



Résumé exécutif – Revue finale

PARSS - Projet d'Appui au Renforcement du
Système de Santé

NIGER - NER1203311

Consortium Eva+

Marc Myszkowski, expert principal

Dr Moussa Fatimata, expert senior

Patrick Stoop, expert assurance qualité, C-lever.org

Rapport final – version du 26/06/2019

1 Présentation de la revue

Ce rapport compile les conclusions de la revue finale du PARSS, le « Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé » conduite courant mai 2019 et dont le rapport a été rendu disponible en Juin 2019. Le PARSS avait été conçu et mis en œuvre dans le cadre du PIC 2009-2012 qui avait la Santé comme un des secteurs de concentration prioritaire pour la coopération belgo-nigérienne.

Le PARSS comportait trois composantes bien distinctes :

1. Les résultats 1 et 2 consistaient en la construction d'hôpitaux de districts et de Centres de Santé Intégrés (budget de 9.294.691EUR) ;
2. Le résultat 3 visait le renforcement du système de maintenance (budget spécifique de 739.805 EUR) ;
3. Les résultats 4, 5 et 6 ciblaient le renforcement des capacités des personnels des districts concernés (budget de 408.220 EUR).

L'exercice de la revue finale apporte une profondeur d'analyse additionnelle à celle conduite pendant le monitoring et à l'occasion de la Revue à mi-parcours réalisée mi-2017.. En associant les parties prenantes, et en s'inscrivant ainsi dans l'approche interactive et apprenante qui a caractérisé le PARSS tout au long de sa mise en œuvre, la revue finale devait apporter des réponses aux questions « comment » et « pourquoi » en relation avec les forces et les défis du PARSS et lister des leçons apprises et des recommandations.

L'évaluation de la performance du PARSS implique une appréciation en fonction des **5 critères d'évaluation génériques suivants** : la pertinence ; l'efficacité ; l'efficience ; l'impact et la durabilité. La revue finale apprécie ces 5 critères d'évaluation du CAD de l'OCDE en utilisant la grille d'évaluation et les canevas d'Enabel et les scores suivants:

Critère	A	B	C	D

Par ailleurs, cette revue finale étudie et répond à 4 **questions d'évaluation spécifiques** :. Ces questions d'évaluations spécifiques sont regroupées en 4 thématiques :

La maintenance des infrastructures hospitalières et des équipements et les termes de référence demandaient à approfondir certains aspects de la cohérence, la pertinence et l'efficience.

2 Résultats et conclusions

2.1 Critères de performance

Au vu des multiples limites constatées et décrites dans ce rapport, la revue finale considère que le PARSS mérite une appréciation négative.

Pertinence :

Le PARSS est en cohérence avec la politique Nationale de Santé et le Plan de développement sanitaire 2011-2015. La mise en œuvre du PARSS vise la consolidation des acquis des interventions antérieures de la Belgique dans le secteur santé, elle est

complémentaire aux interventions du FC et des autres PTF. La construction de dix Centres de Santé Intégrés (CSI) et de deux Hôpitaux de district (HD) dans les *nouveaux districts sanitaires* de Gotheye et Damagaram Takaya est cohérente avec la stratégie de décentralisation du Niger dans le secteur de la Santé (création de nouveaux districts sanitaires). Des actions locales démontrent une bonne appropriation des interventions du PARSS à travers un engagement des autorités locales. Les infrastructures réalisées dans ces 2 nouveaux districts représentent deux tiers des CSI construits par le PARSS (10/15) et 50% des hôpitaux construits ou réhabilités (2/4).

Toutefois, la zone d'appui choisie pour le PARSS est trop dispersée, et ce, sans adéquation avec les ressources humaines et financières, les capacités techniques et les acteurs potentiellement impliqués. Une stratégie de concentration des sites dans une région et ses districts aurait permis d'avoir des résultats plus probants.

Une estimation erronée de la faisabilité traduite par la sous-estimation des coûts de réalisation et des difficultés de mise en œuvre met en évidence une faible pertinence du niveau d'ambition annoncé.

