



Adaptation du pilier 1

Intervention 1 – NER210011

La population nigérienne bénéficie d'une protection sociale grâce à un accès inclusif à des services sociaux de base de qualité dans les domaines de l'enseignement et des soins de santé, y compris la promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre (et les droits de l'homme y afférents)

AVENANT 1 - Portefeuille Pays Niger

Version post CA du 04/10

Cofinancement du Royaume des Pays-Bas pour Pilier 1
Santé Publique – Intervention Sutura

Table des matières.....	1
Acronymes.....	1
Liste des figures	3
1. Composition du portefeuille	4
1.1. Adaptation budgétaire au niveau du pilier 1	4
1.2. Justification pour une révision du pilier 1	5
Adaptation à l’approche stratégique en commun avec le Royaume Pays-Bas.....	5
Cadre de l’appui des Pays-Bas dans le domaine de la santé.....	5
La Confluence entre les Pays-Bas et la Belgique dans le domaine de la santé.....	6
Présentation des actions bénéficiant de la contribution des Pays Bas.....	6
2. Adaptation de l’intervention 1 du Pilier 1 – Intervention Santé	7
2.1. Logique d’intervention	7
2.2. Activités prévues	7
2.3. Partenariats et synergies.....	33
2.4. Ressources financières et humaines	34
Annexe 1 : Matrice des indicateurs adaptés de l’ Intervention santé	47
Annexe 2 : Adaptation du cadre logique de la Contribution des Pays Bas	50

Acronymes

AECID	Agence espagnole de coopération et de développement international
AFSCA	Agence alimentaire
AICS	Agence italienne pour la coopération au développement
AFD	Agence française de développement
AM	Assurance Maladie
AMD	Assurance Maladie Départementale
AMU	Assurance maladie universelle
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	Comité de Gestion
COVID	Corona(virus) Disease 19, SARS-COV2
CSC	Cadre Stratégique Commun
CSI	Centre de Santé Intégré
CSub	Convention de Subside
CUS	Couverture Universelle Santé
DRSP	Direction Régionale Santé Publique
DS	District Sanitaire
DUE	Délégation de l’Union européenne
ECA	Expert.e Contractualisation & Administration
ECD	Equipe Cadre de District

Enabel	Agence belge de Développement
EST	Expertise Sectorielle et Thématique
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FC	Fonds commun
EGF	Fistule Génitale Féminine
FOSA	Formations Sanitaires
HD	Hôpital de district
IcSP	Instrument contributing to Stability and Peace
IDH	Indice de développement humain
IGS	Inspecteur Général des Services
INAM	Institut National d'Assistance Médicale
INS	Institut national de la statistique
IO	Intervention Officer
KFW	KFW Development Bank
MCI/EJ	Ministère du Commerce, de l'Industrie et de l'Entrepreneuriat des Jeunes
MdM	Médecins du Monde
M&E	Monitoring & Evaluation, Suivi et Evaluation
MGF	Mutilations génitales féminines
MJ/S	Ministère de Jeunesse et des Sports
MM	Mortalité Maternelle
MPF/PE	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant
MSP	Ministère de la santé publique
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
MTR	Mid Term Review/Evaluation à mi-parcours
NDICI	Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument
NEET	Neither in Employment nor in education or training
NL	Netherlands – Royaume des Pays-Bas
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONEF	Observatoire National de l'Emploi et de la Formation
ONGE	Observatoire National pour le Genre
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONN	Operation New Nero
OPEL	Organisation d'Eleveurs
OPM	Ouvrier Polyvalent de Maintenance
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PARSS	Projet d'appui au renforcement du système de santé
PASS	Programme d'appui au Système de Santé
PDES	Plan de développement économique et social
PDR	Plan de Développement Régional
PDS	Plan de développement sanitaire
PF	Planning Familial
PIB	Produit Interne Brut
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
P(I)C	Programme (Indicatif) de Coopération
PM	Portfolio Manager
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNS	Politique Nationale de Santé
PTF	Partenaire technique et financier
PTSEF	Plan de Transition du Secteur de l'Education et de la Formation
RAF(I)	Responsable Administratif Financier (international)
RR	Représentante Résidente
SDDCI	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive

SDSR (SRHR)	Santé et Droits Sexuels & Reproductifs (Sexual & Reproductive Health and Rights)
SOC	Services Officiels de Contrôle
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
STD	Services Techniques Déconcentrés
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Liste des figures

Figure 5: Cadre de résultats Pilier 1 Intervention Santé Portefeuille Pays Niger	p. 7
--	------

1. Composition du portefeuille

Le tableau ci-dessous donne **un aperçu concis du nouveau portefeuille bilatéral Pays Niger 2022-2026** et reprend **le budget et la période d'exécution pour l'intervention pilier 1 qui est adaptée dans le présent document.**

Le Portefeuille Pays Niger a été signé le 14 mars 22 pour une durée de 5 ans. Le budget total prévu pour le portefeuille est de 50 millions d'Euros. Le présent document porte sur l'augmentation du budget du Portefeuille, et spécifiquement le Pilier 1, et son intervention santé avec 2,857143 millions d'euro, via un [cofinancement par le Royaume des Pays-Bas](#).

[Le processus ayant conduit à ces adaptations s'est fait en concertation avec les parties prenantes impliquées aussi bien au niveau des autorités nigériennes que de la partie belge.](#)

1.1. Adaptation budgétaire au niveau du pilier 1

Intervention	Période	Budget
Pilier 1 : promotion de la sécurité sociale et réduction des inégalités sociales OG : La population nigérienne bénéficie d'une protection sociale grâce à un accès inclusif à des services sociaux de base de qualité dans les domaines de l'enseignement et des soins de santé, y compris la promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre (et les droits de l'homme y afférents) <u>Intervention 1 Intervention Santé</u> OS1 : l'offre de soins est améliorée OS2 : le MSP/P/AS dispose d'un modèle assurantiel OS3 : le ministère est plus performant (institution apprenante et de régulateur) <u>Intervention 2 Intervention Education</u>	2022-2026	25,357 MEUR 14,5 MEUR +2,857 MEUR 8 MEUR

[L'adaptation budgétaire au niveau du pilier 1 est réalisée par la dotation d'un budget de 2,857 millions d'euros cofinancés en supplément pour l'intervention 1 Pilier 1 Santé Publique.](#)

Financement Gouvernement belge Cofinancement de l'Ambassade des Pays-Bas	50 MEUR 2,857 MEUR
---	-----------------------

Ci-dessous **un tableau synthétique de programmation budgétaire annuelle indicative**

En millions euros	2022	2023	2024	2025	2026
Programmation budgétaire indicative	4,9 MEUR	11 MEUR +1.442.078 € =12,542MEUR	14,6 MEUR +1.415.065€ =16,015 MEUR	12 MEUR	7,5MEUR

1.2. Justification pour une révision du pilier 1

Il n'y a pas de changement par rapport à la stratégie proprement dite du Portefeuille Pays Niger.

Adaptation à l'approche stratégique en commun avec le Royaume Pays-Bas

L'intervention santé du Pilier 1 du portefeuille aura pour but principal le renforcement des capacités et le transfert de compétences au niveau du MSP/P/AS et ses institutions déconcentrées.

Un appui institutionnel au niveau central sera combiné avec des interventions au niveau opérationnel déconcentré afin de stimuler, d'un côté, la réglementation et l'établissement des normes (dissémination, contrôle du respect d'application, ...) et de l'autre côté, la capitalisation des expériences intéressantes pour feedback structurant aux autorités. Il s'agit là d'une approche 'bottom-up' équilibrée par une approche 'top-down'. Ce 'double ancrage' à la fois au niveau central comme au niveau opérationnel sème les conditions d'un apprentissage basé sur l'évidence. Tout acquis au niveau opérationnel a comme but ultime d'offrir au Ministère des conditions pour faire évoluer sa politique sanitaire et pour faire évoluer le système entier. Des expériences locales qui servent à terme, pour tout le pays.

Le nouveau projet assure ainsi une continuité aux efforts propices du passé. La vision à plus long-terme, établie par le projet santé PASS, sera poursuivie pour les 5 années à venir et permettra d'approfondir les expériences et de créer des modèles robustes (voir plus loin) pour le MSP/P/AS. Entre autres, le choix des zones principales d'intervention (Districts sanitaires de Gothèye et de Gaya, avec une extension vers Dioundiou) est basé sur ce principe.

Aligné sur la politique nationale et la stratégie de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), le projet prévoit intervenir sur les 3 dimensions de la CSU telle que définie également par l'OMS, et selon le schéma ci-dessous.

'Team Belgium' avec la coopération des Pays-Bas, s'organiseront pour contribuer à cette concertation et coordination entre PTF et avec le MSP/P/AS. Les sujets de dialogue seront l'assurance maladie, la SDSR, la politique de gratuité des soins, la méthode de l'identification des indigents, les 'soins spécialisés' dans les HD, la digitalisation, la maintenance et la coordination des interventions entre PTF en réduisant au mieux les duplications d'activités pour favoriser davantage de synergie et de complémentarité.

Cadre de l'appui des Pays-Bas dans le domaine de la santé

En 2017 le Gouvernement du Niger a adopté la Politique Nationale de Santé et le Plan de Développement Sanitaire 2017-2021 dont l'objectif est de renforcer la demande et l'offre de soins et de services de qualité à toute la population. Cet objectif devait être atteint à travers la mise en œuvre de quatre stratégies : (i) l'amélioration de la gouvernance et du leadership ; (ii) l'accès aux soins et services de santé ; (iii) l'amélioration des prestations des soins et services de santé ; (iv) le développement de la pratique du sport de masse. Le tout, partant de l'évidence que tout effort ne sera que partiellement couronné de succès - et facilement réversible - s'il ne s'attaque pas également aux questions de la croissance effrénée de la démographie et des inégalités sociales sous-jacentes et qui perpétuent les formes de marginalisation, de pauvreté et de violence.

En avril 2021, lors de son investiture, le Président de la République a exprimé son engagement envers les grands défis du pays liés à la protection sociale en santé au travers de la Couverture Santé Universelle (CSU) ainsi qu'au genre et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. Il déclarait que : « ...Les mariages précoces des jeunes filles, la forte prévalence de la polygamie ainsi que la faible prévalence de l'utilisation des contraceptifs constituent nos grands défis ».

C'est en réponse à tous ces défis que l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas, après avoir analysé le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021, a exprimé son intention de financer la mise en œuvre du prochain PDS et ses différentes stratégies pour le renforcement du système de santé, avec l'accent sur la gouvernance, la SSR/PF et le financement de la santé avec une approche FBP (financement basé sur la performance). Ces 3 axes stratégiques dans le domaine de la santé sont communs aux initiatives soutenues par le Royaume des Pays-Bas et au Royaume de la Belgique.

La Confluence entre les Pays-Bas et la Belgique dans le domaine de la santé

Les deux coopérations sont alignées sur les thématiques stratégiques de la politique nationale en santé. Les Pays-Bas affichent leur intention de financement, dans le cadre du PDS, des 3 axes thématiques repris au point 1.3. Ces 3 axes sont également développés par Enabel au Niger à travers le Pilier 1 de son portefeuille bilatéral 2022-2026 via son intervention PASS SUTURA. Cette intervention, qui est une continuation d'un appui précédent au secteur de la santé (projet PASS 2017-2021) a démarré le 14 mars 2022 et elle est ancrée au sein du Secrétariat Général du MSP/P/AS.

En effet, PASS SUTURA vise à rendre le MSP/P/AS plus performant à travers le renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP/P/AS (résultat 8), il lutte contre les inégalités de genre en santé via la promotion des droits de santé sexuelle et reproductive (résultat 3) et il contribue à l'optimisation du financement du secteur de la santé en assurant une transition depuis un système de financement basé sur les résultats (intervention PASS) vers le développement d'un modèle assurantiel intégré, l'Assurance Maladie Départementale (AMD), adopté par le MSP/P/AS dans 3 départements pilotes, en vue d'une mise à l'échelle future.

Au vu de cette confluence d'intérêts entre les Pays-Bas et la Belgique dans le domaine de la santé, une alliance stratégique à travers le cofinancement du projet PASS SUTURA s'avère tout à fait pertinente et elle permettra de maximiser les objectifs et le soutien apporté par ces 2 pays aux politiques nationales de santé du Niger.

Présentation des actions bénéficiant de la contribution des Pays Bas

Bien qu'intégrées dans la planification unique du projet, le chapitre suivant explicitera les sous-activités identifiées ensemble avec les Pays-Bas. Ceci facilitera les futurs feedbacks spécifiques à donner à l'Ambassade des Pays-Bas, entre autres pour considérer la prolongation de leur appui après 2 ans.

Dans chaque Résultat Attendu, vont être détaillées les AP et les sous activités où intervient la contribution des Pays Bas, avec l'énoncé des cibles à atteindre durant les deux ans du cofinancement.

La proposition détaillée de l'appui additionnel offert par le Royaume des Pays-Bas est annexée au portefeuille à titre informative, mais les (sous)-activités et le budget sont entièrement intégrés dans ce document de portefeuille principal.

2. Adaptation de l'intervention 1 du Pilier 1 – Intervention Santé

Tous les changements et modifications de texte sont indiqués en bleu clair. Cela s'applique surtout à la description des activités, au tableau RH et à l'organigramme. Ce dernier est adapté en fonction de la réalité Sutura qui, à part l'équipe centrale, dispose de deux antennes sur le terrain : une qui va englober les districts de Gaya et Dioundiou incluant 3 membres (ATN Qualité Gaya, Admin-Fin et AT Dioundiou) et une autre qui va inclure le district de Gothèye avec deux membres (ATN Qualité Gothèye et Admin-Fin).

Dans l'annexe 1 « Matrice des indicateurs », un complément à ce tableau de l'intervention santé, est constitué par l'ensemble d'activités et cibles définies en lien avec la contribution des Pays Bas, que nous avons placé dans l'annexe 5, aussi sous forme de cadre logique. En plus, il existe en annexe 2 le tableau des activités, cibles et indicateurs, figurant dans la proposition faite aux Pays Bas.

2.1. Logique d'intervention

Objectif global : La population nigérienne bénéficie d'une protection sociale grâce à un accès inclusif à des services sociaux de base de qualité dans les domaines de l'enseignement et des soins de santé, y compris la promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre (et les droits de l'homme y afférents)

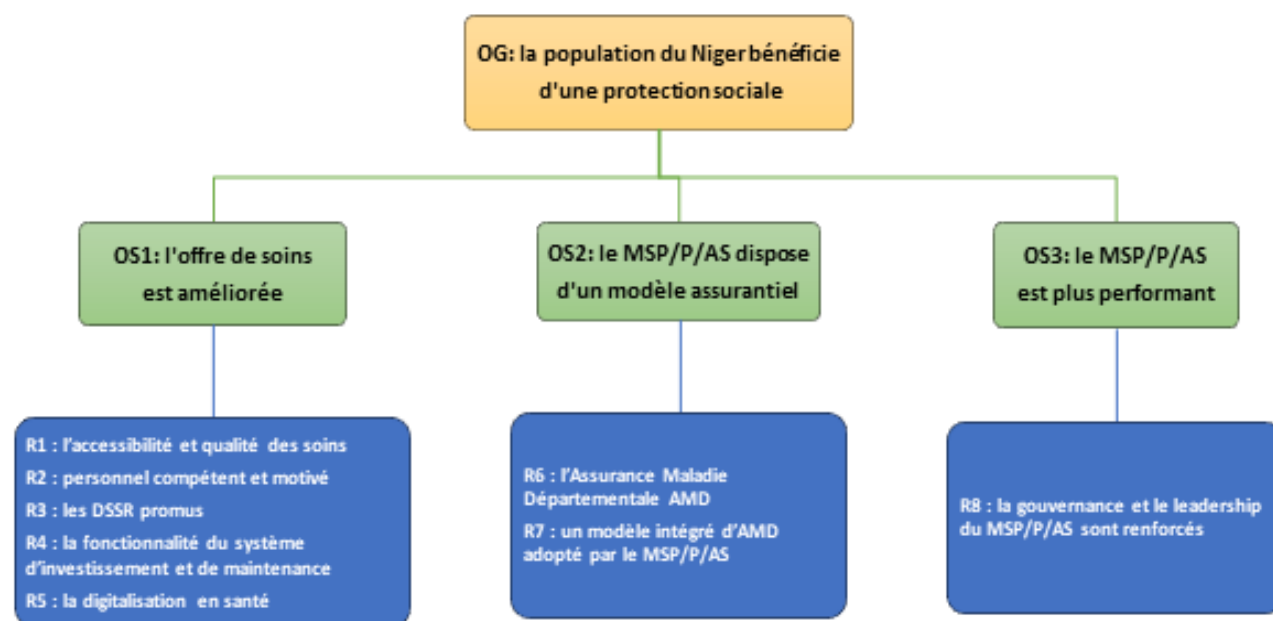


Figure 5 : Cadre de résultats Pilier 1 Intervention Santé Portefeuille Pays Niger

2.2. Activités prévues

Objectif Spécifique 1 : amélioration de l'offre de soins

L'objectif spécifique 1 : Les districts sanitaires ciblés servent de districts de formation en vue d'améliorer l'offre de soins pour le pays.

L'objectif spécifique s'inscrit entièrement dans la philosophie du double ancrage et de la modélisation décrits plus haut.

Cette intervention Santé veut démontrer comment la politique nationale d'organisation des soins de qualité, accessible géographiquement et culturellement peut se réaliser sous les conditions nigériennes. Les districts ciblés serviront de lieu d'apprentissage pour d'autres districts sanitaires. Le personnel de soins et les équipes cadre de district (ECD) d'autres districts pourront venir en stage organisés pour apprendre sur les bonnes pratiques et les leçons apprises (voir également R2A4).

Résultats attendus

R1 : L'accessibilité géographique et l'offre globale de soins de qualité sont renforcées dans les districts ciblés

Il s'agit ici de garantir la qualité des soins de santé primaires (soins de district) dans les zones cibles, couvrant les soins curatifs, préventifs et promotionnels.

L'innovation au niveau du R1 se trouve dans le fait que les nouvelles politiques de décentralisation concernant les maladies non-transmissibles (hypertension et diabète) et les soins spécialisés (l'ophtalmologie, l'ORL et la santé mentale) seront pilotés et accessibles tant dans l'hôpital que dans les aires de santé. A la fin de l'intervention, le Ministère disposera de modèles opérationnels de prise en charge et d'approche de l'organisation de ces soins, qui serviront pour la dissémination sur le territoire national. Les efforts pour garantir la disponibilité des médicaments et de renforcer la gestion des pharmacies se poursuivront également. Dans les districts de Gaya et Gothèye, la plupart des équipements et infrastructures nécessaires sont déjà en place. Pour Dioundiou, de nouvelles infrastructures et équipements devront être réalisées.

Une grande partie des efforts se concentrera sur la promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre, avec la continuation de la lutte contre la mortalité maternelle (impact déjà établi dans le projet en cours), le renforcement de l'offre de la planification familiale (déjà les indicateurs de la PF se sont améliorés), la lutte contre les fistules obstétricales, la maternité 'sans risque' – consultations pré- et post-natales, etc. Dans le résultat 3 un focus sera donné aux niches particulières et innovatrices de la lutte contre la violence sexuelle et la santé des adolescent(e)s. Ces points d'attention demandent des efforts particuliers des services, en dehors de leur routine quotidienne, raison pour laquelle ils seront traités dans un résultat séparé (R3).

En dehors des districts sanitaires (DS) de Gaya et de Gothèye, un nouveau district sanitaire dans la région de Dosso, Dioundiou, sera appuyé.

Ce résultat se réalisera grâce au renforcement des capacités institutionnelles des autorités de la santé au niveau des régions (DRSP) et de district (ECD), qui devront porter les acquis au-delà du projet.

R1A1 : Encadrer les DRSP et ECD afin qu'elles garantissent l'application des normes de qualités dans les CS, CSI et HD concernés

Il s'agit ici d'un appui de renforcement des capacités institutionnelles afin de garantir la poursuite de tous les acquis dans les districts ciblés. Les capacités visées se trouvent majoritairement dans le domaine du management des

systemes de santé (gestion financière, supervision, formation du personnel, gestion RH, gestion hospitalière, gestion de l'information sanitaire, la disponibilité des médicaments, etc.).

