (RRI) ▪ Organiser des coachings réguliers des supervisions à tous les niveaux ▪ Renforcer les capacités des équipes du niveau central et des cadres des DRSP et ECD ▪ Appuyer les revues annuelles et semestrielles ainsi que les réunions du comité de suivi du PDS ▪ Appuyer la mise en œuvre des réformes du PDS
Les compétences du MSP dans le suivi des recherches action et la capitalisation des expériences sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser le suivi des recherches sur le terrain ▪ Maintenir des groupes techniques autour de chaque RA ▪ Mener des ateliers de capitalisation ('avant-projets' des stratégies à développer) ▪ Appuyer la mise en œuvre des protocoles de recherches ▪ Renforcer les compétences des agents en recherche en santé

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer l'institutionnalisation des expériences et bonnes pratiques retenues
Le processus d'accréditation des écoles de santé, des structures de soins et des laboratoires d'analyse médicales publics et privés est appuyé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre fonctionnel le dispositif qualité ▪ Mettre en place des organes d'accréditation ou de certification des formations sanitaires ▪ Capitaliser et documenter le processus ▪ Rédiger une note stratégique de qualité basée sur les expériences ▪ Renforcer les compétences des cadres en management de la qualité
Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer la mise en œuvre du plan de décentralisation /déconcentration ▪ Appuyer la mise en œuvre du plan de gestion des RH dans le contexte de la décentralisation ▪ Renforcer la gouvernance des RH à tous les niveaux par la gestion informatisée et gestion prévisionnelle et stratégique, gestion des carrières ▪ Renforcer les capacités matérielles de la DRH ▪ Appuyer la DRH à mettre en place un dispositif d'évaluation de la performance individuelle et collective (tester les fiches de poste)
R7 Le Programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne	
Des stratégies nationales autour de l'AMU, Maintenance, FBR, évaluation de la performance du personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, informatisation /digitalisation du secteur, utilisation des cartes sanitaires et la micro-planification, stratégie sur les Maladies Non Transmissibles (santé mentale, diabète, HTA...) sont développées/révisées.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la réflexion autour du FBR et suivre/alimenter le comité technique du FBR ▪ Renforcer et animer les autres comités techniques autour des stratégies novatrices ▪ Capitaliser les bonnes pratiques de stratégies novatrices ▪ Accompagner l'élaboration/révision des stratégies novatrices (maintenance, AMU, FBR, évaluation de la performance personnel de santé, décentralisation et l'articulation avec la déconcentration, digitalisation du secteur, utilisation des cartes sanitaires, micro-planification, communication institutionnelle, stratégie sur les maladies non transmissibles (santé mentale, diabète, HTA...))
Des échanges et des formations dans le cadre des stratégies novatrices sont réalisés	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des voyages d'étude, des participations à des ateliers, des fora sur FBR, digitalisation, gestion d'équipe, leadership et management, qualité...)
La régulation du secteur privé de santé est appuyée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser les directives et les textes officiels concernant le secteur privé de la santé ▪ Vulgariser les textes en vigueur ▪ Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de contractualisation ▪ Faciliter la coordination des ONG en santé et leur intégration
L'e-health est fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un schéma directeur e-health ▪ Mettre en place et rendre fonctionnel le comité de pilotage e- health

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place et rendre fonctionnel un comité technique de gestion de la digitalisation (logistique, maintenance, développement,) ▪ Mettre en place un centre qui peut appuyer toutes les structures dans leur besoin en formation/encadrement en informatique médicale (open clinic)
La mise en œuvre de la feuille de route pour le développement de l'AMU au Niger est soutenue	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la mise en œuvre de la feuille de route AMU
R8 : Le programme appui les efforts du Secrétariat Général, ses Directions Générales et transversales pour un meilleur leadership porté par le MSP.	
Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses Directions pour assurer un appui cohérent et consistant au système de santé y compris par son personnel opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer les réunions de coordination du secrétariat général ▪ Appuyer les stratégies de communication internes et externes afin de bien communiquer les stratégies du Ministère ▪ Appuyer la coordination du cabinet et du Secrétariat Général ▪ Appuyer les échanges entre pays voisins
Une vision et des stratégies prioritaires communes sont partagées par le SG et ses directeurs pour assurer un dialogue cohérent et consistant avec les PTF et autres secteurs afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer la rédaction de documents stratégiques ▪ Appuyer les réunions de coordination MSP/ PTF ▪ Appuyer le réseautage du Ministère avec les autres instances nationales et internationales
Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes « PTF-MSP » qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité qui permettent d'orienter la politique sanitaire du pays.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporter un appui technique aux comités mixtes ▪ Appuyer la coordination des directions régionales de la santé publique par le SG (Visio/audio conférence.....) ▪ Appuyer l'élaboration, la fonctionnalité et le suivi du Compact

ANNEXE 2 : DESCRIPTIONS DE FONCTION

PERSONNEL LONG TERME INTERNATIONAL

ECT santé publique

Intervention Manager (Co-responsable de l'Intervention « Programme d'Appui au Système de Santé »)

Titre

Co-responsable de l'intervention « Programme d'Appui au Système de Santé ».

Durée et

48 mois.

Lieu de travail et cadre institutionnel

Lieu de travail est principalement Niamey. La fonction nécessite des missions fréquentes dans les régions de Dosso et de Tillabéri.

Le candidat travaillera à Niamey au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP), où il sera rattaché au Secrétariat Général (SG). Il effectuera de multiples déplacements dans les régions afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. Malgré l'ancrage spécifique au niveau du SG, le co-responsable est tenu de coopérer étroitement avec plusieurs directions du MSP.

Objectif de la fonction

L'expert en coopération technique (ECT2), est en charge de la coordination et du management de la mise en œuvre du programme bilatéral dans le secteur de la Santé au Niger.

Vu l'objectif général et spécifique du programme d'appui au secteur de la santé, l'ECT sera un expert en Santé Publique possédant une solide connaissance et expérience en financement de la santé.

Responsabilités

1/ Volet formulation et démarrage du programme : assurer, ensemble avec le responsable national, la réalisation de la formulation du programme en concertation avec les parties prenantes, les points focaux nationaux et régionaux ainsi que le Représentant Résident et l'équipe pays de la CTB qu'il préside.

2/ Volet de coordination : l'ECT2 assure, ensemble avec le responsable national du programme PASS (la personne déléguée par le Secrétariat Général), la coordination du programme bilatéral dans le secteur de la santé. Il est ainsi en charge de la mise en œuvre de l'intervention afin d'assurer l'atteinte des résultats de concert avec le responsable national

3/ Volet technique de l'appui : le conseiller technique est responsable d'un encadrement technique rapproché de qualité en relation avec les aspects de gestion de changement et de santé publique durant la mise en œuvre de l'intervention. Il est responsable pour l'ensemble des résultats, avec l'appui de l'équipe du PASS.

4/ Volet gestionnaire de l'équipe : veiller au fonctionnement du personnel du programme employé par la CTB.

L'emploi du temps sera occupé majoritairement, et à part égale, par les volets « technique » et « coordination ». Le volet « gestionnaire de l'équipe » est avant tout transversal. Les tâches spécifiques liées à ce volet prennent une partie minoritaire de l'emploi du temps de l'ECT.

Tâches pour le volet formulation/démarrage :

En concertation avec la Représentation de la CTB au Niger (et les experts de l'équipe pays), assurer, ensemble avec le responsable national :

- l'interaction avec le Comité Technique et Comité de Pilotage mis en place par la partie nigérienne dans la coordination du processus de formulation du programme sectoriel.
- le raffinement de la stratégie du programme et sa cohérence interne stratégique et opérationnelle (entre les différents axes du programme) et sur base des termes de références de la formulation arrêtés entre l'Etat belge, la CTB et le Niger.
- la précision de la structure organisationnelle du programme, les mécanismes de suivi-évaluation et d'apprentissage à promouvoir au niveau du programme et du secteur.
- en collaboration avec les partenaires nigériens et les concernés, la coordination de la formulation opérationnelle du programme selon le calendrier prévu, ce qui inclut notamment les activités suivantes : préciser les stratégies et la planification opérationnelles (y inclus le budget) et le système de monitoring et évaluation, préciser les modalités d'exécution, les modalités d'assistance technique.