L'analyse des risques n'a pas pris en compte tous les facteurs de fonctionnalité particulièrement pour les HD et des carences de compréhension des réalités/limites de terrain et d'analyse systémique ont été constatées.

Score donné par les évaluateurs : B

Efficiences :

On peut constater que les coûts moyens de construction au m² des CSI et des HD sont des coûts comparables aux coûts de constructions des infrastructures médicales dans la même zone géographique¹ (200 à 240 000 FCFA/m² pour les CSI et 240 à 290 000 FCFA/m² pour les HD).

Par contre, une concentration des sites prévus sur une ou deux régions sanitaires aurait permis de réduire les coûts et les délais des constructions.

Les carences de conception et/ou de mise en œuvre des axes d'intervention envisagées à travers les résultats 3 à 6, ainsi que l'insuffisance des budgets correspondants, se traduisent par des manques de capacité pour la mise à profit des infrastructures réalisées et/ou des équipements acquis sous les résultats 1 et 2.

Aucune stratégie de limitation des risques pour les constructions hospitalières via le phasage des constructions n'a été mise en place, ce phasage aurait permis de vérifier si les conditions de fonctionnalité étaient réunies avant la fin du projet.

Les coûts d'exploitation et de maintenance dans le choix des équipements n'ont pas été appréhendés lors de l'acquisition de ceux-ci avec comme conséquence directe que les structures hospitalières n'auront pas les moyens d'assurer l'exploitation de ces équipements installés.

La consolidation des acquis des interventions antérieures d'Enabel au Niger et dans la sous-région, dans les domaines de la conception architecturale ou de la maintenance, n'a pas été prise en compte par le PARSS ; celui-ci a travaillé en milieu clos, sans faire appel aux compétences ou expériences déjà capitalisées. Cette consolidation aurait permis de réaliser des gains de temps et des gains financiers avec, finalement, un impact accentué. Certains équipements médicaux majeurs et onéreux acquis tels que les équipements de radiologie

¹ Benin, Togo, Niger

numériques et les autoclaves sont *inappropriés au contexte local*. Ces acquisitions inappropriées ont un impact majeur sur l'efficacité globale du programme.

Score donné par les évaluateurs : D

Efficacité :

L'ensemble des 15 CSI planifiés ont été construits et équipés de manière qualitative et sont fonctionnels depuis 2017. Ces infrastructures ont contribué à une amélioration sensible de la couverture sanitaire dans les zones concernées.

Cependant, des retards conséquents ont été constatés dans l'exécution des travaux des quatre hôpitaux de district et ce malgré l'extension de la durée du programme (6 ans) : D'une part aucun des quatre hôpitaux prévus n'a été réceptionné complètement à ce jour (Juin 2019) à l'exception de quelques services isolés. D'autre part les contraintes de négociation avec le bureau d'études, dues à la sous-évaluation des coûts des études architecturales, a eu un impact sur la qualité des études mais aussi sur les dates de démarrages de travaux. La dispersion géographique des sites et leur difficulté d'accès ont augmenté la complexité de la réalisation et du suivi des travaux par les bureaux d'études et du personnel technique du PARSS.

Pour la conception des HD, le PARSS a appliqué strictement le document de Normes en Infrastructures et Equipements du Ministère de la santé du Niger sans vraiment se soucier de sa capacité à faire fonctionner, mettre à profit, gérer et maintenir une telle infrastructure hospitalière. Cet alignement strict à une politique nationale non réaliste et non réalisable a eu un fort impact fort sur l'efficacité du Résultat 1 du PARSS.

Un des facteurs de succès sous-estimé par le PARSS, qui aurait permis d'assurer la fonctionnalité des infrastructures construites, est le recrutement des ressources humaines médicales et non médicales et ce plus particulièrement dans les nouveaux districts.

Il existe un grand risque de fonctionnalité restreinte des infrastructures construites, voire de non-fonctionnalité pour l'HD Takaya en raison des éléments techniques défectueux constatés (énergie, adduction eau, traitements des déchets, conception des services médico techniques, etc.)

