DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

« APPUI A LA FORMATION CONTINUE DES AGENTS DE SANTE OEUVRANT DANS LES DISTRICTS ET REGIONS SANITAIRES »

REPUBLIQUE DU NIGER

CODE NAVISION : NER 08 024 11

CODE DGCD : 3006692

La coopération belge au développement .be

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 institutionnel du Ministère de la Santé Publique 10
1.1.2 Stratégie de la coopération belge 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-points à améliorer) 15
1.2.2 Principales recommandations de l'évaluation finale du PAPDS 16
1.2.3 Les leçons apprises par la mise en œuvre du PDS 17
1.2.4 Sur le plan des ressources humaines 18
1.2.5 A propos de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé 21
1.2.6 Sur le plan des ressources financières 23
1.2.7 Synthèse de l'analyse situationnelle 24
2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION **25**
2.1 Nature et axes de l'intervention 25
2.1.1 Cohérence et synergies avec les autres interventions de la coopération belgo-nigérienne 25
2.1.2 Axes de l'intervention 25
2.2 Les bénéficiaires de l'intervention 26
2.2.1 Les bénéficiaires directs 26
2.2.2 Les bénéficiaires indirects 26
2.3 Localisation de l'intervention 26
3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE **27**
3.1 Objectifs de l'intervention 28
3.1.1 Objectif général 28
3.1.2 Objectif spécifique 28
3.2 Résultats attendus et activités à mettre en oeuvre 29
3.2.1 Résultat 1 : La formation et le suivi des équipes chirurgicales de District par le FSS sont appuyées 29
3.2.2 Résultat 2 : Le niveau de compétence des membres des équipes de DRSP est amélioré 32
3.2.3 Résultat 3 : Le CPADS de Ouallam est renforcé et soutenu 34
3.2.4 Résultat 4 : La formation en DES en Chirurgie/ Gynécologie est poursuivie ..38
3.2.5 Résultat 5 : La formation de 2 techniciens en orthèse-prothèse-bandagisterie est prise en charge 38
3.3 Indicateurs et sources de vérification 39
3.4 Acteurs intervenants nationaux dans la mise en œuvre 40
4. RESSOURCES **42**
4.1 Ressources financières 42
4.1.1 Les ressources financières de la contribution belge au projet 42
4.1.2 Détails sur les montants par type de coût (en Euros) 43
4.1.3 Contribution du Niger en Fcfa et Euros 43
4.2 Ressources humaines 43
4.2.1 Direction de l'intervention 43
4.2.2 Assistance technique nationale (ATI) 44

4.2.3 Expertises ponctuelles 44
4.2.4 Le staff administratif et financier 44
4.3 Ressources matérielles 45
5. MODALITES D'EXECUTION 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 47
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 48
5.5.2 Mise à disposition des fonds 49
5.5.3 Les marchés publics 50
5.6 La gestion en Régie effectuée directement par la CTB 50
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 51
5.7.4 Gestion du budget 51
5.7.5 Audit financier 52
5.7.6 Dépenses après Convention 53
5.7.7 Rapports annuels 53
5.7.8 Rapport final 53
5.8 Mécanisme d'approbation des adaptations du DTF 53
5.9 Suivi et évaluation 54
5.9.1 Données de base 54
5.9.2 Revue à mi-parcours (RMP ou MTR) 54
5.9.3 Les missions du siège de Backstopping 55
5.9.4 L'évaluation finale 55
5.10 Clôture de la prestation 55
6. THEMES TRANSVERSAUX 57
6.1 Environnement 57
6.2 Genre 57
6.3 droits de l'enfant 57
6.4 Economie Sociale 57
6.5 HIV/SIDA 58
7. ANNEXES 59
7.1 Cadre logique de l'intervention 60
7.2 Budget total et chronogramme 66
7.3 Termes de référence de l'assistance technique 68
7.4 Concours Qualité (CQ) : note synthétique description de sa logique de fonctionnement 71
7.4.1 Qu'est-ce que le CQ ? 71
7.4.2 Les objectifs du CQ 71
7.4.3 La conception du CQ 72
7.4.4 Le déroulement du CQ 73
7.4.5 Ordre d'évènements au cours du déroulement du CQ 73
7.5 Annexe sur la contribution à la DRH – février 2009 74
7.5.1 Analyse de la situation actuelle 74

ABREVIATIONS

AFD	:	Agence Française pour le Développement
AT	:	Assistance Technique
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
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
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
ENSP	:	Ecole Nationale de la Santé Publique
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)
PDSD	:	Plan de Développement Sanitaire de District
PDSR	:	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
QUIBB	:	Questionnaire des indicateurs de base du bien-être
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 a la Communauté Urbaine de Niamey ;
3. Appui au service d'orthopédie traumatologie de I'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.

Ce DTF est celui de la deuxième intervention. Sur la base de la fiche d'identification présentée ci dessous, il 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.

Concernant le budget, le Comité local des partenaires extra-ordinaire du 9 septembre a approuvé les modalités relatives à une augmentation du budget initial (3 millions EUR) de **570.000 EUR**.