Tâches pour le volet coordination :

Ensemble avec le responsable national :

- Contribution à la vision stratégique du secteur de la santé, son ancrage institutionnel au sein des structures partenaires nigériennes et sa complémentarité avec les autres partenaires techniques et financiers dans le secteur.
- Définir la vision et les stratégies opérationnelles du programme.
- Veiller à la cohérence interne du programme, et la compréhension partagée en relation avec les concepts et les stratégies du PASS
- Lors du démarrage, définir avec les autres membres de l'équipe du Programme, les produits attendus du programme, bases des programmations opérationnelles et financières.
- Assurer l'exercice de baseline et mise en place du système de suivi et évaluation du programme réalisé avec toutes les parties prenantes.
- Consolider les processus de planification et de rapportage des interventions, de manière à en assurer la cohérence et renseigner le cadre de résultats du programme.
- Identifier et gérer les risques principaux dans l'atteinte des résultats du programme, et adopter toutes les mesures préventives ou correctives nécessaires.
- Veiller à la prise en compte des thèmes transversaux genre et environnement dans la mise en œuvre du programme (droits de l'enfant, VIH/Santé Reproduction), y inclus dans les activités de recherche-action.
- Piloter et coordonner la mise en œuvre du programme
- Rendre compte régulièrement de l'avancement du programme, notamment sur le plan de l'exécution budgétaire et de la réalisation des résultats du programme.
- Assurer le démarrage et la clôture du programme.
- Organiser avec la représentation les missions d'appui scientifique/technique et backstopping, et appuyer ces missions.
- Mutualiser et coordonner l'utilisation des expertises internes et externes, ainsi qu'assurer l'utilité en contribuant/assurant la rédaction des termes de référence des études et des évaluations externes, donner aux consultants/évaluateurs un aperçu introduction à leur mission et discuter en fin de mission des conclusions de leur visite.
- Promouvoir les opportunités d'apprentissage collectif aux différents niveaux (internes au programme et contributions au 'secteur') et en ce sens contribuer aux revues du programmes, et organiser les missions de suivi et d'appui scientifique/technique, le monitoring annuel des résultats, la capitalisation des expériences ainsi que la diffusion des résultats de recherche.

- Assurer la préparation technique des sessions du comité de pilotage et en assurer le secrétariat.
- Contribuer au dialogue technique dans les espaces de concertation et d'échange prévus avec les partenaires nigériens et les autres intervenants au niveau national et régional.
- Contribuer au dialogue politique au côté du partenaire, en bonne entente avec l'Ambassade, dans un rôle d'accompagnement aux dynamiques de changement.
- Assurer la communication pour une meilleure visibilité du programme et pour une bonne circulation de l'information au sein du PASS
- Il sera appuyé dans les fonctions de gestion administrative et financière par le RAFI, à qui il déléguera le plus possible les tâches de gestion administratives et financières du PASS. Le co-responsable assume la responsabilité finale des achats et fournitures d'équipements et matériels apportés par la CTB ainsi que la consolidation des rapports narratifs et financiers consolidés

Tâches pour le volet technique

- Appuyer un processus de changement dans le secteur à partir des résultats du programme
- Appuyer le travail en équipe dans le MSP, les Directions (centrales, transversales et régionales) et les espaces de dialogue technique (en premier lieu les comités techniques) appuyés
- Assurer une meilleure circulation de l'information dans le secteur
- Renforcer les compétences au sein du MSP en lien avec les aspects de santé publique et économie de la santé, en particulier le volet central des activités liées aux résultats 6 et 7
- Contribuer à la réalisation des recherche-actions dans les domaines où il donne un appui

Tâches pour le volet « gestion de l'équipe »

- Piloter la prise de connaissance des approches et procédures en vigueur par l'ensemble des collaborateurs du programme.
- Développer la dynamique et la constitution d'équipe au sein du programme. Promouvoir un climat de concertation et de collaboration, assurer une bonne circulation de l'information au sein du programme, et organiser les réunions de la Coordination élargie du programme.
- Gérer la performance de ses subordonnés directs, contractualisés par la CTB. L'équipe d'appui administratif et financier sera gérée par le RAFI. Les « cercles de développement » des ECT2 seront faits en concertation avec le Représentant Résident
- Veiller à la sécurité des équipes et le suivi des règles de sécurité, en étroite collaboration avec l'équipe de la représentation.
- Mise en œuvre des recrutements du staff intervention, en collaboration avec les autres concernés et l'équipe de la représentation
- Instaurer un bon climat de concertation et de collaboration au sein de l'équipe du PASS

Profil

Niveau de formation :

Médecin en Santé Publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum cinq ans dans un contexte international dans un pays en développement et dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience en économie de la santé et des mécanismes d'assurance maladie
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation au niveau provincial ou national
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en encadrement des ZS et recherche-action

- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique

- Une connaissance préalable du contexte nigérien.

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire

-Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)

- Bonne capacité de réflexion conceptuelle

- Aptitudes en animations d'équipe et en formation

- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes

- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone

- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

Mode de sélections

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire nigérien pour agrément.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

Cercle de développement

Le suivi du fonctionnement de l'ECT sera effectué par la Représentation CTB, en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

ECT en économie de la santé

Expert en financement de la santé et en assurance maladie

Titre

L'expert en coopération technique (ECT), est un économiste de la santé avec une spécialisation en santé publique ou un médecin avec une spécialisation ou expérience avérée en économie de la Santé, spécialisé en gestion de stratégies de financement basé sur les résultats (FBR) et en gestion d'assurance maladie universelle (AMU). Il fait partie du programme d'appui au secteur de la santé (PASS).

Durée

36 mois

Lieu de travail et cadre institutionnel

L'expertise apportée par l'ECT en économie de la santé est essentiellement un appui apporté aux niveaux des districts ciblés, aux directions régionales, et au niveau central pour la mise en œuvre et la gestion du FBR et l'AMU du programme.

Le lieu de travail est principalement les 2 districts pilotes du PASS. Le candidat résidera néanmoins à Niamey et pourra mener une partie de son travail à partir de Niamey, où l'intervention PASS sera ancrée au sein du Ministère de la Santé, et attaché au Secrétariat Général (SG). Cet ancrage implique que l'ECT effectuera systématiquement des missions fréquentes à l'intérieur du pays au niveau des 2 districts ciblés (Gothèye dans la région de Tillabéri et Gaya dans la région de Dosso).

Le candidat travaillera en étroite collaboration avec les 2 Directions régionales de la santé publique (DRSP), et au niveau central avec les différentes directions concernées par le FBR et l'AMU, dont entre autres la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction Général de la Santé Publique (DRSP) et la Direction des Statistiques (DS). Il collaborera également avec les autres Ministères concernés par la matière (e.a. Ministères en charge des finances, de la fonction publique, de la décentralisation).

L'ECT rapporte à la direction de l'intervention PASS.

Responsabilités

L'ECT sera responsable d'un encadrement technique rapproché de qualité durant la mise en œuvre de l'intervention. Il sera responsable, avec l'équipe du PASS, pour les résultats 1-5 du PASS et pour appuyer l'atteinte des changements attendus à partir de ces résultats.

Les responsabilités de l'ECT sont partagées en plusieurs niveaux interdépendants.

1/ Volet formulation et démarrage du programme : assurer, sous la coordination de la direction de l'intervention, la réalisation de la formulation des résultats 1-5 du programme en concertation avec les parties prenantes.

2/ Volet technique de l'appui : l'ECT est responsable d'un encadrement technique par rapport aux aspects du PASS concernant le financement des soins par la mise en œuvre du FBR, la qualité des soins et l'assurance maladie. Cet encadrement implique également le renforcement des capacités des institutions appuyées par rapport à ces aspects.

3/ Volet gestion-coordination du programme : l'ECT appuiera la direction de l'intervention dans sa gestion managériale et financière et remplace le co-responsable de l'intervention à son absence. Il contribuera au rapportage et à la planification du programme.

4/ Volet gestionnaire de l'équipe : l'ECT appuiera la direction de l'intervention dans la gestion de l'équipe et dans le suivi du fonctionnement du personnel du PASS employé par la CTB.

L'emploi du temps sera occupé majoritairement par le volet « technique ». Le volet « gestionnaire de l'équipe » est avant tout transversal et le volet « gestion » est en premier lieu pris en charge par l'ECT co-responsable et le RAFI.

Tâches pour le volet formulation/démarrage :

Appuyer la direction de l'intervention dans la formulation des résultats 1-5 du PASS. Il s'agit spécifiquement de l'appuyer pour ces résultats dans :

- le raffinement de la stratégie du programme et sa cohérence interne stratégique et opérationnelle (entre les différents axes du programme) et sur base des termes de références de la formulation arrêtés entre l'Etat belge, la CTB et le Niger.
- la précision de la structure organisationnelle du programme, les mécanismes de suivi-évaluation et d'apprentissage à promouvoir au niveau du programme et du secteur.
- la préparation des activités suivantes : préciser les stratégies et la planification opérationnelles (y inclus le budget) et le système de monitoring et évaluation, préciser les modalités d'exécution, les modalités d'assistance technique.

