

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

**« APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
'CELLULE D'APPUI INSTITUTIONNEL' – PHASE II »**

REPUBLIQUE DU NIGER

CODE NAVISION : NER 08 023 11

NN 3006693



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
ABREVIATIONS	4
RÉSUMÉ	6
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	8
1. ANALYSE DE LA SITUATION	9
1.1 Contexte et politique nationale en matière de santé	9
1.1.1 Cadre et outils institutionnels du Ministère de la Santé Publique	10
1.1.2 Stratégie de la coopération Belgo-Nigérienne en général et dans le secteur santé	12
1.1.3 Coordination de l'action des bailleurs de fonds	14
1.2 Analyse de la situation	15
1.2.1 Analyse globale validée (forces et points à améliorer)	15
1.2.2 Résultats et principales recommandations de l'évaluation finale du PAPDS et de la CAI	16
1.2.3 Leçons apprises par la mise en œuvre du PDS	19
1.2.4 Sur le plan des ressources humaines	21
1.2.5 A propos de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé	23
1.2.6 Sur le plan des ressources financières	25
1.2.7 Synthèse de l'analyse situationnelle	26
2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'INTERVENTION	28
2.1 Nature et axes de l'intervention	28
2.1.1 Cohérence et synergies avec les autres interventions de la coopération belgo-nigérienne	28
2.1.2 Axes de l'intervention	28
2.2 Les bénéficiaires de l'intervention	29
2.2.1 Les bénéficiaires directs	29
2.2.2 Les bénéficiaires indirects	29
2.3 Localisation de l'intervention	29
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	30
3.1 Objectifs de l'intervention	31
3.1.1 Objectif général	31
3.1.2 Objectif spécifique	31
3.2 Résultats attendus et activités à mettre en oeuvre	32
3.2.1 Résultat 1 : L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant	32
3.2.2 Résultat 2 : La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central	36
3.2.3 Résultat 3 : La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place 38	
3.3 Liens de fonctionnalité avec le Projet 'Formation'	39
3.4 Indicateurs et sources de vérification	39
3.5 Acteurs intervenants nationaux dans la mise en œuvre	41
4. RESSOURCES	42
4.1.1 Ressources financières	42
4.1.2 Ressources humaines	43
4.1.3 Ressources matérielles	45
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION	46
5.1 Cadre légal et responsabilités administratives	46

5.2	Responsabilité technique	46
5.3	Structures d'exécution et de suivi.....	46
5.3.1	La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL).....	46
5.3.2	Direction du projet.....	48
5.4	Responsabilités financières.....	48
5.5	Modalités de gestion de la contribution financière non remboursable.....	48
5.5.1	Compte et pouvoir de signature.....	49
5.5.2	Mise à disposition des fonds.....	49
5.5.2.1	Premier transfert.....	49
5.5.2.2	Transferts suivants.....	50
5.5.3	Les marchés publics	50
5.6	La gestion en Régie effectuée directement par la CTB	51
5.7	Rapportage administratif, comptable et financier.....	51
5.7.1	Comptabilité.....	51
5.7.2	Programmation financière.....	51
5.7.3	Rapportage financier au SMCL.....	52
5.7.4	Gestion du budget.....	52
5.7.5	Audit financier.....	53
5.7.5.1	Audit projet.....	53
5.7.5.2	Audit CTB.....	53
5.7.6	Dépenses après Convention.....	53
5.7.7	Rapports annuels.....	53
5.7.8	Rapport final.....	54
5.8	Mécanisme d'approbation des adaptations du DTF	54
5.9	Suivi et évaluation.....	55
5.9.1	Données de base.....	55
5.9.2	Revue à mi-parcours (RMP ou MTR).....	55
5.9.3	Les missions du siège de Backstopping	55
5.9.4	L'évaluation finale.....	56
5.10	Clôture de la prestation.....	56
6.	THEMES TRANSVERSAUX.....	57
6.1	Environnement.....	57
6.2	Genre et droits de l'enfant.....	57
6.3	Economie Sociale	57
6.4	HIV/SIDA	57
7.	ANNEXES.....	58
7.1	Cadre logique.....	59
7.2	Budget total et chronogramme.....	63
7.3	Termes de référence de l'assistance technique	64
7.3.1	Expert international, Médecin spécialiste en santé publique, expert en appui institutionnel - organisation des systèmes de santé	64
7.3.2	Experts nationaux, Médecins spécialistes en santé publique.....	66
7.4	Termes de référence de l'étude des dépenses du système de santé.....	69
7.5	Actions essentielles en matières de mutations institutionnelles du MSP (recommandations).....	74

ABREVIATIONS

AFD	:	Agence Française pour le Développement
AT	:	Assistance Technique
ATI	:	Assistant Technique International
ATN	:	Assistant Technique National
BAD	:	Banque Africaine pour le Développement
BM	:	Banque Mondiale
CAI	:	Cellule d'Appui Institutionnel
CCC	:	Communication en vue du Changement de Comportement
CCD	:	Médecin Capacitaire en Chirurgie de District
CCPS	:	Cadre de Coordination des Partenaires de la Santé (niveau régional)
CDSMT	:	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le VIH/Sida
CNS	:	Comité National de Santé
COGES	:	Comité de Gestion de Santé
CPADS	:	Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
CSté	:	Case de Santé
CS	:	Convention Spécifique
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CT	:	Comité Technique
CTB	:	Coopération Technique Belge
DEP/MSP	:	Direction des Etudes et de la Planification du MSP
DES	:	Diplôme d'études spécialisées
DGCD	:	Direction Générale de la Coopération au Développement
DGSP	:	Direction Générale de la Santé Publique
DOS	:	Direction de l'Organisation des Soins
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	:	District Sanitaire
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSSR/E	:	Direction des Statistiques, de la Surveillance et Ripostes aux Epidémies (ex-SNIS)
DTF	:	Documents Techniques et Financiers
DTS	:	Droits de Tirages Spéciaux
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
EDS(N)	:	Enquête Démographique et de Santé du Niger
EPA	:	Etablissement Publique à caractère Administratif
FC	:	Fonds Commun
FMI	:	Fonds Monétaire International
FS	:	Formation Sanitaire
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
GPEC	:	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH	:	Gestion des Ressources Humaines
GSM	:	Téléphone mobile
HA	:	Hygiène et Assainissement
HD	:	Hôpital de District
IC	:	Infirmier Certifié
IDA	:	Association Internationale de Développement (BM)
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	:	Information/Education/Communication
IHP	:	International Health Partnership
IMT	:	Institut de Médecine Tropicale
ISP	:	Institut de Santé Publique
LDE	:	Laborantin Diplômé d'Etat

MCD	:	Médecin Chef de District
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MFP	:	Ministère de la Fonction Publique
MP	:	Meilleure Pratique
MRR	:	Maternité de Référence Régionale
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MTR	:	Revue à Mi-Parcours
OMD	:	Objectifs de Développement du Millénaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PAA	:	Plan d'Action Annuel
PAPDS	:	Programme d'Appui au Plan de Développement Sanitaire
PCA	:	Paquet Complémentaire d'Activités (niveau de référence)
PDS	:	Plan de Développement Sanitaire (niveau de premier contact)
PDS D	:	Plan de Développement Sanitaire de District
PDS R	:	Plan de Développement Sanitaire de Région
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIC	:	Programme Indicatif de Coopération
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
POA	:	Plan d'Opération Annuel d'Activités
PS/PR	:	Programme Spécial Présidentiel
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	:	Prévention, Transmission Mère Enfant du SIDA
PTQ	:	Plan de Travail Quinquennal
PV	:	Procès Verbal
RA	:	Recherche Action
RC	:	Recouvrement des Coûts
RH	:	Ressources Humaines
RSS	:	Recherche en Système de Santé
SDRP	:	Stratégie de Développement accéléré de la Réduction de la Pauvreté
SFB	:	Sage Femme Brevetée
SFDE	:	Sage Femme diplômé d'Etat
SG	:	Secrétaire Général du MSP
SIMR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMCL	:	Structure Mixte de Concertation Locale
SP	:	Santé Publique
TBC	:	Tuberculose
TDR	:	Termes de Référence
TSSO	:	Technicien Supérieur en Soins Obstétricaux
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RESUME

Le nouveau programme indicatif (PIC) de coopération belgo-nigérienne (2009-2012) a été défini pendant la 12ème Commission Mixte tenue à Niamey les 29 et 30 octobre 2008. Il s'inscrit dans les orientations stratégiques de la SDRP 2008-2012 et respecte les directives internationales en matière d'harmonisation et d'alignement de l'aide.

Dans ce contexte, la coopération Belgo-Nigérienne se concentre sur deux secteurs prioritaires, la santé et le développement rural/sécurité alimentaire.

Le secteur de la Santé au Niger bénéficie de l'appui de la Coopération Belgo-Nigérienne depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré. Ce secteur, dont la Belgique est le chef de file des PTF, est bien structuré en matière de stratégie, de dialogue et de suivi par le ministère et les partenaires, ce qui a permis d'améliorer significativement les indicateurs de santé. Dans le domaine de la Santé la Coopération Belgo-Nigérienne intervient à travers le Programme d'Appui à la mise en oeuvre du Plan de Développement Sanitaire (PAPDS), qui a démarré en avril 2005 et prend fin en décembre 2009. Ce programme comporte 5 sous-programmes à savoir:

1. Appui à la Région Sanitaire de Dosso;
2. Appui à la Communauté Urbaine de Niamey ;
3. Appui au service d'orthopédie traumatologie de l'Hôpital National de Niamey;
4. Appui aux institutions de formation;
5. Appui institutionnel au MSP à travers une Cellule d'Appui Institutionnel (CAI).

L'évaluation finale du PAPDS qui a eu lieu en septembre 2008 a montré que, malgré les lacunes et les difficultés rencontrées, ce programme a eu un impact significatif dans la mise en oeuvre du PDS, qui était son but principal.

Dans le cadre du futur appui au PDS, la Belgique et le Niger souhaitent développer des collaborations en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus vulnérables du Niger. Ainsi, les deux pays ont convenu d'améliorer l'offre et la demande de soins et de services de santé à l'échelle nationale à travers trois interventions :

1. ***Un appui institutionnel au Ministère de la Santé (2,8 millions EUR) ;***
2. ***Un appui à la formation continue des agents de santé oeuvrant dans les régions et districts sanitaires (3 millions EUR) ;***
3. ***Une contribution au « Fonds Commun d'appui au PDS » (13,2 millions EUR),*** mis en place en 2005 avec celles de la Banque Mondiale et de la Coopération Française. Cette intervention sera formulée dès l'envoi de la fiche d'identification, après appréciation de la DGCD, conformément à ce qui a été spécifié dans le PIC 2009-2012.

Sur la base de la fiche d'identification présentée ci dessous, le présent DTF s'est édifié sur les deux éléments suivants: (i) une analyse situationnelle du contexte général et de la santé au Niger permettant d'extraire les leçons (positives ou non) des interventions précédentes et (ii) sur une cohérence et un lien étroit entre les 3 interventions décrites ci dessus. Cela permettra de créer un socle opérationnel et stratégique pour le passage d'un Fonds Commun extra-budgétaire vers un Fonds Commun budgétaire harmonisé et aligné sur les procédures nigériennes. Les orientations stratégiques de l'intervention sont décrites, en tenant compte des synergies avec d'autres interventions. La date du démarrage de cette intervention se fera en fonction de la décision du Ministre de la Coopération de lever la suspension de la signature de la convention spécifique à cet appui institutionnel.

L'objectif global du projet est : *«L'état de santé des populations et, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré».*

L'objectif spécifique du projet est : *«Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées».*

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par **3 résultats** présentés ci dessous :

1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant. Il est décliné en 4 activités et 9 sous activités ;
2. La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central. Il est décliné en 3 activités et 7 sous activités ;
3. Un processus de capitalisation des acquis produit par le système de santé est mis en place. Il est décliné en 2 activités et 6 sous activités.

Les budgets et modalités d'exécution sont présentés dans une troisième partie. L'essentiel et les caractéristiques de cette partie se réfèrent à :

- Un processus de gestion financière, à l'instar des précédents projets, la cogestion ;
- Une équipe de co-gestion composé du Secrétaire Général, responsable de la partie nigérienne et d'un ATI responsable de la partie belge ;
- Une affectation en détachement de l'administration nigérienne de 2 Assistants Techniques Nigériens et de personnels d'appui ;
- Un budget en matériel réduit à moins de 4% du budget total;
- Le recours à des appuis scientifiques ou opérationnels ponctuels.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

« Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique (Cellule d'Appui Institutionnel) – Phase II»

DGD Numéro d'intervention	3006693
Code navision CTB	NER 08 023 11
Partenaire Local	Ministère de la Santé Publique
Durée de la convention spécifique	5 années
Date estimative du démarrage du projet	Dernier semestre 2009
Contribution du Partenaire	255.170 Euros
Contribution belge	2.800.000 Euros
Secteur d'intervention	Santé – Politique de Santé et Gestion administrative 12110
Objectif global	L'état de santé des populations et, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré
Objectif spécifique	Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées
Résultats	<ol style="list-style-type: none">1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant2. La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central3. Un processus de capitalisation des acquis produit par le système de santé est mis en place

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE ET POLITIQUE NATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le Niger a une population de 13,74 m¹ et connaît une croissance démographique galopante avec un taux de 3,1% par an et détient le taux de fertilité le plus élevé au monde avec 7,1 enfants par femme (EDS 2006), ce qui amènerait à un doublement de la population tous les 23 ans. La densité en terme de population est de 9,2 habitants au Km². Le Produit Intérieur Brut par habitant est de 284 USD.

Les priorités nationales ciblées² sont notamment le développement du capital humain, l'accès équitable aux services sociaux de base et la maîtrise de la croissance démographique. Ce domaine de coopération vise à atteindre les OMD 2, 3, 4, 5 et 6.

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

Il est communément admis que le niveau élevé de morbidité constitue un obstacle à la productivité et à la croissance économique. L'état sanitaire est également un indicateur de qualité de vie et du développement humain. Aussi, l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie des populations, particulièrement en milieu rural, constitue-t-elle un objectif fondamental de la politique du gouvernement et d'atteinte des OMD.

L'accès équitable des populations aux services sociaux de base demeure un défi majeur pour le Niger. Outre l'insuffisance des infrastructures sociales, il subsiste des disparités géographiques et de genre dans l'accès aux services sociaux de base existants. A titre d'exemple, le taux net de scolarisation se situe à 45,5% pour l'ensemble du pays et il est réparti de manière inéquitable selon les milieux de résidence : 52,6% pour le milieu urbain contre 45% pour le milieu rural et le genre : 38,7% pour les filles et 54,1% pour les garçons. Le taux d'alphabétisation est très faible (28,7% en 2005 dont 42,9% pour les hommes et 15,1% pour les femmes) en raison notamment de l'insuffisance de l'offre de formation.

Le facteur démographique figure en tête des défis à relever pour permettre au Niger de pérenniser ses acquis de développement. En effet, l'indice de fécondité de 7,1 enfants en moyenne par femme en 2006 est l'un des plus élevés au monde. Il est aggravé par le faible accès des femmes aux services de santé de la reproduction, aux produits contraceptifs, le poids des stéréotypes et les considérations socioculturelles et religieuses. La malnutrition qui sévit fortement dans le pays constitue également un défi de taille. En effet, 43% des enfants de moins de 3 ans sont atteints d'insuffisance pondérale en 2006 tandis que 50% des moins de 5 ans accusent un retard de croissance en 2006.

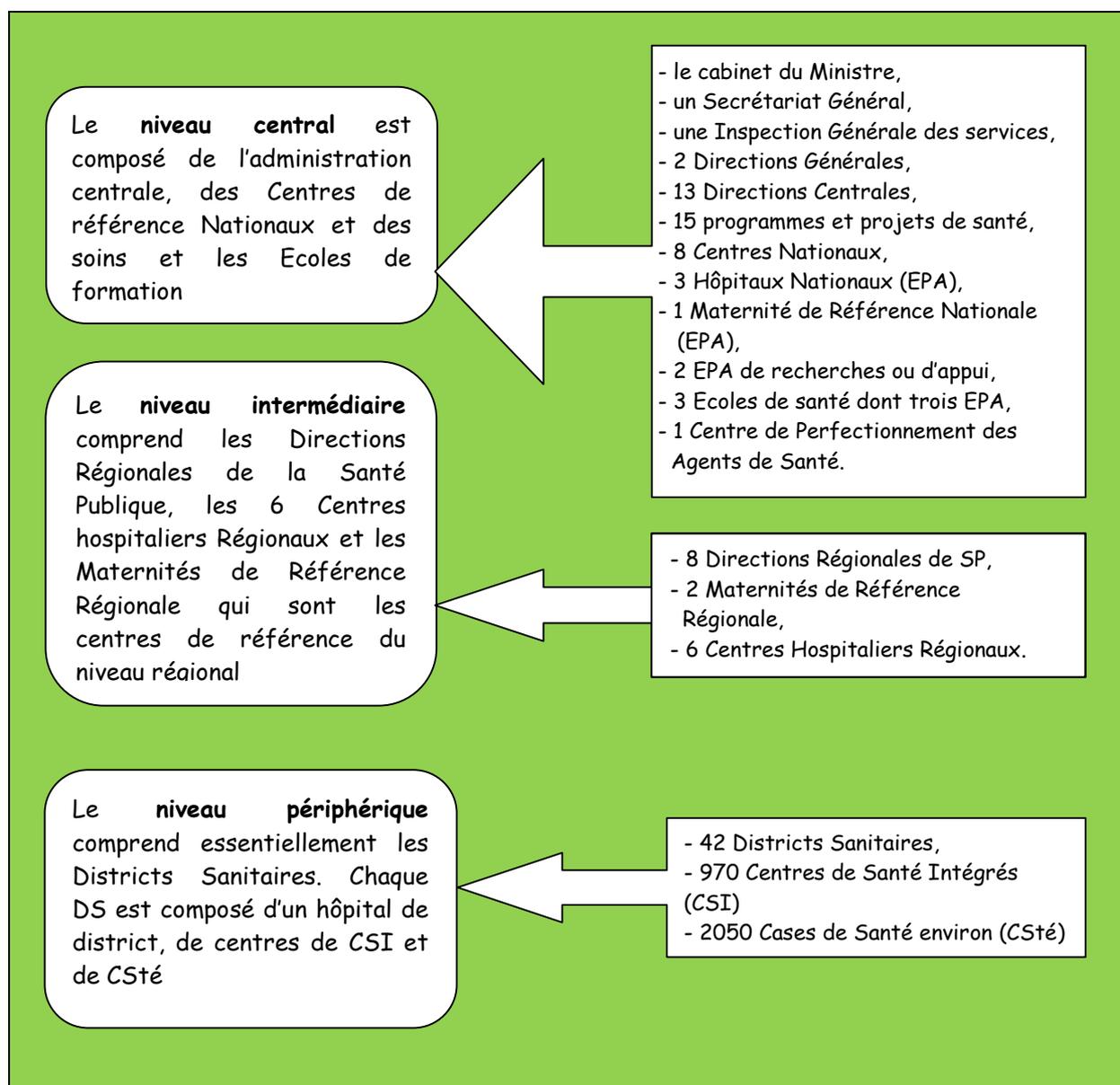
¹ IMF estimate 2006

² UNDAF 2009-2013

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

1.1.1 Cadre et outils institutionnels du Ministère de la Santé Publique

Le MSP comprend 3 niveaux conformément au scénario de développement en trois phases (Déclaration de Lusaka en Zambie en 1985): les niveaux central, intermédiaire et périphérique. La composition de ces niveaux de la pyramide sanitaire est présentée dans l'encadré ci-dessous :



Par contre, le secteur privé compte plus de 200 établissements de soins (salles de soins, cabinets médicaux) et cinq (5) hôpitaux. A cela, il faut ajouter 10 centrales d'achat et d'approvisionnement et 82 pharmacies privées.