Les CSI construits n'offrent pas toutes les infrastructures nécessaires au bon fonctionnement et à la qualité des soins requises (adduction d'eau, traitements des déchets, clôture, ...). Certains équipements essentiels sont manquants notamment pour les SONU, tandis que la formation à l'utilisation des équipements livrés a été insuffisante ; ce qui implique un faible niveau d'utilisation de ces équipements.

Le résultat 3 a été abandonné par l'ensemble des acteurs. Les raisons principales de cet abandon sont les conditions du démarrage des activités de maintenance liées au recrutement d'ingénieurs biomédicaux par le Ministère de la Santé, qui n'ont jamais été réalisées, et la coupure budgétaire du Royaume de la Belgique de 2016 ; celle-ci a été imputée sur décision du PARSS au résultat de la maintenance en raison de l'absence de résultats antérieurs.

Ces décisions combinées ont eu comme résultat qu'aucune activité liée à la maintenance, pourtant indispensable au bon fonctionnement des équipements et des infrastructures, n'a pas été réalisée, à l'exception de la rédaction du draft du protocole de Recherche Action sur la Maintenance.

L'efficacité des résultats 4, 5 et 6 est prouvée en raison des niveaux d'accroissement des taux d'utilisation des services préventifs, curatifs, promotionnels des zones d'intervention et d'une offre active et une demande accrue des services et prestations aux population grâce aux consultations foraines.

Le projet a stimulé une contribution des communautés pour l'exécution des consultations foraines dans les villages ainsi que la redynamisation des organes de participation communautaire. Ces contributions, à ajouter aux actions de mise à disposition de contractuels et des auxiliaires par les collectivités territoriales, doivent être valorisées et inscrites dans les micros plans des CSI, les plans de développements de Districts et les plans de développement communaux.

Score donné par les évaluateurs : C

Impact

Les carences fondamentales en matière de conception, de réalisation et de maintenance des infrastructures hospitalières, développées en détail aux §3.1.2 et §3.1.3 du rapport, diminuent fondamentalement le potentiel d'impact des 4 HD (résultat 1).

L'impact global du résultat 2 est limité dans la mesure où les constructions des CSI ont été dispersées dans 3 régions sanitaires distinctes. Etant donné le niveau trop ambitieux des résultats et des impacts annoncés initialement, il aurait été préférable de cibler et d'obtenir moins de résultats, mais avec une bonne efficacité et avec un réel (potentiel d') impact.

L'impact en termes de qualité de soins est limité en raison principalement du faible niveau de compétences, en particulier dans les domaines non ciblés par le PARSS pour l'ensemble du personnel des CSI construits. Le personnel des CSI construits n'étant pas en mesure d'assurer certaines fonctions essentielles (SONNUB, PCIME, PTME) ; ainsi l'investissement dans un plateau technique de niveau CSI de type II n'est pas mis à profit.

Les carences en termes d'approche holistique nécessaire pour remplir les conditions du succès pour le bon fonctionnement et la mise à profit des CSI combinées à la dispersion géographique et à la faible efficacité affectent notablement le potentiel d'impact du PARSS.

Malgré l'inscription des activités dans les micros plans et les PAA, et la forte fréquentation des services, le retard et l'insuffisance du financement des résultats 4, 5, 6 n'a pas permis aux agents des CSI et DS d'intervention d'assurer la continuité des soins des populations mal desservies et les activités managériales des ECD ni de satisfaire la forte demande créée.

Score donné par les évaluateurs : C

Durabilité

Le PARSS, en parallèle des activités de construction et de fournitures de biens matériels, n'a pas été en mesure de réunir les conditions de succès (institutionnelles, organisationnelles, RH, financières, ...) requises pour une durabilité acceptable des acquis du PARSS.

Certains CSI et HD ont été construits dans des zones où l'appui d'Enabel sera arrêté dès la fin du programme PARSS (fin juin 2019) ou à la fin des travaux pour le l'HD de Takaya (fin 2019), ceci implique un risque fort de diminution de la qualité des soins en particulier dans la zone de Damagaram Takaya.