Tâches pour le volet technique :

L'ECT sera responsable, en étroite collaboration avec le co-responsable, de :

- appuyer un processus de changement dans le secteur à partir des résultats du programme ;
- piloter le FBR et les réflexions autour de l'AMU dans les régions et districts ciblés ;
- donner un appui technique à la réorganisation gestionnaire des districts et régions ciblées dans le cadre du FBR ;
- appuyer les directions centrales, les directions régionales et les équipes cadres de district ciblées dans le cadre de la réforme du système de financement du secteur. L'accompagnement technique devra concourir dans la mise en place de la stratégie FBR qui permettra de gérer plus tard l'AMU tant sur le plan de l'assurabilité que des prestations remboursées ;
- mettre en place la Cellule de Gestion du FBR et coordonner la cellule de gestion du FBR, suivre et évaluer le pilotage de cette stratégie, avec la réorganisation gestionnaire des districts et régions ciblées durant toute la durée du programme ;
- renforcer les capacités pour l'exploitation du SIS et la transition vers la digitalisation de la gestion des formations sanitaires ;
- faciliter un échange régulier entre les appuis centraux et régionaux du programme et capitaliser les expériences du programme afin de nourrir la stratégie nationale.

L'ECT apportera un appui :

- au MSP dans son rôle stratégique, dans la conception d'une nouvelle stratégie globale de financement du secteur avec modélisation des concepts et stratégies en tenant compte des résultats des recherches sur le système de santé en termes d'expériences et de capitalisation des études (en particulier dans le domaine des données FBR et AMU).
- au MSP dans les aspects spécifiques de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle en ce qui concerne (i) l'appui aux structures centrales et décentralisées, (ii) le développement de la gestion de l'information stratégique, (iii) l'élaboration des politiques et des documents clés du secteur, notamment dans le domaine du FBR et la mise en place de l'AMU ;
- au MSP pour assurer une planification coordonnée des actions par rapport à la réforme du système de financement du secteur et ce à tous les niveaux, et pour assurer une coordination (i) au sein du ministère, (ii) avec les ministères connexes à la santé, (iii) avec l'ensemble des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé
- aux mécanismes de coordination et de dialogue national, régional et de district et dans la réflexion stratégique sur le financement au sein du groupe de travail national de couverture universelle santé ;
- à une meilleure circulation de l'information dans le secteur ;
- au renforcement des compétences au sein du MSP en lien avec les aspects de santé publique et économie de la santé.

Tâches pour le volet coordination-gestion :

L'ECT sera responsable en particulier des tâches suivantes :

- la réalisation des activités prévues dans le cadre logique concernant l'atteinte des résultats attendus 1-5, et ce dans l'objectif de contribuer aux changements escomptés ;
- appuyer le co-responsable de Programme dans la préparation des différentes réunions du comité de pilotage et proposer, en collaboration étroite avec les directions centrales et régionales concernées par le programme, au comité de pilotage, toute action utile concernant des réorientations nécessaires du programme (au niveau des résultats à atteindre ou activités, avec ou sans impacts budgétaires);

- appuyer le planning, le monitoring, l'évaluation et le rapportage du programme. Il s'agira notamment des plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement trimestriels, et de contribuer aux rapports de monitoring annuel;
- appuyer le co-responsable dans la mise en œuvre de l'ensemble des activités programmées, tant stratégiques qu'opérationnelles ;
- appuyer le co-responsable dans la rédaction des termes de référence des évaluations externes, et appuyer les évaluateurs et assurer les différentes discussions concernant les conclusions de leurs visites ;
- appuyer le co-responsable pour les aspects techniques concernant l'intervention « Développement des Compétences ».
- assister le coordinateur du programme et le RAFI à la gestion des achats et fournitures d'équipements et matériels ;
- contribuer à toute activité pertinente pour l'atteinte du PASS à la demande du co-responsable du PASS.

Tâches pour le volet « gestion de l'équipe »

- appuyer, avec le co-responsable, la dynamique et la constitution d'équipe au sein du programme.
- gérer, avec l'appui du co-responsable, la performance de ses subordonnés directs, contractualisé par la CTB. L'équipe d'appui administratif et financier sera gérée par le RAFI.
- veiller, avec le co-responsable, à la sécurité des équipes et le suivi des règles de sécurité, en étroite collaboration avec l'équipe de la représentation.
- avec l'appui du co-responsable, organiser la mise en œuvre des recrutements du staff intervention.
- contribuer à instaurer un bon climat de concertation et de collaboration au sein de l'équipe du PASS.

Profil

ECT International, un économiste de la santé avec une spécialisation en santé publique ou un médecin avec une spécialisation ou expérience avérée en économie de la Santé, spécialisé en gestion de stratégies de *financement basé sur les résultats* (FBR) et en gestion d'*assurance maladie universelle* (AMU) , possédant une large expérience des différentes composantes des systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

Niveau de formation :

- être en possession d'un diplôme universitaire de Médecine, spécialisé en économie de santé ou être économiste de la santé
- avoir une spécialisation en Santé Publique (maîtrise ou licence)
- avoir une maîtrise supplémentaire en économie de la santé ou équivalent en expérience démontrée

Expérience prouvée:

- expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale : planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation du système de santé
- expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- avoir une expérience dans la mise en œuvre d'un programme national de santé publique dans un pays africain
- avoir une expérience d'au moins cinq ans en matière de développement du FBR et en gestion d'assurance maladie universelle. Cette expérience doit impérativement avoir été acquise dans plusieurs pays dont une partie dans des pays africains.

Expérience additionnelle souhaitée

- expérience dans le domaine de la couverture sanitaire universelle ou dans les financements des politiques de santé au niveau d'un ministère de la santé
- expérience en gestion des RH, formation continue, renforcement des capacités organisationnelles
- expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique.
- avoir des connaissances théoriques précises en matière de gestion d'assurance maladie universelle. Disposer d'une formation certifiée est un atout.
- avoir une expérience de terrain de mise en place d'une FBR
- avoir une expérience dans la recherche action et l'évaluation de projets santé
- connaissance du contexte nigérien.

Aptitudes :

- capacité avérée à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- compétences interpersonnelles avérées (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau) ;
- aptitudes en animations d'équipe et en formation
- ouvert au dialogue et à l'écoute des autres
- capacité d'instaurer un esprit d'équipe et de travailler en équipe ;

Aptitudes techniques :

- esprit analytique et de recherche, bonne capacité de réflexion conceptuelle, savoir proposer des solutions innovantes aux problèmes rencontrés ;
- capacités à mener de la recherche-action, et à mener des enquêtes ;
- capacité d'évaluation et de synthèse
- capacité organisationnelle
- capacité rédactionnelle
- excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).
- capacité d'adaptation, de flexibilité et de négociation

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire nigérien pour agrément.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation, et (si pertinent) en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

Responsable Administratif et Financier International

La fonction

L'expert Financier et Administratif assume la gestion financière et administrative du PASS.

Pour ce faire, il-elle devra principalement:

- Préparer le budget et le rapportage financier.
- Garantir une utilisation adéquate des ressources et une information financière fiable.
- Veiller à la bonne gestion des achats, gérer les contrats et la logistique dans le respect des procédures et des obligations contractuelles (Marchés publics, ...).
- Gérer les risques fiduciaires mettre en place un système de contrôle interne, mettre en œuvre les plans d'actions suite aux audits et les suivre.
- Gérer l'équipe administrative et financière constituée pour le programme et le support aux interventions (recrutements, fixation des objectifs, entretiens de fonctionnement, ...).
- Appuyer la représentation, le programme et l'intervention par la mise à disposition de son expertise technique (conseils, partage d'expériences, représentant de la CTB vis-à-vis d'autres entités, ...).
- Renforcer les capacités des structures partenaires.

L'expert Financier et Administratif est hiérarchiquement sous l'autorité de la direction du PASS

Le profil

Niveau de formation requis

- Etre titulaire d'un diplôme de niveau Master en « sciences de gestion », en « sciences économiques appliquées » ou en « finance »

Expériences requises et/ou souhaitées

- Expérience professionnelle d'au moins 5 ans en gestion financière
- Expérience en audit, en gestion de risques et en gestion financière dans le secteur public
- Une expérience en gestion du changement constitue un atout important
- Une première expérience réussie en gestion d'équipe
- Au moins une expérience internationale de terrain en tant qu'expatrié(e), de préférence au sein d'une organisation internationale
- Expérience dans la gestion des programmes/projets financés par le UE.