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

L'objectif spécifique de ce projet est : «*Les capacités techniques des agents de santé sont renforcées en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins au niveau des Districts et Régions sanitaires du pays ".*

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par les **5 résultats** présentés ci dessous :

1. La formation et le suivi des équipes chirurgicales de District Sanitaire sont appuyées
2. Le niveau de compétence des membres des équipes de DRSP est amélioré
3. Le CPADS de Ouallam est renforcé et soutenu
4. La formation en DES Chirurgie/Gynécologie est poursuivie
5. La formation de 2 techniciens en orthèse-prothèse-bandagisterie est prise en charge

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 Directeur Général des Ressources, responsable de la partie nigérienne et d'un ATN responsable de la partie belge ;
- Le recours à des appuis scientifiques ou opérationnels ponctuels.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

« Appui à la formation continue des Agents de Santé œuvrant dans les Districts et Régions Sanitaires »

DGD Numéro d'intervention	3006692
Code navision CTB	NER 08 024 11
Partenaire Local	Ministère de la Santé Publique
Durée de la convention spécifique	5 ans
Date estimative du démarrage du projet	Dernier semestre 2009
Contribution du Partenaire	306.100 EUR
Contribution belge	3.570.000 EUR
Secteur d'intervention	12281
Objectif global	L'état de santé des populations et, en particulier celui des couches les plus vulnérables, est amélioré
Objectif spécifique	Les capacités techniques des agents de santé sont renforcées en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins au niveau des Districts et Régions sanitaires du pays
Résultats	**1.** La formation et le suivi des équipes chirurgicales de District Sanitaire est appuyée **2.** Le niveau de compétence des membres des équipes de DRSP est amélioré **3.** Le CPADS de Ouallam est renforcé et soutenu **4.** La formation en DES Chirurgie/Gynécologie est poursuivie **5.** La formation de 2 techniciens en orthèse-prothèse-bandagisterie est prise en charge

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE ET POLITIQUE NATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le Niger a une population de 13,74 m[1] 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 habitants est de 284 USD.

Les priorités nationales ciblées[2] 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 particulièrement les zones rurales en infrastructures socioéconomiques de base. De même, l'application des stratégies sectorielles déclinées en programmes, plans d'actions et budget programmes, ainsi que la mise en place des dispositifs de pilotage, ont favorisé l'améliorer 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 la 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 de l'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. Ainsi le taux net de scolarisation se situe à 45,5% pour l'ensemble du pays. Celui-ci 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 aussi 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

La riposte nationale au VIH/Sida s'effectue à travers un cadre multi-sectoriel de réponse coordonnée par le CNLS et ancré dans tous les organes de gouvernance locale et qui vise l'intensification et l'extension massive des programmes et 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 institutionnel 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 :

Le **niveau central** est composé de l'administration centrale, des Centres de référence Nationaux et des soins et les Ecoles de formation

- le cabinet du Ministre,
- un Secrétariat Général,
- une Inspection Générale des services,
- 2 Directions Générales,
- 13 Directions Centrales,
- 15 programmes et projets de santé,
- 8 Centres Nationaux,
- 3 Hôpitaux Nationaux (EPA),
- 1 Maternité de Référence Nationale (EPA),
- 2 EPA de recherches ou d'appui,
- 3 Ecoles de santé dont trois EPA,
- 1 Centre de Perfectionnement des Agents de Santé.

Le **niveau intermédiaire** comprend les Directions Régionales de la Santé Publique, les 6 Centres Hospitaliers Régionaux et les Maternités de Référence Régionale qui sont les centres de référence du niveau régional

- 8 Directions Régionales de SP,
- 2 Maternités de Référence Régionale,
- 6 Centres Hospitaliers Régionaux.

Le **niveau périphérique** comprend essentiellement les Districts Sanitaires. Chaque DS est composé d'un hôpital de district, de centres de santé intégrés et de cases de santé

- 42 Districts Sanitaires,
- 970 Centres de Santé Intégrés (CSI)
- 2050 Cases de Santé environ (Csté)

Le secteur privé compte plus de 200 établissements de soins (salles de soins, cabinets médicaux) et cinq (5) hôpitaux privés. 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'efficience 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 les 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 partagés[3];
- 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 de l'évaluation interne. Les éléments se référant au présent 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 ;
7. Faible accessibilité des populations à des soins de qualité ;
8. Faiblesse institutionnelle du MSP

[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

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 belge en général et dans le secteur santé

Le nouveau programme indicatif (PIC) de coopération belgo-nigérienne (2009-2012) a été défini pendant la 12ième 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 réduire les inégalités et renforcer la protection des groupes les plus vulnérables (axe 4 de la SDRP)
Dans ce contexte, la coopération belge 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:

- Appui à la Région Sanitaire de Dosso;
- Appui a la Communauté Urbaine de Niamey ;
- Appui au service d'orthopédie traumatologie de I'Hôpital National de Niamey;
- Appui aux institutions de formation;
- Appui institutionnel au MSP à travers une Cellule d'Appui Institutionnel (CAI). La CAI/PAPDS est rattachée à la DEP/MSP 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 les 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 la 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 :

- **Appui institutionnel au Ministère de la Santé (2,8 millions EUR).** L'appui institutionnel existant dans le PAPDS sera poursuivi dans le cadre 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 en complémentarité avec les appuis analogues apportés au même niveau par d'autres bailleurs de fonds.

- **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 de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins au niveau des districts et régions sanitaires du pays.

- **Contribution au « Fonds Commun d'appui au PDS » (13,2 millions EUR)** qui a été mis en place en 2005 avec les contributions de la Banque Mondiale et de la Coopération française. Cette intervention sera formulée en 2009 et présentée en 2010.

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, la Banque Mondiale 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 à cet égard dans le cadre du processus de rédaction du SDRP. Le projet de SDRP a été révisé par le Gouvernement avec l'appui ferme de la communauté de bailleurs de fonds et le document final a été adopté par le Niger en octobre 2007 et approuvé lors d'une Table ronde des bailleurs de fonds sur son financement 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 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 de ces interventions (des deux premières -dont la présente-, soutenus 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).