R1A2 : Créer les conditions pour que les formations sanitaires des districts de Gothèye, Gaya et Dioundiou délivrent le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) complet et de qualité en stratégie fixe, avancée et mobile afin de couvrir toute la population sur leur territoire

Il s'agit d'un renforcement continu de la qualité des soins, l'introduction des soins spécialisés comme décrits plus haut, la SDSR, le renforcement de la gestion locale des services y compris le management des pharmacies et l'organisation de la participation communautaire afin de gérer la relation entre les services et ses populations cibles.

Le renforcement continu se fera grâce à la combinaison des supervisions régulières réalisées par l'ECD (et la DRSP), combinées avec des formations ponctuelles du personnel de soins, suite aux constats des supervisions. Les normes et protocoles de prise en charge devront guider 'la qualité'. Les informations de routine du SNIS (Système National d'Information Sanitaire) permettront de suivre les avancées (ou pas) afin de corriger les points d'attention.

Alors que dans les districts de Gothèye et de Gaya il sera question de la poursuite des actions initiées dans le projet précédent. Dans le district de Dioundiou, il sera question de répliquer les expériences réussies des autres districts. Cette réplification veillera à une contextualisation, en tenant compte des spécificités de ce district.

L'élargissement du paquet de service sera poursuivi à travers les soins spécialisés. Parmi les soins de spécialisation figurent les soins ophtalmologiques. Déjà un infirmier spécialisé en la matière se trouve à l'HD de Gaya pour prendre en charge des patients, et les spécialistes en ophtalmologie descendent de l'hôpital régional de Dosso à base régulière et prennent en charge des patients qui ont besoin d'un médecin spécialiste. Par contre, les personnes avec de simples problèmes réfractaires n'ont pas accès à des lunettes pour corriger la vision. Sachant la fréquence de ces affections (Entre 5 et 10 % de la population), même chez les jeunes enfants, c'est une priorité de rapprocher ces soins à la population et les rendre abordables. Actuellement, les rares personnes qui cherchent des lunettes doivent voyager dans des grandes villes et acheter des lunettes à des prix très élevés dans des cabinets privés. Le projet en cours a déjà créé certaines conditions (construction d'ateliers, personnel technique sur place), mais la création d'une unité lunetterie (fabrication de lunettes sur place à des prix abordables) demandera encore un investissement en matériel et en organisation spécifique important. Un lien avec la santé scolaire est établi avec l'intervention éducation afin de dépister les jeunes concernés et contribuer à l'amélioration des résultats scolaires et à leur rétention à l'école.

Cet aspect sera exécuté à travers une convention de subsides avec 'Light for the World', une ONG belge spécialisée en cette matière (voir tableau en annexe 9.2).

Les soins néonataux (voir aussi R2 et R3) méritent une grande attention puisque les districts cibles n'ont pas eu beaucoup de progrès à ce niveau jusqu'ici.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-bas sous A01 02 03 sont : Améliorer la performance globale des soins pour la santé reproductive

- Action 1 : Planifier et organiser les formations échelonnées des agents de santé des CSI des 3 DS de Gaya, Gothèye et Dioundiou (Ga-Go-Di) couvrant les SSR, en particulier la PF, les techniques contraceptives requises pour offrir des services en SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Action 2 et 3 : Organiser dans les 3 DS des missions trimestrielles de coaching par l'ECD des CSI et en particulier des sage femmes HD/CSI sur la promotion de la planification familiale chez les adolescentes, les femmes en post partum et la qualité de la CPNR.

- Action 4 : Appuyer l'organisation de revues régulières sur les décès maternel (audit mensuel)

Cible à atteindre : Renforcer les capacités de 106 agents CSI (2xCSI x (20 (Gaya)+ 20 (Gothèye)+ 13 (Dioundiou)) et de 20 agents des 2 HD des formations sanitaires des 3 DS cibles pour fournir des services intégrés, complets et de hautes qualités en matière de SR/PF, c'est-à-dire renforcer les capacités de 126 agents au total.

R1A3 : Appuyer le développement du district sanitaire de Dioundiou

Dioundiou est un district sanitaire nouvellement créé pour des raisons de population (la taille de la population de Gaya devenant trop grande sur un territoire très étendu). Ce district n'a jamais été appuyé par un bailleur et les conditions de travail y restent très précaires. L'appui que le projet veut fournir ne peut pas être le même que pour les 2 autres districts ciblés qui ont été appuyés considérablement déjà par le projet PASS.

Pour le DS de Dioundiou, les soins hospitaliers ne pourront pas être organisés puisque le district ne dispose pas d'un hôpital de district et le projet ne sera pas en mesure d'en créer un. Le projet étudiera néanmoins le potentiel d'organiser la transfusion sanguine (dans le cadre de la SDRS) et les soins spécialisés (ophtalmologiques et de santé mentale) au chef-lieu du district et menant des caravanes périodiques de sensibilisation et de dépistage dans les centres de santé intégrés. Un plan de lutte contre la mortalité maternelle et les soins SDRS 'de routine' sera exécuté.

Pour ce nouveau district, le projet développera un plan directeur pour un futur hôpital de district (afin de pouvoir attirer d'autres PTF pour sa construction, et créera les conditions de travail adéquates pour l'ECD avec la construction de bureaux et la fourniture d'équipement (budgétisation sous R4).

Les 6 centres de santé intégré (CSI) existants seront réhabilités et un équipement complémentaire sera fourni afin de créer les conditions de fonctionnement pour ces centres. Le projet démarrera avec un état des lieux permettant un inventaire des besoins en réhabilitation et en équipement, y compris des estimations budgétaires afin de décider de la faisabilité financière et établir des endroits d'intervention prioritaires. (Budgétisation sous R4)

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A01 03 01 : Réaliser les activités de démarrage et améliorer l'accessibilité

- Action 1 : Appuyer les sorties foraines par les CSI pour couvrir la population au-delà des 5km.
- Action 2 : Appuyer les sorties mobiles par l'ECD pour couvrir la population au-delà des 15km
- Action 3 : Organiser le renouvellement des organes de participation communautaire (COGES et COSAN) dans chaque CSI.
- Cible à atteindre : a) Chaque CSI a réalisé une sortie foraine mensuelle durant 2 ans, (soit 13 CSI x 24 mois) soit 312 sorties réalisées dans l'ensemble du district. b) L'ECD a réalisé au moins 10 sorties mobiles par an, soit 20 en deux ans. c) Les 13 CSI de Dioundiou ont renouvelé ses organes de participation communautaire dans le respect des normes.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A01 03 02 : Faciliter les moyens logistiques au DS de Dioundiou

- Action 1 : Acquisition d'une ambulance pour la placer dans le CSI où sa mission d'évacuation des urgences couvrira le maximum de population. Etant donné que le DS ne dispose pas d'hôpital, faciliter les évacuations est un des meilleurs moyens de lutter contre la mortalité maternelle liée aux complications lors de l'accouchement.
- Cible à atteindre : Une ambulance est fonctionnelle et réalise 4 évacuations par semaine durant 2 années (total 416 évacuations) des CSI aux hôpitaux de référence.

R1A4 : La participation communautaire est renforcée dans les districts cibles en articulation et harmonisation avec les démarches de l'AMD

La participation communautaire est en pleine réforme dans les districts de Gaya et Gothèye. En général, elle se concentre seulement sur le recouvrement des coûts (la cogestion des contributions financières des patients) et quelques généralités sur les problèmes de santé. Avec les réformes de l'offre de soins avec (par exemple les soins spécialisés), mais aussi avec l'introduction d'une assurance maladie, une mobilisation sociale et une organisation communautaire plus poussées seront nécessaires. La population aura des responsabilités supplémentaires par rapport à la mobilisation sociale autour du dialogue entre offre de soins et demande (protection sociale), autour de la tarification, la gratuité des soins et l'identification des personnes indigentes. Ces thèmes demandent de la population plus d'implication concrète et davantage d'encadrement.

Le personnel de soins devra maintenir un dialogue avec sa population en harmonie avec les innovations non seulement concernant les soins, mais aussi concernant l'introduction d'une assurance maladie. Pour le moment le personnel ne dispose pas de ces compétences spécifiques et les messages devront encore être structurés. Des campagnes de communication devront être organisées.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A01 04 01 : Assurer l'encadrement des COGES/COSAN des 3 DS cibles y compris le renforcement de capacités

- Action 1 : Former à Dioundiou les membres des COGES nouvellement élus y compris les percepteurs recrutés.
- Action 2 : Assurer un encadrement régulier des COGES par l'ECD du district.
- Cible à atteindre : a) les 5 membres du COGES de chaque CSI sont formés à leur fonctions en accord avec le Manuel de procédures financières de la DOS. (5 x 13 CSI) = 65 membres formés. b) chaque COGES a été encadré par mission de l'ECD au moins 1 fois par an, càd 26 missions en 2 ans (1 mission x 13 COGES x 2 ans).

R1A5 : Développer des terrains de stages pour appuyer la formation des ECD du pays et disséminer les acquis du projet pour le reste du pays

Voir également R2.

Il s'agit de créer les conditions pour que les DS de Gothèye et de Gaya puissent accueillir des stagiaires d'autres districts et régions pour une pratique aux innovations apportées, particulièrement dans les domaines de la gestion des soins, les soins spécialisés, la gestion hospitalière, l'assurance qualité. Les aspects de maintenance et de digitalisation y seront intégrés (voir R4 et R5).

Les stagiaires seront transportés à leur lieu de stage à travers les véhicules de supervision disponibles dans chaque district, mais sûrement dans les districts qui organiseront les stages.

Les stagiaires recevront des 'bourses', soit payé par le Ministère (fonds commun), soit payé par un PTF qui permettra aux stagiaires de se rendre dans les lieux de stage et de rester le temps nécessaire sur place (per diem, frais d'organisation des stages et des cours)

Ces districts pourront également constituer des terrains de stages pratiques pour le centre de formation de Ouallam (CPADS). Le personnel sera motivé pour ce travail supplémentaire à travers des primes de performance payées par le centre de formation. Le centre de formation sera financé à travers les frais d'inscription des participants à la formation qui couvriront également ces primes à prévoir.

R2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée

La séparation entre R1 et R2 peut sembler un peu artificielle, mais il s'agit de rassembler tous les efforts de renforcement des capacités du personnel opérationnel impliqué dans les soins.

Dans la mesure du possible, les formations, théoriques comme pratiques à travers des stages, viseront également du personnel d'autres districts des 2 régions.

Une attention particulière sera donnée à la lutte contre la mortalité néonatale. Cet indicateur est le seul à ne pas avoir évolué significativement sous le projet PASS en cours actuellement et il reste très élevé pour le pays entier. Le projet introduira des formations pratiques, aidées par des mannequins, qui permettent de pratiquer intensivement et à répétition, la réanimation du nouveau-né. Cette formation concernera tout le personnel de soins, y compris les médecins, et en principe tous les DS des 2 régions cibles. Un financement supplémentaire pourrait être cherché auprès d'autres PTF (KfW pour la région de Tillabéri, Pays-Bas pour Dosso).

La communication est une compétence transversale essentielle pour toute activité clinique. Si les DS s'engageront davantage dans des activités sensibles telles que la santé de la reproduction (voir R3), une formation sur la qualité de la communication pour l'ensemble du personnel de santé s'avèrera très utile.

La coopération belge a appuyé pendant plusieurs années, un centre de formation à Ouallam, qui concernait le renforcement des compétences des nouveaux membres des ECD pour le pays, une formation théorique combinée avec des stages sur le terrain, visant le management des districts sanitaires. L'insécurité dans ce département a fait que cette formation a cessé d'exister. Cette formation reste pourtant d'actualité et stratégique pour le pays, comme moteur de responsabilisation des autorités sanitaires et de dissémination des innovations, y compris avec des démonstrations sur le terrain. Le MSP/P/AS est demandeur de faire revivre le centre, mais le débat est ouvert si le centre peut rester à Ouallam ou s'il doit être transféré dans un autre district. Le projet étudiera ensemble avec le Ministère les différentes possibilités de revitaliser l'ensemble de la formation (délocalisation des formations, approches mixtes de formation présentiel/distanciel). Ce qui est sûr déjà, c'est que les districts cibles de l'intervention (Gaya et Gothèye) pourront servir comme terrain de stages. La formation clinique avec les mannequins mentionnés plus haut y sera intégrée également.

Finalement, un appui à la formation 'décentralisation de la chirurgie dans les DS', sera considérée par le projet. Cette formation est très stratégique pour l'entièreté du pays entre autres parce qu'elle permet de décentraliser la césarienne, l'acte médicale par excellence pour lutter contre la Mortalité Maternelle (MM). Il s'agit d'une formation diversifiée qui vise des médecins généralistes, des aides-chirurgiens et aides anesthésistes (spécialisations pour des cadres infirmiers).

R2A1 : Un plan de formation du personnel des DRSP de Tillabéri et Dosso et les districts cibles est disponible et mis en œuvre. Le plan ciblera les domaines stratégiques de formation mais analysera également les besoins en formation individuelle. Cette activité pourra se réaliser sous forme d'atelier dans les districts ciblés et au niveau des DRSP.

R2A2 : Les compétences du personnel des DRSP, des ECD et personnel soignant des districts cibles et de l'AMD/CSU sont renforcées selon le plan.

Il s'agit de l'exécution du plan élaboré sous R2A1. La SDSR et spécifiquement la formation de la réanimation du nouveau-né recevront beaucoup d'attention. Le suivi des formations sur les lieux de travail est programmé sous R1A1 (supervision).

La formation du personnel de soins se concentrera sur les soins SDSR, avec un accent sur la maternité sans risque, la qualité des accouchements, l'offre proactive de la planification familiale y compris l'implication des maris, et la formation de la réanimation du nouveau-né. Un lieu de démonstration et de pratique à l'aide de mannequins sera créé dans les 2 districts de formation.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A02 02 01 : Renforcer les compétences du personnel des DRSP, des ECD et personnel soignant : formation réanimation du nouveau-né sur des mannequins

- Action 1 : Former 15 agents par an du DS de Dioundiou au correct remplissage du partogramme ;
- Action 2 : Sur base des mannequins acquis par le projet, former à la réanimation du nouveau-né, à 15 agents par district et par an.
- Cible à atteindre : a) 30 agents des CSI de Dioundiou sont formés au partogramme. Un suivi post formation sera organisé par l'ECD dans le cadre de la vérification qualité du FBR.
- Cible à atteindre : b) Au moins deux mannequins sont acquis, permettant la formation à la réanimation du nouveau-né de 10 agents dans chacun des 3 DS appuyés par le projet. Soit un total de 30 agents formés par an.

R2A3 : Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH en santé est appuyé pour renforcer les capacités des districts sanitaires.

Le projet négociera avec le MSP/P/AS sur le personnel nécessaire afin de garantir une offre de soins complète. Jusqu'ici le Ministère a toujours agi correctement à ce niveau et a affecté du personnel à temps.

Puisqu'il s'agit ici d'un risque majeur pour atteindre les autres résultats, le projet maintiendra ce dialogue avec le département des RH.

Le projet donnera continuité à l'appui mené par le précédent PASS au processus de mise en place des fiches de poste dans l'ensemble du système de santé.

R2A4 : Revitaliser la formation nationale des ECD (révision de son contenu, organiser des terrains de stage à Gothèye et Gaya, ...) se servant des districts de formation

Il s'agit de réaliser une étude sur la revitalisation de cette formation existante mais arrêtée par les circonstances y compris l'identification des conditions adaptées au contexte.

Un atelier de réflexion, organisé par les différentes directions concernées se penchera sur un nouveau curriculum, tenant compte des évolutions dans le secteur, notamment par rapport aux soins de spécialité, la notion de l'assurance maladie, la maintenance et la digitalisation du secteur. Le produit concret de l'atelier sera un nouveau curriculum pour ce cours, identifiant les modules à réviser et les modules à créer.

La majorité des modules existants devront être revus probablement et certains nouveaux modules devront être développés entièrement. Des consultants nationaux seront contractés et la revue des modules par un consultant international sera envisagée. Les modules incluront l'organisation des terrains de stage dans les districts de Gothèye et de Gaya.

Le centre de formation appuyé par le projet sollicitera, comme c'était le cas auparavant, que les frais d'inscription pour les participants au cours soient financés par différents PTF. Le projet payera les frais d'inscription pour les ECD des districts et DRSP ciblés.

R2A5 : Appuyer la formation en chirurgie de district en collaboration avec la Faculté de médecine

Le projet étudiera les besoins d'appui de ce programme de formation. Vu sa grande fréquentation, l'HD de Gaya pourrait servir de lieu de stage. L'appui consiste au financement de matériel et de frais liés à l'organisation du cours en premier lieu. Une contractualisation (partielle) des formateurs peut être envisagée.

Le projet jouera un rôle de médiateur pour convaincre d'autres PTF à cofinancer la formation.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A02 05 01 : Appuyer la formation en chirurgie de district en collaboration avec la Faculté de médecine.

- Action 1 : Etablir un accord avec la Faculté de Médecine pour appuyer la formation des médecins généralistes en Capacitaires en Chirurgie de District-CCD, leur permettant de pratiquer des césariennes en milieu rural. Faciliter leurs stages sur le terrain dans les HD de Gaya et de Gothèye.
- Cible à atteindre : La formation d'au moins 10 médecins CCD a été assurée en deux ans y compris leur stage dans les HD de Gaya et de Gothèye.

R2A6 : Organiser des voyages d'étude et participation à des séminaires internationales (centres d'accueil unique, centres d'adolescent(e)s, ...) (Voir R8)

Dans le résultat 3, le projet compte intervenir dans des domaines particuliers de la SDSR, notamment par rapport à la promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre.

Le Niger a peu d'expérience dans ces matières au-delà des campagnes de sensibilisation auprès de sa population et auprès des adolescentes. Le projet investira dans la compétence des décideurs de la santé en premier lieu afin de créer la capacité pour agir dans ces domaines d'expertise particulière. Des voyages d'étude dans des pays limitrophes (le Sénégal et le Burkina sont plus avancés dans ces matières) et en Belgique (la Belgique est un des premiers pays en Europe à créer des centres d'accueil unique pour les femmes victimes de violence sexuelle) seront organisés.

R3. La promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre sont promues de façon systémique

Voir aussi R1 et R4 où les services dits 'de routine' par rapport à la SDSR sont traités : la santé maternelle à moindre risque, du niveau communautaire jusqu'à la prise en charge de la qualité dans les CSI et les HD, y compris la CPN, CPoN - PF, les accouchements assistés, prévention des fistules obstétricales, ...). Ces services couvrent la plus grande partie des aspects SDSR de la vie d'une femme. R4 prévoit la construction et l'équipement de maternités. Pourtant deux niches particulières ne sont pas couvertes facilement par les services de routine, pour des raisons différentes. Il s'agit de la problématique de la prise en charge et la prévention de la violence sexuelle faites aux femmes et de la santé reproductive des jeunes et adolescent(e)s.

Ces 2 sujets seront adressés sous ce résultat 3.

Par rapport à la violence sexuelle faite aux femmes, beaucoup d'initiatives existent dans le domaine de la prévention et la prise en charge des cas de violences basées sur le genre. Ces actions sont, institutionnellement, portées par le ministère de la santé, le ministère en charge des questions de genre et le ministère de l'éducation nationale. Le ministère en charge des questions de genre lead le processus d'élaboration et de mise en œuvre de plans d'actions de lutte contre les violences basées sur le genre. Il appuie également la promotion des centres d'écoutes pour la prise en charge des victimes. Le ministère de l'éducation, depuis 2014 engage des actions en faveur d'un processus d'enseignement et d'apprentissage qui promeut une sexualité positive et une bonne santé sexuelle et reproductive au sein du milieu scolaire (SDSR). A ces actions, s'ajoutent celles de plusieurs ONGs

agissent dessus (MDM, Croix Rouge Niger ...). Le projet étudiera la possibilité d'engager et ou de collaborer avec des structures afin de renforcer les acquis auprès des populations, notamment les aspects en lien avec la prise en charge clinique des victimes dans les centres de santé et les aspects de prévention. Les initiatives actuelles sont peu ou pas coordonnées et peu systématiques.