Connaissances requises

- Maîtrise de la gestion financière
- Maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données)
- Maîtrise du français
- Connaissance pratique du néerlandais est un atout

Aptitudes comportementales

- Adhésion aux valeurs de la CTB : engagement, respect, responsabilité et intégrité
- Capacité d'analyse, d'intégration et d'innovation
- Capacité d'organisation proactive et de mise en pratique des décisions prises
- Capacité à négocier et à impacter son entourage en vue de favoriser un résultat « win-win »
- Capacité à créer une confiance par une approche des relations de travail orientée « conseils et service »
- Capacité à accompagner les autres et à les soutenir dans leur fonctionnement quotidien

PERSONNEL LONG TERME NATIONAL

Intervention Change Manager (Responsable de l'Intervention « Programme d'Appui au Système de Santé »)

Titre

Responsable national de l'intervention « Programme d'Appui au Système de Santé ».

Fonction.

La personne déléguée par le MSP, travaillera à Niamey au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP), où il sera rattaché au Secrétariat Général (SG) et travaille en binôme avec l'intervention manager (CTB) ou le coresponsable de l'intervention.

Il effectuera de multiples déplacements dans les régions afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. Malgré l'ancrage spécifique au niveau du SG, le responsable est tenu de coopérer étroitement avec plusieurs directions du MSP.

Le Responsable travaille en binôme avec le Coresponsable de l'intervention

Objectif de la fonction

Le responsable national est en charge de la coordination et du management de la mise en œuvre du programme bilatéral dans le secteur de la Santé au Niger.

Vu l'objectif général et spécifique du programme d'appui au secteur de la santé, le responsable sera un expert en Santé Publique.

Responsabilités

1/ Démarrage du programme : assurer, ensemble avec le coresponsable, le démarrage de l'intervention en concertation avec les parties prenantes, les points focaux nationaux et régionaux.

2/ Volet de coordination : le responsable national assure, ensemble avec le coresponsable de l'intervention la coordination du programme bilatéral dans le secteur de la santé. Il est ainsi en charge de la mise en œuvre de l'intervention afin d'assurer l'atteinte des résultats de concert avec le coresponsable

3/ Volet technique de l'appui : le responsable national assure un encadrement technique rapproché de qualité en relation avec les aspects de gestion de changement, interactions entre les acteurs-clé dans le système, et de santé publique durant la mise en œuvre de l'intervention.

4/ Volet gestionnaire de l'équipe : veiller au fonctionnement du personnel de l'intervention ensemble avec le coresponsable.

5/ Volet interactions/communications : veiller à bonne communication interne et externe du programme et assurer la rédaction et la vulgarisation des documents et rapports du programme

L'emploi du temps sera occupé majoritairement, et à part égale, par les volets « technique », « coordination » et « communications ». Le volet « gestionnaire de l'équipe » est avant tout transversal. Les tâches spécifiques liées à ce volet prennent une partie minoritaire de l'emploi du temps du responsable.

Tâches pour le volet démarrage :

En concertation avec le coresponsable assurer :

- la précision de la structure organisationnelle du programme, les mécanismes de suivi-évaluation y inclus des approches qualitatives et d'apprentissage à promouvoir au niveau du programme et du secteur.
- en collaboration avec les partenaires nigériens et les concernés, la cohérence de stratégie du programme, la planification opérationnelle (y inclus le budget), le système de monitoring et évaluation, l'élaboration de la Baseline et les modalités d'assistance technique.
- L'exercice de Baseline et mise en place du système de suivi et évaluation du programme avec toutes les parties prenantes

Tâches pour le volet coordination :

Ensemble avec le coresponsable :

- Coordonner l'ensemble des interventions du programme de la coopération belge
- Contribuer à la vision stratégique du secteur de la santé et sa complémentarité avec les autres partenaires techniques et financiers dans le secteur.
- Définir la vision et les stratégies opérationnelles du programme.
- Veiller à la cohérence interne du programme, et la compréhension partagée en relation avec les politiques et stratégies nationales, en particulier dans les domaines de la santé et la décentralisation
- Lors du démarrage, définir avec les autres membres de l'unité de programme, les produits attendus du programme, bases des programmations opérationnelles et financières.
- Consolider les processus de planification et de rapportage des interventions, de manière à en assurer la cohérence et renseigner le cadre de résultats du programme.
- Identifier et gérer les risques principaux dans l'atteinte des résultats du programme, et adopter toutes les mesures préventives ou correctives nécessaires.
- Veiller à la prise en compte des thèmes transversaux genre et environnement dans la mise en œuvre du programme (droits de l'enfant, VIH/Santé Reproduction), y inclus dans les activités de recherche-action.
- Piloter et coordonner la mise en œuvre du programme
- Rendre compte régulièrement de l'avancement du programme auprès du partenaire nigérien, notamment sur le plan de l'exécution budgétaire et de la réalisation des résultats du programme.
- Promouvoir les opportunités d'apprentissage collectif aux différents niveaux (internes au programme et contributions au 'secteur') et en ce sens contribuer aux revues du programmes, et organiser les missions de suivi et d'appui scientifique/technique, le monitoring annuel des résultats, la capitalisation des expériences ainsi que la diffusion des résultats de recherche.
- Assurer la préparation technique des sessions du comité de pilotage et en assurer le secrétariat.
- Contribuer au dialogue technique dans les espaces de concertation et d'échange prévus avec les partenaires nigériens et les autres intervenants au niveau national et régional.
- Contribuer au dialogue politique au côté du partenaire, dans un rôle d'accompagnement aux dynamiques de changement.
- Représenter la direction du programme auprès de l'ensemble de ses partenaires

Tâches pour le volet technique

- Appuyer un processus de changement à partir des résultats du programme et stimuler les interactions de qualité entre les acteurs-clé dans le système
- Renforcer la dynamique de ces interactions et la production des résultats

- Promouvoir des capacités systémiques et interpersonnelles à côté des capacités managériales de techniques spécifiques au secteur de la santé.
- Appuyer le travail en équipe dans le MSP, les Directions (centrales, transversales et régionales) et les espaces de dialogue technique (en premier lieu les comités techniques) appuyés
- Renforcer les compétences au sein du MSP en lien avec les aspects de gestion de la santé, en particulier le volet central des activités liées aux résultats 6-8.
- Assurer la gestion de la qualité

Tâches pour le volet « gestion de l'équipe »

- Piloter la prise de connaissance des approches et procédures en vigueur par l'ensemble des collaborateurs du programme.
- Développer la dynamique et la constitution d'équipe au sein du programme. Promouvoir un climat de concertation et de collaboration, assurer une bonne circulation de l'information au sein du programme, et organiser les réunions de la coordination élargie du programme.
- Mise en œuvre des recrutements du staff d'intervention, en collaboration avec les autres concernés et l'équipe de la représentation
- Instaurer un bon climat de concertation et de collaboration au sein de l'équipe du PASS

Tâches pour le volet « interactions/communications »

Les interfaces/canaux de communication les plus importantes pour le PASS (sur lesquelles le programme se concentrera davantage) sont : Le SG, la DEP, la DS, la DOS, la DGSP, et la DAID/RP au sein du MSP et les DRSP et ECD au niveau opérationnel

- Coordonner et superviser toutes les relations et interactions du programme avec les institutions gouvernementales
- Assurer la communication pour une meilleure visibilité du programme et pour une bonne circulation de l'information au sein du PASS
- Organiser et animer la concertation et la communication du programme avec tous les acteurs et partenaires au niveau central ainsi qu'au niveau local
- Assurer la bonne diffusion des documents produits pendant la mise en œuvre du programme
- Organiser et faciliter des conférences, publications et visites des partenaires

Profil

Niveau de formation :

Médecin spécialisé en Santé Publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum cinq ans dans un contexte national dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation au niveau provincial ou national
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en encadrement et recherche-action et l'évaluation de projets santé
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une forte connaissance du contexte nigérien.