1.2 ANALYSE DE LA SITUATION

1.2.1 Analyse globale validée (forces-points à améliorer)

Les points forts et à améliorer présentés ci-dessous ne reflètent que les observations faites par l'équipe de formulation et complètent les évaluations menées par le MSP et ses partenaires. 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 **CPADS** de Ouallam (créé le 22 juillet 2007) a formé 135 personnels d'ECD (au moins un dans chacune des 42 ECD). Créé le 22/02/07 rattaché au MSP (DHR). Les missions sont bien définies (voir Arrêté n° 055/MSP/LCE/DGR/DRH). Les 22 modules sont en cours de révision. Quatre formateurs de haut niveau sont actuellement en fonction. Au point de vue viabilité financière, on souligne une bonne couverture: financements publics, le PAPDS, la coopération italienne, le FC et le Programme Spécial du Président de la République du Niger ;
- Une convention de partenariat entre le CPADS et la FSS est en projet ;
- La formation des **CCD**[4] (42 depuis 2004) est très appréciée[5] et positive (24 blocs fonctionnels, CHR et HD). En particulier la formation de 2 CCD/DS. Bon encadrement post-formation des CCD dans les DS a été observé à Dosso. Des Journées de chirurgie de District sont prévues tous les semestres. 14 CCD, 18 Aide Anesthésistes, 23 Aide Chirurgiens et 14 Manipulateurs Radio sont attendus à la fin du mois de mars 2009 (contribution de la coopération italienne). 29 Aide Anesthésistes, 27 Aide Chirurgiens et 20 Aide en Radiologie ont été formés ;
- A propos des **DES** en chirurgie/gynéco-obstétrique: 15 sont opérationnels et 28 sont en cours de formation ;
- Un appui est fourni par l'AFD (Coopération française), entre autre, en matière de développement des compétences auprès de la DRH (niveau central), conformément aux recommandations du rapport sur les mutations institutionnelles (2005).

Les POINTS à AMELIORER

- Intérêt de coupler la supervision/suivi des **CCD** avec les Aide Anesthésistes et Chirurgiens ;
- La fourniture du matériel « de base » pour les CCD une fois en poste est un des éléments déterminant de la performance future des formés autant que de l'amélioration de la qualité des soins ;
- La problématique de motivation (au sens élargi) des CCD une fois en poste doit être plus opérationnellement en compte ;
- Le besoin en personnel qualifié en orthèse-prothèse, a été exprimé en cours de la mission de formulation ;

[4] Arrêté de création :N° 0342 du 26 juin 2006

[5] autant par les autorités et les bénéficiaires nigériens que l'OMS et d'autres pays du continent

- Pour le **CPADS** : le mécanisme d'encadrement rapproché et de suivi est à améliorer. Seule l'ECD de Ouallam est impliquée dans la formation pratique (9 CSI 'modèles' sur 22 du DS) en tant que District de démonstration ;
- La formation semble « trop théorique » et un meilleur couplage avec la pratique doit être mené ;
- Les Pré et Post tests tels que conçus actuellement ne permettent pas une évaluation en profondeur de la qualité de la formation ni des progrès de l'apprenant ;
- Problématique d'une prime attribuée au seul médecin chef d'ECD ;
- Besoin a été exprimé de renforcer les compétences des **DSRP** (en programmation, en contrôle de qualité, en gestion des ressources, en suivi et encadrement des étudiants et stagiaires, en informatique, en organisation et conduite d'une équipe, en Recherche Action,…) ;
- A propos des **DES**, les coûts des formations sont à réactualiser.

1.2.2 Principales recommandations de l'évaluation finale du PAPDS

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 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 exiguës, voire dangereuses (maternité HD Doutchi)
- Absence de politique de gestion de l'environnement: incinérateurs dépassés.

Recommandations :

- 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 PAPDS
- Poursuite du processus de concertation des PTF à chaque niveau
- Mise à disposition des partenaires d'un fonds de roulement par la CDC pourrait permettre d'améliorer la célérité dans la réalisation des activités.

1.2.3 Les leçons apprises par la mise en œuvre du PDS

Les leçons principales 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 6, de mettre un accent particulier sur le développement des ressources humaines à travers les écoles de formation et le renforcement des capacités des agents à travers des formations spécifiques complémentaires à la formation professionnelle de base selon les besoins des actions prioritaires à mener.

En promouvant l'opérationnalisation progressive des hôpitaux de district et surtout la ferme volonté de privilégier la formation sur place à celle assurée à l'extérieur, les autorités politiques du Niger ont décidé de confier au MSP, en collaboration avec la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université Abdou Moumouni de Niamey la formation de médecins capacitaires en

chirurgie de district, la formation des cadres paramédicaux en anesthésie réanimation, en chirurgie gynécologie/obstétrique et en imagerie médicale, et de 'produire' des DES en chirurgie générale et gynécologie/obstétrique.

1.2.4 Sur le plan des ressources humaines[6]

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.

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 (contre une norme OMS de 1 médecin pour 10.000 habitants). Le nombre d'infirmiers d'état 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 5000 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 :

- <u>changer le rôle du MSP</u> 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) ;
- <u>moderniser la gestion des RH ;</u>

[6] Sur la base du Rapport d'évaluation finale du PAPDS – octobre 2008

- 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 recommandations[7].

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 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.
Comme principales réalisations récentes en matière des Ressources Humaines il a été noté :

- Le recrutement de 319 agents par la fonction publique répartis dans les 8 régions ;
- La formation et affectation de 42 Médecins capacitaires en chirurgie de district ;
- La mise en place des mesures incitatives pour les agents travaillants au niveau déconcentré ;
- La réadaptation des programmes de formation au niveau des écoles de formation en santé.

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 concernant les Ressources Humaines (et managériales) :

1. **Au titre du niveau central du MSP :**
   - Former le personnel spécialisé notamment dans la perspective de combler les besoins des hôpitaux et les centres mère-enfant ;
   - Former les enseignants permanents des écoles de santé sur le nouveau programme de formation;
   - Chiffrer les entrées et présenter le tableau prévisionnel des sorties par catégories de personnel pour une gestion plus rationnelle des effectifs et des besoins ;
   - Affecter le personnel spécialisé selon les besoins et les disponibilités.