Un **Plan de Développement Sanitaire (PDS) (2005-2010)** a été mis en place avec pour objectif de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité des soins. Les efforts soutenus de l'Etat, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre des différents programmes de la politique sanitaire ont permis d'améliorer l'atteinte des résultats, bien que les indicateurs demeurent globalement faibles.

Ce PDS 2005–2010 a été récemment évalué en interne (octobre 2008) et en externe (décembre 2008). Les rapports sont disponibles.

Son **évaluation interne** réalisée par les structures du niveau central et régional du MSP a abouti aux résultats suivants :

Généralités

- Le PDS 2005-2010 est en parfaite cohérence avec la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SDRP) et contribue au développement du capital humain. Il concourt à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il a été élaboré et adopté en février 2005 par le Gouvernement du Niger, et figure parmi les politiques et programmes sectoriels mis en œuvre pour rendre opérationnelle la SDRP et les objectifs sont partagés³;
- Il met l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle (OMD 5), infanto-juvénile (OMD 4), la lutte contre les maladies (OMD 6) dont le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose, l'hygiène/assainissement (OMD 7), la lutte contre la malnutrition (OMD 1) et l'accès aux médicaments de base à un coût abordable (OMD 8). Cependant pour l'OMD 7, les aspects liés aux changements climatiques sur la santé n'ont pas été suffisamment explicités.

A propos de la pertinence du PDS 2005-2010

Malgré tous les efforts consentis et un début de solution à la plupart des problèmes, les priorités dégagées dans le PDS sont encore pertinentes et d'actualité. L'analyse montre qu'il y a quelques rares problèmes qui sont résolus, qu'il y a plusieurs autres dont l'intensité a été réduite, d'autres qui persistent et, enfin, d'autres qui n'ont pas été pris en compte.

Nous reprenons intégralement le texte de ce rapport d'évaluation interne. Les éléments ayant un lien relativement direct avec le DTF sont en italique.

a) Les problèmes prioritaires atténués sont :

1. Gestion centralisée des ressources du secteur de la santé
2. Absence d'une stratégie de maintenance ;
3. Disponibilité insuffisante des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires ;
4. Coordination insuffisante des partenaires techniques et financiers ;
5. Faible détermination dans la promotion de la recherche en santé.
6. Faible implication des populations à la prise de décision en matière de santé ;

³ Entre autres :

- la réduction de la mortalité infanto – juvénile de 198/1000 en 2006 à 108/1000 en 2010
- la réduction de la mortalité maternelle de 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 à 200 en 2010
- le maintien de la prévalence du VIH/Sida en dessous de 1%
- l'augmentation de l'utilisation des MII de 35% à 80% pour les enfants et les femmes enceintes

7. Faible accessibilité des populations à des soins de qualité ;
8. Faiblesse institutionnelle du MSP
9. Faible efficacité et faible efficience de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mises à la disposition des services de santé
10. Budget de fonctionnement insuffisant

b) Les problèmes prioritaires persistants sont :

11. Forte mortalité maternelle et infantile ;
12. Mauvais état de santé des populations en général et des plus défavorisées en particulier ;
13. Insuffisance du budget de fonctionnement
14. Insuffisance quantitative et qualitative du personnel
15. Faible intégration du secteur privé
16. Faiblesse de la formation initiale et lourdeur de la formation continue

c) Les problèmes prioritaires non pris en compte sont :

17. Insuffisance des mesures (ressources financières, humaines et matérielles), d'accompagnement pour la mise en place de la gratuité des soins, créant un dysfonctionnement, voire une désorganisation des structures sanitaires du fait entre autres du retard de remboursement des factures de la gratuité des soins.
18. Emergence d'une nouvelle maladie: la grippe aviaire
19. Problèmes liés à l'hygiène et à l'IEC/CCC
20. Maladies à éradiquer ou à éliminer telles que le ver de Guinée, la lèpre,
21. Santé scolaire et la médecine du travail
22. Lutte contre le tabagisme.

A propos des indicateurs

Il a été jugé nécessaire de revoir l'ensemble des indicateurs de suivi du PDS en se basant sur une évolution rétrospective d'au moins 5 ans et de réviser le Guide de Suivi Evaluation pour une re-formulation des indicateurs.

Au niveau des stratégies

Au plan conceptuel, il n'y a pas eu de formulation explicite de stratégies dans le PDS. Le document de base passe directement des résultats attendus aux activités, sans qu'il y ait de stratégies clairement définies pour atteindre les résultats et effets escomptés. Elles ne figurent pas dans le document initial du PDS et la formulation des activités qui se trouve dans le cadre logique ne corrige pas cette insuffisance majeure.

1.1.2 Stratégie de la coopération Belgo-Nigérienne en général et dans le secteur santé

Le nouveau programme indicatif (PIC) de coopération belgo-nigérienne (2009-2012) a été défini pendant la 12^{ème} Commission Mixte tenue à Niamey les 29 et 30 octobre 2008. Le programme s'inscrit dans les orientations stratégiques de la SDRP 2008-2012 et respecte les directives internationales en matière d'harmonisation et d'alignement de l'aide.

Les objectifs primaires du nouveau programme sont :

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

Dans ce contexte, la coopération Belgo-Nigérienne se concentre sur deux secteurs prioritaires, la santé et le développement rural/sécurité alimentaire.

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

La Belgique intervient actuellement au Niger dans le domaine de la santé à travers le Programme d'Appui à la mise en oeuvre du Plan de Développement Sanitaire (PAPDS), qui a démarré en avril 2005 et prend fin en décembre 2009. Le PAPDS comporte 5 sous-programmes à savoir:

1. Appui à la Région Sanitaire de Dosso;
2. Appui à la Communauté Urbaine de Niamey ;
3. Appui au service d'orthopédie traumatologie de l'Hôpital National de Niamey;
4. Appui aux institutions de formation;
5. Appui institutionnel au MSP à travers une Cellule d'Appui Institutionnel (CAI). La CAI/PAPDS est rattachée à la DEP/MSP. Elle est active en matière de conseils sur les politiques de santé et d'appui dans la mise en oeuvre du PDS. Ses principales fonctions touchent à la planification, la formation, la recherche et la coordination des interventions. La Cellule bénéficie d'un certain degré d'autonomie, facilitant la rapidité dans les prises de décisions et interventions, conférant ainsi une indépendance intellectuelle.

L'évaluation finale du PAPDS a eu lieu en septembre 2008 et a montré que, malgré les lacunes et les difficultés rencontrées, le programme a eu un impact dans la mise en oeuvre du PDS, qui était son but principal. Parmi les principaux apports positifs, il a été noté une contribution significative de la CAI aussi bien dans le renforcement des capacités (notamment par un transfert des compétences en matière de planification, de programmation et de suivi/évaluation) que dans le développement d'une approche intégrée entre tous les niveaux du système de santé.

Dans le cadre du futur appui au PDS, la Belgique et le Niger souhaitent développer des collaborations en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus vulnérables du Niger. Les deux pays ont convenu d'améliorer l'offre et la demande de soins et de services de santé à l'échelle nationale à travers trois interventions :

1. **Appui institutionnel au Ministère de la Santé (2,8 millions EUR).** L'appui actuel fourni par le PAPDS sera poursuivi dans les domaines du renforcement de compétence, de la supervision et de l'encadrement des équipes régionales et des équipes de districts. Il s'inscrira en synergie et complémentarité avec les appuis analogues fournis aux mêmes niveaux par d'autres bailleurs de fonds.
2. **Appui à la formation continue des agents de santé oeuvrant dans les régions et districts sanitaires (3 millions EUR).** L'appui à la formation visera à appuyer le MSP

à travers la formation continue du personnel. Il s'agira de renforcer les capacités techniques d'agents de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre des soins au niveau des districts et régions sanitaires du pays.

3. **Contribution au « Fonds Commun d'appui au PDS » (13,2 millions EURO)**, mis en place en 2005 avec les contributions de la Banque Mondiale et de la Coopération Française. Cette intervention sera formulée dès l'envoi de la fiche d'identification, après appréciation de la DGCD, conformément à ce qui a été spécifié dans le PIC 2009-2012

1.1.3 Coordination de l'action des bailleurs de fonds

Les principaux partenaires de développement du Niger sont la France, l'Allemagne, la Belgique, les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Italie, l'Espagne, la Chine, l'Union européenne, l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, le Fonds Mondial, la Banque Africaine de Développement (BAD), la Banque Mondiale (BM) et le FMI. Diverses organisations non gouvernementales (ONG) étrangères et locales sont également actives dans le pays. Le Gouvernement nigérien a également assumé un rôle actif dans le processus de rédaction de la SDRP. La SDRP a été révisée par le Gouvernement avec un appui ferme de la communauté des bailleurs de fonds. Le document final a été adopté par le Niger en octobre 2007 et approuvé lors d'une Table Ronde des bailleurs de fonds en matière de son financement, qui s'est tenue à Bruxelles les 25 et 26 octobre 2007.

Un Cadre de Partenariat a été élaboré entre le Gouvernement du Niger et l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers dans le domaine de la santé. Ce document traduit la volonté de tous les signataires d'appuyer la mise en œuvre du PDS 2005-2010 dans une approche harmonisée des modalités de mise en œuvre et de suivi de leurs interventions.

Chaque bailleur a signé une Convention Bilatérale avec la République du Niger pour l'octroi d'un crédit, d'un prêt ou d'une subvention, destiné à contribuer au financement du Programme. Une Lettre d'Entente a également été signée et a permis la mise en place d'un Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du PDS, auquel participent actuellement la Banque Mondiale (à travers le crédit IDA) et la Coopération Française (à travers l'Agence Française de Développement).

Le rôle de chef de file des PTF est assuré actuellement au niveau national par le Royaume de Belgique. La coordination des bailleurs de fonds dans le domaine de la Santé est généralement citée comme un exemple de réussite au Niger.

La contribution des 3 interventions (les deux premiers appuis, soutenu par le troisième) sera complémentaire à celle apportée par plusieurs autres partenaires, actuels ou futurs :

- dans le domaine de la formation: les coopérations italiennes et françaises, la Banque Mondiale (IDA), les Organisations des NU, le Fonds Mondial et la Banque Africaine de Développement ;
- dans le domaine d'appui institutionnel: l'Union Européenne (au niveau du Cabinet du Ministre), la Coopération française (au niveau du Secrétariat Général du MSP), et l'Agence Française de Développement (au niveau des Directions des Ressources Financières et Matérielles, des Etudes et de la Planification, et des Ressources Humaines).

D'autre part, dans le cadre de l'International Health Partnership (ihp) les démarches vont bon train et on peut penser que le Niger signera son Compact d'ici la fin de l'année 2009⁴.

1.2 ANALYSE DE LA SITUATION

1.2.1 Analyse globale validée (forces et points à améliorer)

Les points forts et à améliorer présentés ci-dessous ne reflètent que les observations faites par l'équipe de formulation sur la base des rencontres et visites de terrain. Ils ont été validés pendant la première partie de la mission de formulation.

Ces points complètent les évaluations menées par le MSP et ses partenaires. Les recommandations et leçons apprises extraits de ces évaluations seront présentés en suite de cette rubrique.

Les POINTS FORTS

- Le processus de planification (PDS, PDSR, PDSO) est opérationnel et de mieux en mieux maîtrisé ;
- Une Déclaration de politique sanitaire a été établie en 2002 ;
- Un Fonds Commun (24,2 millions DTS et 15 millions euros) 2 PTF (BM et AFD) représentant une ressource additionnelle de + 8,8% au budget du MSP ;
- Le budget santé augmenté de 42% entre 2008 et 2009(12,3% du BN) ;
- Le Cadre de concertation régionale se met en place au niveau intermédiaire (par exemple, le CCPS-en place à Dosso) ;
- La CAI correspond aux attentes du MSP en matière de mise en œuvre et de suivi du PDS (par exemple: un processus de supervision intégrée a été mis au point, de même sur la thématique de la contractualisation, ...) ;
- L'expérience du centime additionnel sur la référence en soins obstétricaux à Dosso est une initiative qui a induit une nette amélioration de l'accès aux soins, suite à la gratuité des aspects 'transport' de la référence ;
- Un Comité de 'leçons apprises' de l'appui apporté au système de référence à Dosso est mis en place.

Les POINTS à AMELIORER

- Les Plans (PDS, PAA, PDSO, PDSR, ...) devraient davantage être plus précis sur leurs aspects stratégiques, sur un cadrage budgétaire réaliste, en introduisant plus de priorisation d'actions cohérentes avec les besoins exprimés des bénéficiaires. Des retards dans le processus de validation et donc retard dans la mise à disposition des fonds des PAA;
- La coordination et la cohérence entre tous les niveaux doivent être mieux développés ;
- Sur le plan des RH: les consignes du niveau central ne sont pas systématiquement appliquées: 38% de structures ont établi leurs textes réglementaires⁵ (inspection en 2007), 46% des organigrammes et 61% des cahiers des charges sont établis ;

⁴ Voir rapport d'inventaire de mars 2008

⁵ Rapport d'inspection en 2007

- Peu de recours à un processus simplifié en matière de recherche action (RA) intégré dans le processus de gestion ;
- Un taux d'exécution des plans (et du PAPDS) autour de 50% ;
- Une certaine faiblesse en capacités managériales (exemple le plus évident: en matière de maintien du niveau de plateau technique) ;
- Le développement des mutuelles communautaires est à accélérer, en complément à la gratuité des soins.

1.2.2 Résultats et principales recommandations de l'évaluation finale du PAPDS et de la CAI

Au bout de quatre années de mise en œuvre, le PAPDS présente un bilan que l'équipe des évaluateurs juge largement positif :

- Une coordination efficace et dynamique des PTF autour du PDS du MSP;
- Un processus de planification, suivi et évaluation institutionnalisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Niger ;
- Un Centre de Perfectionnement des agents de DS revitalisé et reconnu avec un statut autonome ;
- Des DS opérationnels grâce à la formation des ECD en management et capacité de chirurgie de districts ;
- Dotation en logistiques ;
- Bonne prise en charge des urgences chirurgicales et obstétricales ;
- Existence d'un Fonds Social au CHR de Dosso et à l'HD Gaweye du DSIII de Niamey.

Cependant le fonctionnement de la Cellule de Gestion et de Coordination du Programme n'a pas optimisé la synergie, tant recherchée au moment du montage du programme. Les raisons sont multiples et variées. Les structures de formation, la Cellule d'Appui Institutionnel et les AT ont été reconnus comme déterminants dans les résultats obtenus.

Des défis suivants restent à relever :

- Accent insuffisant sur les ressources humaines affectées aux tâches techniques ;
- Équipements techniques insuffisants et désuets (appareil de radiologie du CHR de Dosso) ;
- Infrastructures vétustes et exigües, voire dangereuses (maternité HD de Douchi) ;
- Absence de politique de gestion de l'environnement: par exemple, les incinérateurs sont dépassés.

Recommandations (4):

- Consolidation des acquis du programme :
 - Appui institutionnel
 - Management du District
 - Amélioration chaîne « planification - suivi – évaluation »
 - Formation en CCD à continuer
 - Développement de District et CSI modèles ;
- Réflexion sur la fonctionnalité des hôpitaux: élaboration (en cours) de projets d'établissements à soutenir par le PAPDS ;
- Poursuite du processus de concertation des PTF à chaque niveau ;

- Mise à disposition des partenaires d'un fonds de roulement par la CDC (qui pourrait permettre d'améliorer la célérité dans l'exécution des activités).

La plupart de ces recommandations sont prises en charge par les 2 Projets, dont le présent projet.

Réalisation des activités menées dans le projet actuel d'appui institutionnel (Cellule d'Appui Institutionnel : CAI)

Résultat 2 : Le suivi de la mise en œuvre du PDS est assuré

La contribution de la CAI a été déterminante dans le processus d'élaboration des plans de développement sanitaire des Districts (PDSD), des plans de développement des Régions (PDSR) et des plans quinquennaux des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Toutes les structures disposent aujourd'hui d'un plan de développement sanitaire. Les revues semestrielles et annuelles des PAA ont été régulièrement organisées. Avec le sous-programme 'Niamey', la CAI a contribué aux réflexions sur l'élaboration d'une politique de santé urbaine à travers l'appui à l'élaboration des PSDS, PDSR de la Région de Niamey.

Résultat 3 : La coordination des PTF est assurée

La CAI a appuyé le chef de file des PTF du secteur santé au Niger, assuré par le Royaume de Belgique. Elle en a assuré le secrétariat des réunions des PTF et du MSP et a participé à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PDS.

Résultat 4 : Les capacités gestionnaires des ECD et DRSP sont renforcées

En soutien au PAPDS, la CAI participe à :

- La formation en management des districts des équipes des DRSP et ECD ;
- L'élaboration d'un guide de formation en micro planification et la formation des formateurs en micro planification au niveau des Régions de Dosso et de Tillabéri ;
- L'appui de la DRSP de Dosso et celle de Niamey pour la formation théorique et pratique des équipes de DRSP en matière de supervision (élaboration d'un guide de supervision des ECD) ;
- L'appui à la DEP, par l'élaboration d'un guide de suivi évaluation du PDS et par la formation des agents au niveau central, régional et district en matière de suivi évaluation ;
- Un appui d'encadrement de proximité à l'ECD de Douthi dans le cadre de la mise en place d'un District de formation (DRSP de Dosso).

Résultat 5 : Les capacités en recherche sur le système de santé sont renforcées et les résultats utilisés

Avec l'appui de l'équipe du suivi scientifique de l'IMT, quatre protocoles de recherche action (RA) ont été élaborés et sont mis en œuvre. Il s'agit :

- du développement du district sanitaire fonctionnel de Dogondoutchi,
- de l'amélioration de la qualité des soins au DSIII de Niamey,
- du maintien des CCD en zone rurale
- de l'accès aux accouchements dans le DS de Ouallam.

Elle a participé au suivi de ces RA en appui à la DEP, à la DOS, au CPADS ainsi qu'aux DRSP et ECD concernées. Un des résultats attendus de cette approche est le renforcement

des compétences en matière de recherche aux différents niveaux du système de santé. Cependant les résultats ne sont guère tangibles, mais une récente mission a été conduite, en particulier sur ce thème, par l'IMT, organisme de suivi scientifique (10 mai au 10 juin 2009)

En résumé:

Les acquis à consolider sont :

- Le processus de planification suivi évaluation ;
- L'encadrement de proximité des DS et des CSI en vue du renforcement de structures modèles ;
- Le renforcement de la recherche-action ;
- La coordination des PTF ;
- L'appui aux formations en management de district, en DES de chirurgie et capacité chirurgicale de district.

Les défis à relever sont :

- La conciliation de la planification ascendante et descendante ;
- Le développement du système de santé urbain à Niamey ;
- Le transfert de compétences plutôt qu'une substitution.