Par rapport à la **santé reproductive des jeunes**, la situation est semblable. En partie en absence des services performants dans ces domaines, les ministères et la société civile a pris plusieurs initiatives au niveau communautaire, dans les clubs de santé, les centres amis de jeunes, dans les écoles et quelques-uns dans les centres de santé. Les initiatives sont en général très locales et peu ou pas coordonnées. Les sujets traités portent principalement sur l'utilisation de la PF chez les jeunes, le mariage précoce et les grossesses non-désirées.

A ne pas perdre de vue non plus, qu'un tiers du budget en R6, financement de la gratuité et de l'assurance maladie sera directement injecté dans le financement des soins SDSR.

R3A1 : Améliorer la prévention et la qualité de la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre, y compris les violences sexuelles

Par rapport à la problématique de la violence sexuelle faite aux femmes, le projet développera des outils de communication de qualité, se basant sur des modules et approches existantes et investira dans des messages à la radio et au niveau des CSI via des petits messages vidéo. Le personnel de soins de tous les CSI et HD sera formé par rapport à la communication (sur son contenu comme sur la qualité de la communication) et l'attitude à prendre.

Par rapport à la prise en charge holistique des victimes de violence sexuelle, beaucoup moins d'expérience existe dans le pays. Le concept de centre d'accueil unique dans lequel les victimes non seulement trouvent une protection physique contre ses agresseurs, mais où elles sont prises en charge également d'un point de vue médical et psychosocial et du côté juridique, est pratiquement inconnu dans le pays. Les services de soins n'ont pas l'expérience ni la vraie compétence dans la matière. Le Ministère en charge des questions de genre¹ et la société civile a pris des initiatives diverses pour développer des protocoles de prise en charge mais celles-ci ne sont pas bien articulées avec les services de soins. Le projet a convenu de travailler sur des protocoles de prise en charge, différenciées par niveau de soins, en explicitant les besoins de référence et d'implication d'autres acteurs tels que la police ou la justice.

Le personnel de soins sera formé et les protocoles seront soumis au Ministère pour approbation. Des voyages d'étude peuvent être organisés afin d'exposer les décideurs dans la santé avec des expériences concrètes dans la matière dans le monde (ces derniers sont budgétisés au niveau de R2A6). Un système de monitoring particulier sera établi afin de pouvoir suivre l'impact de ces protocoles.

Une collaboration avec la société civile locale active dans ce domaine et avec le FNUAP sera établie.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A03 01 01 : Améliorer la prévention et la qualité de la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre dans les DS de Gaya, Dioundiou, et Gothèye

- Action 1 : Organiser à Gaya et à Gothèye un état de lieux sur l'incidence des violences BG/VS, les acteurs impliqués et le dispositif mis en place.
- Action 2 : Sous le leadership du MSP/P/AS et du MPFPE, créer un cadre de concertation des acteurs de la lutte contre les violences BG/VS, dans chacun des 3 DS cibles du projet.

¹ Voir également le Plan d'Action Stratégique de Lutte contre les Violences basées sur le genre

- **Action 3 :** Planifier et mettre en œuvre un volet Sensibilisation sur les violences BG/VS, incluant des messages sur les radios locales, des causeries avec les leaders coutumiers et religieux, les élus locaux, des caravanes dans les villages touchant la SR/PF et en particulier les violences BG/VS. Synergie prévue avec Pathfinder.
- **Action 4 :** Un plan de renforcement de capacités sur les VBG est conçu et mis en œuvre touchant l'ensemble des agents de santé des 3 districts cibles. Dans cette mise en œuvre, une évaluation des capacités des formations sanitaires des 3 DS cibles est réalisée pour identifier les plus aptes à fournir des services de prise en charge des VBG.
- **Action 5 :** Elaborer et mettre en œuvre un plan de prise en charge des femmes victimes de violences. Ceci inclura un dispositif d'hébergement alternatif si nécessaire, une petite équipe (CSI urbains des chefs de commune) sera formée pour assurer la constitution du dossier de la victime, ce qui permettra un suivi auprès des services de police et l'administration de justice départementale.
- **Cible à atteindre :** a) des messages et des programmes radios sont diffusés régulièrement dans les radios locales, durant 2 ans (1/jour durant 2 ans). b) Plus de 200 leaders communautaires et religieux avec les organisations féminines, sont sensibilisés à la VBG dans les 3 DS cibles ; c) une caravane de sensibilisation est organisée par semestre dans les villages dans les trois départements appuysés, soit 12 caravanes réalisées au total. d) 150 agents de tous les 54 CSI (21+20+13) y compris ses cases de santé, sont formés selon un plan de Renforcement de Capacités sur des thématiques touchant les violences BG et la SR/PF. e) une équipe départementale est formée pour constituer le dossier juridique des victimes.

R3A2 : Appuyer les efforts existants dans les DS cibles de renforcer la santé des adolescents et des jeunes

Au niveau des CSI, des formations 'Centres de santé amis des jeunes' sont organisées par la société civile. Le projet s'engage à généraliser cette formation dans tous les centres de santé des districts ciblés et de coupler à cette formation un protocole de prise en charge des jeunes et l'organisation de ces soins. Il y aura une attention pour la communication non-verbale, l'attitude à adopter et de comment structurer le dialogue, avec les jeunes et adolescents mais éventuellement aussi avec les parents.

Le protocole développera une approche intégrée et culturellement adaptée de l'offre de la planification familiale à ce groupe cible particulier. Une collaboration avec des initiatives au niveau des écoles, pour les jeunes scolarisés, sera recherchée, ainsi qu'une Le projet veillera à ce que les approches retenues permettent l'accès aux services de planification familiale, tant pour les jeunes et adolescents scolarisés, que pour ceux qui ne le sont pas.

R3A3 : Appuyer la prise en charge des femmes avec grossesse non-désirée et les fistules obstétricales

Le personnel de soins est régulièrement confronté avec les grossesses précoces ou non-désirées surtout chez les jeunes. Il n'est pourtant pas outillé pour s'engager dans cette problématique. Il manque d'instructions cliniques à tous les niveaux de soins et ces jeunes sont traitées de la même façon que des femmes adultes et mariées. On sait pourtant que la mortalité néonatale dans ce groupe est particulièrement élevée, ainsi que l'occurrence de fistules obstétricales. En plus le risque de l'exclusion sociale est un risque important pour ces jeunes.

Le projet développera ensemble avec le Ministère un protocole de prise en charge de cette situation en adoptant une nouvelle stratégie de communication avec les jeunes, des stratégies de référence en cas de besoin et d'un suivi médical plus intensif et un engagement dans un dialogue avec la famille ou le village quand il y a des indications d'exclusion ou de stigmatisation.

L'ensemble du personnel de soins dans les zones d'intervention sera formé et suivi pour la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie à travers les supervisions organisées par les ECD. Un système de monitoring particulier sera mis en place pour mesurer l'impact de l'initiative.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A03 03 01 : Appuyer la prévention et la prise en charge des femmes avec grossesse non-désirée.

- Action 1 : Renforcer les capacités de 3 agents de santé dans chaque aire de santé sur la prévention des grossesses non désirées (utilisation des méthodes modernes de contraception).
- Action 2 : Organiser une caravane par an de sensibilisation au niveau des 15 gros villages du département dans le but de réduire les grossesses non désirées ; Possibilité de coupler cette activité avec d'autres caravanes organisées sous la thématique SR/PF.
- **Cible à atteindre** : a) 159 agents des 53 aires de santé (2 x CSI + 1 Case de santé - 3x53) des 3 DS sont formées à la prévention des grossesses non désirées ; b) 2 caravanes par district et par an, soit 12 caravanes en 2 ans, sont réalisées traitant spécifiquement la thématique des grossesses non désirées.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A03 03 02 : Appuyer la prise en charge des femmes avec fistules obstétricales.

- Action 1 : Former des relais communautaires - points focaux - à la recherche active des fistules obstétricales dans les villages. Prévoir une motivation pour chaque cas identifié et transmis au CSI.
- Action 2 : Une fois identifiées par les CSI, référer les femmes avec l'aide des ONG spécialisées dans le domaine, au niveau des centres de réparation de la fistule : soit le CSME régional ou le Centre national de Réparation de la Fistule Obstétricale à Niamey.
- **Cible à atteindre** : a) 5 relais x aire de santé (5 x 53 = 265) sont identifiés et formés à la recherche active des fistules obstétricales ; b) des accords sont établis avec les ONG spécialisées dans la prise en charge des fistules Obs. permettant le transport et prise en charge des cas référés des 3 DS cibles du projet.

R3A4 : Recruter un expert national DSSR².

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A03 04 01 : Recrutement d'un assistant technique national expert en SDSR (1 expert x 2 ans).

- Action 1 : Etablir les TdR, lancer l'appel à candidatures et finaliser le recrutement d'un ATN SR, basé au niveau central du PASS Sutura. Processus à finaliser en octobre 2022 avec intégration dans l'équipe et démarrage de la planification de l'ATN SR.
- Action 2 : La programmation (trimestrielle) de l'ATN SR est mise en œuvre avec succès et il/elle supervise sur le terrain les activités en lien avec la SR touchant les résultats 1, 2 et 3.
- **Cible à atteindre** : L'expert produit un rapport annuel détaillant l'ensemble de ses activités et les résultats atteints.

² une nouvelle activité entièrement financée par les Pays-Bas

R4 La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées

La maintenance est un facteur très important mais longuement négligé dans la santé publique. Elle contribue énormément à l'efficacité du système et donc indirectement à l'accessibilité financière de la population aux soins. Au Niger, la coopération belge est quasiment la seule à avoir une attention accrue dans la matière.

Le système de maintenance au Niger prévoit une organisation pyramidale à 3 niveaux avec :

- i) au niveau le plus décentralisé, des techniciens polyvalents en maintenance (TPM) qui doivent servir les districts sanitaires en maintenance préventive et les réparations courantes,
- ii) des ingénieurs (bio-médicaux) au niveau régional qui y gèrent les ateliers de maintenance, organisent les actes de maintenance plus complexes et la contractualisation (l'externalisation) de la maintenance,
- iii) puis au niveau central, la direction des Infrastructures et l'Équipement en Santé (DIES), qui doit coordonner le système et qui est responsable pour les normes et procédures.

Le projet PASS a fait beaucoup de progrès dans la matière et cette intervention construira ses actions sur ces acquis. Les compétences et le terrain d'action des TPM seront renforcés, les ECD seront renforcées dans les procédures de maintenance et l'atelier de maintenance de Dosso (niveau régional), qui actuellement est considéré comme la référence nationale, sera renforcé pour devenir un centre de formation pour les autres districts.

Ce résultat regroupe également toutes les réalisations des achats en équipement, les constructions et les réhabilitations des formations sanitaires, avec un accent particulier sur le nouveau district de Dioundiou. Puisque les besoins en équipement et en construction sont plus importants que ce que le budget total permet de couvrir, il est stratégique de mettre toutes les actions dans ce sens sous le même résultat, permettant ainsi une coordination et une priorisation optimales des investissements.

R4A1 : Actualiser et développer la stratégie de maintenance biomédicale et informatique

Il s'agit ici d'un renforcement des compétences et des capacités institutionnelles au niveau central, y compris la capitalisation des expériences et l'adaptation éventuelle de la stratégie. L'organisation de la formation des Ouvriers Polyvalents de Maintenance (OPM) et des ingénieurs biomédicaux sera un sujet à traiter en détail.

Pour la mobilisation des autres PTF afin de générer les financements pour, entre autres, la formation des cadres pour d'autres districts, voire régions, un ou deux ateliers de réflexion seront organisés au cours du projet.

R4A2 : Appuyer la région de Dosso pour être la référence en matière de maintenance en développant un centre de formation pour les techniciens du pays.

Ensemble avec la direction des infrastructures et des équipements (DIES), une approche de formation sera proposée, avec la définition de son contenu et les estimations des coûts.

Des modules de formation existent au moins partiellement, mais devront être complétés avec des modules à développer conformément à l'approche retenue.

Les premiers vagues de formation seront lancés à partir de la troisième année du projet. Les frais d'inscription devraient couvrir les coûts de fonctionnement.

L'utilisation d'un consultant international qui accompagne le processus sera envisagée. Il s'agit au total de 10 visites durant les 5 années d'exécution du projet.

R4A3 : Mettre en œuvre la stratégie GMAO d'informatisation de la maintenance dans les districts cibles en vue d'un passage à l'échelle nationale

Le logiciel GMAO permet de programmer toutes les activités de maintenance et de les suivre dans le temps. Il est déjà en grande partie fonctionnel dans les districts cibles. Cette activité concerne le suivi des efforts du projet

précédent et de son extension au niveau des CHR de Tillabéry et Dosso. Dès que son utilité peut être démontrée à ces 2 niveaux (district et région), ce logiciel devrait devenir un outil de gestion de la maintenance pour le pays entier. La formation des TPM et ingénieurs de maintenance à Dosso devrait faciliter sa dissémination. Un dialogue auprès du Fonds Commun Santé et d'autres PTF devrait mobiliser des efforts supplémentaires dans ce cadre.

R4A4 : Mettre en œuvre la stratégie de maintenance intégralement dans les DS cibles avec un monitoring rapproché

Pour une meilleure capitalisation, le résultat 4 sera considéré dans son ensemble comme une recherche-action. Le protocole et les indicateurs doivent être identifiés (ou confirmés) dès le démarrage du projet. Le consultant international prévu plus haut contribuera à l'identification du protocole de recherche. Les coûts de maintenance des formations sanitaires devront être portés par les formations sanitaires. Les recettes (Recettes patients, FBR et AMD combinés) devraient permettre que les formations sanitaires s'autofinancent par rapport au projet.

Le financement des Pays Bas, particularisé sur le nouveau DS de Dioundiou, va permettre au projet de déployer son expertise technique pour élever le niveau de performance en matière de maintenance préventive et curative de ses équipements, similaire à celui atteint dans les DS de Gaya et Gothèye.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A04 04 01 : Mettre en place un système participatif de gestion des équipements.

- Action 1 : Organiser des missions de supervision qualité (synchroniser avec les activités du FBR) DIES - PASS-DRSP, sur le DS de Dioundiou.
- **Cible à atteindre** : Les outils de gestion sont introduits dans l'ensemble des formations sanitaires du district (13)

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A04 04 02 : Assurer la bonne fonctionnalité des équipements et infrastructures.

- Action 1 : Organiser des missions de maintenance préventive et curative - DRSP – DS Dioundiou
- Action 2 : Appuyer le DS de Dioundiou dans l'élaboration et la mise en œuvre des contrats de maintenance des équipements lourds et de laboratoire ;
- Action 3 : Organiser des sessions de formation in-situ des utilisateurs des équipements médicaux des formations sanitaires de Dioundiou ;
- **Cible à atteindre** : a) au moins 6 missions de supervision de la qualité réalisées selon les standards du FBR ; b) 8 missions en deux ans d'appui à la maintenance préventive et curative organisée par le projet sur les FoSa de Dioundiou; c) des contrats de maintenance de l'équipement lourd et de laboratoire sont fonctionnels en 2 ans ; d) 26 agents du DS de Dioundiou utilisateurs d'équipements bio médicaux, sont formés sur place à la maintenance.

R4A5 : Doter les districts cibles en infrastructure (réhabilitation) et en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire (complément avec R1)

Avec l'intégration d'un nouveau district dans les zones d'intervention, les besoins en construction / réhabilitation et en équipement médicale sont élevés. L'estimation relativement conservatrice des besoins tourne autour de 2.279.000 € (voir tableau en bas). Les coûts estimatifs sont basés sur les dépenses réelles du projet en cours.

Le projet ne dispose pas de l'ensemble du budget et ne parviendra donc pas à réaliser l'ensemble des ambitions présentées dans ce tableau.

Besoins en construction – réhabilitation			
Item	Coût unitaire	Quantité	Coût total
Création des bureaux AMD	100.000	2	200.000
Plan directeur HD Dioundiou	4.000	1	4.000
Bloc ECD Dioundiou	110.000 €	1	110.000
Bloc maternité / pharmacie de district HD Dioundiou	250.000	1	250.000
Réhabilitation 6 CSI Dioundiou	200.000	6	1.200.000
Maternité de CSI	37.000	5	185.000
Petits travaux de maintenance / adaptations (lunetterie, ... DS Gaya et Gothèye)	100.000	1	100.000
TOTAL			2.049.000
Besoins en équipement de bureau, informatique, médical			
Bloc ECD	50.000	1	50.000
Bloc maternité Dioundiou	50.000	1	50.000
CSI Dioundiou / Maternité niveau CSI	20.000	5	100.000
Diverses appui (forfaitaire)	30.000	1	30.000
TOTAL			230.000
TOTAL construction et équipement			2.279.000

Le projet devra faire des choix parmi les options évoquées dans le tableau. La création des bureaux AMD est de toute évidence, prioritaire. Le plan directeur de l'HD à Dioundiou et la construction du bloc administratif sont également parmi les premières priorités. Le plan directeur de l'hôpital conditionnera tout autre investissement (y compris l'endroit de la construction du bloc administratif, éventuellement).

Une étude détaillée des besoins en réhabilitation des CSI et le complément en équipement (médical, non-médical, énergie solaire ou rattachement au réseau national d'électricité) devra se réaliser au début du projet afin de déterminer ensemble avec l'ECD et la DRSP les priorités réalistes d'investissement.

Aussi une réserve budgétaire pour des investissements pour les districts de Gaya et de Gothèye devrait être maintenue dans ce montant.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A04 05 02 : Doter en équipements le DS de Dioundiou.

- Action 1 : Fourniture, installation et formation des utilisateurs des mobiliers hospitaliers pour 12 CSI ruraux et 1 CSI Urbain du District Sanitaire de Dioundiou (marché estimé en 50.000€) ;
- Action 2 : Fourniture et installation des mobiliers et équipements bureautiques pour l'Equipe Cadre du District, 12 CSI ruraux et 1 CSI Urbain du District Sanitaire de Dioundiou (marché estimé en 40.000€) ;
- Action 3 : Fourniture, installation et formation des utilisateurs d'un château d'eau de 30 m3 et ses accessoires pour l'ECD et le CSI Urbain du District Sanitaire de Dioundiou (marché estimé en 30.000€) ;
- Action 4 : Installation des circuits électriques normalisés pour 13 CSI du District Sanitaire de Dioundiou (marché estimé en 40.000€) ;

- **Cible à atteindre** : a) les 13 CSI du DS disposent de mobilier hospitalier neuf adapté à leur besoin ; b) l'ECD et les 13 CSI du district de Dioundiou disposent de mobilier et équipement bureautique neuf adapté à leurs besoins ; c) le CSI urbain dispose d'un château d'eau adapté qui leur donne l'autonomie suffisante en eau pour toutes les activités médicales et de l'ECD; d) les 13 CSI du district disposent de circuits électriques selon les normes leur donnant une fonctionnalité maximale 24h/24h.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A04 05 04 : Assurer la réalisation des infrastructures essentielles dans le DS de Dioundiou.

- Action 1 : lancer et suivre la mise en œuvre des marchés de travaux suivants dans le CSI Urbain du chef-lieu de Dioundiou : extension de la maternité (73.176€), hospitalisations gynéco-obstétriques + toilettes et hangar accompagnants (38.112€), construction d'un laboratoire (45.735€) et les travaux de réhabilitation générale dans les bâtiments du CSI (48.784€).
- Action 2 : lancer et suivre la mise en œuvre des marchés de travaux de réhabilitation complète dans 3 CSI ruraux. Estimé à 150.000€. L'identification des 3 CSI correspondant à ce profil est en cours, en accord avec l'ECD du district sanitaire.
- **Cible à atteindre** : a) les réceptions provisoires ont été prononcées avant le 31/07/24 des marchés touchant : l'extension de la maternité, l'hospitalisations gynéco-obstétrique + toilettes et hangar accompagnants, construction d'un laboratoire et les travaux de réhabilitation générale dans les bâtiments du CSI. b) les réceptions provisoires ont été prononcées avant le 31/07/24 des marchés touchant les travaux de réhabilitations des 3 CSI du DS de Dioundiou.

R5 : Le développement de la digitalisation en santé, a permis un gain d'efficience dans l'offre de soins et l'assurance maladie

La digitalisation du secteur est un deuxième axe stratégique 'non-médical' qui contribue significativement à l'efficience et l'efficacité du système. Il s'aligne et appuie la stratégie nationale 'e-santé'.