L'absence d'un système de maintenance opérationnel incluant l'absence quasi-totale de budgets et de plans de maintenance prévisionnels au niveau national et au niveau décentralisé (région sanitaire, district sanitaire) aura un impact immédiat sur la fonctionnalité des équipements biomédicaux fournis ainsi que sur la durabilité des infrastructures construites.

L'absence de transmission formelle au partenaire de l'ensemble des informations nécessaires à l'exploitation et à la maintenance des structures construites et des matériels acquis vont rendre particulièrement difficile l'exploitation des sites.

La poursuite des appuis ENABEL, à travers la nouvelle intervention 'PASS, qui cible uniquement deux districts sanitaires de la région de Dosso, à savoir les districts de Gotheye et de Gaya, permettra de continuer à progressivement réunir les conditions de succès pour contribuer à la durabilité des infrastructures de santé réalisées et les équipements fournis sous le financement du PARSS.

Score donné par les évaluateurs : D

2.2 Questions spécifiques

Thématique 1 : La maintenance des infrastructures hospitalières et des équipements

Question spécifique 1 : *Quelles sont les leçons pratiques à tirer du manque d'efficacité du résultat 3 - "Le système de maintenance est renforcé", au-delà de la réduction budgétaire ? Quelles conséquences en tirer pour l'intervention suivante 'PASS' ?*

La nécessité d'affecter des ressources humaines ayant des compétences dans le domaine de la maintenance pour la mise en œuvre des activités de maintenance est primordiale.

Le programme se doit de travailler avec les ressources humaines techniques disponibles au niveau décentralisé. L'ensemble des acteurs du système de santé doivent être impliqués dans la maintenance. Des partenariats publics-privés pour la mise en œuvre de la maintenance sont préconisés étant donné le nombre et la qualité restreinte de ressources existantes. Il est essentiel d'adapter les ambitions aux conditions du terrain avec une approche orientée vers les résultats et de préconiser des actions concrètes de maintenance, tel que la mise en œuvre de plan de maintenance au niveau de CSI et des HD. Cette revue finale recommande des ambitions restreintes, mais bien ciblées pour renforcer le système de maintenance au niveau local et ainsi prouver la durabilité du système appliqué pour convaincre à terme les différents partenaires d'appliquer ce modèle et l'élargir à une zone géographique plus étendue.

Question spécifique 2 : *Quelles sont les forces et les faiblesses du processus des interventions en ce qui concerne la maintenance des infrastructures au regard de l'objectif de pérennité des investissements ?*

Les forces principales sont (1) l'idée d'un résultat distinct dédié à la maintenance (mais pas mise en œuvre), (2) les CS ont été équipés et construits sur une même base, ce qui facilite leur gestion de la maintenance, (3) le recrutement des techniciens (OPM), la construction des ateliers de maintenance et la fourniture de moyens logistiques.

La faiblesse principale est l'absence de phasage des interventions, car la maintenance des infrastructures et des équipements doit démarrer dès la réception des ouvrages et durer pendant toute leur durée de vie.

Question spécifique 3: *Quels sont les points d'attention relatifs à la maintenance des équipements sachant que la disponibilité d'équipements fonctionnels doit permettre d'assurer la qualité et la durabilité des soins ?*

Les points principaux relatifs à la maintenance des équipements biomédicaux sont : (1) l'acquisition d'équipement appropriés avec des technologies adaptées au contexte et au niveau de compétences locales, (2) la prise en compte des capacités techniques au niveau local ou régional des prestataires (3) la prise en compte des coûts d'exploitation et de maintenance dans les processus d'achats, (4) la prise en compte des formations utilisateurs et des formations des techniciens, (5) l'implication de l'ensemble du personnel dans les processus d'achat. Ces points d'attention n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de la mise en œuvre du PARSS.