Les recommandations sont :

- La CAI devrait à l'avenir concentrer ses efforts sur les questions stratégiques en assurant un appui aux structures et non en se focalisant sur leur mise en œuvre ;
- Le renforcement des districts modèles est une question certes stratégique, mais l'encadrement de proximité devait être dévolu aux DRSP. Le renforcement de capacité des DRSP est bien entendu un préalable qu'elle doit assumer ;
- La recherche-action est enseignée au CPADS. Il paraît plus pertinent que ce soit ce centre qui, dans son suivi post formation, assure l'encadrement des DS en recherche-action ;
- Tenant compte de l'approche sectorielle qui se profile, la CAI peut avoir un plus grand rôle d'appui au MSP à savoir :
 - Le renforcement de la coordination des PTF dans la mise en œuvre de tous les PDS, PDRS et PDDS du pays, dans l'esprit de la Déclaration de Paris;
 - Le développement d'une synergie avec l'assistance technique en charge de l'appui au Fonds Commun et l'appui de la Belgique à la formation des Agents de Santé;
 - Le renforcement et consolidation du processus de planification, suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - Le renforcement du système d'information sanitaire ;
 - Une meilleure organisation de la référence et contre référence ;
 - La mise en œuvre de la politique de contractualisation adoptée par le MSP.

1.2.3 Leçons apprises⁶ par la mise en œuvre du PDS

Les leçons apprises et identifiées lors de cette évaluation sont :

- Rôle essentiel d'un leadership efficace du MSP dans la planification, coordination et du suivi des interventions ;
-
- L'implication des différents acteurs à travers un cadre formel de mise en oeuvre du PDS a permis d'améliorer l'exécution du plan. Le cadre partenarial signé entre le MSP et les principaux PTFs engageant une approche commune pour la préparation, l'exécution du programme, les examens annuels et les revues conjoints des plans d'activités ;
- Responsabilité mutuelle: les réunions de coordination des PTF constituent un acquis essentiel. Le chef de file des PTFs au niveau central joue un rôle important d'appui à la coordination à travers les réunions mensuelles, les revues conjointes et les discussions thématiques (gratuité, ressources humaines, chirurgie des districts, médicaments...). La mise en place de chefs de file régionaux qui devront apporter un soutien aux Directeurs Régionaux pour une coordination efficace des intervenants à ce niveau opérationnel;
- L'efficacité des démarches de plaidoyer auprès des décideurs (parlementaires, religieux, collectivités territoriales) pour le financement du secteur en utilisant des outils efficaces;
- Le principe de la gestion axée sur les résultats s'est instauré au niveau des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Les outils de la planification sont de plus en plus maîtrisés à tous les niveaux, les missions de terrain, les missions d'appui et les revues conjointes ont fortement contribué à la motivation des acteurs et à une plus grande appropriation de la réforme engagée ;
- Un système de suivi-évaluation constitué d'organes de décisions et techniques à différents niveaux (central, régional et sous régional) intégrant les représentants des communautés et des collectivités territoriales, les secteurs connexes favorisant ainsi la collaboration intersectorielle ;
- Un système de participation communautaire et de recouvrement des coûts, qui, malgré des insuffisances, contribue de façon efficace à la gestion des centres de santé périphériques ;
- L'approche « Fonds Commun » est une innovation dans le financement du PDS ce qui implique que les plans d'actions annuels (PAA) des structures soient financés dans le cadre d'une gestion basée sur la performance avec signature de contrats de performance à tous les niveaux avec une plus grande responsabilisation du MSP dans l'exécution.

Dans le PDS 2005-2010, il est prévu, dans le Programme 5, de mettre un accent particulier sur le renforcement des capacités de gestion et des compétences institutionnelles.

A ce titre les activités réalisées tournent autour de :

- Mise en place du Fonds Commun pour l'appui au PDS ;
- Appuyer le Chef de File national et suivre la mise en place de chefs de file régionaux, ce qui pourrait être assumé par la CAI '2' ;

⁶ Voir 1.2.2

- Supervision des ECD, des CHR, des maternités, des CSI et CS dans plusieurs domaines dont le SIMR, le PEV, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition et bien d'autres domaines ;
- Organisation des réunions de coordination et des revues ;
- Suivi de proximité des ECD portant sur les blocs opératoires, maternité, pharmacie, laboratoire ;
- Mise en œuvre de la gratuité des soins et de la maintenance ;
- Formation des membres des ECD en management de District (17 membres) ;
- Dotation des directions centrales, des régions et des districts sanitaires en matériels informatiques ;
- Formation des cadres du MSP sur la gestion basée sur la performance ;
- Formation du personnel des districts de santé en SMIR ;
- Mise en place de points focaux surveillance et vaccination ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un guide de suivi évaluation du PDS ;
- Dotation des directions centrales, des régions et des districts des véhicules de supervision ;
- Renforcement des moyens de communication à tous les niveaux à travers la modernisation du réseau de communication (informatisation, télé médecine, internet, GSM).

Niveau des indicateurs au 31 décembre 2007 :

- % des structures de santé gérées selon l'approche basée sur la performance est passé de 40% en 2006 à 57% en 2007 ;
- Taux d'exécution des budgets des PAA 2007 est passé de 40% en 2006 à 95,5% en 2007 ;
- Taux de réalisation des supervisions des ECD par les DRSP est passé de 50% en 2005 à 68,17% en 2007 ;
- Taux de réalisation des activités prévues dans les PAA est passé de 49% en 2006 à 48,65% en 2007.

Trois résultats avaient été identifiés :

Résultat 5.1. Les compétences institutionnelles du MSP sont renforcées :

- L'organisation des réunions de coordination et des revues ;
- Démarrage par les équipes DRSP et les ECD des activités de recherche sur la qualité des soins ;
- Réalisation de la revue à mi-parcours du PAA 2008 et de l'évaluation interne à mi-parcours du PDS 2005 – 2010.

Résultat 5.2. Les capacités de conception et gestion du MSP sont renforcées :

- Principales activités réalisées et en cours : formation des membres des ECD en management de district (17 membres).

Résultat 5.3. La supervision, le suivi et l'évaluation des activités sont renforcés à tous les niveaux :

- La supervision des ECD, CHR, maternités, CSI et CS sur les aspects suivants SIMR, PEV, Palu, TBC, malnutrition et paludisme dans les 3 districts ;

- Le Suivi de proximité des ECD portant sur les blocs opératoires, maternité, pharmacie, laboratoire, la mise en œuvre de la gratuité des soins, la maintenance...);
- L'organisation de supervisions verticales (Tuberculose, Paludisme, PTME, nutrition, trachome etc.....).

L'Aide Mémoire de la revue conjointe du Secteur Santé et de l'évaluation à mi-parcours du PDS 2005-2010 édité en octobre 2008 a émis les recommandations suivantes :

A l'endroit du MSP :

- Formuler de façon explicite les stratégies permettant la mise en œuvre du PDS afin de permettre d'identifier les activités appropriées et d'estimer les ressources de façon adéquates ;
- Revoir les indicateurs du guide de suivi évaluation afin de les adapter aux résultats attendus et aux nouvelles orientations du PDS tout en tenant compte des missions des centres hospitaliers de référence régionale et nationale
- Renforcer la coordination des PTF en pérennisant le cadre de concertation;
- Poursuivre le processus d'harmonisation et d'alignement des appuis;
- Poursuivre l'approche sectorielle/Programme pour la gestion du système de santé et y impliquer les acteurs à tous les niveaux
- Promouvoir l'utilisation du modèle de simulation⁷ des activités et des comptes des districts élaboré par le MSP.
- Formuler un objectif et des stratégies en rapport avec le financement du secteur au niveau du programme 5.

A l'endroit des DRSP/DS/CHR/MRR :

- Réviser les objectifs, stratégies et les coûts des PDSR, PTQ, PDSD en intégrant les salaires, les coûts de l'eau et l'électricité, le téléphone, de la maintenance, l'amortissement, la motivation du personnel, l'inflation et en tenant compte des possibilités de financement connues ;
- Organiser des tables rondes pour la mobilisation locale des ressources pour la mise en œuvre des PDSR, PTQ, PDSD;
- Impliquer davantage les ONG, les partenaires locaux, les privés, les communautés et les communes dans la mise en œuvre du PDS 2005-2010.

A l'endroit des PTF :

- Respecter les engagements pris pour le financement des PAA;
- Contribuer au financement du FC;
- Renforcer la participation dans le processus de planification et de coordination de la mise en œuvre.

1.2.4 Sur le plan des ressources humaines⁸
--

A l'évidence beaucoup d'efforts ont été fournis ces dernières années pour améliorer la disponibilité en ressources humaines dans les services de santé. Cependant, eu égard à l'ampleur des besoins dans ce secteur, des difficultés demeurent.

⁷ Il s'agit d'un modèle sur Excel proposé par le Dr Hubert Balique – AT/SG

⁸ Sur la base du Rapport d'évaluation finale du PAPDS – octobre 2008

En effet, le recrutement accéléré de médecins en 2005 a plus que doublé les effectifs, augmentant leur nombre relatif de **1 médecin pour 72.781 habitants** en 2002 à **1 pour 35.759** en 2005 (norme OMS : 1 médecin pour 10.000 habitants). Le nombre d'infirmiers d'Etat a légèrement augmenté, passant d'une situation d'un (1) infirmier pour 5.969 habitants en 2002 à un (1) infirmier pour 5.825 habitants en 2005, plus proche de la norme de l'OMS d'un (1) infirmier pour 5.000 habitants. Quant aux sages femmes, leur proportion s'est accrue d'une (1) sage femme pour 29.685 femmes en âge de procréer en 2002 à une (1) sage femme pour 25.532 femmes en âge de procréer en 2005, contre une norme d'une (1) sage femme pour 5.000 femmes en âge de procréer.

Toutefois, ces données ne tiennent nullement compte des disparités géographiques existantes ; la plupart des professionnels de santé se retrouvant dans les grands centres urbains, laissant des zones rurales non servies. Ainsi, Niamey concentre 33% des effectifs totaux et près de 37% des cadres pour 6% de la population ; les sept autres chefs-lieux de Région (moins de 25% de la population) absorbent 65% des agents cadres.

Le matériel disponible a été quelque peu renforcé dans les structures sanitaires. Cependant, il n'est pas toujours distribué de manière équitable. L'absence d'application des normes nationales concernant les standards d'équipement pour chaque niveau et le manque d'un inventaire à jour de ressources matérielles existantes tant au niveau central qu'au niveau régional, empêchent un déploiement efficient.

La problématique de la féminisation progressive du personnel dans les structures périphériques, nécessite une adaptation de la politique de leur affectation. En effet le nombre de formés de sexe féminin a significativement augmenté, du fait de la création de plusieurs établissements privés de formation. D'autre part, il est moins évident d'affecter une femme seule dans des zones rurales et pour les femmes mariées elles sont affectées en priorité là où leur époux a été affecté.

Cependant plusieurs CSI fonctionnent avec un seul agent, ce qui constitue un handicap à la bonne exécution du PDS.

Par ailleurs, une étude sur les mutations institutionnelles et humaines au MSP a été confiée en 2006 à la demande du MSP au cabinet CORE ADVICE, avec l'appui du Groupe de Progrès créé au niveau Central (mis en place dans le cadre de cette étude).

L'objet de cette étude porte sur trois thèmes :

- changer le rôle du MSP dans le secteur (passer du « tout faire soi-même » au « faire faire » sans « laisser faire » et accroître la participation communautaire et établir un partenariat privé-public) ;
- moderniser la gestion des RH ;
- restructurer le MSP : en bâtissant une charpente solide centrée sur la poursuite des objectifs (efficacité), supportant des techniques de gestion rationnelles (efficience) et clarifiant les résultats attendus de chacun (motivation).

Suite à cette étude une assistance technique a été proposée par le Fonds Commun, dans le cadre d'une contractualisation avec l'AFD, en vue d'appuyer la mise en œuvre de ces recommandations⁹.

Le MSP s'est ainsi résolument engagé dans la définition et la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de sa gestion des ressources humaines. Dans le cadre du Comité National de la

⁹ Voir annexe 3

Santé, une contribution à la DRH a été présentée en février 2009 : elle a consisté en une analyse situationnelle, une identification des difficultés à résoudre et des perspectives.

A propos des aspects plus quantitatifs voici ci dessous un tableau ci-dessus présente les résultats de l'étude sur «le recensement physique, le circuit de l'information et l'impact des mesures de motivation».

Tableau: Situation des ressources humaines du MSP¹⁰

Corps	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey	Ministère	Niger	%
Médecins ¹¹	19	11	15	29	14	20	26	103	55	292	6,7
Aide Chir	1	0	3	3	3	2	8	15	3	38	0,9
Aide Anest	2	1	3	5	4	3	6	16	2	42	1,0
TSSO	0	2	2	3	0	0	5	7	4	23	0,5
IC	57	43	113	129	87	114	306	168	4	1021	23,6
IDE	74	70	127	154	117	155	213	229	33	1172	27,1
Autres SI	13	9	23	29	18	17	48	64	67	288	6,6
SFDE	33	23	56	64	36	72	83	137	29	533	12,3
SFB	0	0	0	0	0	1	1	3	1	6	0,1
LDE	11	9	27	25	24	26	27	58	14	221	5,1
Autres Labo	1	5	7	8	5	5	11	17	17	76	1,8
Pharmaciens	1	1	1	3	0	1	2	3	7	19	0,4
C. Dentistes	2	1	1	1	1	0	2	8	1	17	0,4
Agents HA	8	12	18	25	13	19	35	37	8	175	4,0
Agents AS	11	9	22	31	22	15	45	67	21	243	5,6
Gestion/Adm SS	8	4	12	11	10	7	11	16	29	108	2,5
IEC	1	0	1	3	2	4	1	2	8	22	0,5
Epid/stat sanit	1	1	1	8	7	3	4	4	4	33	0,8
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0,0
Total	243	201	432	531	363	464	834	954	309	4331	100
%	5,6	4,6	10,0	12,3	8,4	10,7	19,3	22,0	7,1	100,0	

Source : DRH/MSP – Rapport SEDES –septembre 2008

1.2.5 A propos de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé

L'accessibilité géographique aux services de santé a été significativement améliorée au cours des cinq dernières années. La couverture sanitaire physique liée exclusivement aux centres de santé intégrés (CSI) est passée de 47,6% en 2001 à 65% en 2005. De plus, 2.111 cases de santé (CS) ont été construites, dont 160 sont en cours de transformation en CSI.

Cette accessibilité à des soins de qualité constitue également un énorme défi pour le Gouvernement. Selon les résultats du QUIBB¹², 39% de la population mettent plus de 30 minutes pour accéder aux cases de santé et 24,3% pour les cliniques et hôpitaux. Aux distances parcourues il faut ajouter l'insuffisance de la qualité des soins. En effet, seules 6,2% des personnes consultées ont estimé être satisfaites des prestations reçues. La santé maternelle et infantile constitue une préoccupation majeure au regard des taux élevés de mortalité maternelle (648 pour 100.000), infantile (81 décès pour 1000 enfants de 0 à 11 mois en 2006) et infanto-juvénile (198 décès pour 1.000 enfants de 0 à 59 mois). Cette même enquête QUIBB souligne

¹⁰ Rapport d'exécution PDS 2005-2010 (1er semestre 2008)

¹¹ Dont 42 CCD

¹² Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être – INS et PNUD, 2006

que 68,2% des personnes ayant été blessées ou malades ont eu recours aux services de santé. Le taux d'utilisation de la consultation curative (nouveaux cas par habitant et par an) est resté constant ces dernières années. Il a même baissé, au regard de l'amélioration de l'accessibilité géographique estimée à 65%. Cette situation s'explique, entre autres par l'insuffisance des services offerts par les cases de santé et les nouveaux CSI et le coût relativement élevé de la consultation (29,4% des malades évoquent cette raison particulièrement en milieu urbain). Le montant total des dépenses de santé des ménages se chiffre à 49,7 milliards de Fr CFA, soit 5,6 euros par habitant en 2005 ; il faut souligner une grande disparité entre les régions ainsi que 77,3% de ce montant est produit par les 'non-pauvres' (d'après les critères établis pour ces indicateurs).

L'insuffisance de la qualité des soins offerts résulte de la faible disponibilité des ressources humaines tant sur le plan quantitatif que de leur répartition, selon les niveaux administratifs et les structures de soins, mais aussi entre les zones urbaines et rurales et selon les régions. La faiblesse de la qualité est aussi le fait de : (i) l'insuffisance ou de la vétusté des équipements ; (ii) de la non disponibilité des médicaments ; (iii) des consommables dans les centres de santé; (iv) des financements; (v) de la non exécution du paquet minimum d'activités (PMA) par tous les districts; (vi) de la faible utilisation du protocole standard; (vii) la faiblesse de l'encadrement des agents. Il subsiste des lacunes liées notamment: (i) au manque du paquet minimum d'activité (PMA) au sein de la plupart des cases de santé; (ii) à la léthargie de certains centres de santé, par insuffisance de personnel; (iii) à l'absence de carte sanitaire nationale.

La revue conjointe du Secteur Santé (évaluation à mi-parcours–octobre 2008) souligne que le taux d'utilisation des soins curatifs est passé de 20% en 2005 à 30,7% en 2008, et cela s'explique par, entre autres, la mise œuvre de la gratuité des soins. Elle souligne également qu'il y a peu d'avancées significatives en matière de gestion stratégique des ressources humaines, au contraire le % de formations sanitaires qui disposent du personnel selon les normes est passé de 55,3% au premier semestre 2007 à 35,1 %¹³ au premier semestre 2008, pour un objectif de 80% à 90% en 2010. Une analyse plus poussée est nécessaire pour identifier les causes de cette contre-performance en vue d'y remédier rapidement. L'appui apporté au Ministère par l'AFD a été mobilisé dans ce sens.

A titre indicatif, le niveau 'actuel' (2006) des indicateurs spécifiques à la santé des OMD au Niger, sont présentés ci dessous¹⁴ :

Tableau: Situation des indicateurs spécifiques 'santé' OMD

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau initial	Niveau actuel	Niveau tendanciel en 2015	Niveau souhaité en 2012	Objectif OMD en 2015
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	5. Réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015	12. Taux de mortalité des enfants de moins 5 ans (pour mille)	274 en 1998	198 en 2006	115,7	112	108,7
		13. Taux de mortalité infantile (pour mille)	123 en 1998	81 en 2006	33,8	35	41,0
		14. % enfants d'1 an vacciné contre la rougeole	35 en 1998	47 en 2006	60,5	-	-
5. Améliorer la santé maternelle	6. Réduire de ¼ le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015	15. Taux de mortalité maternelle (pour 1000 naissances)	6,52 en 1992	6,48 en 2006	6,45	2	1,75
		16. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (en %)	14,6 en 1998	17,2 en 2006	20	-	50

¹³ Cela est dû en partie au nombre important d'infrastructures qui ont été édifiées dans les dernières années

¹⁴ SDRP2008-2012 (établi en 2007)

6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies	7. Arrêter la propagation du VIH/SIDA et inverser la tendance actuelle d'ici 2015	17. Taux de séro-prévalence du VIH/SIDA des 15-49 ans	0,87 en 2002	0,7 en 2005	-	< 0,7	< 0,7
	8. Maîtriser le paludisme et inverser la tendance	18. Taux de létalité lié au paludisme (en %)	1,6	2,7 en 2006	-	-	-

A propos de la fonction de « Recherche »

La coordination de la recherche au niveau du MSP est assurée par la « Cellule recherche », récemment créée, qui fait partie de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), elle-même rattachée au Secrétariat Général. La recommandation émise lors de l'évaluation du PAPDS est de confier cette fonction de soutien à la Recherche en ce qui concerne celles menées au niveau des DS au CPADS.