2. **Au titre du niveau des DRSP et ECD:**
   - Mettre à la disposition du MSP le surplus du personnel redéployé pour des ré-affectations nationales ;
   - Encadrer et responsabiliser davantage les organes de participation communautaire dans les actions de santé ; à cet effet, identifier avec ces organes, les domaines dans lesquels des activités spécifiques leur seront confiées conformément à l'esprit de cogestion (par exemple : l'insertion sociale des fistuleuses, Monitorage du RC, suivi régulier des activités des comités de gestions, Mobilisation sociale pour les activités promotionnelles de santé…etc)
   - Renforcer les mécanismes de contrôle et de sanctions dans la gestion des fonds de recouvrement des coûts et de la gratuité ;
   - Promouvoir la contractualisation dans le secteur de la santé ;
   - Renforcer l'encadrement de proximité des districts sanitaires menant des recherche-actions, notamment celles en cours actuellement au DS III de Niamey (Qualité des soins), Doutchi (Qualité des soins), Ouallam (Accouchements assistés par du personnel qualifié) et à la DRSP de Dosso (Maintien en poste rural des capacitaires en chirurgie de district) avec l'appui de la cellule « Recherche de la DEP ».

[7] Voir annexe 3

- Présenter en fin d'année 2008 un rapport d'avancement de ces recherches actions au MSP.

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 femmes formées dans les établissements privés de formation (dont le nombre a augmenté significativement ces dernières années) et il est moins évident d'affecter une femme seule dans des zones rurales d'une part et d'autre part, les épouses formées sont affectées 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.

A propos des aspects plus quantitatifs voici ci-dessous un tableau qui présente la situation des RH du MSP[8] basée sur les résultats de l'étude sur «le recensement physique, le circuit de l'information et l'impact des mesures de motivation».

Corps	Agadez	Diffa	Dossoo	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey	Ministère	Niger	%
Médecins[9]	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

[8] Rapport d'exécution PDS 2005-2010 (1er semestre 2008)
[9] dont 42 CCD

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 QUIBB[10], 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 1000 enfants de 0 à 59 mois). Cette même enquête QUIBB souligne 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 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 également 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 % 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.

[10] Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être – INS et PNUD, ç2006

A titre indicatif, le niveau 'actuel' (2006) des indicateurs spécifiques à la santé des OMD au Niger, sont présentés ci dessous[11]:

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 vaccinés contre la rougeole	35 en 1998	**47 en 2006**	60,5	-	-
5. Améliorer la santé maternelle	6. Réduire de ¾ 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
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**	-	-	-

Enfin l'absence de plan national de formation et de coordination entre les programmes nationaux de santé et la formation initiale des Ecoles de Santé Publique et de l'Université reste une cause importante des problèmes de qualité observés au niveau de services cliniques.

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.

11 SDRP2008-2012 (établi en 2007)

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 financières[12]

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 (PDSD), lesquels ont été ont été traduits pour chaque région en un Plan Régional de Développement Sanitaire PRDS). Un processus de planification annuelle (PA) détaillée permet la mise en œuvre de ces plans de développement sanitaire. Cette approche de planification des besoins et de mobilisation de ressources 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 à établir 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 :

- 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 ;
- 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 du MSP prévoit sur les lignes relatives au présent projet (en euros) sur un total général pour toutes les rubriques de **445.214.724 euros** pour cette période et se présente ainsi:

[12] Sur la base du Rapport d'évaluation finale du PAPDS – octobre 2008

Rubriques	2009 (euros)	2010 (euros)	2011 (euros)	Total (euros)
Fonctionnement				
-DRH	13.413	14.070	14.759	42.242
-CAPDS	45.068	47.277	49.592	141.937
Subventions & Transferts				
-DRH	1.035.888	1.086.647	1.139.893	3.262.428
-ENSP	378.016	396.539	415.969	1.190.524
Investissement				
- Programme « Equipement infrastructure sanitaire »	1.013.719	1.063.391	1.115.498	3.192.609
-OMS /Budget Programme	9.682.926	10.157.390	10.655.102	30.95.418
-BADII/Projet Amélioration de la qualité des soins	1.063.824	1.115.952	1.170.634	3.350.410
-Fonds Commun Appui PDS	11.238.769	11.789.606	12.367.153	58.423.903
-Programme conjoint renforcement des capacités des HD	38.109	39.977	41.935	120.021
-Coopération belgo-nigérienne/PAPDS	1.903.426	1.996.695	2.094.533	5.994.654
-Coopération italienne/Projet de formation des Cadres de la Santé	291.137	305.402	320.367	916.906
-Réhabilitation des HD	3.765.503	3.950.012	4.143.564	11.859.079

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 des dynamiques récentes.

L'intervention devra prendre en compte les éléments suivants:

(i) Ce qui doit être **étendu et renforcé** : la formation et le suivi de CCD, mais en bonne complémentarité avec d'autres PTF comme la coopération italienne et le financement de DES en Chirurgie/Gynécologie;

(ii) Ce qui doit être **renforcé et réorienté** : la formation et le suivi des ECD

(iii) Ce qui doit être **entrepris de nouveau**: la prise en charge de la formation de deux techniciens en Prothèse/Orthèse et Bandagisterie et le renforcement des compétences des DRSP, en complémentarité avec d'autres PTF ;

(iv) Enfin, nécessité de **renforcer le pool académique d'excellence** par le recours, pour trois des cinq résultats, à la FSS, sous la forme d'une convention de service.

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 a été 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 deux 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 4.1.3, un Cadre de Partenariat a été élaboré entre le Gouvernement du Niger et l'ensemble de ses 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 avec l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque Mondiale pour la coopération multilatérale.