Cette intervention Santé interviendra dans plusieurs sous-domaines du secteur de la santé :

- Digitalisation des finances publiques
- Appui à la carte sanitaire – SNIS – installation PowerBI
- Appui à la téléphonie IP et visio-conférence
- Appui à l'installation du progiciel 'RH'
- Installation de OpenMRS pour les dossiers électroniques des patients, OpenIMIS pour l'AMD et OpenRBF pour la gestion de la gratuité et le FBR.

L'aboutissement de ces actions vont mériter des efforts extraordinaires pour leur capitalisation puisqu'il s'agit d'une série d'innovations importantes pour le pays entier (approche RA – capitalisation). Dans les limites budgétaires, le projet étudiera le potentiel d'étendre les acquis au-delà des districts ciblés. Une activité importante sera la coordination des PTF dans la matière et la mobilisation de budget pour investir dans d'autres districts sanitaires que les districts ciblés par le projet pour p.ex. un appui au système de téléphonie IP et son élargissement territorial.

R5A1 : Appuyer la mise en œuvre de la stratégie E-santé au travers la Direction de l'Informatique du MSP/P/AS

Cette activité englobe plusieurs actions, avec entre autres l'installation du logiciel Power BI (un logiciel permettant le stockage de données très élevées) et un appui aux efforts du MSP/P/AS et des PTF pour digitaliser le reste du pays (planification, mobilisation du fonds commun, achat groupé de téléphones IP, donner l'exemple, ateliers de

réflexion...). Enabel aidera la Direction de l'Informatique de jouer son rôle de coordinateur des efforts d'informatisation du reste du pays et donnera un appui et de l'information technique dans le dialogue entre la Direction et les PTF. Enabel appuiera la Direction avec le développement d'un système de monitoring concernant les efforts de digitalisation afin de capitaliser l'expérience et de promouvoir une stratégie basée sur l'évidence.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A05 01 01 : Poursuivre le financement pour l'extension de la stratégie E-santé

- **Action 1 :** Appuyer l'extension de la digitalisation médicale à d'autres districts de la région de Dosso. Chantier à développer par l'ATN ITC du projet. Commencer par des activités telles que : numérisation des fiches de poste du personnel des DS de la région de Dosso, organiser à Dosso deux (02) réunions pour les comités technique et pilotage du plan stratégique national E-santé où sera abordé l'extension du logiciel "circuit du patient" à d'autres HD de la région.
- **Cibles à atteindre :** a) les fiches de poste du personnel de la région de Dosso sont numérisées ; PV disponibles de 2 réunions à Dosso du Comité E-Santé ;

R5A2 : Le développement de la Carte Sanitaire numérique et la production de données de qualité pour le SNIS, au travers la Direction des Statistiques, est appuyé

Poursuivre l'établissement de la carte sanitaire : cet outil de planification, développé par la coopération belge, évolue vers une deuxième version plus performante. Le projet investira dans les consultances internationales et la dissémination sur le territoire y compris un renforcement de compétence des utilisateurs du logiciel.

R5A3 : Renforcer les capacités en ICT au niveau des DS, DRSP et MSP

Il s'agit essentiellement des formations sur les nouveaux systèmes d'informatisation introduits et la poursuite des efforts de digitalisation en partie déjà en cours actuellement.

Les domaines de digitalisation sont les finances publiques (la comptabilité), le logiciel RH, la digitalisation de la gestion des pharmacies, appui à la téléphonie IP et visio-conférence, l'installation de OpenMRS pour les dossiers électroniques des patients, OpenIMIS pour l'AMD et OpenRBF pour la gestion de la gratuité et le FBR. À Gaya et Gothèye, il s'agit essentiellement d'un renforcement des compétences, au niveau du DS de Dioundiou, il y a besoin d'importants investissements en matériel également.

La digitalisation des finances publiques mérite une attention particulière. Au niveau district et HD, les recettes et dépenses seront gérées électroniquement grâce à une comptabilité professionnelle et électronique. En dehors de gains d'efficacité et d'efficacités, cette initiative est très importante pour la promotion d'une gestion financière plus transparente. Le Ministère est très intéressé à répliquer ces résultats dans d'autres districts. Cette activité est la plus stratégique dans la réforme globale du secteur (efficacité, transparence, changement de culture organisationnelle) et est un élément prioritaire pour la capitalisation de ce résultat.

Au niveau régional, OpenMRS sera introduit dans 2 CHR (Dosso et Tillabéri), un investissement important (2 X 200.000 €) mais qui bénéficiera au pays entier également à une phase ultérieure.

Le projet étudiera les potentiels de réplique des acquis dans d'autres districts, voire d'autres régions (DRSP, CHR), tenant compte des possibilités financières mais aussi du suivi et encadrement nécessaire. Un plan d'action en détail sera formulé au début du projet.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous A05 03 02 : Développer la digitalisation médicale dans les CSI et acquérir le matériel informatique pour le DS de Dioundiou.

- **Action 1 :** Lancer le développement informatique des CSI type 2 commençant par le CSI Urbain de Dioundiou: lancer le marché pour l'installation d'un logiciel adapté aux besoins et capacités du personnel d'un CSI. Marché estimé à 80.000€.
- **Action 2 :** Lancer le marché pour l'acquisition du matériel informatique pour les CSI du DS de Dioundiou. Le financement des Pays-Bas permettra une couverture complète du Dioundiou en termes de matériel informatique pour les structures de santé et de renforcement de capacités des agents. Marché estimé à 65.000€.
- **Cibles à atteindre :** a) un logiciel d'informatisation médicale d'un CSI est en développement dans le CSI Urbain de Dioundiou; b) le matériel informatique pour les 13 CSI du DS de Dioundiou ont été acquis.

R5A4 : Renforcer les plateformes e-learning utilisées à l'ENSP de Niamey pour le renforcement des capacités des RH du MSP/P/AS

Cette activité démarre avec une identification des besoins et une analyse de la faisabilité technique et financière, suivi par l'exécution des priorités. Cette activité cadre également dans la dissémination des acquis de digitalisation sur le terrain si les plateformes de e-learning prévoient des formations sur ces sujets et pourra contribuer au processus de revitalisation du centre de formation des ECD de Ouallam (R2A4).

R5A5 : Appuyer le projet national de la télémédecine à travers la mise en place d'une centrale de téléconsultation au CHR de DOSSO dans le cadre de la formation continue du personnel médical et paramédical

Dans un pays vaste comme le Niger, et vue l'importance de l'apprentissage continu dans le domaine de la médecine, cette activité pourra aider à formaliser et défragmenter les initiatives.

Objectif Spécifique 2 : modèle assurantiel

L'objectif spécifique : Le MSP/P/AS dispose d'un modèle assurantiel pour le monde rural et le secteur informel, intégré dans l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM).

L'objectif spécifique s'inscrit entièrement dans la philosophie du double ancrage et la modélisation décrits plus haut. Cette Intervention veut démontrer comment la politique nationale concernant la protection sociale en santé peut être implémentée au niveau opérationnel, et comment le terrain peut fournir un feedback au niveau de la politique nationale afin de raffiner celle-ci.

Résultats attendus

R6- L'Assurance Maladie Départementale (AMD), est mise en œuvre dans les départements pilotes, comme expression de l'appui à la stratégie nationale de la Couverture Maladie Universelle

Ce résultat vise le pilotage concret d'une Assurance Maladie Départementale à l'échelle de 3 départements (Gaya et Gothèye, Dioundiou dans un deuxième temps) pour qu'à la fin du processus, qu'on soit capable de démontrer la faisabilité d'un modèle robuste d'une AMD pour le secteur informel au Ministère.

Cette initiative permettra également de réaliser la transition entre le FBR et l'assurance maladie et offrir une stratégie de sortie du FBR. L'AMD sera beaucoup plus pérenne à long terme que le FBR qui est basé sur un financement essentiellement 'bailleur', tandis que l'AMU combinera un financement mixte entre la population (cotisations à l'assurance / assistance) et le gouvernement nigérien (subsides à l'assurance / assistance). Le Fonds Commun Santé pourrait à terme orienter (une partie de) ses ressources vers la subvention d'une AM. Ceci éviterait

que le niveau central finance directement les activités des services dits ‘périphériques’ et permettrait aux formations sanitaires de s’autonomiser graduellement dans leur management local.

Il est important que le projet se réalise en étroite collaboration avec le MSP/P/AS et que le Secrétariat Général soit continuellement mis au courant des évolutions (voir aussi R7).

Les sous-activités (non exhaustives)

- Création des bureaux
- Recrutement de personnel compétent
- OpenIMIS et comptabilités digitalisées en place
- Procédures identifiées et connues
- Population, maires, chefs coutumiers, sous-préfet et préfet mobilisés autour des concepts et les démarches de l’initiative

L’Etat prend ici un engagement financier qui porte un risque important. Sans la subvention l’AMD ne pourra pas se trouver en équilibre financier. Le contrat entre l’Etat et sa population jouera un rôle important pour que l’Etat garde ses engagements. La mobilisation sociale et l’enthousiasme de la population poussera le monde politique à respecter ses engagements³. De l’autre côté, les PTF auront un rôle important à jouer aussi. La protection sociale n’est pas seulement un coût mais constitue un investissement important dans la production économique d’un pays. Le Niger aura encore besoin d’un appui financier des PTF pendant un certain temps. Le pilotage de l’expérience AMD par la coopération belge permettra à l’Etat et aux PTF de se préparer pendant 4 ans pour la mise à échelle.

La création de l’INAM est déjà un signal fort de l’engagement de la part de l’Etat. La coopération belge et Enabel ont actuellement le ‘lead’ dans le développement d’un TEI ‘protection sociale’ contribuant ainsi à la coordination entre bailleurs pour appuyer plus concrètement des initiatives de protection sociale dans les pays à faible revenu⁴. Le Niger, appuyé par la Coopération belge abritera un séminaire international sur la protection sociale en santé en avril 2022.

R6A1 : Assurer le renforcement de capacités et compétences sur la CSU-AMD de tous les acteurs aux niveaux central, régional et district

Dans ce cadre des formations, des visites de terrain, des stages, des voyages d’étude, etc. pourront être réalisés. Il est important que ces opportunités de réflexion soient utilisées pour construire petit à petit une vision conjointe sur la protection sociale en santé.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 01 01 : Renforcer les capacités du personnel de l’AMD à tous les niveaux

- Action 1 : Organiser l’atelier d’orientation sur l’approche de mise en œuvre de l’AMD ;
- Action 2 : Former les acteurs du niveau régional et du district de Dioundiou sur l’approche de l’AMD ;

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 01 02 : Assurer l’accompagnement technique de l’équipe de l’AMD dans le district de Dioundiou;

³ L’expérience Enabel au Sénégal montre que le monde politique reconnaît les gains pour la population mais aussi leur gain de crédibilité auprès de cette population. <https://www.itg.be/files/docs/shsop/shsop34.pdf>

⁴ Un texte martyre, rédigé conjointement entre Enabel et DGD est disponible. L’Allemagne, la France, les Pays-Bas, les Irlandais et les Suédois ont déjà confirmé leur intérêt

- Action 3 : Développer un plan d'accompagnement de l'équipe AMD de Dioundiou tenant compte des conclusions de l'évaluation organisationnelle de l'AMD ;
- Action 4 : Organiser des revues techniques trimestrielles du niveau d'appropriation de l'approche par l'équipe et les autorités locales ;
- **Cible à atteindre** : Renforcer les capacités de 39 agents de santé (3 x CSIx13 CSI), 26 membres (2 x COGES) des COGES des 13 CSI, et 5 membres de l'ECD, 6 élus (2 x 3) des 3 communes, une mission de revue technique trimestrielle pour évaluer les avancements.

R6A2 : Etablir l'hypothèse de travail initiale et établir le protocole de recherche de façon participative.

En vue de l'innovation ambitieuse qui fait inévitablement surgir des facteurs inattendus, le projet devra gérer cette activité avec grande souplesse et une réflexion critique continue. C'est pourquoi il faudra approcher l'activité comme une recherche-action, démarrant avec une description en détail de l'approche et le modèle sous forme d'hypothèse de travail. Il s'agit d'un document initial qui guidera la mise en œuvre de l'AMD. En tant qu'hypothèse, celle-ci peut être à chaque fois changée, adaptée ou précisée selon les expériences en cours.

Cette activité qui se veut participative au niveau central avec l'implication de tous les acteurs concernés par le sujet, doit permettre de documenter le modèle tout le long de sa mise en œuvre, afin d'en faciliter une appropriation par le pays, pour un passage à l'échelle.

Cette activité se veut participative au niveau central.

R6A3 : Mettre en place des bureaux AMD et former le personnel AMD / personnel de soins

La construction et l'équipement des bureaux sont inscrits sous le R4. A ce niveau-ci, un budget est réservé pour la formation du personnel AMD, mais aussi de tous les autres acteurs sur le terrain (côté offre de soins). Les compétences que le personnel des bureaux AMD doit acquérir sont : la dynamique d'une assurance, le raisonnement 'actuariel', l'articulation avec les formations sanitaires et la contractualisation, les procédures de gestion, l'utilisation du logiciel 'OpenIMIS', etc. Le personnel de soins doit également acquérir des notions de ce que c'est une assurance maladie, comment elle va fonctionner dans le district, comment elle contribue au financement des formations sanitaires, comment convaincre les utilisateurs de service d'adhérer à l'AMD, etc. Leur communication doit être en cohérence avec celle utilisée par l'AMD elle-même.

Dans les CSI avec réseau électrique, des vidéoconférences seront projetées continuellement pour conscientiser les utilisateurs des services.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01.03.01 : Mettre en place les bureaux AMD dans les autres DS et former le personnel AMD / personnel de soins

- Action 1 : Etendre l'AMD au district de Dioundiou, à travers l'ouverture d'une antenne de district
- Action 2 : Recruter et former le personnel nécessaire à l'animation de l'antenne de district
- Action 3 : Disposer dans les différents villages du département de Dioundiou de points focaux de l'assurance maladie.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01.03.02 : Acquisition de matériel, logiciels et consultances liée à l'AMD :

- Action 1 : Paramétrer l'application de gestion OpenIMIS de l'assurance maladie selon les spécificités du district de Dioundiou ;
- Action 2 : Organiser la formation et l'accompagnement des utilisateurs du logiciel OpenIMIS du district de Dioundiou, par la Division Informatique de la DAIDRP et la DS du MSP/P/AS ;
- **Cible à atteindre** : a) l'équipe de l'antenne de district de Dioundiou composée de 3 membres est constituée, b) les chefs des 13 CSI ainsi que les 13 percepteurs des COGES sont formés sur l'outil de gestion OpenIMIS.

R6A4 : Organiser la mobilisation sociale

Des réunions / rencontres seront organisées au niveau des villages, communes, préfecture, etc, selon un plan de mobilisation sociale préétabli. Il est important que la population comprenne les avantages d'une AM, mais aussi sa dynamique, la notion de la solidarité et le partage des risques. Elle doit également comprendre ses droits mais aussi sa part dans la réalisation de l'AMD. Les leaders dans la société auront des rôles plus concrets dans la mobilisation de leurs communautés, la communication, l'organisation des collectes de cotisations, le rapportage des plaintes, etc. Le projet actuel a déjà élaboré une démarche sous forme de manuel de procédures, mais cette note devra être adaptée continuellement conforme l'évolution des expériences concrètes.

Les diasporas recevront une attention particulière (aussi dans le cadre des cotisations R6A4). Les diasporas, dans la sous-région, comme en Europe ou ailleurs dans le monde, sont a priori intéressées à appuyer leurs communautés d'origine. Les transferts de fonds entre les diasporas et leur pays d'origine sont très élevés, mais très individualisés et sûrement non-coordonnés. L'unité « mobilité et migration » de Enabel Bruxelles a des contacts avec les diasporas nigériennes en Belgique et en France et pourra servir comme facilitateur de cotisations à partir de l'Europe.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01.04.01 : Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication de l'AMD

- Action 1 : Reproduire les outils de communication de l'AMD ;
- Action 2 : Organiser les forums communaux dans le Département de Dioundiou ;
- Action 3 : Animer le réseau de points focaux dans la communauté du DS de Dioundiou.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01.04.02 : Assurer le fonctionnement des organes de l'AMD

- Action 1 : Mettre en place et assurer le fonctionnement de l'intercommunalité dans le département de Dioundiou ;
- Action 2 : Faire fonctionner les antennes locales de l'AMD Dioundiou ;
- Action 3 : faire participer les antennes locales de Dioundiou à l'AG et au Conseil d'Administration de l'AMD ;
- **Cible à atteindre** : un forum sur l'AMD est organisé dans les 03 communes, l'intercommunale en santé est fonctionnelle dans le département de Dioundiou, 03 antennes communales de l'AMD fonctionnelles.

R6A5 : Organiser les adhésions et cotisations à l'AMD

Les collecteurs réaliseront des visites de terrain, des réunions d'information et des transferts des montants cotisés. Un manuel de procédures est élaboré pour décrire leurs tâches en détail.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 05 01 : Organiser les cotisations et l'adhérence à l'AMD Dioundiou

- Action 1 Assurer les sorties de routine des agents d'affiliation pour collecter les quote-parts de cotisation des ménages dans le Département de Dioundiou;
- Action 2 Organiser les missions d'assistance aux utilisateurs OpenIMIS (DAIDRP, DS).

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 05 03 : Organiser le ciblage des indigents et leur prise en charge financière par les collectivités

- Action 1 : Organiser avec les collectivités locales les modalités de financement des cotisations des indigents ;
- Action 2 : Collaborer avec le Registre Sociale Unifié (RSU) pour le ciblage des indigents et la mise en place de la base de données dans le district de Dioundiou ;
- **Cible à atteindre :** a) 20% de la population du département de Dioundiou a été contactée pour apporter leurs cotisations et bénéficier d'une couverture contre le risque maladie, b) la base de données des indigents pour le district est disponible. c) un système d'identification des indigents du DS de Dioundiou est établi.

R6A6: Contrôler et payer les factures de prestation et garantir la transition graduelle du FBR vers une AMD

Comme indiqué plus haut, la transition entre FBR et AMD sera graduelle. Le projet payera les factures des prestations sous forme d'une convention de subside (adaptation du subside FBR) qui sera signée avec des ONGs locales pour permettre d'honorer les factures reçues dans le cadre du FBR et d'amorcer la transition vers la forme de l'AMD (voir le tableau 9.2.).

L'Etat s'est engagé d'intervenir au plus vite pour engager un budget national afin de subventionner les AMD selon la modalité prévue. L'Etat et plus particulièrement le MSP/P/AS auront 4 ans pour s'organiser afin d'honorer cet engagement politique.

Les coûts estimatifs de cette activité tiennent compte de l'accroissement de la population et travaille sous une hypothèse de taux d'adhésion dans le sous-cadre. Le tableau évoque clairement que les fonds FBR classiques (factures payées sur la performance) sont graduellement remplacées par des factures soumises à l'AMD. Les coûts estimés ne varient pas beaucoup selon un taux d'adhésion plus ou moins élevé, puisque le FBR et l'AM fonctionnent comme des vases communicants.

Pour cette activité des conventions de subsides doivent être montées avec le MSP/P/AS. Une convention pour le FBR existe déjà dans le projet PASS actuel.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 06 01 : Mise en place du dispositif fonctionnel du FBR au DS de Dioundiou (personnel, outils, ...)

- Action 1 : Organiser l'évaluation organisationnelle du district sanitaire de Dioundiou sur les modalités de contractualisation du subside FBR ;
- Action 2 : Faire l'état de lieux du niveau de performance des CSI du DS de Dioundiou et définir les modalités d'accompagnement du projet ;
- Action 3 : Organiser les évaluations quantité et qualité des CSI ainsi que l'évaluation de la performance de l'ECD

- **Cibles à atteindre** : A partir de la 2^{ème} année : 4 vérifications/an, réaliser une étude de baseline sur la qualité des soins, réaliser l'évaluation de la performance de l'ECD à Dioundiou

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 06 03 : Payer les factures FBR de Dioundiou (CSI, ECD)

- Action1 : Payer les subsides FBR CSI Dioundiou
- Action 2 : Payer les bonus de performance ECD Dioundiou
- **Cibles à atteindre** : Paiements réalisés

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 06 05 : Payer les subsides au titre de la convention de l'AMD de Dioundiou.