Par contre le programme Assurance Qualité est logé et piloté par la Direction de l'Organisation des Soins, rattachée à la Direction Générale de la Santé Publique, l'une de deux directions générales du MSP et qui dépend du Secrétariat Général.

1.2.6 Sur le plan des ressources financières¹⁵

La mise en œuvre de ce PDS 2005-2010 repose sur un processus de planification décentralisé. Ainsi, conformément aux orientations du PDS, les districts sanitaires ont élaboré des Plans de Développement Sanitaire des Districts, lesquels ont été traduits pour chaque région en un plan régional de développement sanitaire. Un processus de planification annuelle détaillée permet la mise en œuvre de ces plans de développement sanitaire. Cette approche de planification des besoins et de mobilisation de ressources est caractérisée par un dialogue permanent entre l'ensemble des acteurs de la santé procède de la volonté des autorités en charge de la santé publique à gérer le secteur dans une plus grande transparence et une imputabilité à l'ensemble des acteurs conformément aux principes de la gestion axée sur les résultats.

Dans le cadre du programme d'assainissement des finances publiques engagé par l'Etat depuis 2000, le Ministère de la Santé Publique compte capitaliser toutes ces initiatives en matière de planification et a établi un cadre des dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT 2008-2010). Ce cadre est un outil pour élaborer les prévisions budgétaires et faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé. Ce CDSMT va permettre d'assurer la cohérence entre les objectifs, les stratégies, les résultats attendus et les prévisions budgétaires des Plans de Développement Sanitaire en fonction de l'espace budgétaire disponible.

Dans ce CDSMT, un des 8 programmes est affecté à la gestion stratégique des ressources humaines. Nous présentons ci dessous les éléments essentiels :

La formation du personnel dans des domaines spécifiques où l'insuffisance est criarde notamment la chirurgie, l'anesthésie, la pédiatrie, la gynéco obstétrique, l'imagerie et l'ingénierie médicales ;

Le recrutement de nouveaux agents fonctionnaires et des contractuels médicaux et paramédicaux pour combler le gap entre les besoins et l'existant ;

¹⁵ Sur la base du Rapport d'évaluation finale du PAPDS – octobre 2008

Le redéploiement du personnel et la décentralisation des postes budgétaires pour le recrutement des contractuels afin de corriger le déséquilibre dû à une mauvaise répartition du personnel à l'intérieur des régions ;

La mise en place d'un système de motivation du personnel par l'allocation d'indemnités et primes spécifiques afin d'inciter le personnel de santé à travailler dans les zones éloignées défavorisées ;

L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de formation adaptée aux besoins réels du terrain en s'appuyant sur l'élaboration et la mise en place de nouvelles normes standard en personnel qui tiennent compte des réalités socio-économiques, du contexte environnemental et des exigences de partenaires techniques et financiers.

Le budget programme 2009 – 2011 global du MSP est présenté ci-dessous à titre d'information:

**SYNTHESE DU BUDGET PROGRAMME
2009-2011 DU MSP**

BUDGET PROGRAMME 2009-2011 DU MSP

Rubriques	Prévisions en euros par an		
	2009	2010	2011
Titre 2 : Dépenses de personnel	15 852 447	16 629 216	17 444 049
Titre 3 : Dépenses de fonctionnement	10 334 483	10 840 873	11 372 076
Titre 4 : Dépenses de Subventions et Transferts	19 721 989	20 688 367	21 702 096
Titre 5 : Dépenses d'investissements	61 387 224	64 395 198	67 550 563
TOTAL GENERAL DU BUDGET PROGRAMME	107 296 143	112 553 654	118 068 784

1.2.7 Synthèse de l'analyse situationnelle

Il ressort de cette analyse situationnelle que certains appuis fournis par les projets actuels doivent être renforcés et/réorientés sur la base des leçons apprises et des politiques et dynamiques récentes.

Il s'agit de :

- (i) Maintenir la CAI mais dans un design plus transversal au sein du MSP, sur des thèmes précis et mettre l'accent sur tous les aspects stratégiques de la mise en œuvre du PDS dans une vision claire du développement d'une approche sectorielle. Elle doit contribuer à mettre en place une base technique et stratégique pérenne et en terme de gouvernance sur laquelle le Fonds Commun pourra soutenir la mise en œuvre appropriée du PDS. Cette contribution sera fonctionnellement liée à l'autre projet ciblant les ressources humaines ;

- (ii) Fournir des appuis génériques à l'échelle du pays en matière d'amélioration des soins préventifs et curatifs ;
- (iii) Appuyer le MSP dans le développement, sur l'ensemble du pays, de stratégies et d'outils de capitalisation des pratiques actuelles. De même, en matière de la fonction de 'Recherche Action', dans le but de son inclusion dans le cycle administratif de gestion de la mise en œuvre du PDS.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION

2.1 NATURE ET AXES DE L'INTERVENTION

2.1.1 Cohérence et synergies avec les autres interventions de la coopération belgo-nigérienne

Le présent projet identifié lors de la définition du PIC (2009-2012) (voir 4.1.2):

- S'inscrit dans les orientations stratégiques de la SDRP 2008-2012 ;
- Respecte les directives internationales en matière d'harmonisation et l'alignement de l'aide ;
- S'inscrit dans la continuité du PAPDS en tirant les leçons de la mise en œuvre de ce plan, non seulement en renforçant les appuis précédents en matière de formation, mais aussi en se développant en synergie avec les deux autres appuis: celui de la contribution au « Fonds Commun d'appui au PDS » et celui de l'appui institutionnel.

Les deux premières interventions, objets de 2 DTF distincts auront les mêmes axes stratégiques que le PAPDS actuel. Néanmoins, les prestations ne seront pas une simple copie des interventions précédentes. La synergie entre les 3 'projets' constitue le fil rouge de leur mise en œuvre en particulier entre l'appui institutionnel et la performance du Fonds Commun, soutenant le développement de l'approche sectorielle.

Comme spécifié au 1.1.3, un Cadre de Partenariat a été élaboré entre le Gouvernement du Niger et l'ensemble des PTF dans le domaine de la santé. Ce document traduit la volonté de tous les signataires d'appuyer la mise en œuvre du PDS 2005-2010 dans une approche harmonisée des modalités de mise en œuvre et de suivi de leurs interventions. Les principaux partenaires impliqués dans le domaine de ce projet sont, la coopération française, italienne et espagnole, pour la coopération bilatérale, et l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque Mondiale pour la coopération multilatérale. La Coopération belge a été et est fortement impliquée dans la mise en place de ce Cadre.

2.1.2 Axes de l'intervention

Afin de contribuer à atteindre l'objectif général du présent projet, les appuis institutionnels se démarquent de l'actuel par les éléments suivants :

- (i) Appuis techniques au MSP contribuant à renforcer l'approche sectorielle, qui est la dynamique actuelle prônée par le MSP, en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun, y inclus le renforcement de la coordination à tous les niveaux du système de santé et un appui technique en matière de gestion des RH;
- (ii) Appuis techniques en matière d'amélioration de la qualité des soins préventifs, curatifs et de réhabilitation principalement au niveau des services décentralisés du MSP ;

- (iii) Appuis techniques en matière de capitalisation des pratiques actuelles et en recherche action, permettant de mieux en tenir compte dans la mise en œuvre du PDS actuel et futur.

Les appuis sont techniques et financiers. Ils s'attacheront à tenir compte des recommandations des différentes évaluations référées dans le présent DTF en matière d'extension et du renforcement des projets antérieurs ayant un objectif comparable.

2.2 LES BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION

2.2.1 Les bénéficiaires directs

Les directions centrales du MSP, les directions régionales, les districts sanitaires ainsi que les structures opérationnelles (les EPA : les CHR, les Maternités de Références Régionales, les HD, les CSI et les Cases Santé) et les PTF.

2.2.2 Les bénéficiaires indirects

Les autorités administratives décentralisées, leurs partenaires et l'ensemble de la population qui bénéficieront ainsi d'une prise en charge de leurs problèmes de santé de meilleure qualité et de proximité optimale.

2.3 LOCALISATION DE L'INTERVENTION

Le projet et l'assistance technique sont localisés au niveau central du Ministère de la Santé Publique. La disponibilité des locaux actuels de la CAI (4 locaux) est une bonne opportunité pour le présent projet.

L'ancrage institutionnel du projet au niveau du MSP, actuellement positionnée à la DEP est amené, dans le présent projet, au niveau du Secrétariat Général. Ceci dans le but que la "nouvelle" CAI apporte un appui axé sur l'ensemble des principales directions du niveau central.

3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

L'intervention proposée sera exécutée dans l'optique d'alignement et de renforcement de l'approche sectorielle coordonnée prônée par le MSP à travers sa déclaration de politique sectorielle. Les contributions sollicitées seront gérées par les interventions selon les procédures de cogestion belgo-nigérienne.

Le Projet est conçu dans une logique d'harmonisation entre bailleurs, faisant partie d'un programme global visant à soutenir et renforcer cette approche sectorielle, en particulier la performance à terme des procédures (du Fonds Commun).

Le suivi sera assuré par la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) créée le 05/12/2008 (Arrêté N° 0459/MSP/DEP).

Une synergie sur le plan stratégique et technique entre les deux interventions (l'appui institutionnel et la formation) sera recherchée, ainsi qu'avec le troisième projet du PIC 2009-2012 : la contribution au 'Fonds Commun d'appui au PDS'. Les liens fonctionnels entre ces deux projets sont décrits au 3.3 du présent document. Un accent particulier sera mis sur une approche commune entre ces projets tant en matière d'appui scientifique que « d'excellence ». Des mécanismes de synergie sont proposés dans le chapitre sur les modalités d'exécution et seront validés en SMCL de démarrage.

Dans le but de bien installer le projet dès son démarrage, un atelier de lancement d'un jour sera organisé au niveau central et présidé par le ou la SG du MSP, avec l'approbation lors du SMCL de démarrage. Cette activité devrait se tenir avant la fin du premier trimestre qui suit la prise de fonction de l'assistance technique.

Du fait du caractère continu du projet d'appui institutionnel actuel et en fin d'exercice pour la fin de cette année 2009, nous proposons de considérer l'évaluation finale du PAPDS comme base de données pour la présente intervention.

3.1 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

3.1.1 Objectif général

« L'état de santé des populations, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré »

L'intitulé de l'objectif général est celui du dossier d'identification du projet.

3.1.2 Objectif spécifique

« Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en oeuvre du PDS sont renforcées »

L'appui institutionnel constitue une extension du volet actuel d'appui du PAPDS, prenant en compte les recommandations de son évaluation qui a été faite ainsi que l'Aide Mémoire de la revue conjointe du secteur de la santé. Il sera essentiellement dédié au renforcement des capacités, c'est à dire de l'aptitude des individus et des organisations ou des collectivités à jouer leurs rôles avec succès. Il s'agit de contribuer à développer, adapter ou créer ces aptitudes et à tous les niveaux et à tous les types d'intervenants (prestataires, gestionnaires, décideurs, facilitateurs communautaires, membres des collectivités) en fonction de leur 'place' dans le système de santé. Par exemple, au niveau central, l'appui et le développement des capacités ne se justifient que pour lui permettre de définir et mettre en oeuvre des politiques, de pouvoir tirer les leçons de l'ensemble des expériences passées du Niger dans le secteur et d'en transférer les résultats. Il ressort de la récente évaluation du PAPDS qu'il est important d'aborder autant l'offre (objet du PAPDS) que la demande de soins.

Cet appui devra impérativement permettre de renforcer la coordination des interventions aux différents niveaux du système de santé pour plus d'efficacité et d'efficacités. Le rôle de l'assistance technique dans cette intervention sera d'appuyer les structures du MSP dans ses activités à tous les niveaux, la planification des besoins, le choix des priorités, la mise en oeuvre ainsi que le suivi évaluation. D'autre part, une harmonisation au niveau central entre les PTF fournissant un appui institutionnel au MSP, sera opportunément menée¹⁶, si ces partenaires en adoptent l'idée.

Cette intervention s'inscrit et est partie prenante dans l'établissement du plan national de formation continue, d'une part et d'autre part, dans l'intégration à terme des compétences (premier et deuxième thèmes) dans les curriculums de la FSS.

¹⁶ Une sorte de CAI élargie

3.2 RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS À METTRE EN OEUVRE

Ces résultats et activités sont directement corrélés avec les constats émanant de l'analyse de situation validée le 3 février 2009, d'une part et d'autre part, aux recommandations des évaluations relevées lors de l'analyse documentaire, citées dans le présent document.

Trois résultats contribuent à atteindre l'objectif spécifique.

Les éléments descriptifs et stratégiques des résultats et des activités sont présentés dans ce chapitre. Les activités et sous-activités essentielles sont présentées dans le cadre logique (en annexe). Les moyens nécessaires à leur accomplissement seront détaillés dans le tableau du budget et leur planification figurera dans le chronogramme présenté dans le cadre du budget total (annexe 2).

Note: tenant compte de la suspension de la signature de la présente intervention, le résultat de la première sous activités de l'A1.4 a migré dans l'intervention sur la Formation Continue. Le montant de cette sous activité sera insérée dans l'A1.2 sous le thème du renforcement des programmes verticaux..

3.2.1 Résultat 1 : L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant

L'approche sectorielle est une méthode de travail¹⁷ entre le gouvernement et des PTF, qui oeuvrent ensemble à la mise en place progressive d'une politique et d'une stratégie sectorielle complète et cohérente, c'est à dire une approche commune pour l'ensemble d'un secteur particulier. Il s'agit d'un concept dynamique, visant à augmenter la cohérence entre la politique, les dépenses et les résultats et, donc, à réduire les coûts de transaction.

Les critères suivants la caractérisent :

- (i) Tous les PTF (importants) soutiennent une politique et une stratégie communes, étendue à l'ensemble du secteur ;
- (ii) Un cadre de dépenses sectorielles à moyen terme soutient cette politique ;
- (iii) Le gouvernement dirige le processus, dans un contexte de partenariat durable ;
- (iv) Des processus et approches communes sont en place pour mettre en œuvre et gérer la stratégie sectorielle et le programme de travail ;
- (v) Il existe un engagement à évoluer vers une plus grande utilisation des systèmes de gestion et de rapportage/reportage de l'Etat, pour le décaissement et le suivi de l'ensemble des fonds d'activités d'une structure de référence surtout en matière de Soins de la mère et de l'enfant. Cette initiative est encouragée par l'OMS en terme d'opportunité de répliation.

Même s'il est important de clairement différencier l'approche sectorielle comme méthode de travail en commun, de ses modalités de financement (appui budgétaire ou extra-budgétaire) ce résultat est en lien direct avec la contribution potentielle de la Coopération belge au Fond Commun et par la valeur ajoutée qu'elle apporte en matière de dialogue politique et de 'gouvernance'.

¹⁷ Définition adoptée en GRAP-SWAP en 2003

Le projet contribuera à atteindre ce résultat en sur 4 thèmes : celui de la coordination, celui de la planification, celui de l'accès financier aux services et enfin celui de la gestion des ressources humaines.

Cinq activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique.

Activité 1.1 Renforcer les mécanismes de coordination

Cette activité vise à améliorer la coordination avec tous les PTF dans le cadre du Plan Annuel d'Action et à tous les niveaux du Système de Santé.

Deux sous activités sont prévues :

- *Mener un exercice de cartographie des interventions sur l'ensemble du territoire.* Pour ce faire, un recours à une personne ressource nationale (TDR proposé en annexe) pour établir cette carte de toutes les interventions dans le secteur Santé et à tous les niveaux. Cette carte doit pouvoir être régulièrement revue (annuellement). Le but est de recenser les appuis techniques et financiers des PTF et de les situer géographiquement, financièrement et dans ses délais (échéances). Elle permettra également de relever tous les documents stratégiques de base et de suivi des projets /programmes/ interventions.
- *Renforcer les mécanismes de coordination à tous les niveaux*, essentiellement au niveau de toutes les DRSP du pays. On tiendra compte de l'expérience qui a été menée par la DRSP de Dosso qui consiste à maintenir une base de données¹⁸ et à réunir semestriellement les partenaires dans un cadre de concertation: le CCPS, à l'occasion des sessions de planification et de suivi. A ce niveau un atelier annuel de 5 jours dont l'objet est de faire le bilan de programmation de l'année écoulée et une programmation de l'année suivante, sera tenu par la DGSP.

Le montant de cet appui s'élève à **45.000** Euros

Activité 1.2 Améliorer le processus de planification et son suivi

Le processus de planification au Niger est déjà performant, cependant l'importance de convenir de stratégies pour les actions inscrites dans les plans d'action, de développer des outils pratiques d'attention à porter sur les besoins des communautés exprimés ou non, et de suivi avec une implication optimale des bénéficiaires dans un processus dynamique et le moins possible bureaucratique est déterminant autant pour que les ressources soient adéquates et aisément mobilisées que pour permettre à un accès facilité aux ressources.

Cinq sous activités sont prévues

- Incrire au tableau de bord de l'équipe d'exécution du projet *la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation finale du PAPDS et à mi-parcours du PDS* (voir analyse de situation du présent DTF), fournir des appuis conseils à tous les niveaux et contribuer à l'organisation du suivi conjoint ;
- *Mener des études pour améliorer le dialogue communautaire à tous les niveaux du système.* Le recours à une consultation nationale (dont les TDR sont jointes en annexe) ;

¹⁸ Le nom de l'intervenant, ses références d'agrément, son secteur d'intervention et sa zone. Un logiciel CIG est utilisé

- *Mener une étude sur l'efficacité des dépenses* afin d'aider à prioriser et éviter les gaspillages des financements disponibles. Cette sous activité consiste à un appui au mécanisme de budgétisation (confection d'une base de données, modules de formation, formation sur le terrain, ..). Des TDR sont proposés en annexe;
- *Appuyer la DGSP pour le développement de l'intégration des programmes verticaux à tous les niveaux* en appliquant le processus d'analyse verticale (méthodologie analytique d'un problème de santé), en recourant à l'appui d'un organisme scientifique.

Le montant de cette activité est estimé à **515.000** Euros.

Pour mémoire: l'attribution de bourses de courte durée en formation en SNIS peut être prise en compte par le Programme de bourses d'Etudes hors-projet de la Coopération Belge. Il s'agit de contribuer à la disponibilité de cadres compétents en cette matière, aux niveaux décentralisés.

Activité 1.3 Contribuer à améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables par un appui au développement de mutuelles communautaires et de la gratuité des soins

*Le développement de mutuelles communautaires*¹⁹ (entre 15 et 20 mutuelles pour la durée du projet) contribue à fonder une base socio-économique pour un accès des populations aux soins préventifs et curatifs et s'inscrit dans l'objectif général et spécifique du présent projet. Ce développement tient compte de la récente initiative du gouvernement de matière de gratuité des soins et d'autres initiatives, comme celle du centime additionnel dans la DRSP de Dosso, auxquelles le projet apportera un appui technique. Cette activité se développera dans une optique de recherche-action, en concertation avec le projet de mutuelle mis en place par la coopération Française.