2.1.2 Axes de l'intervention

Les défis génériques de l'intervention seront de contribuer à la fois à :

- Appuyer la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire du Niger sur la base de l'orientation «rendre plus efficaces et plus efficientes les structures et services sanitaires existants» ;
- Etendre et renforcer les interventions précédentes et, à ce titre, assumer une continuité opérationnelle optimale;
- Etre complémentaire aux deux autres interventions prévues dans le PIC 2009-2012.

Les trois défis suivants, plus spécifiques de l'intervention à prendre en compte sont :

1. De faciliter un meilleur cadrage des activités d'investissement dans les ressources humaines ;
2. De prendre bien en compte la motivation des agents à former, donc leurs conditions de recrutement autant que leur environnement de travail des formés et de leur suivi, cela en harmonie avec les autres PTF impliqués ;

3. De faciliter, à travers un processus de convention de service, le renforcement du pool d'excellence académique et d'influencer les futurs curricula dans une optique de durabilité.

Les priorités en matière de formation initiale et continue prises en compte par cette intervention sont :

(i) La formation complémentaire des équipes chirurgicales des hôpitaux de district (CCD, Aides chirurgiens et Aides anesthésistes) ;
(II) La formation continue des équipes DRSP et ECD en gestion d'un réseau de services de santé;
(iii) Un appui à la formation initiale à l'organisation du Diplôme d'Etudes Spéciales (DES) en Chirurgie/Gynécologie et de techniciens en orthèse, prothèse et bandagisterie
(IV) Le renforcement et la réorientation du CAPDS et au-delà l'appui à la Recherche Action en amélioration et développement de DS.

Les appuis sont financiers et techniques. Ils s'attacheront à tenir compte des recommandations des différentes évaluations référées dans le présent DTF en matière d'extension en renforçant les projets antérieurs ayant un objectif comparable d'une part et d'autre part en initiant de nouvelles actions comme celle de la formation continue des équipes des DRSP ainsi que celle de la formation initiale de techniciens en orthèse-prothèse et bandagisterie.

2.2 LES BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION

2.2.1 Les bénéficiaires directs

Les institutions de formation et de recherche (FSS, CPADS) ;
Les directions centrales du MSP, les directions régionales, les districts sanitaires ainsi que les structures opérationnelles (CHR, HD et CSI).

2.2.2 Les bénéficiaires indirects

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

2.3 LOCALISATION DE L'INTERVENTION

Le projet et l'assistance technique sont localisés au niveau central du Ministère de la Santé, à la DGR.

Une équipe d'exécution, responsable de la cogestion sera composée du DGR, pour la partie nigérienne, et d'un ATN pour la partie belge.

3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

L'intervention proposée sera exécutée dans l'optique de l'approche sectorielle coordonnée prônée par le MSP à travers sa déclaration de politique sectorielle. Les contributions sollicitées seront gérées selon les procédures de cogestion définies par le MSP en concertation avec la partie belge.

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

Le suivi bilatéral sera assuré par les Structures Mixtes de Concertation Locales (SMCL).

Une synergie entre les deux premières interventions[13] inscrites dans le PIC (2009-2012) [Appui institutionnel et Formation], sera recherchée, ainsi qu'avec celle de la possible contribution au 'Fonds Commun d'appui au PDS'.

A propos de l'Alignement

L'objectif général, partagé par les deux interventions, est en cohérence avec les ODM du Niger.

Dans le cadre de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP), les objectifs des interventions contribueront à l'atteinte de ses objectifs en matière de santé et particulièrement les objectifs suivants :

- Réduire de trois quart la mortalité maternelle qui est parmi l'une des plus élevée en Afrique ;
- Réduire de deux tiers d'ici 2015 le niveau de la mortalité infanto-juvénile ;
- Réduire le taux de létalité lié au paludisme ;
- Améliorer l'accessibilité des populations à des services et des soins de qualité à travers l'extension d'ici 2012 de la couverture sanitaire qui est actuellement de 65%.

Les interventions identifiées cadrent parfaitement avec les priorités et les objectifs du PDS 2005-2010 et notamment avec les programmes 5 et 6 qui visent à :

- Renforcer les capacités institutionnelles et de la gestion du MSP (programme 5) ;
- Pallier l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel de santé (programme 6).

[13] Ce Projet et celui de l'appui institutionnel NER 080 23 01

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 techniques des agents de santé sont renforcées en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins au niveau des districts et régions sanitaires du pays»

L'amélioration de la qualité de l'offre et sa durabilité est la cible essentielle du présent projet. Ainsi tous les renforcements en matière de gestion seront abordés sous cet angle.

Comme spécifié plus haut, les priorités en matière de formation initiale et continue prises en compte par ce projet sont :

(i) La formation complémentaire des équipes chirurgicales des hôpitaux de district (CCD, Aides chirurgiens et Aides anesthésistes) ;
(II) La formation continue des équipes DRSP et ECD en gestion d'un réseau de services de santé;
(iii) Un appui à la formation initiale à l'organisation du Diplôme d'Etudes Spéciales (DES) en Chirurgie/Gynécologie et de techniciens en orthèse, prothèse et bandagisterie
(iv) Le renforcement et la réorientation du CAPDS et au-delà l'appui à la Recherche

Cette intervention est partie prenante et s'inscrit dans le plan national de formation continue en cours d'établissement, d'une part et d'autre part, dans l'intégration à terme des compétences que doivent acquérir les nouveaux personnels de santé (premier et deuxième thèmes) dans les curriculum de la FSS.

3.2 RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS À METTRE EN OEUVRE

Ces résultats et activités sont directement liés aux constats émanant de l'analyse de situation qui a été validée le 3 février 2009, d'une part et d'autre part, aux recommandations des évaluations observées dans le cadre de l'analyse documentaire, citées dans le présent document.

Cinq 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 présentés 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.