Thématique 2 : La cohérence

Question spécifique 1: *Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle pu développer des synergies avec les projets de la coopération belge dans le secteur de la Santé ?*

Les acquis des interventions antérieures (PAI, PAFS) et actuelles (PASS), notamment dans le renforcement des capacités institutionnelles et humaines, assurent la visibilité de la Coopération belge au développement. Ils fournissent un fondement essentiel à la réforme sectorielle du secteur de la santé au Niger ; dans ses composantes de développement du district sanitaire et via des appuis stratégiques dans le cadre de la planification, le suivi et évaluation et la recherche en santé. L'appui d'Enabel devrait notamment aider le MSP à disposer d'une carte sanitaire et de normes et standards actualisées au Niger. Cela devrait permettre à Enabel d'asseoir sa stratégie d'intervention associant la construction d'infrastructures (création de nouveaux DS et réhabilitations de HD construits par la Belgique lors de ces précédents appuis à la région de Dosso) avec des actions de santé publique dans le cadre d'une approche « programme de renforcement du système de santé ».

Question spécifique 2: *Les stratégies et approches du projet sont-elles cohérentes avec celles des autres bailleurs de fonds intervenant dans des champs similaires/complémentaires ?*

Les stratégies et approches du PARSS sont cohérentes avec celles des autres bailleurs qui ont tous signé le 'Compact Niger' en s'alignant à la mise en œuvre du PDS 2011-2015.

Les principales synergies des PTFs avec le PARSS sont la complémentarité avec le Fonds Commun qui a comme objectifs de renforcer la planification des PAA, de renforcer les capacités des ressources humaines en santé, d'appuyer les activités foraines mais également le volet d'infrastructures et d'équipements biomédicaux. La KFW via son programme PSR dans la région de Tillabéry finance des activités similaires au PARSS comme : la construction de CSI, le renforcement des capacités mais également la mise en place d'un fonds de maintenance dont dépend le district sanitaire de Gotheye, appuyé par le PARSS et le PASS. La KFW va étendre son programme à d'autres régions sanitaires dans les années à venir.

Les ONG Internationales : Help à Tillabéry, World Vision (Dosso, Zinder), Pathfinder (Dosso, Zinder), BFEN Dakoro, les Agences SNU, en particulier dans les actions communautaires, la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale, l'hygiène /l'assainissement et la vaccination contribuent à la mise en œuvre des PAAs des régions et districts d'intervention.

Thématique 3 : La pertinence

Question spécifique 1 : *Quel type d'influence, d'évolution du contexte institutionnel au MSP a exercé sur la mise en œuvre de l'intervention ?*

La plupart des acteurs et bénéficiaires directs et indirects parlent d'un contexte favorable pour la mise en œuvre du PARSS : (1) la Belgique et le Niger assurent une continuité dans leur coopération bilatérale dont le secteur de la santé est prioritaire, (2) la Belgique dans son rôle de chef de file des partenaires du secteur de la santé (2003-2012) a pleinement contribué à l'implantation, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de deux PDS de 2005 à 2011 dans le cadre d'une approche sectorielle, (3) la création des nouveaux districts (Gotheye, Damagaram Takaya,), dans le cadre d'une décentralisation dans le secteur de la santé.

Le non-aboutissement de certaines mesures liées aux conditionnalités de mise en œuvre du PARSS ont influé négativement le degré d'atteinte des résultats escomptés. Les districts sanitaires et leurs formations sanitaires demeurent confrontés à des défis institutionnels et organisationnels fondamentaux. Les mécanismes de financement ainsi que de mise à disposition de ressources humaines demeurent défailants.

Question spécifique 2 : *Dans quelle mesure il y a eu appropriation des bénéfices du projet par le MSP ?*

Le MSP et ses structures décentralisées se sont plus ou moins approprié les activités du projet à travers la mise à disposition de personnel qualifié (nomination des ECD) dans les zones d'interventions. La déconcentration de la gestion des pécules des agents contractuels a favorisé le recrutement par les ECD de contractuels et leur redéploiement.

Les interventions du PARSS ont créé un engouement des autorités décentralisées et des communautés avec comme conséquences le renouvellement des COSAN/COGES.