Cette activité est très importante dans l'optique d'une amélioration de l'accessibilité et même de la qualité des soins. Cependant, les services de santé ainsi que le personnel de santé, ne disposent pas de la meilleure expertise pour la promotion et le développement des mutuelles de santé. C'est pourquoi le recours à une institution non-médicalisée bien habilitée à la promotion et du développement des mutuelles pour développer un véritable dialogue franc et démocratique entre les mutuelles et les structures de santé publiques ou privées. La possibilité de recourir à l'expertise des structures telle que le Centre International de Développement et de la Recherche (CIDR) de Compiègne en France qui a une bonne expérience sur la promotion des mutuelles en Afrique (Madagascar, Guinée, Bénin...) est suggérée.

Le montant de cette activité est estimé à **350.000** Euros

Activité 1.4 Renforcer la gestion des ressources humaines

Cette activité est en lien direct avec le projet 'Formation des Agents de Santé' et a pour objet de clarifier les éléments institutionnels, de mettre en œuvre certaines recommandations de l'étude des mutations institutionnelles et en complémentarité avec d'autres appuis (AFD).

Il s'agit concrètement de contribuer à la *mise en œuvre de certaines actions en matière de mutation institutionnelle*. Sur les 13 recommandations institutionnelles proposées lors de l'étude (voir référence plus haut), le présent projet prendra en charge, en complémentarité de celles

¹⁹ Etude de faisabilité, mise en place des mutuelles et formation des animateurs, suivi de visites et de documentation de leurs performances.

assumées par l'assistance technique de la coopération française²⁰, dont l'échéance est en juin 2010, les 6 actions suivantes:

- Appuyer la tenue de 4 ateliers inter directions centrales et entre les niveaux sur l'établissement participatif du cadre organique, des fiches de postes des agents, définition des liens fonctionnels y compris les relations avec les entités déconcentrées, décentralisées, et non étatiques –diagramme de répartition des rôles ;

Le montant de cette action est estimé à **12.000** Euros

- Appuyer 8 missions de suivi et de concertation sur le terrain. Ces missions seront pilotées par un groupe de travail « chargé de la finalisation de la description des fonctions et du cadre organique » mis en place par arrêté ministériel le 14/10/2007 ;

Le montant de cette action est estimé à **20.000** Euros

- Elaborer de cahiers de charges individualisés correspondant aux fiches de poste à tous les niveaux (central, DRSP, DS, CSI) et appuyer des missions d'appui technique sur le terrain (4 missions) ;

Le montant de cette sous-activité est estimé à **10.000** Euros

- Renforcer les capacités des responsables de la DRH par des formations courtes à l'étranger (comme l'ingénierie de la formation, le GPEC, la gestion informatisée des RH, ...)

Le montant de cette sous-activité est estimé à **15.000** Euros

- Financer la concertation MFP/T – MEF – MSP pour l'actualisation et la mise en cohérence des fichiers du personnel et de la gestion des carrières (un progiciel de GRH devrait être installé à la DRH durant l'année). Cette concertation se concrétisera par 4 ateliers ;

Le montant de cette sous-activité est estimé à **8.000** Euros

- Appuyer des missions annuelles d'appui et de supervision à la réalisation des entretiens annuels d'évaluation entre collaborateurs du MSP ;

Le montant de cette sous-activité est estimé à **10.000** Euros.

Ainsi le montant de cette activité est de **75.000** Euros.

Activité 1.5 Mettre en place une enveloppe financière pour soutenir des actions non prévues dans le présent projet

Certains appuis en matière de renforcement et d'amélioration de l'application des outils de planification et de l'intégration des programmes verticaux, il est proposé une enveloppe gérée en cogestion d'un montant de cent cinquante mille euros pour la durée du projet. Sa

²⁰ Voir les recommandations en matière de mutations institutionnelles : la coopération française prendre en charge celles qui ne sont pas incluses dans cette sous-activité

justification est de permettre à son équipe d'exécution d'être à même de réagir à toute opportunité d'appui qui subviendrait en cours d'exécution du présent projet. Elle ne se substitue pas à la réserve budgétaire (voir ligne x du budget global de la présente intervention).

Les allocations de cette enveloppe sont exclusivement réservées aux 2 processus décrits ci dessus et seront orientées sur toute action contribuant, au delà d'une possible contribution de la coopération belgo-nigérienne à la mise en place d'un Fonds Communs budgétaire, à permettre l'évolution du secteur santé vers l'approche sectorielle.

La pertinence du domaine d'allocation sera démontrée et toujours en relation avec le POA que l'équipe du projet. Il sera affecté en priorité à des actions de communication ciblant les communautés et des études ponctuelles. Par exemple, une étude complémentaire à ce que produiront, en terme de déficit d'information stratégique, les projets de recherche action, serait éligible. Un autre exemple est celui d'études sur la qualité des services, l'accessibilité, la contractualisation, etc ..., même s'ils se réfèrent plutôt au 2^{ème} résultat.

Sont exclus en terme d'éligibilité les domaines suivants :

- des extensions de participants aux ateliers inscrits dans le présent projet
- des missions à l'étranger
- des acquisitions d'équipements ou de consommables

Elle fera l'objet d'une approbation au début de l'action par la SMCL, en fin de l'action (voir 5.1.1 : modalités d'exécution).

Le montant de cette activité est de **150.000** euros.

3.2.2 Résultat 2 : La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central

Afin de contribuer à l'objectif général de ce projet, toute contribution de type institutionnel pour améliorer, dans la logique des Plans d'Action Annuels, la qualité des soins préventifs et curatifs est déterminante. En effet la qualité des soins n'est pas seulement induite que par des aspects techniques ou d'équipement mais autant par l'environnement de travail, d'encadrement, de motivation et de dialogue communautaire.

Trois activités permettront d'obtenir ce résultat et sont présentées dans le cadre logique.

Activité 2.1 Appuyer l'organisation de la supervision du niveau Central vers le niveau Régional

La supervision intégrée est à la fois un investissement humain et technique (formation continue), dans le but de maintenir et/ou améliorer une qualité optimale de soins produits par les supervisés à la population. Un guide vient d'être rédigé et sa mise en application nécessite un suivi technique (type recherche-action), en particulier d'un accompagnement et du soutien de l'équipe de supervision par l'Assistance Technique, et un investissement en matière d'information semi-qualitative. Elle fournit également un feed back au projet 'Formation' des Agents de la Santé.

Deux sous activités sont prévues :

- *Sur le plan technique*: accompagner de l'équipe de supervision centrale et documenter ce que ces supervisions produisent (un atelier de débriefing par supervision est pris en charge, soit 32 ateliers d'un jour pour l'ensemble du projet) ;
- *Sur le plan logistique* : doter la DOS d'un véhicule tout terrain pour améliorer la couverture nationale. Seuls les frais de carburants et de maintenance sont inclus dans le budget de cette sous activité.

Le montant de cette activité est estimé à **130.000** Euros.

Activité 2.2 Appuyer sur le plan technique la mise en place d'outils de référence et de contre références

Cette activité a pour objet d'améliorer le système de référence contre-référence, élément essentiel d'une approche systémique de qualité des soins curatifs et préventifs.

Trois sous activités sont prévues :

- *Etablir un mécanisme de documentation* sur le fonctionnement de ce sous-système, avec recours à un organisme scientifique ;
- Permettre, dans le cadre de l'observatoire en cours de mise en place, une bonne *appropriation du référentiel hospitalier établi* par toutes les structures de santé, en ayant recours à un consultant (une première avec une expertise internationale et les 3 autres années avec une expertise nationale, de 3 semaines par an) ;
- Organiser des *ateliers une fois par an*, dans chaque région, permettant à tous les niveaux du système de santé, en présence du niveau central, de *partager les expériences et de proposer des améliorations*. La présence de bénéficiaires à ces ateliers est un plus.

Le montant de cette activité est estimé à **150.000** Euros.

Activité 2.3 Contribuer à la réforme hospitalière

Il s'agit ici d'appliquer les normes et standards de la réforme hospitalière, toujours dans le souci d'une performance cohérente entre les différents niveaux du système de santé et de revoir régulièrement les PCA et PMA.

Par exemple l'apport d'un CCD au sein de l'HD de certains DS nécessite un réajustement du PCA, sur la base de l'amélioration de performance qu'il permet, d'une meilleure accessibilité aux soins gynéco-chirurgicaux, et d'un soulagement de la charge en références pour le niveau régional.

Deux sous-activités sont prévues :

- *Appuyer l'établissement de la carte hospitalière* actuellement en cours ;
- *Appuyer la mise en réseau des Hôpitaux Régionaux* du pays (4 rencontres par an avec le personnel cadre des 6 CHR).

Le montant de cette activité est estimé à **60.000** Euros.

3.2.3 Résultat 3 : La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place

D'après les observations faites et les informations reçues il y a beaucoup d'expériences intéressantes en matière de gestion de la santé et par des acteurs de la société civile ou publique. Il est important de valoriser et donc motiver toutes sortes d'initiatives qu'elles viennent de techniciens ou des administrations ou des communautés.

Il s'agit ici d'identifier des 'Meilleures Pratiques'²¹ (MP) que ce soit sur le financement des soins, la motivation des prestataires, la participation communautaire, les initiatives en matière, et d'attribuer des bourses de cycle court en Recherche sur les Systèmes de Santé et enfin d'appuyer des projets de recherche action, qui seront techniquement appuyés par le CPADS.

Activité 3.1 Identifier de 'Meilleures Pratiques' en santé

En Santé Publique, « Meilleure Pratique » n'est pas un catalogue de normes et standards, mais bien un processus de documentation de toute initiative ayant un caractère de réussite et de réplication, et par rapport à tous les mandats du MSP (qualité des soins, accès aux soins, évaluation des soins, dialogue communautaire, ... Il s'agit de rédiger un document et de le diffuser largement. C'est un outil de dialogue, de responsabilité et d'innovation.

Cette identification pourra se faire soit lors de supervisions du niveau central en interrogeant les Directions Régionales soit en complémentarité d'un projet de recherche action. On peut estimer à deux ou trois MP par année de projet soit un maximum de 12 MP pour la durée du projet. Un recours à un consultant pour la rédaction de ces MP est prévu ainsi que la création d'un comité au niveau central pour valider les projets d'éditer une MP.

Quatre sous-activités sont prévues :

- *Procéder à l'identification d'une MP* (par les superviseurs du niveau central et/ou régional, sur la base de critères à établir) ;
- *Observer, analyser et rédiger la MP* (trois missions de deux semaines par année)
- *Etablir une base de données* sur ces MP ;
- *Éditer, archiver et en diffuser le feed back* ces MP.

Le montant de cette activité est estimé à **93.000** Euros.

Activité 3.2 Financer les projets de Recherche-action approuvés

Il s'agit d'une part d'inscrire dans la routine des services de santé à chaque niveau la fonction de recherche-action afin de permettre au système de s'adapter aux situations nouvelles. Cette fonction fait partie du cycle administratif de gestion d'un programme et d'autre de fournir un appui financier à des thèses et/ou mémoires d'étudiants nigérien(e)s.

Deux sous activités sont prévues :

- *Fournir un appui financier pour un maximum de 12 projets de Recherche Action*²² pour la durée du projet. Ces projets de Recherche seront validés au niveau central par la Secrétaire Général et proposé par le CPADS. Elles seront suivies scientifiquement par le CPADS (voir R3, A3.9)

²¹ Un guide pour la validation et la mise en œuvre d'une « Meilleure Pratique » dans les programmes de santé est disponible à l'OMS. AFRO Brazzaville 2008

²² En complémentarité du PAREC

Le montant de cette sous activité est estimé à **60.000** Euros.

- De *soutenir financièrement des thèses et mémoires d'étudiants nigérien(e)s*, en concertation avec la DGSP et la FSS. Ce financement est planifié pour toute la durée du projet et attribuable à 8 étudiants(e) en formation dans les institutions académiques est important tant pour (i) créer des passerelles entre le système de santé tel qu'il se développe, (ii) contribuer à fournir un peu de moyens aux étudiant(e)s, (iii) apporter de l'information stratégique pour les décideurs

Le montant de cette sous activité est estimé à **40.000** Euros.

Le montant **total** de cette activité est estimé à **100.000** Euros.

Note : l'Ambassade de Belgique pourra opportunément attribuer des bourses pour le cycle court (2 mois) à l'étranger, par exemple en Recherche en Système de Santé (RSS).

3.3 LIENS DE FONCTIONNALITÉ AVEC LE PROJET 'FORMATION'

Une concertation mensuelle sera organisée entre les 2 équipes d'exécution de projet sous la présidence du Secrétariat Général du MSP. Elle fera l'objet d'une structuration formelle du type '**Comité Technique de Coordination**' validée par le SMCL. Une session trimestrielle de ce Comité est un minimum en terme de rythmicité. Cependant sa convocation peut être indiquée par l'un ou l'autre des équipes d'exécution et du ou de la Secrétaire Général du MSP.

Les thèmes attribués et à charge de ce Comité Technique de Coordination:

- Les appuis scientifiques ;
- L'exploitation des supervisions à tous les niveaux ;
- Le suivi des formés en management des DRSP, DS et des CCD ;
- La capitalisation ;
- La production des projets de recherche action ;
- La contractualisation.

3.4 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

Nous reprenons dans le tableau ci-dessous, les indicateurs par résultat ainsi que les sources de vérification.

Objectif/Résultats	Indicateurs	Sources de vérification
<p>Objectif spécifique</p> <p>Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en oeuvre du PDS sont renforcées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les indicateurs d'exécution du PDS sont significativement améliorés - Les indicateurs de qualité des soins curatifs et préventifs sont significativement améliorés - Le processus de Recherche Action est inclus dans la gestion de routine des 25% des services de santé de District et régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports annuels du PDS - Rapports du Projet (MTR et fin de projet) - Evaluations ponctuelles de la qualité des soins - Rapports de la Cellule 'Recherche' de la DEP
<p>Résultat 1</p> <p>L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les mécanismes de coordination structurée sont mis en place à tous les niveaux - Le processus de planification est amélioré sur le plan opérationnel et budgétaire - Les mutuelles prévues (20 au maximum) sont opérationnelles - Les recommandations en matière de mutations institutionnelles prévues sont mises en oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports annuels du PDS - Rapports de la DEP
<p>Résultat 2</p> <p>La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de supervisions de qualité effectuées / les programmées - La carte hospitalière est disponible pour tous les hôpitaux - Nombre de réf./contre-réf. conformes au système mis en place - Le taux d'admission dans les hôpitaux - Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> - La production du DSSR/E (SNIS) - Rapports du PDS - Evaluations ponctuelles de la qualité des soins
<p>Résultat 3</p> <p>La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10 MP sont disponibles en fin de projet et une stratégie d'échange de 'savoir' est mise en place, tant au niveau de la DOS que du CPADS et largement diffusées - Dix sur les 12 projets de RA identifiés ont produit des résultats concrets et utilisables par l'ensemble du Système de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports du PDS - Rapports du Projet (MTR et fin de projet)

3.5 ACTEURS INTERVENANTS NATIONAUX DANS LA MISE EN ŒUVRE

Etant donné qu'il s'agit d'un projet d'appui institutionnel qui a pour cible l'ensemble de la performance du système de santé, les intervenants dans la mise en œuvre sont très étendus :

- les responsables de tous les niveaux du système de santé, entre autre :
 - o au niveau central, la DGSP, la DEP, la DOS, la DGR et DGRH sont les directions les plus impliquées
 - o au décentralisé, les DRSP, les ECD en ce qui concerne l'offre
 - o les communautés bénéficiaires en ce qui concerne la demande.
- les autorités locales, impliqués au premier chef dans l'architecture de la planification d'un secteur sensible comme celui de la santé dans un processus de développement multi-sectoriel
- la société civile car, très contributive au niveau local et bien informée sur les besoins des bénéficiaires potentiels, elle est impliquée dans les processus appuyés dans le présent projet.

C'est ainsi que certains départements tels que ceux des Finances (étant donné que ce projet s'insère dans le développement d'une approche sectorielle et qu'il est membre du SMCL) et des collectivités locales (voir ci dessus) seront impliqués dans la mise en œuvre du projet.

4. RESSOURCES

4.1.1 Ressources financières

4.1.1.1 Les ressources financières de la contribution belge au projet

Elles sont présentées ci dessous en 3 rubriques : les résultats, la réserve budgétaire et les moyens généraux.

Le budget A : les 3 Résultats

Résultats	Montant (en euros)
R1	1.150.000
R2	340.000
R3	193.000
Sous total (60,1%)	1.683.000

Le budget X : la réserve budgétaire

Type	Montant (en euros)
Réserve budgétaire	60.000
Sous total (2,5%)	60.000

Le budget Z : les moyens généraux

Type	Montant (en euros)
Assistant technique international	600.000
Responsable national - prime	40.000
Assistant technique national (2)	80.000
Comptable temps plein	20.000
Secrétaire mi-temps	10.000
Chauffeurs (2)	20.000
Véhicules (3 dont 1 affecté à la DOS)	84.000
Equipement bureau et IT	10.000
Aménagement bureau	2.000
Fonctionnement véhicule	75.000
Télécommunication	15.000
Fournitures de bureau	8.000
Missions à l'étranger	30.000
Missions à l'intérieur	25.000
Frais financiers	3.000
Suivi évaluation (CTB/MTR/Finale)	25.000
Audit externe	10.000
Sous Total (37,4%)	1.057.000
TOTAL GENERAL	2.800.000

4.1.1.2 Détails sur les montants par type de coût (en euros)

Type de coût	% du total budgétaire	Coût en euros
Investissements	2,7%	102.000
Ressources techniques (voir résultats)	48,8%	1.367.900
Ressources humaines (Responsable national, assistance technique et en personnel d'appui)	27,1%	760.000
Appui au fonctionnement	5,3 %	151.100
Suivi/audit et backstopping	0,1%	29.000

Frais divers (frais financiers, y inclus le Fonds d'appui et de réserve et le financement des RA)	13,9%	390.000
TOTAL	100%	2.800.000

4.1.1.3 Détails sur la contribution du Niger

Type de coût	% du total budgétaire	Coût en Fcfa	Coût en Euros
Locaux	+/- 29 %	48.000.000	73.170
Ressources humaines (Responsable national, assistance technique et en personnel d'appui)	+/- 61 %	103.000.000	157.000
Appui au fonctionnement (véhicules par exemple)	+/- 10 %	16.400.000	25.000
TOTAL	100%	167.400.000	255.170

4.1.2 Ressources humaines

4.1.2.1 Direction de l'intervention

Une équipe d'exécution du projet, responsable de la cogestion sera composée du ou de la Secrétaire Général du MSP ou d'un(e) délégué(e) désigné, comme responsable pour la partie nigérienne, et d'un(e) ATI comme co-responsable pour la partie belge (se référer au chapitre 5 pour les modalités d'exécution).

Cette équipe est responsabilisée pour la bonne mise en œuvre et l'évaluation/suivi continue des activités en vue d'atteindre les 3 résultats attendus.

Le ou la responsable pour la partie nigérienne bénéficiera d'une prime forfaitaire.

4.1.2.2 Assistance technique internationale

Un (ou une) assistant technique international est prévu (voir 4.1.1.1). Cette assistance internationale se justifie par les éléments suivants : un accompagnement sur le plan technique pointu, une ampleur et diversité des tâches à assumer. Un médecin de santé publique expérimenté plein temps est requis et pour les quatre années de l'intervention.