- Action 1 : Doter les CSI de Dioundiou en fonds de roulement ;
- Action 2 : Assurer la qualité des soins à travers une vérification à travers l'outil FBR ;
- Action 3 : Payer les subventions des cotisations des adhérents ;
- **Cible à atteindre** : les 13 CSI sont dotés en fonds de roulement en médicament de départ, les 13 CSI du DS ont une performance qualité comprise entre 65% et 80%, g) 100% des ménages couverts par l'assurance maladie ont bénéficié d'une subvention (apportée par le projet) de la cotisation à l'assurance maladie.

R6A7 : personnel de l'AMD (nouvelle activité)

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B01 07 03 : Personnel de l'AMD dans le district de Dioundiou est recruté.

- Action 1 : Mener à terme le recrutement du personnel d'une équipe à Dioundiou, qui fera du FBR d'abord (2023), pour passer ensuite comme personnel de l'AMD Dioundiou ;
- **Cible à atteindre** : a) une équipe de 2 personnes est recrutée et rendue fonctionnelle au chef-lieu de Dioundiou, servant de lien avec le projet pour la conduite des vérifications FBR et, par la suite, s'intégrant dans l'équipe de l'AMD.

R7- Un modèle intégré de financement de la santé articulé autour des Assurances Maladies Départementales qui inclut un mécanisme de défense des droits du patient, est adopté par le MSP/P/AS.

Le pilotage prévu sous R6 devrait résulter en un modèle et une approche opérationnelle d'AMD pour le Ministère. Le MSP/P/AS et les PTF dans la santé doivent être informés continuellement du progrès que le projet réalise ensemble avec les partenaires locaux. A des moments réguliers, des événements doivent être organisés afin de mettre l'ensemble des partenaires en santé autour de la table afin de construire un consensus autour d'un système unique de financement des soins, dans le cadre de la politique de CSU.

Le R6 sera sujet de recherche-action, pour laquelle un protocole détaillé sera formulé au début du projet. Le R7 réalisera le suivi et l'analyse afin de construire le modèle et l'approche qui serviront comme guide du MSDP/P/AS pour la généralisation du système assurantiel.

R7A1 : Accompagner l'opérationnalisation de l'Institut national d'assistance médicale-INAM et assurer l'appropriation des expériences des départements pilotes

INAM a été créé par décret comme un institut national qui s'occupera des différentes politiques de financement des soins, dont l'assurance maladie. Le projet accompagnera le MSP/P/AS pour la mise en place de cette institution et financera en partie les équipements bureautiques.

Un appui au renforcement des compétences individuelles comme des capacités institutionnelles sont prévus à travers par exemple des voyages d'études, des cours internationaux de courte durée et des missions de consultants (voir aussi R2). Le projet aidera établir un manuel de procédures.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B02 01 01 : Définir les modalités d'intégration des AMD à l'INAM

- Action 1 : Une convention de subsides est signée avec l'INAM ;
- Action 2 : Le cadre d'intégration des AMD dans l'INAM est défini et fait l'objet d'un arrêté ministériel ;
- Action 3 : L'INAM assure la supervision trimestrielle des AMD, y compris celle de Dioundiou ;
- **Cibles à atteindre** : convention signée, arrêté ministériel disponible, visites de supervision réalisées (à partir de la deuxième année 2 x 3 visites).

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B02 01 02 : Appuyer l'opérationnalisation de l'INAM

- Action 1 : Un voyage d'étude est organisé pour les cadres dirigeants de l'INAM sur la gestion des gratuités et de l'assurance maladie ;
- Action 2 : Appuyer la décentralisation de l'INAM dans la région de Dosso ;
- **Cible à atteindre** : a) un cadre définissant les modalités d'intégration de l'AMD existe et est formalisé par arrêté ministériel, b) les cadres dirigeants de l'INAM ont bénéficié d'un partage d'expérience avec d'autres pays ; c) un bureau décentralisé de l'INAM à Dosso est rendu fonctionnel.

R7A2 : Faciliter la coordination des autres PTF dans le secteur de la santé en vue de la recherche de synergies pour un financement cohérent de la stratégie nationale CSU

Le protocole de recherche sur l'AMD (voir R6A2) doit être présenté par le Ministère aux PTF et devra faire objet de discussion et de réflexion continues entre le MSP/P/AS et les PTF. C'est ainsi que le modèle prendra forme et que le processus d'appropriation par tous les acteurs au niveau central pourra se réaliser.

L'idée que l'AMD est une organisation intercommunale fait partie intégrante de la vision sur une assurance maladie nationale afin de garantir sa cohérence organisationnelle qui dépasse le cadre restreint des communes individuelles. Pour être financièrement viable, combiné avec une professionnalisation du personnel (masse salariale), une AM doit fonctionner à une échelle suffisante qui dépasse une simple commune. Ce débat est important dans le cadre du mouvement de décentralisation institutionnelle que le pays mène en ce moment.

Le modèle doit également parvenir à préfigurer les bureaux régionaux de l'assurance maladie dans les régions de Dosso et Tillabéry.

R7A3 : Concevoir et développer la capitalisation du financement intégré du système de santé

L'ensemble des activités menées sous le R7 devrait résulter en une vision partagée entre le MSP/P/AS et les PTF. Il s'agit d'un processus qui devrait culminer dans un atelier (inter-) national qui mettra en lumière la faisabilité et le modèle d'assurance maladie universelle du Niger.

Il s'agit de prouver également qu'un seul système unique de paiement des soins (financement intégré), s'il s'agit de la gratuité ou d'une assurance maladie est réaliste, afin de ne pas créer de systèmes de financement en parallèle, par définition inefficients.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous B02 03 01 : Développer la RA sur le financement de la santé : diffuser les résultats

- Action 1 : Identifier avec le Point Focal P4H et le coordonnateur des PTF les sujets de recherche ;
- Action 2 : conduire une étude pour identifier les pistes d'un financement durable des cotisations des ménages à l'assurance maladie (diaspora, finance locale...);
- **Cible à atteindre** : Une étude a été menée dont le rapport donne les orientations claires pour arriver à un financement durable des cotisations à l'assurance maladie.

Objectif Spécifique 3 : gouvernance du système de santé

L'objectif spécifique : Le ministère est plus performant dans son rôle d'institution apprenante et de régulateur du secteur de la santé, de la population et des affaires sociales

Cet objectif spécifique est très important dans le cadre de la pérennité des expériences futures du projet et justifie les pilotages des expériences à échelle réduite par le projet au nom du Ministère.

Le MSP/P/AS devra graduellement évoluer vers moins de bureaucratie et plus vers une institution qui réfléchit continuellement, qui analyse et apprend des expériences et situations opérationnelles afin d'ajuster sa politique sectorielle pour plus d'efficacité et d'efficience.

Le projet prévoit pas mal d'innovation dans le secteur, notamment au niveau de l'assurance maladie et la gratuité des soins, par rapport au système de maintenance, par rapport au paquet de soins et par rapport à la digitalisation. Le Ministère devra absorber ces innovations pour en profiter au maximum et pour cela aussi, il devra coordonner les PTF pour que leur financement aboutisse à la mise à échelle de ces innovations.

R8 : La gouvernance et le leadership du MSP/P/AS est renforcée avec l'appui au Secrétariat Général et ses Directions Générales et transversales.

Le Ministère devra porter l'ensemble de cette intervention et est en même temps bénéficiaire de l'intervention et moteur de l'action. Le MSP/P/AS montre de multiples faiblesses institutionnelles et de gouvernance.

Pour la bonne réussite du projet, l'appui du Ministère est nécessaire. Il doit fournir et maintenir le personnel de soins dans les zones d'intervention, doit faciliter le dialogue du projet avec les différentes directions du Ministère mais aussi avec les autres PTF.

Le Ministère mettra à disposition plusieurs fonctionnaires / experts qui se consacreront à plein temps à la réussite du projet. Il s'agit de 2 personnes dans les districts cibles et 2 personnes au niveau central et régional (DRSP) ainsi qu'un cadre 'responsable national' de l'intervention.

R8A1 : Appuyer le MSP/P/AS dans la coordination des PTF

Une vision et des stratégies prioritaires communes doivent être partagées par le SG et ses Directions pour assurer un dialogue cohérent avec les PTF afin de mieux coordonner et diriger leurs appuis. Le dialogue entre le MSP/P/AS et ses PTF est une valeur en soi, mais est très stratégique aussi pour la réalisation du projet. Construire une vision commune autour des districts de formation (l'offre de soins) et la protection sociale en santé est cruciale pour la pérennité des différentes initiatives.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous C01 01 01 : Contribuer au processus de restructuration du cadre de coordination PTF-MSP (compaq,..).

- Action 1 : Appuyer le SG dans l'actualisation du mécanisme de la coordination au sein du MSP. Activités sous réflexion avec le nouveau SG.
- Action 2 : Appuyer le SG et les directions dans l'évaluation, la fonctionnalité et le suivi du COMPACT ; Il s'agira d'abord d'évaluer le Compaq passé et tirer les leçons pour le suivant ;
- Action 3 : Élaboration d'un tableau de bord de suivi des engagements internationaux du MSP.
- **Cibles à atteindre** : a) un nouveau mécanisme de coordination est en application entre le SG et ses directions centrales (nouveau plan disponible) ; b) le Compaq a été évalué et des recommandations sont mises en œuvre pour l'élaboration du prochain. La revue annuelle du progrès est réalisée ; c) un tableau de bord de suivi des engagements internationaux du ministère est mis à jour. Pour ceci un tableau de bord est disponible.

R8A2 : Appuyer le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP y compris la planification ascendante intégrée, est appuyée.

Le projet poursuivra les efforts précédents d'implémenter la réforme institutionnelle du Ministère. Les enjeux ont évolué pour le Ministère puisqu'il devra absorber les aspects de population et des affaires sociales, deux mandats qui appartenaient à d'autres ministères sous la législature précédente. Cette réorganisation est avantageuse pour le projet aussi, puisque le sujet de la protection sociale en santé appartient maintenant à un seul Ministère.

Comme sous-activités il faut mentionner un appui à la planification nationale du système de santé, une concertation organisée entre différentes directions, la budgétisation du secteur, des visites de terrain (supervision, visites d'appui).

Dans ce cadre, des consultants pourront être recrutés pour appuyer le Ministère.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous C01 02 01 : Accompagner la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MSP.

- Action 1 : Contribuer au processus de restructuration du cadre de coordination PTF-MSP ;
- Action 2 : Accompagner la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MSP ;
- **Cibles à atteindre** : Réunions de coordination des PTF tenues trimestriellement (2 X 4 /an = 8 réunions en 2 ans) et plan d'action approuvé.

R8A3 : Les compétences du MSP dans le suivi des recherches-actions et la capitalisation des expériences sont renforcées.

Le MSP/P/AS devrait fonctionner comme une organisation apprenante, qui se renforce à travers des leçons apprises par l'expérience sur le terrain.

Le Ministère bénéficiera d'un renforcement des compétences à travers des formations, et à travers d'un encadrement continu par une institution de santé publique internationale (Enabel a des accords cadres avec plusieurs Universités belges) en collaboration avec la faculté de médecine à Niamey. Ce suivi technique aidera le monitoring principalement des sujets qui sont identifiés comme des domaines de recherche-action.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous C01 03 01 : Mettre en place l'accompagnement scientifique de la RA

- Action 1 : Contractualiser une institution académique nationale ;
- Cibles à atteindre : 4 rapports semestriels avec le progrès de la recherche-action AP

R8A4 : La régulation du secteur public et privé de santé est appuyée (IGS, ...).

La régulation et le contrôle de la qualité du secteur tant public que privé de la santé sont un mandat important du MSP/P/AS. Elle permet de s'assurer du respect des normes, d'apporter de la transparence dans la gestion des finances publiques et de collecter les données nécessaires à l'adaptation des normes. L'IGS permettra au Ministère de créer des liens constructifs avec des formations sanitaires privées.

Surtout dans la ville de Gaya, les prestations privées sont fréquentes et la qualité n'est souvent pas garantie.

Le PASS a permis déjà d'instaurer une dynamique de travail avec l'IGS, notamment à travers plusieurs audits des ressources du recouvrement des coûts, des inspections régulières des services de santé dans les districts et régions cibles. Il s'agira donc de poursuivre ce processus et y apporter les ajustements nécessaires sur la base des leçons apprises. L'IGS réalisera entre autres des sorties de contrôle à Gaya avec l'appui du projet. Cette démarche renforcera leur capacité et les outils de contrôle seront étudiés sur leur efficacité et éventuellement renforcés.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous C01 04 01 : Poursuivre l'appui à l'IGS.

- Action 1 : Financer des missions d'audit à l'IGS sur la gestion des ressources des 3 districts cibles du projet.
- Action 2 : Contribuer à développer les compétences de l'IGS par le renforcement de capacités de ses membres sur les thématiques de : la gestion financière des FoSa, la gestion du FBR, la gestion des mécanismes régissant la gratuité des soins.

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous C01 04 02 : Accompagner le MSP/P/AS dans la normalisation du système (DOS, DIES, DRH, DL, DGP/SR etc.).

- Action 1 : Mener une révision et actualisation des textes réglementaires régissant les formations sanitaires publiques ;

Sous-Activités identifiées avec les Pays-Bas sous C01 04 03 : Appui d'expertise en matière de Gouvernance au Secrétariat Général du MSP/P/AS

- Action 1 : Mener une consultance en matière de Gouvernance en appui au Secrétariat Général du MSP/P/AS. Cette expertise est prévue pour exercer son appui durant une période minimale d'un an, qui permette :
 - a. une fonction de conseil au Secrétariat Général en lien direct avec la mise en œuvre des réformes organisationnelles du ministère et la coordination. Suite à la conférence sur la PSS en Mai 2022, le MSP/P/AS devra se reformer aussi pour absorber une grande institution « INAM », qui en plus devra s'articuler avec d'autres instance et Ministères de PS;

- b. faciliter le dialogue entre l'équipe technique du projet (niveau central comme périphérique) et le MSP/P/AS et particulièrement par rapport aux informations à fournir au SG et ses directions centrales. Les feuilles de route sur la PSS et sur la SDSR sont 2 exemples qui font illustration de ce besoin d'interaction intensive et continue entre le projet et les décideurs (principalement le SG) au Ministère

Cibles à atteindre pour les 3 sous-activités : a) Au moins 2 missions par an sont réalisées par l'IGS sur les DS cibles ; b) 10 agents par an (x 2 ans) de l'IGS sont formés sur les thématiques décrites ; c) le corpus des textes réglementaires régissant les formations sanitaires du district (HD, CSI, CS) sont revus et actualisés. D) 2 feuilles de route sont adoptées par le Ministère.

Une convention de subsides sera signée avec le MSP/P/AS couvrant l'ensemble de l'OS 3 y compris pour financer les efforts supplémentaires en ressources humaines mis à disposition par le Ministère.

2.3. Partenariats et synergies

Entre les interventions du portefeuille

Il existe des multiples collaborations et synergies entre toutes les interventions du portefeuille. Pour stimuler cette collaboration des concertations mensuelles et formalisées entre intervention managers / équipes techniques des différentes interventions seront organisées. Une concertation informelle ou occasionnelle ne pourra pas obtenir le même résultat. Il revient aux interventions de s'organiser dans ce sens.

Concernant les synergies et coordination avec les autres PTF, on rajoute grâce à la collaboration avec [l'Ambassade des Pays-Bas](#), ce cofinancement du projet avec attention particulière sur la Santé de la reproduction, la digitalisation et la qualité des soins dans le département de Dioundiou.

Pour ce qui est les synergies Team Belgium – Team Europe, dans le cadre de Team Belgium, il existe des mécanismes de concertation informels. L'Ambassade, la représentation Enabel et l'IM (et/ou d'autres experts internationaux) se rencontrent régulièrement, de préférence au moins de manière trimestrielle, afin de mieux comprendre ensemble quels sont les enjeux exactement et quelles sont les marges de manœuvre dans le dialogue. Enabel, en coordination avec l'Ambassade, se concerta avec les autres PTF pour des dossiers techniques et/ ou stratégiques, mais elle devrait être épaulée par l'expertise belge locale (expertise Enabel). Enabel propose un moment de concertation, à définir ensemble, par mois pour que l'Ambassade reste au courant des évolutions. [De la même façon, Team Europe initiatives seront suivi par l'Ambassade et la représentation Enabel. Elles peuvent faire appel à l'expertise technique de l'intervention et siège Enabel.](#)

2.4. Ressources financières et humaines

Ci-dessous se trouvent le tableau qui donne l'aperçu de l'intervention avec l'enveloppe budgétaire supplémentaire du cofinancement du Pays-Bas avec une répartition budgétaire par objectif spécifique, par résultat et par activité. Ensuite ils s'affichent également le chronogramme opérationnel et le planning financier qui couvrent les 5 années 2022-2026.

Intervention	Période	Budget
Pilier 1 : promotion de la sécurité sociale et réduction des inégalités sociales OG : La population nigérienne bénéficie d'une protection sociale grâce à un accès inclusif à des services sociaux de base de qualité dans les domaines de l'enseignement et des soins de santé, y compris la promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre (et les droits de l'homme y afférents) <u>Intervention 1 Intervention Santé</u> OS1 : l'offre de soins est améliorée OS2 : le MSP/P/AS dispose d'un modèle assurantiel OS3 : le ministère est plus performant (institution apprenante et de régulateur) <u>Intervention 2 Intervention Education</u>	2022-2026	25,357 MEUR 14,5 MEUR +2,857 MEUR 8 MEUR

BUDGET TOTAL					BUDGET						PLANNING GLOBAL (Enabel+Pays Bas)								
					Total Enabel adapté	% Enab	Total Pays Bas	% NL	Budget Total	% GLO	Year 1	Year 2			Year 3			Year 4	Year 5
												Enabel	Total Y2	Enabel	Pays Bas	Total Y3	Enabel		
					14 500 000		3 200 000		17 700 000		Enabel	Total Y2	Enabel	Pays Bas	Total Y3	Enabel	Pays Bas	Enabel	Enabel
					81,92%		18,08%		100,00%		100,00%	100,00%	63,52%	36,48%	100,00%	63,52%	36,48%	100,00%	100,00%
A L'offre de soin est améliorée					4.489.360	31%	1.088.040	34%	5.577.400	31,51%	420.500	1.539.900	978.151	561.749	1.442.700	916.409	526.291	1.429.800	744.500
A 01 L'accessibilité géographique et l'offre globale de soins de qualité sont renforcées dans les districts ciblés					743.060	5,12%	146.940	4,59%	890.000	5,03%	85.000	205.500	130.534	74.966	197.300	125.326	71.974	254.500	147.700
A	01	01		Encadrer les DRSP et ECD des régions et districts ciblés afin qu'elles garantissent l'application des normes de qualités dans les CS, CSI et HD concernés	55.151		9.849		65.000		-	21.000	13.339	7.661	6.000	3.811	2.189	24.000	14.000
A	01	01	01	Développement de la Démarche Qualité dans les HD et les CSI des districts cibles.	35.622		4.378		40.000		-	6.000	3.811	2.189	6.000	3.811	2.189	14.000	14.000