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

Assistant Technique National - planification et gouvernance**Fonction**

Sous la supervision directe et sous l'autorité de la direction de l'Intervention, l'assistant national apporte un appui technique au Programme et au Ministère de la Santé Publique du Niger en matière de planification, de programmation et de bonne gouvernance (R6-R8)

Responsabilités

En tant qu'expert en Planification, Programmation et Suivi-Evaluation des activités :

Apporter son appui technique aux directions concernées du MSP, à la planification, la programmation et au suivi-évaluation du PDS 2017-2021

Tâches principales

- Appuyer le renforcement des capacités des cadres (centraux et régionaux) en matière de planification, programmation et Gestion axée sur les Résultats (GAR).
- Appuyer la mise en œuvre du processus de planification/programmation du PDS et PAA
- Appuyer l'évaluation à mi-parcours du PDS 2017-2021 à tous les niveaux du système de santé ;
- Appuyer le suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels annuels des activités des différents services du MSP ;
- Participer au suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des instances du PDS (Comité Technique National de Santé, Comptes Nationaux de Santé...) et des missions d'évaluation et d'audit ;
- Réaliser d'autres tâches à la demande des responsables du programme ou selon sa propre initiative de telle façon à atteindre l'efficacité et l'efficience dans ses fonctions.

En tant qu'expert en santé publique :

Apporter son appui tout en concertation avec les directions concernées du MSP au renforcement des capacités au niveau central et régional du MSP ainsi qu'au niveau opérationnel, afin d'améliorer les compétences et la performance du personnel dans les structures de santé du pays en vue des réformes proposées dans le cadre d'audit organisationnel et fonctionnel du MSP

Tâches principales

- Appuyer la mise en œuvre de la politique nationale de développement des ressources humaines et du plan de développement des RH
- Appuyer la formation des équipes des directions régionales de la santé publique (DRS) sur le module de formation comprenant le leadership et gouvernance
- Participer aux missions des supervisions des DRSP pour le renforcement des capacités
- Appuyer la réforme du système national d'informations sanitaire (SNIS) par le renforcement des capacités des structures en suivi évaluation et en gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux
- Appuyer la gestion axée sur la performance
- Appuyer le partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services (DOS)

En tant qu'expert en santé publique

Appuyer les mécanismes de coordination des interventions des partenaires du Ministère de la Santé Publique et la coordination au sein du Ministère, afin de favoriser une bonne collaboration entre des partenaires du secteur de la santé et le MSP

Tâches principales

- Favoriser une meilleure coordination des interventions et intervenants à tous les niveaux ;
- Participer aux travaux d'élaboration de la cartographie des interventions sur l'ensemble du territoire ;
- Participer à la rédaction des comptes rendus des réunions de concertation et favoriser leur diffusion ;
- Appuyer les directions du MSP dans la coordination interne et externe en vue de la bonne exécution des activités financées par le projet.
- Réaliser d'autres tâches à la demande des responsables du projet ou selon sa propre initiative de telle façon à atteindre l'efficacité et l'efficience dans ses fonctions.

En tant que membre du programme et de l'unité de coordination :

Participer aux réunions techniques du programme afin d'échanger et restituer les informations nécessaires pour la bonne mise en œuvre des activités du programme

Tâches principales

- Participer, faciliter et animer les réunions techniques
- Réaliser d'autres tâches à la demande des responsables du projet ou selon sa propre initiative de telle façon à atteindre l'efficacité et l'efficience dans ses fonctions
- Participation aux ateliers de restitutions des différents services et missions
- Participer au suivi évaluation du Programme, aux missions de BS et autre missions

Profil

Formation

- Diplôme de Doctorat en médecine
- Diplôme de Santé Publique

- Formation complémentaire en planification sanitaire et ou en économie de la santé (planification des projets, suivi-évaluation et Gestion Axée sur les Résultats)

Expérience

- Expérience de plus de 5 ans dans la planification, la programmation, le suivi et évaluation des activités au niveau périphérique et un an au niveau stratégique
- Expérience d'au moins de 5 ans au niveau stratégique du MSP
- Une connaissance du système de santé du Niger notamment la politique sanitaire, le plan de développement sanitaire, les mécanismes de financement de la santé, la problématique de la décentralisation du système de santé et du système d'information sanitaire du Niger

Connaissance technique

- Bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de base (Word, Excel, Power Point),
- Etre familier avec la recherche action
- Compétences en facilitation, communication, médiation, négociation et formation
- Capacité à initier des idées nouvelles, les débattre, les mettre en œuvre et les remettre éventuellement en question
- Bonnes capacités en matière de relations interpersonnelles
- Bon niveau d'écriture et d'expression en français et moyen en anglais.

Assistant Technique National - Recherche Action et Qualité

Fonction

Sous la supervision directe et sous l'autorité de la direction de l'intervention, l'assistant national apporte un appui technique au Programme et au Ministère de la Santé Publique, dans l'encadrement des recherches actions et de la capitalisation des meilleures pratiques, de mise en œuvre de la réforme, efficacité et efficacie de l'offre de soins et services, et la coordination des mécanismes d'accessibilité financière aux soins (demande)

Responsabilités

En tant qu'expert en santé publique:

Il apporte sa connaissance en faveur de la recherche en santé et la capitalisation des meilleures pratiques, afin de capitaliser les meilleures pratiques produites par le système national de santé

Tâches principales

- Promouvoir (identification, élaboration et suivi) et coordonner les activités de recherche action et favoriser leur intégration dans la routine des services de santé à tous les niveaux afin de permettre au système de s'adapter aux situations nouvelles ;
- Effectuer un Suivi / encadrement sur site des recherches actions mises en œuvre par les structures de santé à tous les niveaux ;
- Mettre en place des mécanismes de capitalisation des bonnes pratiques produites par le système de santé.

En tant qu'expert en santé publique :

Coordonner les activités de conception et de mise en œuvre de la qualité, efficacité et efficacie de l'offre de soins, afin de mettre en œuvre la réforme qualité au niveau des formations sanitaires, des laboratoires d'analyse et des écoles de formation en santé dans la perspective de les préparer à l'accréditation.

Taches principales :

- Appuyer les supervisions intégrées des DRSP prévues par le Secrétariat Général et la rédaction des rapports de supervisions
- Participer au suivi post supervisions pour la mise en œuvre des Plans de Résolution des Problèmes (PRP)
- Appuyer de la mise en œuvre d'un système de référence et contre référence
- Coordonner l'élaboration de référentiels qualité et accréditation des formations sanitaires publiques et privées, les laboratoires d'analyse et les écoles de formation
- Appuyer le Secrétariat Général dans la mise en œuvre des approches qualité institutionnalisées par le Ministère de la Santé Publique

En tant qu'expert en santé publique :

Donner un appui en faveur de la mise en place d'un dispositif d'accessibilité financière aux soins (demande), afin d'instaurer la Couverture Universelle en Santé au Niger

Taches principales :

- Appuyer le Groupe de Travail National de réflexion sur la Couverture Universelle en Santé
- Participer auprès des autres secteurs de développement, aux réflexions et actions entrant dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale en Santé

En tant que membre du programme et de l'unité de coordination :

Participer aux réunions techniques du programme afin d'échanger et restituer les informations nécessaires pour la bonne mise en œuvre des activités du programme

Tâches principales

- Participer, faciliter et animer les réunions techniques
- Réaliser d'autres tâches à la demande des responsables du projet ou selon sa propre initiative de telle façon à atteindre l'efficacité et l'efficience dans ses fonctions
- Participation aux ateliers de restitutions des différents services et missions
- Participer au suivi évaluation du Programme, aux missions de BS et autre missions

Profil

Formation

- Diplôme de Doctorat en médecine
- Diplôme de Santé Publique (Option : Politiques et Management des Systèmes de Santé)
- Formation complémentaire en Gestion Axée sur les Résultats
- Formation en recherche de système de santé
- Formation en protection sociale en santé
- Formation sur l'incitation à la performance

Expérience

- Expérience de 20 ans dans la planification, la programmation, le suivi et évaluation des activités, la coordination au niveau périphérique du système de santé et de 10 ans dans le domaine de la coordination au niveau central
- Expérience dans le domaine de la recherche action et capitalisation
- Une connaissance du système de santé du Niger notamment la politique sanitaire, le plan de développement sanitaire, les mécanismes de financement de la santé, la problématique de la décentralisation du système de santé et du système d'information sanitaire du Niger

Connaissance technique

- Bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de base (Word, Excel, Power Point),
- Être familier avec la recherche action
- Compétences en facilitation, communication, médiation, négociation et formation
- Capacité à initier des idées nouvelles, les débattre, les mettre en œuvre et les remettre éventuellement en question
- Bonnes capacités en matière de relations interpersonnelles
- Bon niveau d'écriture et d'expression en français

Assistant Technique National – Informatique Médicale/Digitalisation

Fonction

Sous la supervision directe et sous l'autorité de la direction de l'intervention, l'assistant national apporte un appui technique au Programme et au Ministère de la Santé Publique du Niger en matière de l'informatique médicale et la digitalisation

Le candidat travaillera à Niamey au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP), où il sera rattaché au Secrétariat Général (SG). Il effectuera de multiples déplacements dans les régions afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel.