Des termes de références détaillés sont proposés en annexe du DTF. Les éléments essentiels de ces TDR sont :

- Etre co-responsable de l'atteinte des résultats et de la gestion du projet ;
- Etre responsable de la gestion des budgets prévus en régie ;

- Coordonner l'équipe d'assistants techniques et gérer le personnel d'appui détaché au projet par le Gouvernement du Niger (en concertation avec l'ATI du Projet 'Formation') ;
- Coordonner et mettre en route les expertises nationales et internationales planifiées ;
- Etre co-responsable des relations/concertations avec les autres partenaires actifs en appui institutionnel ;
- Assumer la responsabilité du secrétariat des sessions et activités (supervisions conjointes, ...), menées dans le cadre partenarial des PTF, dans le domaine de la santé.

Cette assistance disposera de moyens matériels partagés (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet, ...) avec le Projet 'Formation'.

4.1.2.3 Assistance technique nationale

Vu le registre des résultats à atteindre par la présente intervention et la charge de travail en matière d'appui et accompagnement tant au niveau central qu'au niveau périphérique, deux Assistants Techniques Nationaux se justifient. Ils se doivent d'être des médecins spécialistes en Santé Publique (en particulier en gestion de système de santé). Ils auront un statut de 'détaché' et seront mis à disposition par le MSP. Le MSP s'engagera pour les 4 années de l'intervention.

Leurs Termes de Références sont proposés en annexe. Les éléments essentiels de ces TDR sont, sous l'autorité de l'équipe d'exécution du projet :

- Prendre en charge les activités du projet selon le domaine (à répartir entre ATN) et leur expérience ;
- Participer à l'établissement et au suivi des plans opérationnels annuels des activités (POA) du projet ;
- Entretenir des rapports réguliers, avec les collègues du niveau central en fonction des activités et domaines pris en charge.

4.1.2.4 Expertises ponctuelles

Le besoin en expertises ponctuelles (8 réparties dans les activités du projet) est présenté ci dessous :

1. Recours à une expertise nationale ciblée :

- A.1.1: cartographie des interventions
- A.1.2: étude sur l'amélioration du dialogue communautaire à tous les niveaux, étude sur l'efficacité des dépenses dans le cadre du PDS
- A.1.4: diagnostic organisationnel des DRSP
- A.3.1: rédiger les "Meilleures Pratiques"

2. Recours à un organisme scientifique :

- A.1.2 : appui à la DGSP pour le développement de l'intégration des programmes verticaux à tous les niveaux
- A.1.3: développement de mutuelles communautaires dans le cadre de la gratuité des soins et interface entre ces mutuelles et les services de santé publics ou privés
- A.2.2: développer un mécanisme de documentation du sous système de référence/contre référence

Ces expertises seront mises en route conformément aux procédures nationales.

4.1.2.5 Le staff administratif et financier

Un(e) comptable sera recruté(e) pour le présent projet. Cette personne sera localisée au sein du MSP dans les locaux des deux projets. La ligne hiérarchique est l'équipe d'exécution du projet.

Un(e) secrétaire sera recruté(e) pour les deux projets, celui-ci et celui de l'Appui à la formation des Agents de santé. Le présent projet inscrit ainsi ce coût pour moitié dans son budget « moyens généraux ». La localisation dans les locaux actuels (quatre bureaux au sein du MSP-voir ci dessus) autorise ce partage. La ligne hiérarchique pour ce personnel, est collégiale (les deux équipes d'exécution de projet).

Deux chauffeurs seront recrutés pour le présent projet inscrit à son budget à temps plein. Cela couvre les besoins des 3 Assistants Techniques et toutes les nombreuses missions de terrain à organiser pendant toute la durée du projet.

4.1.3 Ressources matérielles

Ces ressources constituent un apport assez réduit, étant donné le caractère 'technique et d'accompagnement des collègues nationaux' du projet, soit 3,65% du budget total.

Il s'agit de :

- Matériel de bureautique (avec connexion Internet performante) et de communication ;
- Matériel de reprographie ;
- 3 véhicules 4 x4, deux pour les Assistants Techniques et un pour la Direction de l'Organisation des Soins (exclusivement pour les supervisions du niveau Central sur le niveau périphérique)

Les 2 véhicules affectés à l'intervention ne peuvent être utilisés que pour les besoins du projet, à l'exclusion de tout autre usage. Ils sont munis d'un carnet de bord dont le modèle et la tenue sont obligatoires. Ils sont approvisionnés et entretenus dans le cadre de dispositions prises par la direction de l'intervention. Ces dispositions doivent permettre le contrôle des dépenses relatives à chaque véhicule.

5. MODALITES D'EXECUTION

5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative à l'intervention à signer entre la république de Niger et le Royaume de Belgique.

Pour la partie nigérienne, le ministère de santé est l'entité responsable, qui à ce titre assume le rôle de maître d'ouvrage ainsi que celui de l'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses.

Pour la partie belge, la Direction générale de la Coopération au développement (DGCD) est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge à l'intervention. La partie belge confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du programme à la Coopération Technique Belge. A ce titre, la CTB, à travers son Représentant Résident à Niamey, assume le rôle de co-ordonnateur chargé d'approuver les dépenses.

Le Ministère de Santé désigne le responsable de l'intervention, avec un avis de non-objection de la CTB. Ce dernier porte, pour la partie nigérienne, la responsabilité de l'exécution de l'intervention et la réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention Spécifique et dans ce dossier technique et financier.

La CTB recrute comme coresponsable un assistant technique international en santé publique, responsable pour la partie belge de la réalisation des résultats intermédiaires en vue de l'atteinte de l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention Spécifique et dans ce dossier technique et financier, en appui au responsable de l'intervention. La CTB transmettra le procès verbal (PV) de sélection à la partie nigérienne pour approbation.

5.2 RESPONSABILITÉ TECHNIQUE

Le responsable et le co-responsable partagent la responsabilité technique de la gestion et de la coordination de l'intervention..

5.3 STRUCTURES D'EXECUTION ET DE SUIVI

5.3.1 La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties conviennent de créer, dès la signature de la convention spécifique, une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL).

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) assurera une supervision générale de l'exécution de la prestation de coopération et prendra, sur la base des différents rapports et recommandations, toutes les mesures nécessaires à une adaptation du dossier technique et financier (DTF) sans toutefois modifier l'objectif principal, l'objectif spécifique, la durée et le budget global de la prestation.

Compétences et attributions

La SMCL aura comme attributions de :

- Mettre en place les structures d'exécution du projet ;
- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Apprécier l'état d'avancement du projet et de l'atteinte de ses résultats sur base des rapports d'exécution du projet ;
- Approuver les plans d'activités du projet ;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du dossier technique et financier, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties ;
- Résoudre, tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer conjointement la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition du projet et prendre toute mesure d'encouragement ou de corrections nécessaires ;
- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles ;
- Superviser la clôture du projet et approuver le rapport final.

Composition

La composition de SMCL est la même que le projet « Formation des Agents de Santé » Elle est présentée ci dessous :

Le représentant du Ministère de la Santé (MSP) : Président ;

Le représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération ;

Le représentant du Ministère de l'Economie et des Finances ;

Le représentant du Cabinet du Premier Ministre ;

Le Directeur des Etudes de la Planification du MSP (et /ou le Directeur Général de la Santé Publique ?);

Le représentant résident de la CTB ou son délégué.

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

Mode de fonctionnement

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention Spécifique. Il est officiellement approuvé lors de la première SMCL du projet ;
- La SMCL est convoquée et présidée par représentant du Ministère de la Santé (MSP) ou par son délégué ;
- La SMCL se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son président ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre ;
- Elle prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres présents ;

- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB et d'assurer les formalités de clôture ;
- Le secrétariat de la SMCL est assuré par la direction du projet.

5.3.2 Direction du projet

En cas de cogestion, le pays partenaire est responsable de l'exécution de l'intervention.

La Belgique et le pays partenaire s'assurent que cette exécution :

- Est conforme aux procédures fixées de commun accord ;
- Se fait dans les conditions techniques et économiques les meilleures.

5.4 RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES

La contribution financière belge couvre essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte des résultats intermédiaires et est mise à disposition de l'intervention sous la forme d'une contribution non remboursable, et de prestations en expertises nationale et suivi et évaluation. Ces différents apports sont fournis à l'intervention par l'intermédiaire de la CTB en exécution d'une Convention de Mise en Oeuvre de la Partie belge.

La contribution de la Partie nigérienne couvre essentiellement les coûts du personnel, son fonctionnement et de mise à disposition et entretien des infrastructures.

5.5 MODALITÉS DE GESTION DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE NON REMBOURSABLE

La contribution financière destinée à financer les activités du projet sera gérée selon le principe de la cogestion, à l'exception des activités gérées en régie (voir p. 5.6.) Les dépenses relatives et imputables sur la contribution belge seront approuvées par un Ordonnateur désigné par la partie nigérienne et le Représentant résident de la CTB à Niamey, désigné par la partie belge comme Coordonnateur des ressources financières.

En matière de gestion financière, la philosophie d'une cogestion dans une approche programme signifie :

- Intégrer le budget du programme dans les budgets des régions et districts nigériens,
- Décentraliser la gestion des dépenses sur le budget en cogestion,
- Assurer la transparence des budgets belges et nigériens.

5.5.1 Compte et pouvoir de signature

Intégration des budgets

Le budget sera intégré au budget national.

Les modalités concrètes de l'intégration des budgets du programme à ceux des régions/districts seront élaborés par l'équipe de projet et validées par la SMCL au début de la mise en œuvre du programme en tenant compte des évaluations et analyses des expériences de gestion des projets

Dès la signature de la Convention Spécifique un compte en FCFA (compte principal) sera ouvert auprès d'une institution bancaire nigérienne.

Ce compte principal sera alimenté trimestriellement par la CTB à la demande de l'ordonnateur et du co-ordonnateur en fonction de la réalisation des dépenses et de la programmation budgétaire.

Un compte secondaire sera ouvert auprès d'une institution bancaire nigérienne. Ce compte sera approvisionné mensuellement à partir du compte principal mentionné ci-dessus à la demande du responsable et du co-responsable en fonction du planning budgétaire et des soldes existants tout en limitant les fonds sur ces comptes.

Les modalités sont les suivantes :

- Nom du compte : '**Contribution belge, Appui Institutionnel au MSP – CAI/ Phase II** '
- Choix de la banque : une institution bancaire travaillant avec la CTB dans le pays
- Pouvoir de signature (toujours double signature)

Signature 1	Signature 2	Limite
Directeur	Co-directeur	12.500 EUR
Ordonnateur	Co-ordonnateur /délégué	67.000 EUR
Ordonnateur /délégué	Co-directeur	67.000 EUR

5.5.2 Mise à disposition des fonds

5.5.2.1 Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Oeuvre entre l'état belge et la CTB, un *appel de fonds* par mode de financement peut être introduit à la représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit être signé par l'ordonnateur.

5.5.2.2 Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire à la représentation locale de la CTB un appel de fonds par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. Cet appel de fonds doit être signé par la direction du projet et aussi par l'ordonnateur pour la partie cogérée.

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

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- Le montant de l'appel de fonds n'est pas plus élevé que le solde budgétaire.

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

5.5.3 Les marchés publics

La législation belge sera applicable pour les fonds gérés en régie.

Pour les fonds en cogestion, la législation nigérienne des marchés publics sera d'application pour l'attribution des marchés. Toutefois, les dossiers d'appel d'offres feront référence à la source du financement belge.

Lors de la passation de marchés financés en cogestion, les procédures suivantes seront appliquées :

1. Avant la publication de chacun des appels d'offre, la direction du projet transmettra au Coordonnateur et à l'Ordonnateur pour avis préalable et approbation :
 - a) Le mode d'attribution du marché (appel d'offres ouvert, appel d'offres restreint ou autre) ;
 - b) Le cas échéant, la liste et les coordonnées des entreprises ou fournisseurs pré-sélectionnés ;
 - c) Le cahier des charges incluant les critères d'attribution qui seront utilisés ;
 - d) Un exemplaire complet du dossier d'appel d'offres.

2. Les dossiers d'appel d'offres feront référence à la source de financement belge, à la Convention générale de Coopération au développement entre le Royaume de Belgique et la République du Niger, signée le 26 mars 2003 ainsi qu'à la Convention spécifique du Projet.
3. Le responsable et/ou le coresponsable du Projet ou leurs délégués participeront tant à l'ouverture des plis qu'au dépouillement et à l'analyse des offres. Au moment de l'ouverture des plis, un exemplaire de chacune des offres sera transmis au Représentant résident de la CTB pour le Niger.
4. L'ensemble des documents issus de l'ouverture et de l'analyse des offres et les copies des dossiers d'appel d'offres enregistrés à l'occasion de la publication des marchés seront transmis à la Représentation de la CTB.
5. Pour être définitif, le choix de l'adjudicataire et le contrat ou lettre de commande devra recevoir l'accord du Représentant résident de la CTB au Niger. Ce dernier fera ses remarques dans les trente jours calendriers suivant la date de réception de la proposition et visera le contrat pour « Vu et approuvé ».

5.6 LA GESTION EN RÉGIE EFFECTUÉE DIRECTEMENT PAR LA CTB

La CTB aura la responsabilité de gérer directement les activités liées à l'expertise technique longue durée, aux certains formations et aux évaluations.

Les fonds en régie seront gérés et payés à partir du siège de la CTB, ou par le Représentant Résident et le Co-responsable de la CTB à Niamey.

5.7 RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER

5.7.1 Comptabilité

Mensuellement, la *comptabilité* doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par le directeur et le co-directeur et transmise à l'ordonnateur et au co-ordonnateur (représentation locale de la CTB). La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.7.2 Programmation financière

Trimestriellement, la direction du projet doit élaborer une *programmation financière* pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation

financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à la représentation locale de la CTB.

5.7.3 Rapportage financier au SMCL

A chaque réunion de SMCL, la direction du projet doit présenter *l'information financière* suivante:

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

5.7.4 Gestion du budget

Le budget total et le budget par mode d'exécution ne peuvent pas être dépassés. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire une demande motivée d'augmentation doit être introduite auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord du SMCL. Si la Belgique accepte la demande on procède à un échange de lettres signées par les deux parties.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par le SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet. Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire);
- Ré-allocation des montants entre lignes budgétaires ;
- Ré-allocation des moyens entre modes de financement ;
- Utilisation de la réserve budgétaire.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

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

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.7.5 Audit financier

5.7.5.1 Audit projet

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

- La vérification que les comptes du projet reflètent la réalité
- Le contrôle de l'existence et le respect des procédures.

Le SMCL peut demander des audits supplémentaires s'il les juge nécessaires.

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

Le rapport d'audit doit être présenté à la SMCL. Si nécessaire la direction doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives ont été entreprises.

5.7.5.2 Audit CTB

Chaque année les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.7.6 Dépenses après Convention

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de SMCL.

5.7.7 Rapports annuels

Un rapport de suivi-évaluation annuel, y compris un plan opérationnel des activités (POA) est préparé annuellement par le responsable de projet en collaboration avec le co-responsable, selon les canevas de la CTB. Il constitue une base essentielle pour le suivi du projet, et de ses éventuels ajustements (aussi bien au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Ce rapport, co-signé par le responsable et le co-responsable est approuvé par la SMCL.

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

Ce POA, co-signé par le responsable et le co-responsable est approuvé par la SMCL et joint au PV de la réunion..

5.7.8 Rapport final

Un rapport final sera élaboré par le responsable de projet en collaboration avec le co-responsable et les autres membres de la CCA, selon le canevas de la CTB.

5.8 MÉCANISME D'APPROBATION DES ADAPTATIONS DU DTF

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

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

- les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie nigérienne,
- les résultats, y compris leurs budgets respectifs,
- les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale,
- le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF,
- les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique,
- les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties,
- un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

La partie nigérienne et la CTB informent l'Etat Belge si de telles modifications sont apportées au projet.

Si des changements à l'objectif spécifique, au montant total ou à la durée de la convention spécifique sont proposés par le pays partenaire et sur demande motivée des entités responsables pour la mise en œuvre, le pays partenaire introduit une requête auprès de l'Ambassade de la Belgique. Le pays partenaire et l'Etat Belge peuvent convenir de ces changements par échange de lettres.

5.9 SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'intervention pour qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs et obtenir les résultats attendus, au bénéfice des populations.

Les 4 mécanismes suivants mis en place sont présentés ci dessous : les données de base, la revue à mi-parcours, les missions du siège et l'évaluation finale.

5.9.1 Données de base

Sur ce plan, il ne nous paraît pas nécessaire de recourir à une « Baseline Study ». En effet, des données récentes pertinentes aux résultats à atteindre dans ce projet sont disponibles dans des documents tels que : le rapport d'inventaire établi en mars 2008 dans le cadre de l'ihp+, le rapport d'évaluation du PAPDS actuel, et d'autres études récentes disponibles qui seront synthétisés par l'équipe de projet lors de son démarrage.

Cette synthèse sera présentée lors d'un atelier de démarrage, qui aura pour objectif essentiel de présenter le projet à toutes les parties prenantes, en vue d'une appropriation optimale. Cette appropriation est cruciale tant pour l'efficacité et l'efficacités du projet que pour sa continuité.

La validation du tableau d'indicateurs proposés dans le cadre de l'établissement des PAO, tiendra compte de cette synthèse.

5.9.2 Revue à mi-parcours (RMP ou MTR)

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation à mi-chemin. Les termes de références de cette évaluation à mi-parcours seront présentés et validés suivant les procédures en vigueur au moment de cette évaluation. La gestion administrative de cet RMP sera faite par la CTB à Bruxelles.

5.9.3 Les missions du siège de Backstopping

Deux missions de backstopping sont prévues. Cette activité a pour but de contribuer à développer et maintenir un niveau de qualité technique des projets conformément au Cadre Conceptuel de la coopération belge en santé et en subsidiarité entre le siège et les pays.

Les personnes impliquées dans ce processus sont :

- Les équipes d'exécution de projet (santé) de la CTB et la Représentation/pays (opérationnalisation de la mission), d'une part,
- Les membres de la Cellule Santé et des autres Cellules d'EST et autres Directions de la CTB/Siège, d'autre part.

Les Points possibles de départ du processus peuvent être soit :

- Une demande de l'ATI ou d'une équipe d'exécution de projet, transmise après concertation de la Représentation ;
- Ou une demande de la Représentation/pays de la CTB, soit pour participer à une revue évaluative formelle intermédiaire, soit pour débloquer un projet s'il s'agit de problèmes plutôt 'techniques', ou pour la gestion d'un risque particulier ou menace particulière ;
- Ou une demande d'une autre direction de la CTB siège (problèmes de gestion financière, ...);
- Ou un des membres de la Cellule Santé d'EST sur la base d'un rapport ou d'une perception d'évolution trop lente, de performance en deçà de ce que l'on attend ou manque d'informations sur l'évolution, une réunion régionale sur un thème opérationnel pour développer des synergies entre projets, ...

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

5.9.4 L'évaluation finale

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation finale. Les termes de références de cette évaluation seront présentés et validés suivant les procédures en vigueur au moment de cette évaluation. Le lancement de l'appel d'offre sera fait par la CTB à Bruxelles.

5.10 CLÔTURE DE LA PRESTATION

La durée globale de la convention spécifique est de 60 mois ; la durée de l'exécution du projet est de 48 mois.

Six mois avant la fin du projet un bilan financier doit être élaboré par la direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté au SMCL de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB.