3.2.1 Résultat 1 : La formation et le suivi des équipes chirurgicales de District par le FSS sont appuyées

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

Elles concurrent à renforcer le niveau de performance et de qualité des soins produits au niveau du District Sanitaire. Sa valeur ajoutée porte sur :

(i) La satisfaction des besoins essentiels en soins chirurgicaux de base, inclus dans le paquet minimum et complémentaire 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 réplication ;

(ii) Une contribution en création de 'nouveaux savoirs', faisables et adaptés au contexte socio-économique et culturel du Niger, par un recours à la Recherche Action et par une évaluation stratégique de l'utilisation des ressources (sous tous les aspects techniques, matériels, et humains) de cette initiative. Elle a été en effet mise en œuvre en 2006 et les outils de formation, de suivi et l'identification des conditions optimales d'efficacité sont établis, disponibles. C'est ainsi qu'une publication pourrait être envisagée dont l'objet serait de tirer les leçons de cette stratégie.

Cependant, dans une vision de perspective, il est nécessaire d'envisager à terme l'inclusion de ces compétences dans le curriculum de base de la formation des médecins.

Activité 1.1 : Etablir une convention de service avec la FSS

Les missions principales de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) sont les suivantes :

- Assurer la couverture du besoin en cadres médecins ;
- Promouvoir la santé individuelle, familiale et collective ;
- Assurer la recherche médicale.

La Faculté des Sciences de la Santé est une faculté de l'Université ABDOU MOUMOUNI de Niamey et assure la formation des médecins généralistes et propose deux spécialités post-doctorales en chirurgie et en gynécologie. Elle forme aux métiers paramédicaux : aide chirurgie, aide anesthésiste, aide manipulateur radio ainsi que des infirmiers (niveau techniciens supérieurs) dont 70% s'installe en libéraux. Elle diversifie son offre de formation dans les secteurs de la santé mentale, de l'ophtalmologie et l'ORL. Sa tutelle est le Ministère de l'Education.

Deux sous-activités sont prévues:

- Etablir une convention de service pour la durée du projet sur la base des résultats attendus, en y incluant le budget, le mode de déboursement, de suivi, le compte rendu, etc… et la signer (entre le Secrétariat du MSP et la FSS) ;
- L'exécuter et la suivre.

Elle n'occasionne aucun coût. Cette convention est établie sur la base de l'Arrêté N° 0343/Rectorat de l'Université ABDOU MOUMOUNI du 26 juin 2006, portant réglementation générale des enseignements conduisant à l'obtention de la Capacité en Chirurgie de District (CCD) à la Faculté des Sciences de la Santé. Ses articles 5, 6 et 7 se réfèrent la gestion quotidienne par un Comité de Formation dirigé par un coordonnateur, choisi parmi les enseignements permanents du département de chirurgie, nommé par le Doyen de la FSS. Ce Comité se réunit au moins deux (2) fois par an, pour discuter et statuer sur toutes questions relatives à l'enseignement, à la gestion des ressources, à l'évaluation et au contrôle d'exécution des décisions. La réunion est sanctionnée par un procès-verbal dont copie est notifiée au Doyen.

La même convention inclura les formations d'Aide chirurgiens et anesthésistes sur la base des curriculum actuels. Les coûts de prestations sont inclus sans chacune des activités

Activité 1.2 : Assurer la formation de CCD ainsi que des Aide chirurgiens et Aide anesthésistes

Dans le cadre du précédent projet, 42 Chirurgiens Capacitaires de District ont été formés depuis 2006 et 24 DS en bénéficient à l'heure actuelle.

La formation des CCD qui dure 12 mois comprend deux (2) volets :

- L'enseignement théorique et pratique qui dure trois (3) mois organisé à la FSS et au niveau des formations sanitaires retenues par le comité à Niamey ;
- Les stages hospitaliers à plein temps (consultation, visite et contre visite, pratiques au bloc opératoire, gardes etc….), en dehors de Niamey au niveau des sites retenus par le comité pendant une période de neuf (9) mois.

Le nombre exact de CCD sera fixé en complémentarité avec la contribution d'autres partenaires.

L'objectif est bien de couvrir à la fin du projet tous les DS du pays, en tenant compte que certains CCD actuellement en poste devront être replacés.

Trois sous-activités sont à mener :

- Identifier les candidats par la DGR. On retire de l'expérience actuelle que désigner le médecin chef de District et le médecin qui fait office de Directeur de l'HD est une bonne stratégie, car elle permet au médecin chef de District de ne pas se cantonner à des activités de gestion et d'autre part, permet une bonne permanence de soins ;
- Assurer les formations conformément à la convention de services de la FSS, conformément aux procédures conventionnées ;
- Préparer les formés à leur lieu d'affectation dans les DS .

Le montant affecté à cet appui est calculé sur la base de 10 CCD, 20 Aide chirurgiens et 30 Aide anesthésistes. Il est de **175.000** + **425.000** euros, soit au total pour **600.000** euros.

Activité 1.3 : Rendre opérationnels les blocs opératoires des HD (plateau technique de base) en complémentarité avec d'autres partenaires

Cette activité est prioritaire vu l'importance de « fournir » un environnement minimal en terme de performance des CCD, formés, à affecter ou en cours de formation, et ce, dans les 18 DS à couvrir et qui ne sont pas actuellement couvert par une autre intervention. L'intervention fournira les kits d'instruments de base pour permettre aux médecins formés d'exercer au bénéfice de la population, sans devoir attendre les réhabilitations des équipements lourds qui seront à charge du Fonds Commun.

Quatre sous-activités sont prévues:

- Identifier les besoins en équipement et en petites réhabilitations conformément aux normes et standards nationaux (DGR, Direction des Infrastructures et de l'Equipement). On estime à une dizaine de blocs à réhabiliter sur ces plans. La DGR, co-gestionnaire du présent projet assumera cette identification ;
- Fournir les équipements (appel d'offre, attribution de marché, …) et les installer ;
- Réhabiliter les infrastructures identifiées ;
- Appliquer les normes et standards nationaux en matière de maintenance et prendre en compte le respect des standards de l'hygiène et de l'entretien des sols des blocs.