A	01	01	02	Appuis aux DRSP de Dosso et Tillabéri	19.528		5.472		25.000		-	15.000	9.528	5.472	-	-	-	10.000	-	
A	01		02	Créer les conditions pour que les FS des districts de Gotheye et de Gaya livrent le PMA et le PCA complet et de qualité en stratégie fixe, avancée et mobile afin de couvrir toute la population sur leur territoire	337.620		62.380		400.000		50.000	85.000	53.992	31.008	86.000	54.628	31.372	115.000	64.000	
A	01		02	01	Financer les sorties foraines et mobiles dans les 3 DS	50.000		-		50.000		25.000	-	-	-	-	-	-	25.000	
A	01		02	02	Appuis aux soins spécialisés: unité Lunetterie dans HD	205.860		44.140		250.000		25.000	60.000	38.112	21.888	61.000	38.747	22.253	65.000	39.000
A	01		02	03	Améliorer la performance globale des soins pour la santé reproductive	81.760		18.240		100.000		-	25.000	15.880	9.120	25.000	15.880	9.120	50.000	-
A	01		03			233.929		51.071		285.000		20.000	69.500	44.147	25.353	70.500	44.782	25.718	78.000	47.000
A	01		03	01	Appuyer le développement du district sanitaire de Dioundiou	157.276		27.724		185.000		20.000	37.500	23.820	13.680	38.500	24.455	14.045	50.000	39.000
A	01		03	02	Faciliter les moyens logistiques (vehicules, etc.) au DS de Dioundiou	76.653		23.347		100.000		-	32.000	20.327	11.673	32.000	20.327	11.673	28.000	8.000
A	01		04		La participation communautaire est renforcée dans les districts cibles en articulation et harmonisation avec les démarches de l'AMD	74.644		20.356		95.000		10.000	27.000	17.151	9.849	28.800	18.294	10.506	20.500	8.700
A	01		04	01	Assurer l'encadrement des COGES/COSAN des 3 DS cibles	74.644		20.356		95.000		10.000	27.000	17.151	9.849	28.800	18.294	10.506	20.500	8.700
A	01		05		Développer des terrains de stages pour appuyer la formation des ECD du pays et de disséminer les acquis du projet pour le reste du pays	41.717		3.283		45.000		5.000	3.000	1.906	1.094	6.000	3.811	2.189	17.000	14.000
A	01		05	01	Préparer les DS à jouer leur rôle de terrain de stages (hebergement, transport, manutention,	36.717		3.283		40.000		5.000	3.000	1.906	1.094	6.000	3.811	2.189	12.000	14.000
A	01		05	02	Revitaliser la formation aux ECD: évaluer le CPADS de Ouallam	5.000		-		5.000		-	-	-	-	-	-	-	5.000	-
A	02	La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée			450.029	3,10%	93.971	2,94%	544.000	3,07%	63.000	116.500	74.001	42.499	141.100	89.627	51.473	139.000	84.400	
A	02		01		Un plan de formation du personnel des DRSP de Tillabéri et Dosso et les districts cibles est disponible et mis en œuvre	8.906		1.094		10.000		5.000	-	-	-	3.000	1.906	1.094	-	2.000
A	02		01	01	Elaborer plans de renforcement des capacités des DS de GaGoDi et des DRSP	8.906		1.094		10.000		5.000	-	-	-	3.000	1.906	1.094	-	2.000
A	02		02		Les compétences du personnel des DRSP, des ECD et personnel soignant des districts cibles et de l'AMD/CSU sont renforcées selon le plan	156.251		52.749		209.000		5.000	70.500	44.782	25.718	74.100	47.069	27.031	29.000	30.400
A	02		02	01	Les compétences du personnel des DRSP, des ECD et personnel soignant des districts cibles sont renforcées selon le plan	125.006		43.994		169.000		5.000	58.500	37.159	21.341	62.100	39.446	22.654	21.000	22.400
A	02		02	02	Les compétences du personnel de l'AMD/CSU sont renforcées selon le plan	31.245		8.755		40.000		-	12.000	7.622	4.378	12.000	7.622	4.378	8.000	8.000
A	02		03		Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH en santé est appuyé pour renforcer les capacités des district sanitaires	13.541		1.459		15.000		3.000	2.000	1.270	730	2.000	1.270	730	4.000	4.000
A	02		03	01	Développer les fiches de poste en périphérie et au	13.541		1.459		15.000		3.000	2.000	1.270	730	2.000	1.270	730	4.000	4.000

36

A	04	02		Appuyer la région de Dosso pour être la référence en matière de maintenance en développant un centre de formation pour les techniciens du pays	174.756		25.244		200.000		10.000	34.600	21.978	12.622	34.600	21.978	12.622	80.400	40.400
A	04	02	01	Consultance x plan de formation/ profils des formateurs, du Centre de formation en Maintenance de Dosso. Mise en application.	31.644		3.356		35.000		5.000	4.600	2.922	1.678	4.600	2.922	1.678	10.400	10.400
A	04	02	02	Transformation en Centre de formation des ateliers de maintenance de la DRSP de Dosso	143.112		21.888		165.000		5.000	30.000	19.056	10.944	30.000	19.056	10.944	70.000	30.000
A	04	03		Mettre en œuvre la stratégie GMAO d'informatisation de la maintenance dans les districts cibles en vue d'un passage à l'échelle nationale	110.301		19.699		130.000		-	24.000	15.245	8.755	30.000	19.056	10.944	36.000	40.000
A	04	03	01	Etat des lieux et inventaire pour les 3 districts (mise à jour Ga-Go)	7.811		2.189		10.000		-	6.000	3.811	2.189	-	-	-	4.000	-
A	04	03	02	Acquérir le logiciel GMAO et le développer	31.245		8.755		40.000		-	6.000	3.811	2.189	18.000	11.434	6.566	4.000	12.000
A	04	03	03	Equipements x la GMAO (tablettes, ...)	71.245		8.755		80.000		-	12.000	7.622	4.378	12.000	7.622	4.378	28.000	28.000
A	04	04		Mettre en œuvre la stratégie de maintenance intégrale dans les DS cibles avec un monitoring rapproché	75.194		24.806		100.000		-	37.000	23.503	13.497	31.000	19.691	11.309	18.000	14.000
A	04	04	01	système participatif de gestion des équipements: Missions de maintenance préventive par (DRSP+Projet) et de la DIES	67.383		22.617		90.000		-	31.000	19.691	11.309	31.000	19.691	11.309	14.000	14.000
A	04	04	02	Assurer la bonne fonctionnalité des équipements et infrastructures: personnel qualifié	7.811		2.189		10.000		-	6.000	3.811	2.189	-	-	-	4.000	-
A	04	05		Doter les districts cibles en infrastructure (réhabilitation) et en équipements techniques, biomédicaux et logistique complémentaire (complément avec R1)	1.440.485		419.515		1.860.000		-	575.000	365.242	209.758	575.000	365.242	209.758	515.000	195.000
A	04	05	01	Equipements x DS de Gaya et Gothèye (y compris finaliser l'appui à Dtakaya)	186.439		33.561		220.000		-	46.000	29.219	16.781	46.000	29.219	16.781	99.000	29.000
A	04	05	02	Equipements x DS de Dioundiou	396.184		113.816		510.000		-	156.000	99.092	56.908	156.000	99.092	56.908	149.000	49.000
A	04	05	03	Travaux infrastructures DS Gaya et Gothèye (y compris x les AMD)	205.495		44.505		250.000		-	61.000	38.747	22.253	61.000	38.747	22.253	89.000	39.000
A	04	05	04	Travaux infrastructures DS Dioundiou	652.367		227.633		880.000		-	312.000	198.184	113.816	312.000	198.184	113.816	178.000	78.000
A	05			<i>Le développement de la digitalisation en santé, a permis un gain d'efficience dans l'offre de soins et l'assurance maladie</i>	828.735	5,72%	186.265	5,82%	1.015.000	5,73%	202.500	313.600	199.200	114.400	197.000	125.135	71.865	188.900	113.000
A	05	01		Appuyer la mise en œuvre de la stratégie E-santé au travers la Direction de l'Informatique du MSP/P/AS	123.005		26.995		150.000		20.000	37.000	23.503	13.497	37.000	23.503	13.497	28.000	28.000
A	05	01	01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie E-santé au travers la Direction de l'Informatique du MSP/P/AS	123.005		26.995		150.000		20.000	37.000	23.503	13.497	37.000	23.503	13.497	28.000	28.000
A	05	02		Le développement de la Carte Sanitaire numérique et la production de données de qualité pour le SNIS, au travers la Direction des Statistiques, est appuyé	125.189		14.811		140.000		82.500	33.100	21.025	12.075	7.500	4.764	2.736	16.900	-
A	05	02	01	Développer le logiciel carte sanitaire et le vulgariser au travers la Direction des Statistiques	93.434		6.566		100.000		70.000	18.000	11.434	6.566	-	-	-	12.000	-

A	05	02	02	Appuyer la disponibilité des données sanitaires de qualité pour le SNIS (DS)	31.756		8.244		40.000		12.500	15.100	9.592	5.508	7.500	4.764	2.736	4.900	-
A	05	03		Renforcer les capacités en ICT au niveau des DS, DRSP et MSP	486.548		113.451		600.000		100.000	171.000	108.620	62.380	140.000	88.929	51.071	104.000	85.000
A	05	03	01	Renforcer les capacités en ICT au niveau des DS, DRSP et MSP	178.112		21.888		200.000		50.000	30.000	19.056	10.944	30.000	19.056	10.944	45.000	45.000
A	05	03	02	Acquerir le matériel informatique pour le DS Dioundiou	180.324		69.676		250.000		-	111.000	70.508	40.492	80.000	50.816	29.184	39.000	20.000
A	05	03	03	Poursuivre la digitalisation des hôpitaux de districts (logiciels et formation)	128.112		21.888		150.000		50.000	30.000	19.056	10.944	30.000	19.056	10.944	20.000	20.000
A	05	04		Renforcer les plateformes e-learning utilisées à l'ENSP de Niamey pour le renforcement des capacités des RH du MSP/P/AS	39.056		10.944		50.000		-	30.000	19.056	10.944	-	-	-	20.000	-
A	05	04	01	Renforcer les plateformes e-learning	39.056		10.944		50.000		-	30.000	19.056	10.944	-	-	-	20.000	-
A	05	05		Appuyer le projet national de la télémédecine à travers la mise en place d'une centrale de téléconsultation au CHR de DOSSO dans le cadre de la formation continue du personnel médical et paramédical	54.936		20.064		75.000		-	42.500	26.996	15.504	12.500	7.940	4.560	20.000	-
A	05	05	01	Appuyer la télémédecine à travers la mise en place des lunnttes intelligentes	54.936		20.064		75.000		-	42.500	26.996	15.504	12.500	7.940	4.560	20.000	-
B Le MSP/P/AS dispose d'un modèle assurantiel pour le monde rural et le secteur informel, intégré dans l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM).					6.684.908	46%	1.077.491	34%	7.762.400	44%	441.550	1.491.156	947.189	543.967	1.462.528	929.004	533.524	2.309.705	2.057.461
<i>B 01 L'Assurance Maladie Départementale (AMD), est mise en œuvre dans les départements pilotes, comme expression de l'appui à la stratégie nationale de la Couverture Maladie Universelle</i>					6.407.125	44,19%	1.009.274	31,54%	7.416.400	41,90%	441.550	1.390.156	883.033	507.123	1.376.528	874.376	502.151	2.247.705	1.960.461
B	01	01		Assurer le renforcement de capacités et compétences sur la CSU-AMD de tous les acteurs aux niveaux central, régional et district	96.911		28.089		125.000		10.000	40.000	25.408	14.592	37.000	23.503	13.497	20.000	18.000
B	01	01	01	Renforcer les capacités des acteurs de l'AMD à tous les niveaux	53.584		16.416		70.000		5.000	24.000	15.245	8.755	21.000	13.339	7.661	11.000	9.000
B	01	01	02	Assurer l'accompagnement technique de l'équipe de l'AMD	43.327		11.673		55.000		5.000	16.000	10.163	5.837	16.000	10.163	5.837	9.000	9.000
B	01	02		Etablir l'hypothèse de travail initiale et établir le protocole de recherche de façon participative	50.000		-		50.000		50.000	-	-	-	-	-	-	-	-
B	01	02	01	Identifier les besoins, élaborer les protocoles de RA et suivre leur mise en œuvre	50.000		-		50.000		50.000	-	-	-	-	-	-	-	-
B	01	03		Mettre en place des bureaux AMD et former le personnel AMD / personnel de soins	129.872		40.128		170.000		-	75.250	47.799	27.451	34.750	22.073	12.677	56.000	4.000
B	01	03	01	Mettre en place les bureaux AMD GAYA et former le personnel AMD / personnel de soins	38.327		11.673		50.000		-	16.000	10.163	5.837	16.000	10.163	5.837	14.000	4.000
B	01	03	02	Mettre en place les bureaux AMD Gothèye et former le personnel AMD / personnel de soins	36.867		13.133		50.000		-	17.250	10.957	6.293	18.750	11.910	6.840	14.000	-
B	01	03	03	Acquisition de matériel, logiciels et consultations liée à l'AMD (2 vehicules)	54.679		15.321		70.000		-	42.000	26.679	15.321	-	-	-	28.000	-
B	01	04		Organiser la mobilisation sociale	122.531		27.469		150.000		21.000	37.600	23.884	13.716	37.700	23.947	13.753	29.400	24.300

B	01	04	01	Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication de l'AMD (outils, ...)	85.666		19.334		105.000		15.000	26.500	16.833	9.667	26.500	16.833	9.667	21.000	16.000
B	01	04	02	Assurer le fonctionnement des organes de l'AMD (intercommunalité,...)	36.865		8.135		45.000		6.000	11.100	7.051	4.049	11.200	7.114	4.086	8.400	8.300
B	01	05		Organiser les cotisations et l'adhérence à l'AMD	122.421		27.579		150.000		22.500	38.600	24.519	14.081	37.000	23.503	13.497	28.900	23.000
B	01	05	01	Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication de l'AMD (outils, ...)	64.679		15.321		80.000		10.000	21.000	13.339	7.661	21.000	13.339	7.661	14.000	14.000
B	01	05	02	Assurer le fonctionnement des organes de l'AMD (intercommunalité,...)	27.228		2.772		30.000		7.500	4.600	2.922	1.678	3.000	1.906	1.094	7.900	7.000
B	01	05	03	Organiser le ciblage des indigents et leur prise en charge financière par les collectivités	30.515		9.485		40.000		5.000	13.000	8.258	4.742	13.000	8.258	4.742	7.000	2.000
B	01	06		Contrôler et payer les factures de prestation et garantir la transition graduelle du FBR vers une AMD	4.869.270		706.029		5.575.300		114.850	967.705	614.690	353.015	967.705	614.690	353.015	1.803.893	1.721.147
B	01	06	01	Mise en place des subsides FBR aux DS de Gaya et de Dioundiou (personnel, outils, ...) + DRSP Dosso	240.803		48.134		288.937		4.954	65.974	41.907	24.067	65.974	41.907	24.067	77.803	74.234
B	01	06	02	Mise en place du subside FBR au DS de Gothèye (personnel, outils, ...) + DRSP Tillabéri	89.242		10.758		100.000		2.225	14.745	9.366	5.379	14.745	9.366	5.379	34.944	33.340
B	01	06	03	Payer les factures FBR de Gaya (HD, CSI, ECD), de Dioundiou (CSI, ECD) + DRSP Dosso	1.044.560		185.440		1.230.000		22.771	254.170	161.450	92.720	254.170	161.450	92.720	357.647	341.242
B	01	06	04	Payer les factures FBR du DS Gothèye (HD, CSI, ECD) + DRSP Tillabéri	892.418		107.582		1.000.000		22.248	147.455	93.664	53.791	147.455	93.664	53.791	349.436	333.407
B	01	06	05	Payer les subsides des AMD: Faire de l'AMD un guichet unique d'achat de prestations dans les départements cibles	2.602.247		354.116		2.956.363		62.653	485.362	308.304	177.058	485.362	308.304	177.058	984.063	938.923
B	01	07		Engagement et formation d'un équipe d'appui à l'AMD	1.016.119		179.981		1.196.100		223.200	231.001	146.733	84.268	262.373	166.660	95.712	309.513	170.013
B	01	07	01	Personnel AMD Gaya	480.164		49.936		530.100		111.600	68.444	43.476	24.968	68.444	43.476	24.968	154.757	126.856
B	01	07	02	Personnel AMD Gothèye	396.464		49.936		446.400		111.600	68.444	43.476	24.968	68.444	43.476	24.968	154.756	43.157
B	01	07	03	Personnel AMD Dioundiou	139.491		80.109		219.600		-	94.114	59.782	34.332	125.486	79.709	45.777	-	
B	02			Un modèle intégré de financement de la santé articulé autour des Assurances Maladies Départementales qui inclut un mécanisme de défense des droits du patient, est adopté par le MSP/P/AS	277.783	1,92%	68.217	2,13%	346.000	1,95%	-	101.000	64.156	36.844	86.000	54.628	31.372	62.000	97.000
B	02	01		Accompagner l'opérationnalisation de l'Institut national d'assistance médicale-INAM et assurer l'appropriation des expériences des départements pilotes	114.872		40.128		155.000		-	58.000	36.842	21.158	52.000	33.031	18.969	27.000	18.000
B	02	01	01	Définir les modalités d'intégration des AMD à l'INAM	28.069		6.931		35.000		-	11.000	6.987	4.013	8.000	5.082	2.918	9.000	7.000
B	02	01	02	Appuyer l'opérationnalisation de l'INAM	86.804		33.196		120.000		-	47.000	29.855	17.145	44.000	27.949	16.051	18.000	11.000
B	02	02		Faciliter la coordination des autres PTF dans le secteur de la santé en vue de la recherche de synergies pour un financement cohérent de la stratégie nationale CSU	61.867		13.133		75.000		-	18.000	11.434	6.566	18.000	11.434	6.566	22.000	17.000

B	02	02	01	Accompagner le processus de la stratégie nationale de financement santé vers CSU : : appui au GTR/CSU,...	33.434		6.566		40.000		-	9.000	5.717	3.283	9.000	5.717	3.283	11.000	11.000
B	02	02	02	concevoir et développer des mécanismes de défense des droits des patients	28.434		6.566		35.000		-	9.000	5.717	3.283	9.000	5.717	3.283	11.000	6.000
B	02	03		Concevoir et développer la capitalisation du financement intégré du système de santé ainsi que l'expérience de l'achat de soins unique décentralisée	101.043		14.957		116.000		-	25.000	15.880	9.120	16.000	10.163	5.837	13.000	62.000
B	02	03	01	Identifier, élaborer et mettre en œuvre les RA financement de la santé: diffuser les résultats	101.043		14.957		116.000		-	25.000	15.880	9.120	16.000	10.163	5.837	13.000	62.000
C Le ministère est plus performant dans son rôle d'institution apprenante et de régulateur du secteur de la santé, de la population et des affaires sociales					441.034	3%	120.966	4%	562.000	3%	84.000	167.300	106.270	61.030	164.300	104.364	59.936	92.700	53.700
C 01 <i>La gouvernance et le leadership du MSP/P/AS est renforcée avec l'appui au Secrétariat Général et ses Directions Générales et transversales</i>					441.034	3,04%	120.966	3,78%	562.000	3,18%	84.000	167.300	106.270	61.030	164.300	104.364	59.936	92.700	53.700
C	01	01		Appuyer le MSP/P/AS dans la coordination des PTF	171.696		38.304		210.000		40.000	52.500	33.348	19.152	52.500	33.348	19.152	40.000	25.000
C	01	01	01	Formaliser et mettre en oeuvre l'appui au ministère dans son rôle de régulateur du système	95.452		29.548		125.000		20.000	40.500	25.726	14.774	40.500	25.726	14.774	12.000	12.000
C	01	01	02	L'équipe de l'intervention, au travers son dispositif de mise en œuvre, appuie efficacement le MSP pour renforcer sa gouvernance	76.245		8.755		85.000		20.000	12.000	7.622	4.378	12.000	7.622	4.378	28.000	13.000
C	01	02		Appuyer le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP y compris la planification ascendante intégrée, est appuyée	76.301		19.699		96.000		15.000	27.000	17.151	9.849	27.000	17.151	9.849	16.000	11.000
C	01	02	01	Accompagner la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MSP	58.490		17.510		76.000		10.000	24.000	15.245	8.755	24.000	15.245	8.755	9.000	9.000
C	01	02	02	Appuyer la planification ascendante dont le financement des PAA des directions centrales	17.811		2.189		20.000		5.000	3.000	1.906	1.094	3.000	1.906	1.094	7.000	2.000
C	01	03		Les compétences du MSP dans le suivi des Recherches Action et la capitalisation des expériences sont renforcées	90.194		24.806		115.000		15.000	34.000	21.597	12.403	34.000	21.597	12.403	21.000	11.000
C	01	03	01	Mettre en place l'accompagnement scientifique des RA du Sutura	72.383		22.617		95.000		10.000	31.000	19.691	11.309	31.000	19.691	11.309	14.000	9.000
C	01	03	02	Capitalisation : appropriation et passage à l'échelle des bonnes pratiques. Appui à la DR/DEP	17.811		2.189		20.000		5.000	3.000	1.906	1.094	3.000	1.906	1.094	7.000	2.000
C	01	04		La régulation du secteur public et privé de santé est appuyée (IGS,...)	102.842		38.158		141.000		14.000	53.800	34.174	19.626	50.800	32.268	18.532	15.700	6.700