Un rapport final est établi à la fin de la 4ème année du Projet de mise en œuvre du dossier technique et financier. Ce rapport sera établi par le Responsable et le co-Responsable du Projet.

A la fin du Projet, les sommes restées éventuellement disponibles sur les comptes cogérés du Projet et les investissements feront l'objet d'une affectation décidée de commun accord entre les parties belge et nigérienne.

6. THEMES TRANSVERSAUX

6.1 ENVIRONNEMENT

Dans le cadre de cette intervention et particulièrement du deuxième résultat ciblé sur l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs, les aspects d'hygiène hospitalière recevront toute l'attention nécessaire à laquelle on doit s'attendre. En dehors de cet élément, les études menées dans le cadre du dialogue communautaire peuvent être une bonne opportunité pour une meilleure et constante appropriation par les communautés en ce qui concerne l'aménagement de leur environnement physique et biologique.

L'équipe du projet veillera à intégrer dans son fonctionnement les préoccupations environnementales (équivalent EMAS) en particulier au niveau de l'utilisation des véhicules, du papier etc...

6.2 GENRE ET DROITS DE L'ENFANT

L'intervention, dans le développement des capacités des Ressources Humaines (voir activité 1.4) est une opportunité pour prendre en compte ce thème. Il a été évoqué par exemple la problématique de la féminisation du personnel de santé etc...D'autre part, le développement des mutuelles communautaires (avoir activité 1.3) et toutes les autres actions afférentes à leur renforcement et leur extension sont des opportunités pour améliorer l'accès aux services aux femmes et à leurs enfants.

6.3 ECONOMIE SOCIALE

De même, l'appui au développement de mutuelles communautaires peut contribuer non seulement à réduire les risques par des événements critiques dans le domaine de la santé (par exemple par une incitation à un recours précoce aux soins et ainsi réduire le coût unitaire de ces soins), mais aussi à soulager les charges financières des coûts de santé pour les familles ou les ménages.

6.4 HIV/SIDA

Dans cette intervention (voir R/A2) la coordination intégrée des problèmes de santé est bien adressée. Ainsi les programmes et activités en matière de lutte et prise en charge VIH/Sida feront l'objet d'une intégration intra-sectorielle, à tous les niveaux. Cela constituera un excellent traceur de performance du système de santé dans ce domaine.

7. ANNEXES

7.1. Cadre Logique

7.2. Budget total et chronogramme

7.3. Termes de référence de l'assistance technique

7.4. Termes de référence de l'étude des dépenses du système de santé

7.5. Actions essentielles en matières de mutations institutionnelles du MSP (recommandations)

7.1 CADRE LOGIQUE

Objectif général

L'état de santé des populations, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré

Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en oeuvre du PDS sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> - Les indicateurs d'exécution du PDS sont significativement améliorés - Les indicateurs de qualité des soins curatifs et préventifs sont significativement améliorés - Le processus de Recherche Action est inclus dans la gestion de routine des 25% des services de santé de District et régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports annuels du PDS - Rapports du Projet (MTR et fin de projet) - Evaluations ponctuelles de la qualité des soins - Rapports de la Cellule 'Recherche' de la DEP 	<p><u>Risques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insécurité dans le pays - Apparition de maladies émergentes - Lourdeur dans les procédures nationales - Insuffisance en communication et coordination entre les structures, à tous les niveaux <p><u>Hypothèses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un renforcement des RH du niveau central est mené dans le cadre des mutations institutionnelles - Le FC évolue vers une forme budgétaire - Adéquation optimale des ressources allouées au secteur

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant	<ul style="list-style-type: none"> - Les mécanismes de coordination structurée sont mis en place à tous les niveaux - Le processus de planification est amélioré sur le plan opérationnel et budgétaire - Les mutuelles prévues (20 au maximum) sont opérationnelles - Les recommandations en matière de mutations institutionnelles prévues sont mises en oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports annuels du PDS - Rapports de la DEP - Rapports techniques et financiers des recours au à l'enveloppe financière 	<u>Risques</u> Voir plus haut <u>Hypothèses</u> <ul style="list-style-type: none"> - Une expertise en appui budgétaire et en matière d'approche sectorielle contribue à préparer la contribution de la coopération belgo-nigérienne au FC - L'approche de la gestion basée sur la performance est renforcée dans le prochain PDS - Une amélioration attendue des procédures publiques
	Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge
R1/A1: Renforcer les mécanismes de coordination des programmes/projets à tous les niveaux, y compris le niveau central entre les différentes directions	<ul style="list-style-type: none"> -Consultance sur la confection d'une cartographie nationale des interventions -Ateliers de mise en place de cadre de concertation à tous les niveaux 	45.000	
R1/A2 : Améliorer le processus de planification et son suivi et renforcer l'intégration des programmes verticaux au niveau des structures existantes	<ul style="list-style-type: none"> -Études pour améliorer le dialogue communautaire -Etude sur l'efficacité des dépenses -Expertise pour mener une analyse verticale des programmes verticaux 	680.000	
R1/A3: Contribuer à améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables, par un appui au développement de mutuelles communautaires et de la gratuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> -Expertise en matière de développement des mutuelles 	350.000	
R1/A4 : Renforcer la gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> -Consultance en matière de diagnostic institutionnel -Ateliers et missions de suivi sur le terrain -Organisation de formations à l'étranger 	75.000	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2. La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de supervisions de qualité effectuées sur celles programmées - La carte hospitalière est disponible pour tous les Hôpitaux - Nombre de références/contre-références conformes au système mis en place - Le taux d'admission dans les hôpitaux - Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> - La production du DSSR/E (SNIS) - Rapports du PDS - Evaluations ponctuelles de la qualité des soins 	<p><u>Risques</u> Voir plus haut</p> <p><u>Hypothèses</u> -Le gradient en compétences entre les niveaux du système est significativement développé -Des mécanismes d'Assurance Qualité des soins sont opérationnels</p>
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Risques et hypothèses
R2/A1 Appuyer l'organisation de la supervision du niveau central vers le niveau régional	- Appui financier aux supervisions (32 ateliers de débriefing, ...) et accompagnement	130.000	
R2/A2 Appuyer sur le plan technique la mise en place d'outils et de mécanismes harmonisés de références et de contre-référence	<ul style="list-style-type: none"> - Recours à un organisme scientifique pour mettre en place un mécanisme de documentation sur la réf/contre-référence - Organisation d'ateliers à tous les niveaux - Recours à une expertise internationale et nationale pour l'appropriation du référentiel hospitalier établi 	150.000	
R2/A3 Contribuer à la réforme hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> - Activités d'établissement de la carte hospitalière sur l'ensemble du pays - Organiser 4 rencontres avec le personnel cadre des CHR 	60.000	

<p>Résultat 3. La capitalisation des acquis produits par le système de santé est mise en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10 MP sont disponibles en fin de projet et une stratégie d'échange de 'savoir' est mise en place, tant au niveau de la DOS que du CPADS et largement diffusées - Dix/les 12 projets de RA identifiés ont produit des résultats concrets et utilisables par l'ensemble du Système de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports du PDS - Rapports du Projet (MTR et fin de projet) 	<p><u>Risques</u> Voir plus haut</p> <p><u>Hypothèses</u> -Le développement des activités de mémoire institutionnelle est une priorité pour tous les décideurs du Système de Santé -Le processus de Recherche fait partie intégrante du cycle administratif dans la gestion quotidienne des directions et services de santé</p>
<p>Activités par Résultat</p>	<p>Moyens</p>	<p>Coûts en Euros Contribution belge</p>	<p>Risques et hypothèses</p>
<p>R4/A1 Identifier des Meilleures Pratiques en santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser 3 missions pas an de 2 sem. - Coûts de rédaction, édition et diffusion d'une douzaine de MP 	<p>93.000</p>	
<p>R4/A2 Financer les projets de Recherche Action approuvés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appui financier pour une douzaine de projets de recherche - Soutenir financièrement pour 8 étudiants d'institutions académiques 	<p>100.000</p>	

7.2 BUDGET TOTAL ET CHRONOGRAMME

Appui Institutionnel au MSP - NER 08 023 01				CHRONOGRAMME						
BUDGET TOTAL				Mode d'exéc.	Budget total	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
A	Objectif spécifique: Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées				1.683.000	60,1%	441.250	418.250	413.250	410.250
A	01	<i>L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du FC</i>			1.150.000	41,1%	287.500	287.500	287.500	287.500
A	01	01	Renforcer les mécanismes de coordination à tous les niveaux	Cogestion	45.000		11.250	11.250	11.250	11.250
A	01	02	Améliorer le processus de planification et renforcer l'intégration des programmes verticaux	Cogestion	680.000		170.000	170.000	170.000	170.000
A	01	03	Contribuer à améliorer l'accès aux soins aux plus vulnérables, par la création de 20 mutuelles communautaires	Cogestion	350.000		87.500	87.500	87.500	87.500
A	01	04	Renforcer la gestion des ressources humaines	Cogestion	75.000		18.750	18.750	18.750	18.750
A	02	<i>La qualité des soins est améliorée par un encadrement performant du niveau central</i>			340.000	12,1%	105.500	82.500	77.500	74.500
A	02	01	Appuyer la supervision du niveau central sur la régionale	Cogestion	130.000		53.000	30.000	25.000	22.000
A	02	02	Mettre en place des outils et mécanismes harmonisés de référence/contre référence	Cogestion	150.000		37.500	37.500	37.500	37.500
A	02	03	Contribuer à la réforme hospitalière	Cogestion	60.000		15.000	15.000	15.000	15.000
A	03	<i>La capitalisation des acquis produits par le système est mise en place</i>			193.000	6,9%	48.250	48.250	48.250	48.250
A	03	01	Identifier les Meilleures Pratiques	Cogestion	93.000		23.250	23.250	23.250	23.250
A	03	02	Financer des projets de Recherche Action approuvés	Cogestion	100.000		25.000	25.000	25.000	25.000
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)				60.000	3,6%	15.000	15.000	15.000	15.000
X	01	Réserve budgétaire			60.000	2,1%	15.000	15.000	15.000	15.000
X	01	02	Réserve budgétaire	Cogestion	60.000		15.000	15.000	15.000	15.000
Z	Moyens généraux				1.057.000	37,8%	330.500	246.000	234.500	246.000
Z	01	<i>Frais de personnel</i>			770.000	27,5%	192.500	192.500	192.500	192.500
Z	01	01	Assistant Technique International	Régie	600.000		150.000	150.000	150.000	150.000
Z	02	02	Responsable national - prime	Régie	40.000		10.000	10.000	10.000	10.000
Z	03	03	Assistance Technique Nationale (2)	Régie	80.000		20.000	20.000	20.000	20.000
Z	04	04	Comptable temps plein	Cogestion	20.000		5.000	5.000	5.000	5.000
Z	05	05	Secrétaire mi-temps	Cogestion	10.000		2.500	2.500	2.500	2.500
Z	06	06	Chauffeurs (2)	Cogestion	20.000		5.000	5.000	5.000	5.000
Z	02	<i>Investissements</i>			96.000	3,4%	96.000			
Z	02	01	Véhicules	Cogestion	84.000		84.000			
Z	02	02	Equipement bureau et IT	Cogestion	10.000		10.000			
Z	02	03	Aménagements du bureau	Cogestion	2.000		2.000			
Z	03	<i>Frais de fonctionnement</i>			156.000	5,6%	39.000	39.000	39.000	39.000
Z	03	03	Frais de fonctionnement des véhicules	Cogestion	75.000		18.750	18.750	18.750	18.750
Z	03	04	Télécommunications	Cogestion	15.000		3.750	3.750	3.750	3.750
Z	03	05	Fournitures de bureau	Cogestion	8.000		2.000	2.000	2.000	2.000
Z	03	06	Missions à l'étranger	Régie	30.000		7.500	7.500	7.500	7.500
Z	03	07	Missions à l'intérieur	Régie	25.000		6.250	6.250	6.250	6.250
Z	03	09	Frais financiers	Cogestion	3.000		750	750	750	750
Z	04	<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>			35.000	1,3%	3.000	14.500	3.000	14.500
Z	04	01	Frais de suivi et évaluation CTB/MTR/évaluation finale	Régie	25.000		3.000	9.500	3.000	9.500
Z	04	02	Audit	Régie	10.000			5.000		5.000
					2.800.000		786.750	679.250	662.750	671.250

7.3 TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE

7.3.1 Expert international, Médecin spécialiste en santé publique, expert en appui institutionnel - organisation des systèmes de santé

Justification

Le secteur de la Santé au Niger bénéficie de l'appui de la Coopération Belgo-Nigérienne depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré. Ce secteur, dont la Belgique est le chef de file des PTF, est bien structuré en matière de stratégie, de dialogue et de suivi par le ministère et les partenaires, ce qui a permis d'améliorer significativement les indicateurs de santé. Dans le domaine de la Santé la Coopération Belgo-Nigérienne intervient à travers le Programme d'Appui à la mise en oeuvre du Plan de Développement Sanitaire (PAPDS), qui a démarré en avril 2005 et prend fin en décembre 2009. Ce programme comporte 5 sous-programmes à savoir:

1. Appui à la Région Sanitaire de Dosso;
2. Appui à la Communauté Urbaine de Niamey ;
3. Appui au service d'orthopédie traumatologie de l'Hôpital National de Niamey;
4. Appui aux institutions de formation;
5. Appui institutionnel au MSP à travers une Cellule d'Appui Institutionnel (CAI).

L'évaluation finale du PAPDS qui a eu lieu en septembre 2008 a montré que, malgré les lacunes et les difficultés rencontrées, ce programme a eu un impact significatif dans la mise en oeuvre du PDS, qui était son but principal.

Dans le cadre du futur appui au PDS, la Belgique et le Niger souhaitent développer des collaborations en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus vulnérables du Niger. Ainsi, les deux pays ont convenu d'améliorer l'offre et la demande de soins et de services de santé à l'échelle nationale à travers trois interventions :

1. *Un appui institutionnel au Ministère de la Santé (2,8 millions EUR) ;*
2. *Un appui à la formation continue des agents de santé oeuvrant dans les régions et districts sanitaires (3 millions EUR) ;*
3. *Une contribution au « Fonds Commun d'appui au PDS » (13,2 millions EUR),* mis en place en 2005 avec celles de la Banque Mondiale et de la Coopération Française. Cette intervention sera formulée dès l'envoi de la fiche d'identification, après appréciation de la DGCD, conformément à ce qui a été spécifié dans le PIC 2009-2012.

Les présents Termes de référence sont requis par la première de ces 3 interventions.

L'objectif global de cet intervention est : *«L'état de santé des populations et, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré».*

L'objectif spécifique de cette intervention est : *«Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en oeuvre du PDS sont renforcées».*

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par **3 résultats** présentés ci dessous :

1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant. Il est décliné en 4 activités et 9 sous activités ;
2. La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central. Il est décliné en 3 activités et 7 sous activités ;
3. Un processus de capitalisation des acquis produit par le système de santé est mis en place. Il est décliné en 2 activités et 6 sous activités.

Vu l'ampleur et la diversité des tâches, un médecin santé publique expérimenté plein temps est prévu pour les quatre années de l'intervention. C'est dans le cadre de ce projet que le recrutement d'un médecin de santé publique se justifie.

Fonctions

Les fonctions essentielles à assumer par ce médecin de SP sont :

- Etre co-responsable de l'atteinte des résultats et de la gestion du projet ;
- Etre responsable de la gestion des budgets prévus en régie ;
- Coordonner l'équipe d'assistants techniques et gérer le personnel d'appui détaché au projet par le Gouvernement du Niger (en concertation avec l'ATI du Projet 'Formation') ;
- Coordonner et mettre en route les expertises nationales et internationales planifiées ;
- Etre co-responsable des relations/concertations avec les autres partenaires actifs en appui institutionnel ;
- Assumer la responsabilité du secrétariat des sessions et activités (supervisions conjointes, ...), menées dans le cadre partenarial des PTF, dans le domaine de la santé.

Il disposera de moyens en personnels d'appui et de matériels partagés (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet, ...).

Profil :

- **diplômes**
Médecin
Diplôme de Santé Publique
Diplôme de médecine tropicale
- **expériences**
Expérience d'au moins 10 ans dans le domaine de l'organisation des systèmes de santé et/ou d'appui institutionnel
Expérience de 10 ans dans les pays en voie de développement en gestion d'une équipe
- **autres**
Bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de base (Word, Excell, PP, ...)
Familière de la Recherche Action
Compétences en facilitation, communication, médiation et négociation
Capacité à initier des idées nouvelles, les débattre, les mettre en œuvre et les remettre éventuellement en question
Très bonnes capacités en matière de relations interpersonnelles
Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais.
Publications dans le domaine de l'organisation de systèmes de santé et d'appuis institutionnels sont un plus.

Lieu de travail

Son principal terrain d'activités sera le MSP au niveau central. Cependant il sera amené à se déplacer fréquemment à l'intérieur et à l'extérieur en cas de besoin et en fonction des résultats à atteindre.

Son ancrage organique: le médecin santé publique assumera ses responsabilités en gestion avec le ou la Secrétaire Général de Santé.

Durée

Le poste est prévu pour la durée de l'intervention, soit quatre ans.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire nigérien pour un avis de non-objection.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.3.2 Experts nationaux, Médecins spécialistes en santé publique

Le secteur de la Santé au Niger bénéficie de l'appui de la Coopération Belgo-Nigérienne depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré. Ce secteur, dont la Belgique est le chef de file des PTF, est bien structuré en matière de stratégie, de dialogue et de suivi par le ministère et les partenaires, ce qui a permis d'améliorer significativement les indicateurs de santé. Dans le domaine de la Santé la Coopération Belgo-Nigérienne intervient à travers le Programme d'Appui à la mise en oeuvre du Plan de Développement Sanitaire (PAPDS), qui a démarré en avril 2005 et prend fin en décembre 2009.

Ce programme comporte 5 sous-programmes à savoir:

1. Appui à la Région Sanitaire de Dosso;
2. Appui à la Communauté Urbaine de Niamey ;
3. Appui au service d'orthopédie traumatologie de l'Hôpital National de Niamey;
4. Appui aux institutions de formation;
5. Appui institutionnel au MSP à travers une Cellule d'Appui Institutionnel (CAI).

L'évaluation finale du PAPDS qui a eu lieu en septembre 2008 a montré que, malgré les lacunes et les difficultés rencontrées, ce programme a eu un impact significatif dans la mise en oeuvre du PDS, qui était son but principal.

Dans le cadre du futur appui au PDS, la Belgique et le Niger souhaitent développer des collaborations en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus vulnérables du Niger. Ainsi, les deux pays ont convenu d'améliorer l'offre et la demande de soins et de services de santé à l'échelle nationale à travers trois interventions :

4. ***Un appui institutionnel au Ministère de la Santé (2,8 millions EUR) ;***
5. ***Un appui à la formation continue des agents de santé oeuvrant dans les régions et districts sanitaires (3 millions EUR) ;***
6. ***Une contribution au « Fonds Commun d'appui au PDS » (13,2 millions EUR),*** mis en place en 2005 avec celles de la Banque Mondiale et de la Coopération Française. Cette intervention sera formulée dès l'envoi de la fiche d'identification, après appréciation de la DGCD, conformément à ce qui a été spécifié dans le PIC 2009-2012.