Objectif de la fonction

L'ATN est en charge de la coordination et du management du volet digitalisation du programme bilatéral dans le secteur de la Santé au Niger.

Responsabilités et Tâches

Volet E-Health

- Préparer, coordonner la conceptualisation d'un schéma directeur E-Health en vue d'une architecture E-Health cohérente et viable pour le Ministère de la Santé
- Assurer l'intégration des initiatives isolées et futures de digitalisation dans un ensemble cohérent, mais aussi préparer la régularisation par un schéma directeur afin de donner les normes et standards à utiliser pour avoir des solutions efficaces.

Volet informatisation

- Définir les besoins, les conditions nécessaires et les solutions pour la transformation numérique des structures sanitaires définies dans le DTF;
- Analyser les besoins et solutions des structures sanitaires dans le domaine ;
- Appuyer techniquement les hôpitaux (normes et standard d'équipements informatiques)

- Définir les actions à prévoir dans les zones d'intervention ;
- Alimenter le débat avec le comité technique mis en place et les acteurs impliqués sur la stratégie de transformation numérique ;
- Soumettre des propositions d'orientations sur la gestion digitalisée du dossier de patient et des structures de santé, la vision, le coût, et appuyer la mise en application ;
- Harmoniser les procédures d'archivage des dossiers patients (électronique et hard copy).
- Appuyer les structures sanitaires dans les districts ciblés, l'HNN et l'hôpital régional de Tahoua dans la mise en place d'un système informatisé et de traitement des données ;
- Apprécier le niveau d'utilisation de l'outil informatique, notamment des cadres de santé ;

Certaines structures de pilotage et ressources humaines seront nécessaires pour ancrer le projet de digitalisation dans les structures du pays et ceci à trois niveaux : stratégique, technique, opérationnel.

- Au niveau stratégique : la mise en place d'un comité de pilotage au niveau central est indispensable. Le rôle de ce comité est de piloter tous les aspects stratégiques actuels et futurs qui sont liés à l'informatisation des structures de soins. L'ATN est responsable de définir et/ou valider les normes et standards à utiliser
- Au niveau technique : Appuyer le service informatique au MSP pour le développement du logiciel (il s'agit d'une équipe d'informaticiens-programmeurs qui sont capables de traduire les recommandations du comité au niveau central dans des configurations dans le logiciel.
- Au niveau opérationnel : appuyer la formation des utilisateurs, et le support des utilisateurs

Volet maintenance

- Appuyer la maintenance informatique, et concevoir un processus de recherche action dans les districts ciblés (c à d les compétences nécessaires à chaque niveau et définir les différentes procédures dans le système de maintenance).

Volet renforcement des capacités

- Appuyer les formations pour l'utilisation des logiciels et prévoir en tenant compte du niveau d'alphabétisation numérique
- Appuyer la formation des Informaticiens-programmeurs (le niveau central qui est responsable des adaptations du logiciel mis en place sera formé pour pouvoir répondre aux (r)évolutions quotidiennes dans le domaine digital).
- Appuyer les décideurs et les accompagner dans l'utilisation de données générées par les nouveaux systèmes.

Profil

L'expert national, est un Ingénieur en informatique (Bac +5), expert en gestion informatisée, gestionnaire en informatique de santé

Avoir de préférence une expérience dans l'implantation des systèmes informatiques au Niger

Excellente maîtrise du français

Assistant Technique National (2) - Financement Basé sur les Résultats (FBR)

Fonction

Sous la supervision directe et sous l'autorité de la direction de l'intervention l'assistant technique national apporte un appui technique en matière de FBR au niveau opérationnel

Le lieu de travail est principalement les 2 districts ciblés du PASS

Objectif de la fonction

L'ATN est en charge de la mise en place de la stratégie du FBR dans le district ciblé et la transition vers la mise en œuvre d'une AMU

Principales Responsabilités et Tâches

- Assister la direction de l'intervention à la mise en place des indicateurs de performance des activités de santé à subventionner.
- Initier la planification et le démarrage de la stratégie FBR dans les centres de santé et l'HD dans les districts ciblés
- Former et encadrer les superviseurs des districts de santé et prestataires des soins des centres à l'utilisation des indicateurs de qualité lors des relevés mensuels des activités à subventionner.
- Participer aux réunions entre les Directeurs des Districts de Santé et le comité de pilotage et technique FBR
- Participer à des réunions matinales et/ou hebdomadaires du comité de pilotage du district lors desquelles les décisions sont prises et évaluées.
- Participer à l'élaboration des règlements d'ordre intérieur et les proposer aux centres de santé
- Participer à l'élaboration des canevas des plans d'actions des centres de santé et les soumettre aux réflexions des équipes de gestion des centres de santé
- Superviser l'application des indicateurs de performance des activités du PMA dans la zone d'intervention.
- Participer aux formations organisées par les districts de santé
- Participer aux formations, séminaires, ateliers et colloques planifiés par le MSP et d'autres intervenants.
- Participer à des réunions des ECD, les titulaires des Centres de santé.
- Participer à la conception des modules des formations des enquêteurs contrôleurs.
- Former et encadrer les enquêteurs-contrôleurs membres des ECD dans la vérification des prestations des centres de Santé dans la communauté.
- Participer à l'élaboration des critères d'indigence dans la communauté pour les adhérer aux mutuelles de santé
- Collecter les données en rapport avec les indicateurs de qualité des activités du PMA dans les formations sanitaires de la zone d'intervention.
- Collecter et saisir les données de base de la stratégie FBR
- Participer à des réunions d'analyse des indicateurs de performance des activités de santé.
- Participer à la recherche action (Enquêtes opérationnelles)
- Participer à l'amélioration des indicateurs de performance du relevé mensuel des activités FBR
- Participer à l'évaluation et suivi des activités du FBR et le niveau d'atteinte des objectifs.
- Elaborer le guide d'initiation à l'utilisation des indicateurs de qualité du relevé mensuel.
- En collaboration avec la direction élaborer les tableaux comparatifs de l'évolution dans les formations sanitaires
- Etablir un état des lieux des formations sanitaires des districts ciblés en bâtiment, personnel, équipements et proposer des solutions.
- Assurer la supervision approfondie
- Assurer l'archivage de base des données

Profil

- Avoir une spécialisation en Santé Publique (Maîtrise ou licence ou doctorat)

Expérience

- Avoir une expérience de terrain de mise en place du FBR
- Avoir une expérience d'au moins 3 ans dans le développement de services de santé au Niger,
- Avoir une expérience prêtant à une connaissance approfondie du contexte de la santé publique au Niger
- Avoir une expérience dans la recherche action et l'évaluation du FBR
- Avoir des références positives.

Capacités attendues

- Capacité de travailler en équipe
- Ouverture au dialogue et à l'écoute
- Capacité d'évaluation et de synthèse
- Capacité organisationnelle
- Capacité rédactionnelle
- Capacité d'adaptation, de flexibilité et de négociation
- Bonne connaissance informatique
- Bonne connaissance du français (oral et écrit) et de l'anglais

Contrôleur de gestion

La fonction

Sous la supervision directe du Responsable Administratif et Financier International du PASS, le Contrôleur de gestion aura pour mission de veiller à la qualité de l'information sur laquelle la direction du PASS apporte ses décisions et à l'efficacité avec laquelle sont conduites les opérations qui doivent concourir à la réalisation des objectifs du programme.

A ce titre il sera responsable des tâches spécifiques suivantes :

En tant que contrôleur :

- Coordonner et participer aux activités de contrôle ;
- Contrôler la forme et le fond des pièces justificatives, alerter en cas de non-conformité ;
- Appuyer les comptables / RAF dans l'analyse et la solution des problèmes comptables ; logistiques et administratifs ;
- Elaborer et adapter les outils d'analyse globale au sein du programme ;
- Mettre en place les reportages, normes et processus en collaboration avec le RAFi ;
- Mesurer les risques et les performances ;
- Rédiger et transmettre les rapports de contrôle interne auprès de la direction du PASS ;
- Coordonner les activités de collecte, contrôle, traitement, stockage et diffusion des données du contrôle interne du PASS ;
- Veiller à l'assurance – qualité des activités, produits et résultat sous sa responsabilité.