Cet appui s'élève à **344.000** euros.

Activité 1.4 : Mettre en place un processus de suivi, d'évaluation et d'encadrement rapproché de tous les CCD en poste

Cette activité est à planifier sur l'ensemble du pays tant sur le plan des actes chirurgicaux que sur le plan de l'anesthésie/réanimation. Elle sera menée dans le cadre de la politique nationale de supervision et tiendra compte du fonctionnement de la pyramide sanitaire. Elle s'appuie opérationnellement sur le staff chirurgical des CHR. A ce titre les liens de fonctionnalité avec le Projet 'Appui institutionnel' qui sont présentés dans ce DTF (voir 3.4).

Ce suivi sera mené, comme proposé ci-dessus, par l'équipe chirurgicale du CHR et inséré dans le plan de supervision intégrée de la RS. A ce titre la formation continue des DRSP tiendra compte de cette fonction.

Le mode de suivi à mettre en place tiendra compte de l'expérience des précédents appuis et des recommandations des rapports établis lors des suivis menés. L'approche «faire fonctionner ce qui existe déjà» sera adoptée dans le plan établi de suivi et d'encadrement des CCD en fonction.

En voici les éléments essentiels :

- Une mission par mois (3 jours) pour ceux qui viennent de prendre fonction pendant 3 mois pour deux membres du staff du service de chirurgie du CHR ;
- Ensuite une mission (3 jours) par trimestre ;
- Une « check list » de suivi sera établie sur la base des fiches techniques (actuellement disponibles).

Ce qui implique 4 missions de suivi et d'encadrement par an et par DS. Le montant des per diem sont alignés sur les pratiques nationales.

Deux éléments à prendre en compte par l'équipe d'exécution du présent projet :

- l'attribution actuelle de primes pour les encadreurs (dans la région de Dosso) peut poser le problème à terme au niveau de leur motivation et, ainsi, d'une bonne continuité du suivi et de l'encadrement ;
- la problématique de motivation/plan de carrière des CCD doit être prise en compte.

Ce sera au projet 'Appui institutionnel' à prendre en compte ces éléments.

Le montant de cet appui s'élève à **85.000** euros.

Activité 1.5 : Fournir du matériel informatique dans 34 HD ruraux

Tous les CCD formés disposent de fiches techniques ainsi que diaporamas d'aide à la décision produite actuellement sous la forme de CD. Dans la mesure du possible, une connexion Internet est disponible au niveau du DS, un recours à de l'aide en ligne avec l'équipe du GHR ou avec les formateurs à la FSS a fait ses preuves dans certains pays et peut améliorer les prises en charge des problèmes à solution chirurgicale et réduire les références si coûteuses pour les patients et sur le plan de la létalité de ces problèmes et sur le plan des budgets domestiques.

Deux sous-activités sont prévues:

- Identifier les besoins en matériel informatique. La DGR, co-gestionnaire du présent projet, assumera cette identification ;
- Fournir les équipements et les installer.

Ce matériel sera exclusivement mis à disposition des CCD.

Le montant de cet appui s'élève à **100.000** Euros.

3.2.2 Résultat 2 : Le niveau de compétence des membres des équipes de DRSP est amélioré

L'analyse de situation a identifié la nécessité de renforcer le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire nigérienne et les thèmes de formation présentés à l'activité d'élaboration d'un module global de formation correspondent à ce qui a été exprimé en terme de besoins lors de rencontres avec des DRSP menées au cours de formulation.

La DRSP (anciennement Direction Départementale de la Santé- DDS) a repris intégralement le son mandat[14]. Elle comprend 6 services pour assumer 2 mandats principaux : (i) celui de traduire les directives et orientations nationales en actions adaptées de santé et (ii) celui d'apporter un appui technique au développement des Districts Sanitaires.

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

Activité 2.1 : Etablir une convention de partenariat avec la FSS et l'ISP

Voir activité 1.1 adaptée au contexte du partenariat.

[14] Arrêté N°154/MSP/CAB du 1er février 1995 portant attributions de la DDS

Activité 2.2 : Contribuer au diagnostic organisationnel et institutionnel des DRSP

Cette activité a pour objet de clarifier le cadre institutionnel et organisationnel des équipes régionales de gestion des Régions Sanitaires et proposer un nouvel Arrêté. Il s'agit de contribuer à ce diagnostic de la DRSP, en concertation avec la DRH et l'assistance technique de la coopération française. La logique de cette activité est de contribuer à ce que les outils de formation de ces équipes soient basés sur leurs tâches et les mandats actualisés.

Cinq sous activités sont prévues :

- Etablir et valider les TDR. La durée estimée est de 6 semaines ;
- Faire un appel d'offre et sélectionner l'organisme scientifique ;
- Etablir le contrat ;
- Suivre l'exécution de l'étude ;
- Faire approuver le rapport final et les éléments à intégrer dans l'élaboration du module.

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

Activité 2.3 : Elaborer d'un module global de formation

Concrètement il s'agit de développer, avec l'appui d'un organisme scientifique, un module global de formation de toutes les DRSP du pays. Les thèmes suivants seront pris en compte: programmation des activités, gestion des RH et supervision des ressources matérielles et financières, encadrement de stagiaires et des équipes de DS formés au CPAPDS, informatique, suivi/évaluation, contrôle qualité, intégration des programmes verticaux, gestion de la recherche-action, ….

L'approche stratégique de formation est de les mener sur le terrain (voir activité suivante).

Le montant affecté à cette activité est de **25.000** euros.