L'objectif global de l'intervention est : *«L'état de santé des populations et, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré».*

L'objectif spécifique de l'intervention est : *«Les capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PDS sont renforcées».*

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par **3 résultats** présentés ci dessous :

1. L'approche sectorielle au sein du MSP est renforcée en vue d'une fonctionnalité optimale du Fonds Commun existant. Il est décliné en 4 activités et 9 sous activités ;
2. La qualité des soins préventifs et curatifs est améliorée par un encadrement performant du niveau central. Il est décliné en 3 activités et 7 sous activités ;
3. Un processus de capitalisation des acquis produit par le système de santé est mis en place. Il est décliné en 2 activités et 6 sous activités.

Vu l'ampleur et la diversité des tâches, deux médecins de santé publique expérimentés et plein temps sont prévus dans l'équipe d'assistance technique, pour les quatre années de l'intervention. C'est dans le cadre de ce projet que le recrutement d'un médecin de santé publique se justifie.

Etant donné le registre des résultats et la continuité de l'intervention les deux assistants techniques nationaux, médecins de santé publique, auront le statut de 'détaché' de la Fonction Publique.

Fonctions

Les fonctions essentielles à assumer par ces 2 assistants nationaux sont, sous l'autorité de l'assistant technique international :

- Prendre en charge les activités du projet selon le domaine (à répartir entre eux) et leur expériences ;
- Participer à l'établissement et au suivi des plans opérationnels annuels des activités (POA) du projet ;
- Entretenir des rapports réguliers, avec les collègues du niveau central en fonction des activités et domaines pris en charge.

Ils disposeront de moyens matériels partagés (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet, ...).

Profil :

- **diplômes**
Médecin compétent en médecine tropicale
Diplôme de Santé Publique
- **expériences**
Expérience d'au moins 5 ans dans le domaine de l'organisation des systèmes de santé et/ou d'appui institutionnel
- **autres**
Bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de base (Word, Excell, PP, ...)
Familière de la Recherche Action
Compétences en facilitation, communication, médiation, négociation et formation
Capacité à initier des idées nouvelles, les débattre, les mettre en œuvre et les remettre éventuellement en question
Très bonnes capacités en matière de relations interpersonnelles
Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais.
Publications dans le domaine de l'organisation de systèmes de santé et d'appuis institutionnels sont un plus.

Lieu de travail

Leur principal terrain d'activités sera le MSP au niveau central. Cependant ils seront amenés à se déplacer fréquemment à l'intérieur et à l'extérieur en cas de besoin et en fonction des résultats à atteindre.

Leur ancrage : membres de l'équipe d'assistance technique, ils sont sous l'autorité technique de l'équipe d'exécution du projet et sous l'autorité administrative de la fonction publique nigérienne.

Durée

Le poste est prévu pour la durée de l'intervention, soit quatre ans.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre national par le Secrétaire Général du MSP, les candidats seront sélectionnés sur appel d'offre interne. La sélection sera conduite paritairement avec représentation de la CTB et un comité de sélection sera mis en place.

Gestion du contrat

Ces assistants gardent leurs statuts de fonctionnaire et bénéficieront d'indemnités complémentaires inscrites au budget de l'intervention, géré en régie par la CTB.

En cas de litige, une instance de gestion paritaire sera mise en place dès le début de l'intervention.

7.4 TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDE DES DÉPENSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Termes de référence pour une étude sur le financement du Ministère de la Santé au Niger – proposition.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Financement de la Santé et processus de planification des dépenses

Le Ministère de la Santé est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale en matière de santé publique.

La mise en œuvre d'un PDS 2005-2010 repose sur un processus de planification décentralisé. Ainsi, conformément aux orientations du PDS, les districts sanitaires ont élaboré des Plans de Développement Sanitaire des Districts, lesquels ont été traduits pour chaque région en un plan régional de développement sanitaire. Un processus de planification annuelle détaillée permet la mise en œuvre de ces plans de développement sanitaire.

Cette approche de planification des besoins et de mobilisation de ressources est caractérisée par un dialogue permanent entre l'ensemble des acteurs de la santé procède de la volonté des autorités en charge de la santé publique à gérer le secteur dans une plus grande transparence et une imputabilité à l'ensemble des acteurs conformément aux principes de la gestion axée sur les résultats.

Dans le cadre du programme d'assainissement des finances publiques engagé par l'Etat depuis 2000, le Ministère de la Santé Publique compte capitaliser toutes ces initiatives en matière de planification et a établi un cadre des dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT 2008-2010). Ce cadre est un outil pour élaborer les prévisions budgétaires et faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé. Ce CDSMT va permettre d'assurer la cohérence entre les objectifs, les stratégies, les résultats attendus et les prévisions budgétaires des Plans de Développement Sanitaire en fonction de l'espace budgétaire disponible.

Dans le cadre du projet 'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé', une activité d'étude sur l'efficacité des dépenses a été proposée comme un appui au mécanisme de budgétisation. Son but est de permettre l'établissement d'une base de données (tels que les coûts unitaires locaux), de proposer des modules de formation sur le terrain ciblant tous les acteurs impliqués dans l'établissement des plans et d'aider à prioriser et éviter les gaspillages des financements disponibles.

1.2. Problématique et justification de l'étude

Si des progrès réels ont été enregistrés au niveau de la programmation formelle des dépenses, **il reste difficile d'analyser précisément l'efficacité réelle des dépenses réalisées dans le secteur** – ce qui est pourtant très important pour guider la prise de décision et l'allocation des ressources. Or, les dynamiques de gestion axée sur les résultats et d'appui budgétaire requièrent de s'assurer de l'efficacité de la dépense publique.

Une analyse en profondeur (i) du système de financement du secteur de la Santé et (ii) de l'allocation des ressources qui en résulte mérite donc d'être menée, en portant une attention particulière sur les éventuelles sources d'incohérences et de gaspillages, les goulots d'étranglement, l'ampleur des inefficiences et les voies possibles d'amélioration.

Il devient dès lors très intéressant d'évaluer si le système actuel de financement du secteur de la Santé conduit à une bonne allocation des ressources et le cas échéant, de réorienter les choses.

La présente étude rentre dans le cadre de l'appui au développement de l'approche sectorielle budgétaire à quoi devrait aboutir à terme la contribution possible de la Coopération Belgo-Nigérienne au Fonds Commun.

Le travail consistera tout d'abord à synthétiser les résultats des études existantes sur le financement global du secteur de la Santé, en se penchant sur les financements provenant de l'Etat et des PTF qui transitent par le niveau central du MSP.

Dans un second temps, cette étude proposera des pistes pour améliorer le système de financement du secteur de la Santé. Afin de garantir son appropriation et la pertinence de ses recommandations, l'étude sera menée principalement par des cadres du MS, avec l'assistance technique d'un consultant national..

2. Objectifs de cette étude

2.1. Objectif général

Analyser le système actuel de financement du secteur de la santé au Niger assuré par l'Etat et les PTF, aux fins d'une bonne allocation des ressources.

2.2. Objectifs spécifiques

- 1) Créer un mécanisme de réflexion sur la performance du système de financement du secteur de la Santé au Niger ;
- 2) Détailler le système actuel et quantifier les flux de financements publics (Etat et PTF) transitant via le niveau central du MSP;
- 3) Identifier les sources d'inefficience et les goulots d'étranglement du système actuel ;
- 4) Dans la mesure du possible, quantifier ces inefficiences ;
- 5) Concevoir des pistes pour améliorer la performance du financement du secteur de la Santé.

3. Méthodologie proposée

L'étude sera menée par le MSP et pour le MSP, elle ne recourra qu'à un consultant extérieur pour garantir l'indépendance et appuyer la méthodologie de l'étude.

Elle sera pilotée **comité technique de pilotage**, animé par l'équipe d'exécution du Projet, les principaux Directeurs concernée et des représentants des PTF

Le comité technique de pilotage sera en charge d'orienter les analyses, d'en tirer les conclusions et de concevoir un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations (études connexes, réformes à initier).

La méthodologie de recherche reposera principalement sur l'analyse des données budgétaires et l'exploitation des études existantes. Une analyse des parties prenantes et une évaluation institutionnelle viendra compléter l'analyse afin de suggérer des voies faisables de réformes.

L'étude comportera en particulier :

- la description précise du système et des principaux flux de financement (analyse des tendances passées et prévues des sources et allocations des ressources) ;
- la collecte et l'analyse détaillée des données sur les ressources financières, matérielles et humaines allouées aux différents projets/programmes et Directions du MSP;
- l'identification et si possible la quantification des inefficiences du système ;
- une analyse sociopolitique et institutionnelle afin de relever les facteurs expliquant le système actuel et de proposer des voies de réformes possibles et acceptables.

L'équipe technique sera donc chargée de collecter et de traiter les données brutes, tandis que le comité de pilotage se chargera sur cette base d'élaborer des recommandations et un plan d'action de leur mise en œuvre.

4. Résultats attendus

- I. Le comité technique de pilotage de l'étude est mis sur pied.
- II. La grille des informations à collecter est validée par le comité technique de pilotage.
- III. Le consultant est choisi et l'équipe technique est mise sur pied.
- IV. La collecte des données est réalisée par l'équipe technique.
- V. Le rapport préliminaire est présenté par l'équipe technique au comité technique de pilotage.
- VI. Le rapport définitif est validé par le comité technique de pilotage.
- VII. Les recommandations sont tirées de l'étude et un plan d'action pour leur mise en œuvre sont élaborés par le comité technique de pilotage,
- VIII. Les résultats des travaux sont présentés par le comité technique de pilotage au Ministre de la Santé.
- IX. Ensuite, une proposition de modules de formation est soumise au comité technique de pilotage des acteurs impliqués dans le processus de planification.

5. Profil du consultant

Le consultant extérieur possèdera un diplôme universitaire (niveau maîtrise minimum) en économie, en gestion ou en finances publiques et justifiera d'une expérience professionnelle d'au moins dix (10) ans. Il possèdera une bonne expérience dans le domaine de la coopération internationale et des finances publiques en Afrique francophone. Une connaissance du contexte particulier de l'administration malienne sera un atout.

ANNEXE : Grille indicative des informations à collecter

- 1) Informations générales sur le processus de financement et la structure du budget du MSP:
 - Description des processus formels et informels
 - Analyse comparée des CDMT, PO, budgets programmes, budgets annuels, ...
- 2) Informations générales sur les sources de financement du MSP :
 - Description des principales sources de financement du MSP et leur destination
 - Tableau synthétique montrant l'évolution des sources de financement du MS (passées et à venir)
- 3) Informations générales sur l'allocation des ressources du MSP :
 - Description du système d'allocation des ressources financières entre les différents niveaux et les différentes priorités
 - Tableau synthétique montrant l'évolution de l'allocation des ressources financières (dépenses allouées et réalisées) de 2002 à 2009, en les classifiant selon la source de financement et selon la nature des dépenses (codes économiques ou plus détaillé)
- 4) Informations sur les unités fonctionnelles : Les données suivantes seront collectées pour chaque unité fonctionnelle (directions centrales et départementales, programmes) :
 - Tableau synthétique montrant l'évolution (2002-2009) de l'allocation des ressources financières (dépenses allouées et réalisées), par source de financement et selon la nature des dépenses (codes économiques ou plus détaillé)
 - Tableau synthétique montrant l'évolution (2002-2009) de l'allocation des ressources financières (dépenses allouées et réalisées) par niveau des dépenses (central, régional et opérationnel)
 - Tableau synthétique montrant l'évolution (2002-2009) des dépenses affectées aux activités de formations, ateliers, missions et déplacements
 - Tableau recensant le matériel roulant affecté à l'unité fonctionnelle en 2008, et estimation du taux d'utilisation de ces ressources
- 5) Informations sur les activités non programmées mais réalisées :
 - Relevé des montants, sources de financement et destination des ressources non programmées
 - Relevé des causes de la non-programmation
 - Estimation des interférences par rapport aux autres activités réalisées
- 6) Analyse des facteurs sociopolitiques et institutionnels :
 - Analyse des parties prenantes et évaluation institutionnelle visant à expliquer les causes à l'origine du système actuel de financement (ex : contraintes institutionnelles, incitants des acteurs nigériens et PTF – etc...)
 - Evaluation des changements acceptables par les différents acteurs²³
- 7) Estimations à mener sur base des informations collectées
 - Evaluation des tendances des priorités du budget programme du MS
 - Evaluation des inefficiences dans l'allocation des ressources dues à :
 - o La mobilisation du personnel pour des activités spécifiques pendant x jours/an

²³ Une réforme n'a des chances d'être menée à terme que si elle est portée par une réelle volonté politique et si les personnes qui doivent la mettre en œuvre ont au moins le même niveau d'utilité après qu'auparavant – ou sont compensées pour des pertes éventuelles d'avantages (cf. le concept économique d'amélioration de Pareto).

- La duplication des activités et des structures, la non exploitation d'économies d'échelle
 - La réalisation d'activités partielles, qui pourraient être couplées avec d'autres relevant d'autres programmes
 - La réalisation d'activités non programmées et qui ne cadrent pas avec le plan initial
 - Le drainage de médecins vers des tâches administratives ou au niveau central
 - L'organisation de formations redondantes de la part de différents programmes, qui ne s'inscrivent pas dans un plan de formation cohérent
 - Le taux d'utilisation faible de matériel roulant affecté aux programmes
 - Autres
- Estimation de l'additionnalité éventuelle des activités financées par les PTF
- 8) Etude de faisabilité (politique et institutionnelle) de différentes réformes possibles :
- Reformuler les programmes pour les rendre complémentaires et pas concurrents
 - Fusionner certaines structures du niveau central
 - Revoir l'approche programme pour la faire coïncider avec la pyramide sanitaire (par exemple, concevoir un programme intégré pour toutes les activités périphériques, un pour les Directions départementales, un pour le niveau national)
 - Estimer les possibilités pour les PTF de contribuer au financement de l'entièreté du système de santé ou du moins de certains aspects capitaux (par exemple, le redéploiement et la motivation des ressources humaines)

7.5 ACTIONS ESSENTIELLES EN MATIÈRES DE MUTATIONS INSTITUTIONNELLES DU MSP (RECOMMANDATIONS)

Problèmes globaux récurrents du MSP/LCE, et actions proposées

Le MSP/LCE souffre des maux communs à toute l'administration nigérienne que le chef du Gouvernement a qualifiés de "tares" dans son discours du 3 mars 2006 (ref 18 annexe 7): i) absence de collaboration entre les services, conflits d'attributions et cloisonnements délibérés; ii) politisation des nominations, sans critères objectifs, passes droits et corruption; iii) complaisance des chefs, absentéisme et inapplication des sanctions; iv) incompetence des agents malgré leur inscription à des formations destinées à les promouvoir mais sans rapports avec le besoin de leur service; v) les fonctionnaires ont un comportement d'usurfruitier, considèrent leur ministère comme une opportunité de cueillir des avantages pécuniaires; vi) les ressources humaines de l'État sont mal gérées, les statuts trop nombreux. Les remèdes à ces maux, décrits au point 2 ci-dessus, portent principalement sur l'organisation de l'Administration.

Un diagnostic plus précis des dysfonctionnements du MSP/LCE en charge d'un secteur essentiel de lutte contre la pauvreté, a été réalisé en mai 2004 et des solutions précises débattues et décidées en décembre 2004 (p 3 à 14, ref 30 Annexe 7). La situation visée à moyen terme sera progressivement implantée après la période d'installation des nouvelles Autorités. Pour que les nouvelles dispositions se traduisent dans les faits, au quotidien, au lieu d'être considérées comme des formalités administratives passagères, il importe de mobiliser les directeurs et de les renforcer dans leur rôle de managers, par-delà la spécialité médicale ou technique qui a justifié leur nomination

1. Actions essentielles sur les structures

- A - Tenue d'un séminaire de mobilisation des directeurs et responsables : rétrocession des analyses et décisions de décembre 2004, définition de leur rôle dans le pilotage des changements organisationnels et le management de leurs équipes
- B - Élaboration d'un texte sur les entités déconcentrées, régions et districts, intégrant les recommandations antérieures sur leur rôle de régulation, et excluant toute activité clinique
- C - Finalisation du texte portant sur les missions et attributions du MSP, déclinaison des missions du Ministre en Lettres de Mission aux directeurs,
- D - Détermination des liaisons fonctionnelles, jusques et y compris les relations avec les entités déconcentrées, décentralisées et non étatiques du secteur, par un Diagramme de Répartition des Rôles.
- E - Fixation des normes en personnels: nombre de postes nécessaires aux DRSP, District, CSI, CS, et autres formations sanitaires publiques.
- F - Finalisation des définitions de fonctions, des cadres organiques et des profils de postes dans chaque direction, division, service, bureau, et pour les entités déconcentrées de tous niveaux, base d'un inventaire global des emplois nécessaires pour atteindre les objectifs (couverture géographique, compétences de régulation, qualité des soins et de l'accueil . . .)
- G - Séminaire interministériel avec le MEF et le MFPT, de restitution sur les mutations en cours au MSP/LCE, ce qui a déjà été fait, les projets et les problèmes à résoudre
- H - Communication interne aux directions, régions et districts, pour clarifier la place de chacun : nouveaux textes, organisation des composantes du ministère en relation avec les PDS, PDSP et PRSP, définition du profil de poste de chaque agent,
- I - Transmission des profils de postes détaillés à la DGRH pour créer le fichier des postes, affecter le personnel, concevoir des filières professionnelles adaptées aux besoins de la

structure, gérer l'ensemble des postes de manière anticipée en fonction de l'évolution prévue des activités du ministère

J - Motivation des agents par leur hiérarchie: décliner les outils de la gestion par les performances (ou Gestion Axée sur les Résultats) en cahier des charges individuel correspondant au profil du poste, qui sera la référence de l'évaluation au mérite et de l'entretien périodique avec le supérieur hiérarchique

K - Planification et mise en œuvre de la décentralisation des HR et HD, de l'externalisation des services d'entretien et maintenance à tous les niveaux.

L - Définition des modalités de gestion déconcentrées, appuyée sur des contrats d'objectifs internes (MSP/DRSP et DRSP/District).

M - Définition du rôle des entités déconcentrées dans le cadre de la participation communautaire

2.Modalités de réalisation des actions proposées

En dehors de l'État-major du ministère, principal acteur des mutations institutionnelles sans qui rien ne changera, les personnages essentiels sont les directeurs qui devront impulser les changements dans leurs domaines au niveau central et déconcentré. Ils sont chargés de réguler les activités de santé publique pérennes et simultanément de conduire une multiplicité de projets-programmes conjoncturels; une organisation claire des responsabilités de leurs équipes est nécessaire pour maîtriser cette complexité

Le groupe de progrès "structures", entraîné depuis deux ans à aider à la conception et à l'appui aux changements, est une "task-force", un ensemble de personnes connaissant bien la situation, dont les capacités doivent être utilisées par les nouveaux responsables pour aider les directeurs à gérer les mutations dans leurs domaines respectifs. Ils ne sont pas un substitut aux décisions hiérarchiques, mais une aide mise à leur disposition.

Enfin, le consultant international devrait intervenir périodiquement pour faire le point avec les responsables, faciliter la résolution d'éventuels problèmes, stimuler la réalisation effective des mutations.

Les actions sur les structures construisent la charpente sur laquelle s'appuient le PDS et le PTQ, elles doivent être mises œuvre d'ici février 2007 afin de produire des effets visibles sur la santé de la population avant 2010. Un calendrier d'actions est proposé au point 5 ci-après.