C	01	04	01	Poursuivre l'appui à l'IGS	55.936		20.064		76.000		10.000	29.000	18.421	10.579	26.000	16.515	9.485	9.000	2.000
C	01	04	02	Accompagner le MSP/P/AS dans la normalisation du système (DOS, DIES, Pharmacie, Laboratoire, DRH, DL, DGP/SR etc,)	22.232		12.768		35.000		-	17.500	11.116	6.384	17.500	11.116	6.384	-	-
C	01	04	03	Consultance en matière de Gouvernance en appui au Secrétariat Général du MSP/P/AS	24.674		5.326		30.000		4.000	7.300	4.637	2.663	7.300	4.637	2.663	6.700	4.700
Z MOYENS GENERAUX					2.884.698	20%	570.646	18%	3.455.344	20%	706.036	754.755	479.424	275.331	809.533	514.219	295.314	585.572	599.447
Z	01			Ressources Humaines	1.937.937	13,37%	417.941	13,06%	2.355.878	13,31%	342.384	572.843	363.872	208.971	572.843	363.872	208.971	445.279	422.529
Z	01	01		Experts Techniques	1.114.770		243.829		1.358.600		180.200	334.200	212.285	121.915	334.200	212.285	121.915	265.200	244.800
Z	01	01	01	2 Experts appui institutionnel	328.065		59.535		387.600		61.200	81.600	51.833	29.767	81.600	51.833	29.767	81.600	81.600
Z	01	01	02	Expert Digitalisation	164.033		29.767		193.800		30.600	40.800	25.916	14.884	40.800	25.916	14.884	40.800	40.800
Z	01	01	03	Expert Maintenance Hospitalière	160.633		29.767		190.400		27.200	40.800	25.916	14.884	40.800	25.916	14.884	40.800	40.800
Z	01	01	04	2 Experts Qualité Gaya Dioundiou & Gotheye	328.065		59.535		387.600		61.200	81.600	51.833	29.767	81.600	51.833	29.767	81.600	81.600
Z	01	01	05	Expert technique (architecte, ingénieur)	46.316		14.884		61.200		-	20.400	12.958	7.442	20.400	12.958	7.442	20.400	-
Z	01	01	06	Expert technique Expert en SDSR	51.833		29.767		81.600		-	40.800	25.916	14.884	40.800	25.916	14.884	-	-
Z	01	01	07	Intervention Officer en Qualité Dioundiou	35.826		20.574		56.400		-	28.200	17.913	10.287	28.200	17.913	10.287	-	-
Z	01	02		Personnel de support	675.995		131.388		807.383		137.925	180.084	114.390	65.694	180.084	114.390	65.694	155.820	153.470
Z	01	02	01	Contrôleur de gestion	65.022		13.049		78.071		14.100	17.886	11.361	6.525	17.886	11.361	6.525	14.100	14.100
Z	01	02	02	Comptable (1)	79.802		16.541		96.343		15.000	22.672	14.401	8.270	22.672	14.401	8.270	18.000	18.000
Z	01	02	03	Assist Admin Fin (2)	94.560		17.160		111.720		17.640	23.520	14.940	8.580	23.520	14.940	8.580	23.520	23.520
Z	01	02	04	Assist Admin (2)	92.600		17.160		109.760		15.680	23.520	14.940	8.580	23.520	14.940	8.580	23.520	23.520
Z	01	02	05	Expert M&E L	61.257		12.911		74.168		12.925	17.696	11.241	6.456	17.696	11.241	6.456	14.100	11.750
Z	01	02	06	Chauffeurs (7)	209.730		42.090		251.821		45.480	57.690	36.645	21.045	57.690	36.645	21.045	45.480	45.480
Z	01	02	07	Collaborateur polyvalent	73.024		12.476		85.500		17.100	17.100	10.862	6.238	17.100	10.862	6.238	17.100	17.100
Z	01	03		Autre personnel	147.171		42.724		189.895		24.259	58.559	37.197	21.362	58.559	37.197	21.362	24.259	24.259
Z	01	03	01	Part de l'intervention au financement du coût du personnel de l'UAP	147.171		42.724		189.895		24.259	58.559	37.197	21.362	58.559	37.197	21.362	24.259	24.259
Z	02			Investissements	234.359	1,62%	-	0,00%	234.359	1,32%	234.359	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	01		Véhicules	140.000		-		140.000		140.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	01	01	Véhicules (incl taxes)	140.000		-		140.000		140.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	02		Office Equipment & refurbishment	41.359		-		41.359		41.359	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	02	01	Office furniture (desks, chairs, cabinets,...)	10.000		-		10.000		10.000	-	-	-	-	-	-	-	-

Z	02	02	02	Air conditionné	10.000		-		10.000		10.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	02	03	Refurbishment office	21.359		-		21.359			-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	03		IT équipement	53.000		-		53.000			-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	03	01	PC	18.000		-		18.000			-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	03	02	materiel de communication (base satellite, tel satelites,...)	5.000		-		5.000			-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	03	03	Photocopieur et imprimantes, beamer	20.000		-		20.000			-	-	-	-	-	-	-	-
Z	02	03	04	Installation réseau, softwares, ...	10.000		-		10.000			-	-	-	-	-	-	-	-
Z	03	Coûts Opérationnels			540.189	3,73%	110.084	3,44%	650.273	3,67%	119.293	150.885	95.843	55.042	150.884	95.842	55.042	119.293	109.918
Z	03	01		Location de bureau	-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	03	01	01	Rental	-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Z	03	02		Maintenance et équipement bureau	31.543		6.330		37.873		6.840	8.676	5.511	3.165	8.676	5.511	3.165	6.840	6.840
Z	03	02	01	Office supplies	31.543		6.330		37.873		6.840	8.676	5.511	3.165	8.676	5.511	3.165	6.840	6.840
Z	03	03		Frais fonctionnement véhicules	227.208		45.598		272.806		49.270	62.498	39.699	22.799	62.498	39.699	22.799	49.270	49.270
Z	03	03	01	Frais de fonctionnement des véhicules	227.208		45.598		272.806		49.270	62.498	39.699	22.799	62.498	39.699	22.799	49.270	49.270
Z	03	04		ICT & communication & Expedition	151.361		28.003		179.364		34.200	38.382	24.380	14.002	38.382	24.380	14.002	34.200	34.200
Z	03	04	01	Téléphone internet	151.361		28.003		179.364		34.200	38.382	24.380	14.002	38.382	24.380	14.002	34.200	34.200
Z	03	05		Missions	81.486		16.354		97.839		17.670	22.415	14.238	8.177	22.414	14.237	8.177	17.670	17.670
Z	03	05	01	Missions	42.058		8.441		50.498		9.120	11.570	7.349	4.221	11.569	7.348	4.220	9.120	9.120
Z	03	05	02	Frais d'escorte/de sécurité	39.428		7.913		47.341		8.550	10.845	6.889	3.956	10.845	6.889	3.956	8.550	8.550
Z	03	06		Formation et développement	33.218		8.309		41.527		9.375	11.389	7.234	4.155	11.389	7.234	4.155	9.375	-
Z	03	06	01	Formation	33.218		8.309		41.527		9.375	11.389	7.234	4.155	11.389	7.234	4.155	9.375	-
Z	03	07		Other operational expenses	12.939		5.074		18.014		1.368	6.955	4.418	2.537	6.955	4.418	2.537	1.368	1.368
Z	03	07	01	Quote-part fonctionnement UAP	12.939		5.074		18.014		1.368	6.955	4.418	2.537	6.955	4.418	2.537	1.368	1.368
Z	03	08		Financial charges	2.434		416		2.850		570	570	362	208	570	362	208	570	570
Z	03	08	01	bank charges	2.434		416		2.850		570	570	362	208	570	362	208	570	570
Z	04	Audit, M&E and support			159.473	1,10%	38.750	1,21%	198.223	1,12%	10.000	24.027	15.262	8.765	82.196	52.211	29.985	15.000	67.000
Z	04	01		Audit	21.260		5.318		26.577		-	-	-	-	14.577	9.260	5.318	-	12.000
Z	04	01	01	Audit	21.260		5.318		26.577		-	-	-	-	14.577	9.260	5.318	-	12.000
Z	04	02	Monitoring & Evaluation		70.865		17.726		88.591		-	-	-	-	48.591	30.865	17.726	-	40.000
Z	04	02	01	MTR et EF	70.865		17.726		88.591		-	-	-	-	48.591	30.865	17.726	-	40.000
Z	04	03	Backstopping		67.348		15.706		83.054		10.000	24.027	15.262	8.765	19.027	12.086	6.941	15.000	15.000

Z	04	03	02	Backstopping	67.348		15.706		83.054		10.000	24.027	15.262	8.765	19.027	12.086	6.941	15.000	15.000
Z	05			Communication & capitalization	12.740	0,09%	3.871	0,12%	16.611	0,09%	-	7.000	4.446	2.554	3.611	2.294	1.317	6.000	-
Z	05	01		Communication & capitalization	12.740		3.871		16.611		-	7.000	4.446	2.554	3.611	2.294	1.317	6.000	-
Z	05	01	01	Communication, expertise & capitalization	8.858		2.216		11.074		-	5.000	3.176	1.824	1.074	682	392	5.000	-
Z	05	01	02	Media& autres	3.882		1.655		5.537		-	2.000	1.270	730	2.537	1.611	925	1.000	-
Total direct costs					14.500.000	100%	2.857.143	89%	17.357.143	98%	1.652.086	3.953.111	2.511.033	1.442.078	3.879.061	2.463.995	1.415.065	4.417.777	3.455.108

Ressources humaines

L'ensemble des ressources humaines est repris dans le tableau ci-dessous :

Titre du poste	Int/ Nat	Période/ Nombre Homme ou Femme mois	Régime d'affectation %, éventuellement % mutualisation avec autre intervention
Intervention 1 Santé			
Intervention manager	Int.	60	100%
Expert.e Economie de la Santé	Int.	57	100%
Expert.e appui institutionnel (2)	Nat.	57	100%
Expert.e Digitalisation	Nat.	57	100%
Expert.e Maintenance Hospitalière	Nat.	56	100%
Expert.e Quality Gaya Dioundiou & Gotheye (3)	Nat.	57	100%
Expert.e Architect	Nat	18	50% avec Education
Expert.e SDSR	Nat	24	100%
ME/L officer	Nat	29	50% avec Education
Assistant administratif (2)	Nat	57	100%
Chauffeurs (7)	Nat	57	100%
Collaborateur polyvalent (3)	Nat	57	100%
Contrôleur de gestion	Nat	57	50% avec Education
Comptable	Nat	57	100%
Assist Admin Fin (2)	Nat	57	100%
Ressources humaines mutualisées pour la gestion du portefeuille et personnel de support			
RAF	Int	60	100% entre les 3 interventions du portefeuille
ECA	Int	46	80% à répartir entre les interventions du portefeuille
ICT officer	Nat	57	50%
Coordinateur Logistique	Nat	57	50%

Comptable	Nat	57	50%
Assistant admin fin	Nat	57	100%
2 ECA nationaux	Nat	57	à répartir entre les interventions du portefeuille
1 Gestionnaire Marché public	Nat	57	à répartir entre les interventions du portefeuille

Pour le suivi de l'Admin Fin et de la Contractualisation, chaque projet débutera avec un comptable, un assistant comptable/logisticien et un.e secrétaire-caissière. En fonction de l'évolution des activités au sein des interventions et des périodes de charge plus importantes, la/le responsable du centre de service pourra réorganiser les tâches et occupations du personnel financier, administratif et de contractualisation pour améliorer la qualité et l'efficacité du service rendu aux interventions.

Organigramme de l'Intervention Santé

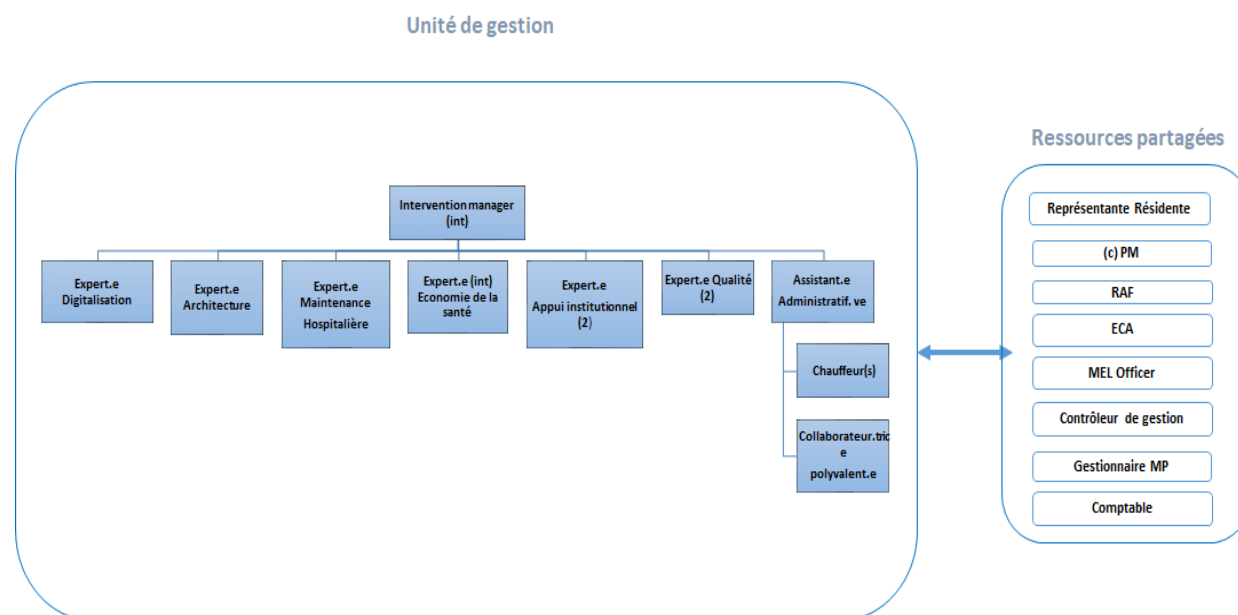


Figure 14: Organigramme du projet

La Figure 14 évoque l'organisation du projet d'un point de vue RH. Le projet est dans sa globalité coordonné hiérarchiquement par un IM (intervention manager). Il/elle travaillera en partenariat étroit avec le point focal au sein du Ministère de la santé. Ceci devra créer la transparence des décisions, faciliter le dialogue et la

coordination politique et l'appropriation par les décideurs nationaux de l'intervention. Par ailleurs, le Sutura aura, à part l'équipe centrale, deux antennes sur le terrain : une qui va englober les districts de Gaya et Dioundiou incluant 3 membres (ATN Qualité Gaya, Admin-Fin et [AT Dioundiou](#)) et une autre qui va inclure le district de Gothèye avec deux membres (ATN Qualité Gothèye et Admin-Fin).

Une deuxième assistance technique internationale, avec un profil d'économie de la santé / protection sociale en santé se concentrera sur l'objectif spécifique 2 de l'intervention, c'est-à-dire la création et la mise en œuvre d'une assurance maladie nationale et départementale (niveau opérationnel). Cet expert aura à gérer 3 bureaux départementaux d'AM, chacun avec un directeur, un gestionnaire comptable, un communicateur et 3 agents d'affiliation. Du personnel plutôt temporaire pourrait s'avérer nécessaire au début du lancement de l'AM à cause d'une surcharge de travail à prévoir si la population commence à adhérer 'en masse'. Une première inscription prend plus de temps puisqu'il faut entrer les noms dans un registre et il faut des cartes d'adhésion individualisées, toutes des données qui pour une deuxième inscription se trouvent déjà dans le système.

Annexe 1 : Matrice des indicateurs adaptés de l' Intervention santé

Objectif spécifique et résultats	Description de l'indicateur	Valeur de base	Valeur cible Les valeurs adaptées sont en bleu
OS 1 : Les districts sanitaires ciblés servent de districts modèles d'offre de soins pour le pays	Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en PF sont satisfaits avec des méthodes modernes	31% (valeur pour les 3 districts, attendre les données 2021 pour la valeur définitive)	36%
	Nombre de membres des ECD / DRSP du pays, formés grâce aux stages dans les districts modèles	0	40
	Nombre de personnel de soins en dehors des districts ciblés qui sont formés par rapport au paquet de soins suivant : prise en charge des maladies non-transmissibles, santé mentale, réanimation du nouveau-né, maladies spécialisées	0	150
R1. L'accessibilité géographique et l'offre globale de soins de qualité sont renforcées dans les districts ciblés	Taux d'utilisation des soins curatifs	Gaya: 43%	Augm 10%
		Gothèye: 57,42%	Augm 10%
		Diound. 40%	Augm 5%
	Nombre de consultations spécialisées 3 districts confondus		
	ORL	834	1200
	Ophtalmologie	921	1300
	Santé mentale	344	500
	Diabète	0	150
	Indice moyen de qualité du FBR des structures contractantes	Gaya : 75,45%	Augm. 10%
		Goth. : 65,07 %	Augm. 15%
R2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée	Rapport entre le nombre de formations sanitaires (CSI et HD) et la disponibilité (%) de personnel selon les normes du MSP	Gaya: 44,4%	60%
		Gothèye: 84,5	90%
		Dioundiou. 40%	60%
	Visites de supervisions réelles sur le nombre de visites prévues	Gaya : 4/4	4/4 (100%)
		Goth. : 3/4	4/4 (100%)
		Dioundiou	

	Nombre de visites en avancée réalisées sur le nombre de visites prévues (tous CSI par district confondus)	Gaya : 12/12	12/12 (100%)
		Goth. : 9/12	12/12 (100%)
		Dioundiou : 0/12	12/12 (100%)
R3. Les Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive de la population sont promus de façon systémique	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié à Gaya, Goth., Diound.	Gaya: 55,02 %	60%
		Gothèye: 43 %	55%
		Dioundiou. 40%	50%
	Taux d'utilisation de la PF par district	Gaya : 34,5 %	40%
		Goth. : 33,4 %	40%
		Dioundiou : 25%	30%
	Evolution du nombre de consultations d'adolescent(e)s aux CSI	Gaya : 17313	20.000
		Goth. : 2264	3000
		Dioundiou :	1000
	% des formations sanitaires (HD/CSI) qui disposent d'une maternité complètement équipée	Gaya : 51%	80%
		Goth. : 32%	50%
		Dioundiou :	50%
	Nombre de CSI formés comme centres amis des jeunes	Gaya : 0	100%
		Goth. : 0	100%
		Dioundiou : 0	100%
R4 La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées	Evolution du nombre d'actes de maintenance annuelles préventives par les OPM dans les districts :	Gaya : 422	600
		Gothèye : 395	500
		Dioundiou. : 100	300
	Evolution du nombre d'actes de maintenance annuelles curatives par les OPM dans les districts :	Gaya : 83	100
		Goth. : 65	90
		Dioundiou : 50	80
	Nombre d'OPM / ingénieurs formés en maintenance dans le centre de Dosso	8 - 3	40 - 10
R5 Le développement de la digitalisation en santé, a permis un gain d'efficience dans l'offre de soins et l'assurance maladie	Logiciel GMAO opérationnel dans tous les districts ciblés et accepté pour le territoire entier	0	3
	OpenIMIS, comptabilité HD/ district, dossier électronique du patient, fonctionnels dans les sites ciblées		Evaluation qualitative fin projet
	Nombre de protocoles (prise en charge de la femme violée, centre ami de jeunes, protocole de la prise en charge des filles avec grossesse non-désirée) adoptées par le MSP/P/AS	0	3

OS2 : Le ministère de la Santé et de la Protection Sociale dispose d'un modèle assurantiel pour le secteur informel	Utilisation adhérents divisé par utilisation générale dans le pays = Utilisation des soins curatifs / habitant / an pour le pays diversifiée entre adhérents et non-adhérents	100%	120%
	Le nombre de PTF en dehors de la coopération belge qui adhèrent de façon pratique à la notion de l'AMU	0	5
	Un modèle intégré de financement des soins est adopté par le MSP/P/AS	0	1
R6- L'Assurance Maladie Départementale (AMD), est mise en œuvre dans les départements pilotes	Pourcentage de la population qui adhère à une assurance maladie pour le secteur informel	0%	30%
	Le taux de protection des ménages (% de la dépense de soins facturé payé à l'AMD)	0%	90%
R7- Un modèle intégré de financement de la santé articulé autour des AMD est adopté par le MSP/P/AS.	Taux de subventionnement de l'AMD par l'INAM	0 %	50%
	% des bénéficiaires de la gratuité pris en charge complètement	35%	90%
	Niveau de consensus entre PTF sur un système uniforme de financement des soins	Eval. qualitative début projet	Eval. Qualitative fin projet
L'OS 3 : Le ministère est plus performant dans son rôle d'institution apprenante et de régulateur du secteur de la santé, de la population et des affaires sociales	Le Ministère organise des réunions de coordination avec les PTF au rythme planifié	25%	100%
R8 : La gouvernance et le leadership du MSP/P/AS est renforcée avec l'appui au SG et ses Directions	Nombre d'événements nationaux organisés	0	16
	Politique de la sécurité sociale en santé (AM, gratuité, droits des patients) intégrée adoptée	0	1

Les valeurs de base pour le district de Dioundiou seront collectées par le projet PASS avant le démarrage du projet. Un complément à ce tableau de l'intervention santé, et l'ensemble d'activités et cibles définies en lien avec la contribution des Pays Bas, que nous avons placé dans l'annexe 2, aussi sous forme de cadre logique.