En tant qu'expert financier :

1. Gestion budgétaire et analyse financière
 - Produire des rapports périodiques de suivi budgétaire, incluant analyse et recommandations;
 - Faire le contrôle budgétaire des achats, y inclus la vérification de la conformité du cycle d'achat ;
 - Tenir à jour la liste des engagements et alerter en cas de risques de dépassement ou non-exécution ;
 - Appuyer dans l'élaboration des propositions de changement budgétaire et en assurer le suivi ;
 - Analyser les paiements des marchés publics (fiche suivi comptable, existence garantie, PV défaut exécution, respect clauses paiement, ...) et proposer des actions ;
 - Analyser les coûts de fonctionnement et les coûts des activités et formuler des recommandations pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des fonds.
2. Gestion de la trésorerie
 - Contrôler la gestion des caisses et renforcer les procédures le cas échéant ;
 - Autoriser et cosigner des paiements pour dépenses en dessous d'un certain seuil ;
 - Assurer les relations bancaires ;
 - Assurer le suivi des problèmes de paiements et d'avances de manière autonome en dessous d'un certain seuil.
3. Autres
 - Superviser et coacher le staff administratif et financier ;
 - Appuyer les différents projets de la CTB dans les domaines financiers, comptables, administratifs et logistiques ;
 - Assurer la mise à jour des règles et procédures en vigueur au sein du programme et en conformité avec les règles et procédures de la CTB et des autres bailleurs ;
 - Assurer la mise à jour des règles fiscales et sociales applicables conformément à la législation du pays hôte et informer/former les projets de tout changement relatif à celles-ci ;
 - Assurer la continuité en cas d'absence du RAFi, par délégation de ce dernier ;
 - Appuyer dans la préparation des audits ;
 - Appuyer dans la mise en œuvre des recommandations des audits et des contrôles internes.

Compétences requises

Le contrôleur de gestion du programme devra :

- Avoir une formation universitaire en Gestion, Finances-Comptabilité ou autre diplôme équivalent (Licence ou Master);
- Etre employé dans un poste de catégorie V par la CTB Niger comme comptable ou RAFi ;
- Etre rigoureux et capable de synthétiser les informations relatives à un Programme ;
- Avoir de l'expérience avérée dans la formation et/ou le renforcement des capacités de collègues;
- Bonne connaissance des procédures des marchés publics et en particulier les procédures des marchés publics belges et nigériennes sera un atout ;
- Expérience dans la mise en place des systèmes de contrôle interne et dans l'audit

- Etre disponible, entreprenant, planificateur et avoir une bonne organisation ;
- Maîtriser bien les outils informatiques, notamment Word, Excel, et Power Point ;
- Etre capable de travailler en équipe et avoir une bonne aptitude à établir des relations humaines harmonieuses.
- Bonne maîtrise du français ;
- Bonnes capacités rédactionnelles et d'expression orale ;
- Résistance au stress, et capacité à respecter les délais impartis ;
- Orienté résultat-solution ;
- Rigoureux ;

Expert Marchés Publics

Fonction: L'expert Marchés Publics (MP) national sera un spécialiste dans la passation des MP et travaillera sous la supervision du RAfi. En étroite collaboration avec le Responsable Administratif et Financier, l'expert MP s'assurera que toutes les tâches qui incombent à l'équipe de l'intervention PASS seront accomplies sans encombre suivant le planning approuvé par la direction du PASS

Description de poste et responsabilités

Tâches principales

- Mettre en place le système de passation des MP au niveau l'intervention, comprenant (i) la planification des opérations de passation des marchés, (ii) le suivi de l'avancement, (iii) l'analyse des écarts entre les réalisations et le plan de passation des marchés ;
- Mettre en place les instruments de base de la passation de MP (manuel des opérations, directives et documents de gestion des marchés conformes aux exigences du manuel d'exécution du projet) ;
- Mettre en place des outils de gestion des MP adaptés aux besoins du projet, dont le plan annuel de passation des MP et sa mise à jour périodiquement ;
- Développer des mécanismes de suivi de l'exécution des contrats ;
- Développer les mécanismes, procédures et pratiques nécessaires à l'intégrité du système de passation des MP dont le système de classement et archivage. Ce système de classement des dossiers de passation des MP inclura pour chaque marché tous les documents relatifs à ce marché y inclus les documents relatifs aux paiements, en vue de permettre toute revue a posteriori des audits ;
- Mener toute autre tâche relative à la gestion du projet confiée par la Direction de l'intervention

Sous la supervision du RAfi (ensuite de la Direction du programme), l'expert national MP sera responsable de l'ensemble du processus d'acquisition. A cet effet, ses tâches, sans qu'elles ne soient exhaustives seront notamment :

- faire le suivi auprès des assistants techniques du projet de la préparation et la finalisation des termes de référence, pour les acquisitions de services de consultants, et des spécifications techniques pour les biens et travaux ;
- finaliser les dossiers d'appel d'offres ;
- procéder au lancement des appels d'offres (le cas échéant aux avis à manifestation d'intérêt ou présélection), selon les modes convenus ;

- veiller à la bonne gestion des appels d'offres en cours ;
- suivre et vérifier l'évaluation des offres et propositions reçues ;
- assister aux séances d'ouverture publique des offres et veiller à ce que ces séances se déroulent conformément aux procédures et aux documents d'appels d'offres et demandes de propositions ;
- veiller à l'élaboration des rapports d'ouverture de plis et d'évaluation des offres et y assurer le contrôle qualité ;
- préparer les contrats, après l'obtention des avis de non objection si c'est requis, et veiller à leurs signatures par les personnes habilitées à le faire ;
- concevoir, mettre en place une base de données de suivi et de gestion des MP et contrats, et en assurer la mise à jour.

Il collaborera avec l'équipe de l'exécution du programme et de l'intervention afin de planifier et préparer le calendrier d'acquisition des services de consultants et de biens et travaux et sera chargé de la mise à jour du progrès de la passation des MP.

Il apportera des conseils à la direction du programme dans :

- la phase d'ouverture des plis, d'évaluation des offres et de proposition d'attribution du marché ;
- l'assistance à la réponse aux demandes de clarification des soumissionnaires ;
- les propositions de solution alternative lorsque se pose un problème de passation des MP ;
- l'examen de toute correspondance arrivée ou départ concernant la passation des marchés soumise à son appréciation afin de s'assurer que le courrier a reçu le traitement adéquat dans le parfait respect des règles et;
- l'interprétation des clauses du contrat en cas de différend pendant l'exécution du contrat.

Qualifications requises :

- Un diplôme supérieur en Ingénierie, Administration publique, Droit commercial, ou Gestion (minimum Bac + 4, équivalent d'une maîtrise (Master) ;
- Excellente connaissance des techniques de passation des MP en général et des règles de procédure de passation des MP au Niger ;
- Expérience professionnelle de minimum 5 ans dans la gestion et l'administration de projets publics ou privés dont au moins 3 ans dans le domaine de la passation des marchés sur financement de bailleurs internationaux.
- Une expérience spécifique dans la passation de marchés publics de travaux constituera un atout important.
- Bonne capacité de résolution des problèmes liés à la Passation de Marchés Publics;
- Aptitude à travailler en équipe et à communiquer avec des collègues et interlocuteurs de cultures et de nationalités différentes ;
- Très bonne capacité d'organisation ;
- Rigueur, précision, intégrité, et fiabilité ;
- Résistance au stress ;
- Parfaite connaissance du français ainsi qu'une bonne aptitude pour la communication et le travail en équipe ;

- Connaissance informatique des logiciels courants (Word, Excel, Power Point, Internet et autres outils de communication).

Assistant en Marchés Publics

Fonction:

L'assistant en Marchés Publics (MP) national sera un spécialiste dans la passation des MP et travaillera sous la supervision du RAFi et en étroite collaboration avec l'Expert en Marchés Publics. L'assistant MP s'assurera que toutes les tâches qui incombent à l'équipe de l'intervention PASS seront accomplies sans encombre suivant le planning approuvé par la direction de l'intervention

Description de poste et responsabilités

Tâches principales

Il (elle) assiste l'Expert en MP du PASS à :

- Mettre en place le système de passation des MP au niveau de l'intervention, comprenant (i) la planification des opérations de passation des marchés, (ii) le suivi de l'avancement, (iii) l'analyse des écarts entre les réalisations et le plan de passation des marchés ;
- Mettre en place les instruments de base de la passation de MP (manuel des opérations, directives et documents de gestion des marchés conformes aux exigences du manuel d'exécution du projet) ;
- Mettre en place des outils de gestion des MP adaptés aux besoins de l'intervention, dont le plan annuel de passation des MP et sa mise à jour périodiquement ;
- Développer des mécanismes de suivi de l'exécution des contrats ;
- Développer les mécanismes, procédures et pratiques nécessaires à l'intégrité du système de passation des MP dont le système de classement et archivage. Ce système de classement des dossiers de passation des MP inclura pour chaque marché tous les documents relatifs à ce marché y inclus les documents relatifs aux paiements, en vue de permettre toute revue a posteriori des audits ;
- Mener toute autre tâche relative à la gestion du projet confiée par la direction de l'intervention.