Toutefois, la présente revue finale du PARSS constate un fort déséquilibre entre le dimensionnement et le caractère des infrastructures et équipements de santé financés et les capacités d'appropriation.

Thématique 4 : L'efficience

Question spécifique 1 : *Quels ont été les effets de la gestion des RH du projet et leur stabilité (ou pas) dans sa mise en œuvre ?*

L'instabilité vécue au niveau du poste de Co-Responsable, le non-remplacement de l'ATN Génie civil à mi-parcours et les autres carences en ressources humaines ont structurellement handicapé le potentiel de bon fonctionnement du programme.

La conception fortement orientée infrastructures avec une sous-estimation de la spécificité des métiers de programmation hospitalière, de l'ingénierie biomédicale et de la maintenance ont également eu un impact fort sur la faible efficacité, l'efficience et la pérennité du programme.

Question spécifique 2 : *Le setup des ressources humaines de la gestion de projet : choisir les profils de médecin en tant que responsable et d'ingénieur international en tant que co-responsable a-t'il été un choix adéquat ? Quels ont été les avantages-inconvénients ?*

Une expertise en infrastructures de santé et avec une capacité de compréhension systémique et de facilitation était requise pour le PARSS. Le recrutement du premier Co-responsable et des solutions alternatives à la suite de son départ n'ont pas apporté cette expertise sur la durée du programme.

Certaines décisions techniques prises pour les acquisitions de matériel (équipements de radiologie, autoclaves pour les HD) et concernant la fonctionnalité des services médico-techniques (bloc opératoire, stérilisation) et le dimensionnement de certains locaux d'hospitalisation montrent des compétences limitées des équipes en place dans les domaines de l'ingénierie biomédicale et de la programmation hospitalière.

La sous-estimation des ressources requises pour réaliser le PARSS se situe tant au niveau RH qu'au niveau budgétaire. Avec le même budget, il aurait donc fallu moins d'ambition quantitatives en matière d'infrastructures de santé et plus de ressources humaines pour assurer la qualité, l'efficacité et le potentiel d'impact et de durabilité d'un PARSS plus restreint et concentré.

Question spécifique 3 : *Dans quelle mesure la gestion des marchés publics et les procédures administrative-financières ont joué sur le bon déroulement du projet ?*

Des leçons ont été apprises dans la gestion des marchés de travaux et d'acquisition des matériels et équipements du PARSS à travers une meilleure connaissance des goulots d'étranglement et l'apport de mesures correctrices utiles pour tous les projets ENABEL au Niger. Cela a facilité le bon fonctionnement des procédures de marchés publics tout au long du projet.

Deux marchés principaux de constructions ont dû être résiliés et relancés en raison de la qualité des prestations et des retards pris dans la mise en œuvre de ceux-ci. Des marchés d'équipements médicaux ont dû être relancés faute de capacité technique suffisante des soumissionnaires. Ces deux éléments précédents sont des éléments classiques et récurrents dans la vie des marchés publics dans le contexte local mais ont eu un impact fort sur les délais de constructions.

Question spécifique 4 : *Quel a été le degré de suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours ? Cette question 4.4 est à analyser en prêtant une attention particulière aux dimensions d'efficacité et de durabilité.*

Les recommandations de la revue à mi-parcours pour le PARSS étaient d'ordre opérationnel et non d'ordre stratégique. Les recommandations concernant le suivi des chantiers ont peu été suivies au vu des retards accumulés et le niveau relativement faible des finitions constatées. Les recommandations concernant les opérations de réception des ouvrages, ainsi que celles concernant la pérennité sont des recommandations pertinentes et sont toujours d'actualité pour le PARSS et le PASS et doivent être mise en œuvre.

La revue finale considère pourtant que la MTR n'a pas mis le doigt sur les carences fondamentales du PARSS ; ce qui aurait permis au programme et à ENABEL de fondamentalement revoir le programme et de fortement renforcer ses facteurs de succès et de diminuer ses risques.