Annexe 2 : Adaptation du cadre logique de la Contribution des Pays Bas

Le cadre logique du projet global est composé de 8 résultats attendus, incluant chacun des activités principales et, celles-ci, des sous-activités. Faisant partie de cet ensemble, **un cadre logique spécifique pour la contribution des Pays-Bas** est présenté ici et résume la description des activités à atteindre. **Les indicateurs et cibles sont explicités au niveau des sous-activités.**

Note importante : le cofinancement du Royaume des Pays-Bas est ciblé pour une période de 2 ans (Q4 2022-Q4 2024), et pour cela le focus est mis sur des cibles au niveau des sous-activités.

Objectifs spécifiques et Résultats Actions financées par les Pays-Bas	Indicateur	Baseline	Cible
OS1 : Les districts sanitaires ciblés servent de districts de formation par rapport à l'offre de soins pour le pays			
R1. L'accessibilité géographique et l'offre globale de soins de qualité sont renforcées dans les districts ciblés			
Sous-Activité A01 02 03 : Améliorer la performance globale des soins pour la santé reproductive. •Action 1 : Planifier et organiser les formations des agents de santé des CSI des 3 DS de Gaya, Gothèye et Dioundiou (Ga-Go-Di) couvrant les SSR •Action 2 et 3 : Organiser dans les 3 DS des missions trimestrielles de coaching par l'ECD des CSI et en particulier des sage femmes HD/CSI sur la promotion de la planification familiale chez les adolescentes, les femmes en post partum et la qualité de la CPNR. •Action 4 : Appuyer l'organisation de revues régulières sur les décès maternel	Capacités cliniques et de gestion renforcées dans 3 DS Missions de coaching réalisées Audits organisés (2/an, 3DS)	0 0 6	126 agents 408 visites en 2 ans 12
Sous-Activité A01 03 01 : Réaliser les activités de démarrage et améliorer l'accessibilité •Action 1 : Appuyer les sorties foraines par les CSI pour couvrir la population au-delà des 5km. •Action 2 : Appuyer les sorties mobiles par l'ECD pour couvrir la population au-delà des 15km •Action 3 : Organiser le renouvellement des organes de participation communautaire (COGES et COSAN) dans chaque CSI.	Sorties foraines réalisées par CSI Sorties mobiles réalisées par ECD Organes de Participation Communautaire renouvelés	0 0 0	312 sorties 40 13 CSI
Sous activité A01 03 02 : Faciliter les moyens logistiques au DS de Dioundiou •Action 1: Acquisition d'une ambulance et organiser les évacuations .	Une ambulance réalise effectivement les évacuations.	A déterminer	146 en 2 ans
Sous activité A01 04 01 + A01.05.01 : Assurer l'encadrement des COGES/COSAN des 3 DS cibles y compris le Renforcement de capacités •Action 1 : Former à Dioundiou les membres des COGES nouvellement élus y compris les percepteurs recrutés. •Action 2: Assurer un encadrement régulier des COGES par l'ECD du district.	Membres des COGES de tous les CSI Dioundiou sont formés Nombre de supervisions réalisées par l'ECD en 2 ans	0 0	65 membres 26 missions

R2. La disponibilité de personnel compétent et motivé des districts ciblés est améliorée.			
Sous activité A02 02 01 : Renforcer les compétences du personnel des DRSP, des ECD et personnel soignant			
•Action 1 : Former 15 agents par an du DS de Dioundiou au remplissage correct du partogramme •Action 2 : Sur base des mannequins acquis par le projet, former à la réanimation du nouveau-né (NN), à 15 agents par district et par an	N° d'agents de Dioundiou formés au partogramme. N° de personnel de soins formé en réanimation NN	0 0	60 90
Sous activité A02 05 01 : Appuyer la formation en chirurgie de district en collaboration avec la Faculté de médecine. •Action 1: Etablir un accord avec la Faculté de Médecine pour appuyer la formation des médecins généralistes en Capacitaires en Chirurgie de District-CCD, leur permettant de pratiquer des césariennes en milieu rural. Faciliter leurs stages sur le terrain dans les HD de Gaya et de Gothèye.	N° de médecins formés en CCD y compris les stages	0	10
R3. La promotion de la planification familiale et de la santé reproductive, et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre sont promus de façon systémique			
Sous activité A03 01 01 : Améliorer la prévention et la qualité de la prise en charge des Victimes de VBG dans les DS de Gaya, Dioundiou, et Gothèye. •Action 1 : Organiser à Gaya et à Gothèye un état de lieux sur l'incidence des violences BG/VS, les acteurs impliqués et le dispositif mis en place. •Action 2 : Créer un cadre de concertation des acteurs de la lutte contre les violences BG/VS, dans chacun des 3 DS cibles du projet. •Action 3 : Sensibiliser sur les VBG/VS, incluant des messages sur les radios locales, des causeries avec les leaders coutumiers et religieux, les élus locaux, des caravanes dans les villages touchant la SR/PF •Action 4 : Un plan de renforcement de capacités sur les VBG est conçu et mis en œuvre touchant l'ensemble des agents de santé des 3 districts cibles. •Action 5 : Mettre en œuvre un plan de prise en charge des femmes victimes de violences. Ceci inclura un dispositif d'hébergement alternatif si nécessaire, une petite équipe sera formée pour assurer la constitution du dossier de la victime.	Etude à réaliser Mise en place d'un cadre N° émissions radio Leader communautaires sensibilisés N° de caravanes de sensibilisation réalisées N° d'agents formés Une équipe de prise en charge est formée dans chaque district	0 0 0 0 0 0	1 3 630 200 12 150 3

Sous activité A03 02 01 : Renforcer la santé des adolescents et des jeunes dans les DS cibles •Action 1 : Elaborer un plan d'action Santé des Adolescents ; •Action 2 : Créer un cadre de concertation incluant des ONG actives sur la thématique dans les 3 DS cibles du projet. •Action 3 : Mettre en œuvre un volet Sensibilisation sur la Santé des Adolescents, incluant des journées de sensibilisation et des campagnes de sensibilisation à la SR dans les écoles secondaires des 3 départements cibles.	Journées de sensibilisation	0	33 journées
	Ecoles touchées par 3 sessions	0	15
	N° CAJA fonctionnels	0	6
Sous activité A03 03 01 : Appuyer la prévention et la prise en charge des femmes avec grossesse non-désirée. •Action 1 : Renforcer les capacités de 3 agents de santé dans chaque aire de santé sur la prévention des grossesses non désirées (utilisation contraception moderne). •Action 2 : Organiser une caravane par an de sensibilisation au niveau des 15 gros villages du département dans le but de réduire les grossesses non désirées ;	N° d'agents formés	0	159
	N° de caravanes réalisés	0	12
Sous activité A03 03 02 : Appuyer la prise en charge des femmes avec fistules obstétricales. •Action 1 : Former des relais communautaires - points focaux - à la recherche active des fistules obstétricales dans les villages. •Action 2 : Référer les femmes avec l'aide des ONG spécialisées dans le domaine, au niveau des centres de réparation de la fistule.	N° de relais formés	0	265
	N° de femmes fistuleuses prises en charge	0	20
R4. La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées			
Sous activité A04 04 01 : Mettre en place un système participatif de gestion des équipements. •Action 1 : Organiser des missions de supervision qualité DIES -PASS-DRSP, sur le DS de Dioundiou.	Outils de gestion introduits dans tous les FoSa	0	13

Sous activité A04 04 02 : Assurer la bonne fonctionnalité des équipements et infrastructures. •Action 1 : Organiser des missions de maintenance préventive et curative - DRSP – DS Dioundiou •Action 2 : Appuyer le DS de Dioundiou dans l'élaboration et la mise en œuvre des contrats de maintenance des équipements lourds et de laboratoire; •Action 3 : Organiser des sessions de formation in-situ des utilisateurs des équipements médicaux des formations sanitaires de Dioundiou;	N° de missions de supervision N°	0	6
	de missions de maintenance préventive	0	8
	Contrats de maintenance accordés au privé	0	2
	Agents formés en maintenance	0	26
Sous activité A04 05 02 : Doter en équipements le DS de Dioundiou.	Fourniture mobiliers hospitaliers	0	13
•Action 1 : Fourniture, installation et formation des utilisateurs des mobiliers hospitaliers pour 12 CSI ruraux et 1 CSI Urbain du DS de Dioundou •Action 2 : Fourniture et installation des mobiliers et équipements bureautiques pour l'Equipe Cadre du District, 12 CSI ruraux et 1 CSI Urbain du DS de Dioundou •Action 3 : Fourniture, installation et formation des utilisateurs d'un château d'eau de 30 m3 et ses accessoires pour l'ECD et le CSI Urbain du DS de Dioundou •Action 4 : Installation des circuits électriques normalisés pour 13 CSI du DS de Dioundiou.	Fourniture équipements bureautiques	0	13
	Château d'eau réalisé	0	1
	Circuits électriques installés	0	13
Sous activité A04 05 04 : Assurer la réalisation des infrastructures essentielles dans le DS de Dioundiou. •Action 1 : lancer et suivre la mise en œuvre des marchés de travaux suivants dans le CSI Urbain du chef-lieu de Dioundiou •Action 2 : lancer et suivre la mise en œuvre des marchés de travaux de réhabilitation complète dans 3 CSI ruraux.	Constructions CSI urbains réalisées.	0	1
	Constructions 3 CSI ruraux réalisées.	0	3
R5. Le développement de la digitalisation en santé, a permis un gain d'efficience dans l'offre de soins et l'assurance maladie			
Sous activité A05 01 01 : Poursuivre le financement pour l'extension de la stratégie E-santé •Action 1 : Appuyer l'extension de la digitalisation médicale à d'autres districts de la région de Dosso.	Fiches de poste du personnel de la région de Dosso sont numérisées ; Comité E-Santé à Dosso est fonctionnel (N° de réunions);	0%	100%
		0	4

Sous activité A05 03 02 : Développer la digitalisation médicale dans les CSI et acquérir le matériel informatique pour le DS de Dioundiou. •Action 1 : Lancer le développement informatique des CSI type 2 •Action 2 : Réaliser une couverture complète des CSI de Dioundiou en termes de matériel informatique et renforcer les capacités des agents.	un logiciel d'informatisation médicale Matériel informatique pour les 13 CSI du DS de Dioundiou acquis.	0 0	1 13
OS2 : Le MSP/P/AS dispose d'un modèle assurantiel pour le monde rural et le secteur informel, intégré dans l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM)			
R6. L'Assurance Maladie Départementale (AMD), est mise en œuvre dans les départements pilotes, comme expression de l'appui à la stratégie nationale de la Couverture Maladie Universelle			
Sous activité B01 01 01 : Renforcer les capacités du personnel de l'AMD à tous les niveaux •Action 1 Organiser l'atelier d'orientation sur l'approche AMD •Action 2 Former les acteurs du niv. régional et DS Dioundiou sur l'approche AMD	Nombre d'agents formés	0	76
Sous activité B01 01 02 : Assurer l'accompagnement technique de l'équipe de l'AMD dans le district de Dioundiou; •Action 3 Développer un plan d'accompagnement de l'équipe AMD de Dioundiou tenant compte des conclusions de l'évaluation organisationnelle de l'AMD; •Action 4 Organiser des revues techniques trimestrielles du niveau d'appropriation de l'approche par l'équipe et les autorités locales.	Nombre de revues réalisées	0	8
Sous Activité B01.03.01 : Mettre en place les bureaux AMD dans les autres DS et former le personnel AMD / personnel de soins •Action 1 Etendre l'AMD au DS Dioundiou, à travers une antenne de district •Action 2 Recruter et former le personnel nécessaire à l'animation de l'antenne •Action 3 Disposer dans les différents villages de Dioundiou de points focaux AMD	Voir sous-activités B01.03.02		
Sous Activité B01.03.02 : Acquisition de matériel, logiciels et consultances liée à l'AMD : poursuivre la digitalisation de l'AMD •Action 1 Paramètre l'application de gestion OpenIMIS de l'assurance maladie selon les spécificités du district de Dioundiou; •Action 2 Organiser la formation et l'accompagnement des utilisateurs du logiciel OpenIMIS du district de Dioundiou, par la Division Informatique de la DAIDRP et la DS du MSP/P/AS ;	Nombre de personnes formées par rapport à l'utilisation OpenIMIS	26	

Sous activité B01.04.01 : Mettre en œuvre le plan de communication de l'AMD •Action 1 : Reproduire les outils de communication de l'AMD •Action 2 : Organiser les forums communaux dans le Département de Dioundiou •Action 3 : Animer les points focaux dans la communauté du DS de Dioundiou	Voir B01.04.02		
Sous activité B01.04.02 : Assurer le fonctionnement des organes de l'AMD •Action 1 : Mettre en place et assurer le fonctionnement de l'intercommunalité dans le département de Dioundiou; •Action 2 Faire fonctionner les antennes locales de l'AMD Dioundiou; •Action 3 : Faire participer les antennes locales de Dioundiou à l'AG et au CA AMD ;	Organes AMD sont opérationnels	0	1
Sous activité B01 05 01 : Organiser les cotisations et l'adhérence à l'AMD Dioundiou			
•Action 1 Assurer les sorties de routine des agents d'affiliation pour collecter les quoteparts de cotisation des ménages dans le Département de Dioundiou; •Action 2 Organiser les missions d'assistance aux utilisateurs OpenIMIS	% population mobilisée pour cotiser	0	20%
Sous activité B01 05 03 : Organiser le ciblage des indigents et leur prise en charge financière par les collectivités •Action 1 : Organiser avec les collectivités locales les modalités de financement des cotisations des indigents ; •Action 2 : Collaborer avec le Registre Sociale Unifié (RSU) pour le ciblage des indigents et la mise en place de la base de données dans le DS de Dioundiou.	la base de données des indigents pour le district est disponible. c) un système d'identification des indigents du DS de Dioundiou est établi	0	1
Sous activité B01 06 01 : Mise en place du dispositif fonctionnel du FBR au DS de Dioundiou •Action 1 : Organiser l'évaluation organisationnelle du district sanitaire de Dioundiou sur les modalités de contractualisation du subsidé FBR ; •Action 2 : Faire l'état de lieux du niveau de performance des CSI du DS de Dioundiou et définir les modalités d'accompagnement du projet ; •Action 3 : Organiser l'évaluation quantité et qualité de la performance de l'ECD	Evaluation réalisée Evaluation de la qualité des CSI Evaluation réalisée	0 0 0	1 13 1
Sous activité B01 06 03 : Payer les factures FBR de Dioundiou (CSI, ECD) •Action1 : payer les subsides FBR 13 CSI Dioundiou •Action 2 : payer les bonus de performance ECD Dioundiou	Paiements réalisés à temps durant 1 an Paiements réalisés à temps durant 1 an (4 x / an)	0 0	52 4

Sous activité B01 06 05 : Payer les subsides au titre de la convention de l'AMD de Dioundiou. •Action 1 : Doter les CSI de Dioundiou en fonds de roulement •Action 2 : Assurer la qualité des soins à travers une vérification à travers l'outil FBR •Action 3 : Payer les subventions des cotisations des adhérents	CSI dotés en fonds de roulement en médicament Score de qualité dans les CSI. Cotisation des ménages couverts par l'AM subventionnée	0 0	13 65 – 80 % 100%
Sous activité B01 07 03 : Personnel de l'AMD dans le district de Dioundiou est recruté. •Action 1 : recruter le personnel d'une équipe AMD à Dioundiou,	Equipe mise en place et fonctionnelle	0	1

R7. Un modèle intégré de financement de la santé articulé autour des AMD qui inclut un mécanisme de défense des droits du patient, est adopté par le MSP/P/AS.			
Sous activité B02 01 01 : Définir les modalités d'intégration des AMD à l'INAM •Action 1 : Une convention de subsides est signée avec l'INAM •Action 2 : Le cadre d'intégration des AMD dans l'INAM est défini et fait l'objet d'un arrêté ministériel •Action 3 : L'INAM assure la supervision trimestrielle des AMD à Dioundiou	convention signée, arrêté ministériel disponible visites de supervision réalisées	0 0 0	1 1 6
Sous activité B02 01 02 : Appuyer l'opérationnalisation de l'INAM •Action 1 : Un voyage d'étude est organisé pour les cadres dirigeants de l'INAM sur la gestion des gratuités et de l'assurance maladie ; •Action 2 : Appuyer la décentralisation de l'INAM dans la région de Dosso ;	Voyage d'étude réalisé Arrêté ministériel disponible	0 0	1 1
Sous activité B02 03 01 : Développer la RA sur le financement de la santé : diffuser les résultats •Action 1 : Identifier avec le Point Focal P4H et le coordonnateur des PTF les sujets de recherche ; •Action 2 : conduire une étude pour identifier les pistes d'un financement durable des cotisations des ménages à l'assurance maladie (diaspora, finance locale...);	Accord entre PTF réalisé Rapport disponible	0 0	1 1
OS3 : Le ministère est plus performant dans son rôle d'institution apprenante et régulatrice du secteur de la santé, de la population et des affaires sociales			

R8. La gouvernance et le leadership du MSP/P/AS est renforcée avec l'appui au Secrétariat Général et ses Directions Générales et transversales			
Sous activité C01 01 01 : Contribuer au processus de restructuration du cadre de coordination PTF-MSP •Action 1 : Appuyer le SG dans l'actualisation du mécanisme de la coordination au sein du MSP. Activités sous réflexion avec le nouveau SG. •Action 2 : Appuyer le SG et les directions dans l'évaluation, la fonctionnalité et le suivi du COMPACT •Action 3 : Élaboration d'un tableau de bord de suivi des engagements internationaux du MSP.	Nouveau plan de coordination interne disponible ; Revue annuelle du compact réalisé Tableau de bord disponible	0 0 0	1 2 1
Sous activité C01 02 01 : Accompagner la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MSP. •Action 1 : Contribuer au processus de restructuration du cadre de coordination PTF-MSP .	Réunion tenues trimestriellement Plan d'action approuvé	0	8 (en 2 ans)
•Action 2 : Accompagner la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MSP		0	0
Sous activité C01 03 01 : Mettre en place l'accompagnement scientifique de la RA •Action 1 : Contractualiser une institution académique nationale;	Rapports de progrès semestriel	0	4
Sous activité C01 04 01 : Poursuivre l'appui à l'IGS. •Action 1 : Financer des missions d'audit à l'IGS sur la gestion des ressources des 3 districts cibles du projet. •Action 2 : Contribuer à développer les compétences de l'IGS par le renforcement de capacités de ses membres sur différentes thématiques	Missions réalisées par l'IGS Personnes formées	0 0	12 visites 20
Sous activité C01 04 02 : Accompagner le MSP/P/AS dans la normalisation du système (DOS, DIES, DRH, DL, DGP/SR etc.). •Action 1 : Mener une révision et actualisation des textes réglementaires régissant les formations sanitaires publiques ;	Actualisation réalisée avec rapport approuvé	0	1
Sous activité C01 04 03 : Appui d'expertise Gouvernance au SG du MSP/P/AS •Action 1 : des feuilles de routes sur la PSS et la SDSR sont adoptées.	Feuilles de route acceptées.	0	2