Il appuie l'ensemble du processus d'acquisition. A cet effet, ses tâches, sans qu'elles ne soient exhaustives seront notamment à assister l'expert en MP à :

- faire le suivi auprès des assistants techniques du projet de la préparation et la finalisation des termes de référence, pour les acquisitions de services de consultants, et des spécifications techniques pour les biens et travaux ;
- finaliser les dossiers d'appel d'offres ;
- procéder au lancement des appels d'offres (le cas échéant aux avis à manifestation d'intérêt ou présélection), selon les modes convenus ;
- veiller à la bonne gestion des appels d'offres en cours ;
- suivre et vérifier l'évaluation des offres et propositions reçues ;
- assister aux séances d'ouverture publique des offres et veiller à ce que ces séances se déroulent conformément aux procédures et aux documents d'appels d'offres et demandes de propositions ;
- veiller à l'élaboration des rapports d'ouverture de plis et d'évaluation des offres et y assurer le

contrôle qualité ;

- préparer les contrats, après l'obtention des avis de non objection si c'est requis, et veiller à leurs signatures par les personnes habilitées à le faire ;
- concevoir, mettre en place une base de données de suivi et de gestion des MP et contrats, et en assurer la mise à jour.

Il collaborera avec l'équipe de l'exécution du programme et de l'intervention afin de planifier et préparer le calendrier d'acquisition des services de consultants et de biens et travaux et sera chargé de la mise à jour du progrès de la passation des MP.

Il apportera des conseils à la direction du programme dans :

- la phase d'ouverture des plis, d'évaluation des offres et de proposition d'attribution du marché ;
- l'assistance à la réponse aux demandes de clarification des soumissionnaires ;
- les propositions de solution alternative lorsque se pose un problème de passation des MP ;
- l'examen de toute correspondance arrivée ou départ concernant la passation des marchés soumise à son appréciation afin de s'assurer que le courrier a reçu le traitement adéquat dans le parfait respect des règles et;
- l'interprétation des clauses du contrat en cas de différend pendant l'exécution du contrat.

Qualifications requises :

- Un diplôme supérieur en Ingénierie, Administration publique, Droit commercial, ou Gestion (minimum Bac + 4, équivalent d'une maîtrise (Master) ;
- Excellente connaissance des techniques de passation des MP en général et des règles de procédure de passation des MP au Niger ;
- Expérience professionnelle de minimum 3 ans dans la gestion et l'administration de projets publics ou privés dont au moins 1 ans dans le domaine de la passation des marchés sur financement de bailleurs internationaux.
- Une expérience spécifique dans la passation de marchés publics de travaux constituera un atout important.
- Bonne capacité de résolution des problèmes liés à la Passation de Marchés Publics;
- Aptitude à travailler en équipe et à communiquer avec des collègues et interlocuteurs de cultures et de nationalités différentes ;
- Très bonne capacité d'organisation ;
- Rigueur, précision, intégrité, et fiabilité ;
- Résistance au stress ;
- Parfaite connaissance du français ainsi qu'une bonne aptitude pour la communication et le travail en équipe ;
- Connaissance informatique des logiciels courants (Word, Excel, Power Point, Internet et autres outils de communication).

Comptable logisticien

Fonction : Assurer la bonne gestion financière et logistique conformément aux objectifs de l'intervention dans le respect de la législation nigérienne en la matière et des procédures de la CTB.

Il (elle) travaille sous la ligne hiérarchique du RAFi et ensuite la direction de l'intervention.

Tâches principales

- Tenir la comptabilité en accord avec les procédures de la CTB ;
- Elaborer et présenter au RAFi (ensuite à la Direction du PASS) les rapports comptables en respectant scrupuleusement les délais de transmission ;
- Préparer les états de situation et les redditions des comptes, en assurant la transparence et en donnant une image fidèle des états financiers du programme et de l'intervention ;
- Participer activement à l'élaboration de la programmation opérationnelle et financière du programme et de l'intervention ;
- Coordonner avec le RAFi (ensuite avec la Direction du PASS) la réalisation opportune des appels de fonds (cash calls) et faire le suivi des transferts réalisés par le siège de la CTB ;
- Enregistrer quotidiennement et chronologiquement tout engagement ou paiement de fonds dans l'outil de gestion de l'information financière proposé par la CTB ;
- Pouvoir fournir à la demande toute information comptable et/ou financière relative à l'intervention ;
- Assurer la gestion de la trésorerie de l'intervention ;
- Administrer les actifs fixes du programme et de l'intervention ;
- Assurer l'archivage des données comptables et financières en garantissant que chaque engagement et chaque dépense sont sous-tendus par une (des) pièce(s) justificative(s) authentiques et ;
- Participer activement aux réunions de l'équipe administrative et financière du PASS et à celles initiées par la direction;
- Assumer toutes autres activités de nature comptable et/ou financière demandées par le RAFi ou la direction de l'intervention.
- Appuyer la direction de l'intervention pour tout ce qui concerne la logistique afin de mettre à disposition le matériel/équipement/installation nécessaire à son fonctionnement, ou au bon déroulement des tâches/ activités
- Gérer le parc automobile de l'intervention (immatriculation, entretien, assurances, carnet de bord, consommation) ;
- Etablir les contrats de maintenance et d'entretien du bureau

Profil et conditions requises

- Diplôme de l'enseignement supérieur en comptabilité (au moins BAC + 3) ou diplôme universitaire (BAC + 4) en gestion ou en finance ;
- Au moins 5 ans d'expérience en gestion comptable et financière des projets ;
- Très bonne capacité d'organisation ;
- Rigueur, précision, intégrité, et fiabilité ;
- Résistance au stress et ;
- Parfaite connaissance de la langue française.

Secrétaire

Fonction :

Apporter un soutien administratif et organisationnel au sein du projet afin de fournir un service optimal dans le traitement des données, dossiers et informations

Position : Travaille sous la ligne hiérarchique du RAFi du PASS et ensuite de la Direction de l'intervention. Il/elle assure le secrétariat général de l'intervention.

Description du poste

Il ou elle assure à :

- La prise en charge de la réalisation des tâches administratives générales (courrier, suivi des documents, logistique, préparation des signataires pour les responsables afin de garantir un soutien administratif efficace à la direction de l'intervention et les collaborateurs ;
- Centraliser les appels internes et externes, recueillir les demandes destinées au service et assurer l'accueil des visiteurs afin d'aider les collaborateurs, la direction et personnes externes à obtenir les informations souhaitées et fournir ainsi l'image d'un service de qualité
- Assurer la gestion de la petite caisse afin de permettre une gestion efficace financière et logistique des petits achats selon les procédures établies
- Veiller au classement et à la conservation de toute correspondance pertinente et de tout document utile au service afin de permettre aux responsables du projet et aux collaborateurs d'accéder rapidement aux informations recherchées
- la rédaction des procès-verbaux de réunions, et le suivi des signatures ;
- la gestion de l'agenda des responsables de l'intervention ;
- l'exécution de toutes tâches en relation avec l'intervention.

Profil et conditions requises:

- Diplômé(e) de secrétariat (niveau BTS / BAC+2), expérimenté(e) dans l'utilisation de l'outil informatique ;
- Courtoisie, discrétion, bonne tenue et jouir d'une bonne moralité ;
- Bonne connaissance de la langue française (écrite et orale) ;
- Expérience d'au moins 2 ans dans un poste similaire.

ANNEXE 3 : ELÉMENTS DE BASELINE

La Baseline exhaustive sera développée dans la première année (premiers six mois d'exécution) avec les acteurs impliqués à tous les niveaux et les partenaires limitrophes du PASS, à travers les réunions techniques et autres rencontres en concertation avec le SNIS, les institutions académiques et le comité technique CUS/FBR.

Le rapport de la Baseline exhaustive contient les éléments suivants :

- Matrice de monitoring
- Plan de gestion des risques
- Planning opérationnel mis à jour
- Journal des incidences visées (marqueurs de progrès)
- Les indicateurs de la stratégie du FBR des CSI, HD, ECD et DRSP