3 Leçons apprises

Le programme PARSS aurait été en mesure d'obtenir un bien meilleur rapport coûts / effets si les éléments suivants avaient pu être considérés et mis en œuvre :

- concentration des activités sur une seule région,
- approche différente en matière de dimensionnement et d'ambition d'un HD,
- équilibre entre infrastructures/investissements et renforcement des capacités pour s'assurer des conditions du succès,

- application raisonnée des normes en infrastructures sanitaires,
- mise en œuvre d'un concept modulaire d'un HD avec un phasage des construction,
- conception et implémentation des résultats R3 à R6 de manière plus intégrée et durable et repositionnement drastique du PARSS après la MTR.

4 Recommandations

Recommandations pour la Coopération Belge au Développement et le Ministère de la Santé

- 1) Apporter une attention particulière à la conception/ formulation des programmes en tenant compte des difficultés structurelles et contextuelles.
- 2) Eviter l'éparpillement géographique de programmes de santé et limiter drastiquement les ambitions annoncées en rapport avec les ressources disponibles et la durée du programme.

Recommandations pour ENABEL (siège)

- 3) Accompagner le MSP pour assurer la fonctionnalité des Hôpitaux et Centre de Santé construits (hors zone PASS).
- 4) Accompagner le MSP pour assurer la pérennité des investissement réalisés (hors zone PASS).
- 5) Adopter une approche intégrée lors de la conception de programmes incluant des infrastructures et équipements avec un phasage des investissements lié à la fonctionnalité des phases précédentes.
- 6) Apporter une attention particulière à l'utilisation de technologies appropriées lors de la conception des structures hospitalières et l'acquisition des équipements médicaux – Comprendre et réunir les conditions de succès pour toute innovation.
- 7) Adapter la composition des équipes projet en fonction des compétences nécessaires à la réalisation des programmes hospitaliers (investissements et maintenance).

Recommandations pour le Ministère de la Santé Publique et pour les acteurs impliqués :

- 8) Poursuivre les efforts pour la mobilisation de ressources humaines qualifiées en particulier pour les nouveaux districts (Takaya et Gotheye). Adopter une stratégie de pérennisation des investissements réalisés par les PTF et le MSP en priorisant la consolidation des investissements plutôt que réaliser de nouveaux investissement (constructions)
- 9) Placer la maintenance au cœur des priorités du MSP en faisant le suivi en tant que réforme structurante pour le renforcement du système de santé,
- 10) Contraindre les PTF à mobiliser les ressources nécessaires à la maintenance,
- 11) Adopter un plan de renforcement des capacités des personnels techniques (OPM, Techniciens).
- 12) Actualiser et achever le document de « Normes et standards des infrastructures et équipements médicaux » en tenant compte des réalités du terrain.
- 13) Redéployer les équipements médicaux inappropriés tels que les équipements d'imagerie

numériques des 4 HD dans des CHU ou des CHR et utiliser les sources de financement de ces CHU / CHR pour financer des équipements plus appropriés au HD

- 14) De manière générale : veiller à la mise à profit des progrès (partiels) et acquis obtenus avec l'appui du PARSS.

Recommandations pour la phase de clôture du PARSS et le nouveau projet PASS

- 15) Il importe de documenter et de capitaliser davantage les acquis du PARSS.
- 16) Réaliser une feuille de route concernant le transfert des activités du PARSS vers le PASS mais aussi pour assurer les conditions de fonctionnalités des hôpitaux et des CSI.
- 17) Réaliser/mettre en œuvre un plan d'appropriation des équipements médicaux et infrastructures installés (formation utilisateur, suivi de garantie, documentation, approvisionnement consommable, cout de maintenance, cout exploitation).
- 18) Réaliser/mettre en œuvre une stratégie d'accompagnement du MSP pour assurer la pérennité des investissements dans les zones d'activités du PASS.
- 19) Adopter une stratégie axée sur les résultats pour la maintenance en favorisant les partenariats publics/privés (entrepreneuriat orienté impact).
- 20) Impliquer l'ensemble des acteurs du système de santé (DRSP, ECD, personnel de santé) dans les activités de maintenance (maintenance 1er niveau, gestion de maintenance, financement de la maintenance...).