Activité 2.4 : Organiser et assurer les formations des équipes DRSP

Comme décrit à l'activité précédente, la formation sera menée dans chacune des Directions Régionale, « sur le terrain ». Elle sera conduite par une équipe de formateurs à constituer au niveau national par l'équipe d'exécution en collaboration avec les directions du niveau central et de la FSS et de l'ISP.

Quatre sous-activités sont prévues :

- Identifier les formateurs parmi le staff du MSP et la soumettre à l'équipe d'exécution du projet ;
- Former les formateurs à l'application du module de formation, selon les thèmes ;
- Organiser une session nationale de présentation de l'approche pédagogique et de la méthodologie de formation ciblant les Directeurs Régionaux et leurs adjoints ;
- Mener les formations in situ : une session de 2 (deux) mois par DRSP. Les activités de formation ne doivent pas être menées toutes en même temps, mais par période bloquée selon la disponibilité des formateurs et des formés. Un plan annuel de 2 DRSP/an sera établi en début de projet par l'équipe d'exécution.

Le montant affecté à cette activité est de **75.000** Euros

Activité 2.5 : Assumer annuellement une formation des Directeurs et leurs adjoints des DRSP en leadership

Une fois par an, une session d'une semaine sera conduite au niveau central sur le leadership et sur la performance des DRSP par 2 animateurs désignés par le SG. Le recours à un formateur international est prévu pour la première session. Cette session est organisée par l'équipe d'exécution du projet. Elle rédigera un rapport diffusé aux participants.

Cette session a pour but de permettre à tous les participants (16) de partager entre eux les éléments positifs et négatifs en matière d'animation et de conduite de leur équipe afin que chaque membre d'équipe de la DRSP puisse évaluer et améliorer ainsi sa performance.

Cette session s'adossera ainsi au processus en cours en supervision intégrée des DRSP par le niveau Central.

Le montant affecté à cette activité est de **6.000** euros

3.2.3 Résultat 3 : Le CPADS de Ouallam est renforcé et soutenu

Le CPADS a démontré, dans les 3 dernières années, sa capacité à mener 5 sessions de formation d'ECD. Son objet est, avec l'appui du DS de démonstration de Ouallam de :

- Renforcer les capacités de personnel des DS et jusqu'à présent les ECD[15]
- Renforcer les capacités d'encadrement de l'HD et des CSI..

Il s'agit de continuer à soutenir ce Centre en améliorant les outils pédagogiques, en le renforçant notamment en ce qui concerne la parte pratique et la recherche action au niveau d'un DS, et, enfin, en lui permettant d'appuyer les DRSP en matière du suivi post-formation.

L'objectif est de former les 155 membres d'ECD. Ce qui additionné aux 135 déjà formés permettrait d'affirmer que ce sont toutes les ECD du pays (soit 210 personnes) qui devraient bénéficier de cette formation.

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

Activité 3.1 : Etablir une convention de partenariat avec la FSS

Voir activité 1.1 adaptée au contexte du partenariat.

Activité 3.2 : Réaliser un audit technique du CPADS et réviser les modules

Après les premières sessions menées pas ce Centre de Ouallam, un audit technique des outils pédagogiques, de l'organisation des activités de formation, d'évaluation, de suivi, etc….) a été proposé par les évaluations dont référence dans le présent document. Il est donc inséré dans le présent DTF. La contribution d'un organisme scientifique sera sollicitée.

[15] Voir Arrêté n°069/MSP/SG du 3 juin 1996, portant c réation, organisation et attributions du district sanitaire. Voir article 3 : l'ECD est composé de 5 membres

L'équipe d'exécution du projet est responsable, en concertation avec le staff du Centre, de mener les 5 sous-activités suivantes :

- Rédiger les TDR ;
- Faire un appel d'offre et sélectionner l'organisme scientifique ;
- Etablir le contrat ;
- Suivre l'audit dans sa logistique;
- Faire approuver le rapport final et les nouveaux modules produits.

Les recommandations de cet audit technique seront adoptées par le Comité de Gestion du Centre et validées par la DGR et la FSS. La partie pratique de la formation sera organisée dans les DS de la Région de Tillaberi (dont le DS de Ouallam) et de Dosso.

Le montant affecté à cette activité est de **47.000** Euros

Activité 3.3 : Assurer la formation continue des cadres du CPADS et des enseignants sur le plan technique et/ou pédagogique

Deux sous-activités sont prévues :

- Organiser annuellement pour trois/hommes/mois des stages ou des formations pratiques, dans la sous-région ou en dehors. Les thèmes seront techniques (fonctionnement d'un DS) ou pédagogiques (andragogie). C'est L'équipe d'exécution du projet qui en sera responsable ;
- Assurer la participation de cadres et/ou enseignants du CPADS à des fora internationaux ciblant un des aspects de fonctionnement de DS.

Le montant affecté à cette activité est de **98.000** euros

Activité 3.4 : Contribuer au renforcement de 3 DS dans la région impliqués dans la partie pratique de la formation

Comme indiqué plus haut, la partie 'Pratique' sur le terrain de la formation est à renforcer. C'est ainsi qu'il est prévu un appui financier forfaitaire pour 3 DS de la Région de Tillaberi et de Dosso.

Six sous-activités sont à mener:

- Chaque DS établi un plan annuel spécifique pour l'encadrement des stagiaires sans faire double emploi avec leur PAA. Le mode d'encadrement de ce stage sera également convenu entre la DRSP et le CPADS;
- Ce plan sera approuvé par la DRSP de Tillaberi et de Dosso et transmis au CPADS qui le soumettra à l'équipe d'exécution du projet ;
- Identifier les besoins en équipements et matériel des 3 DS pour un encadrement des stages optimal. Ces besoins seront validés par l'équipe d'exécution du projet en concertation avec les DRSP impliquées ;
- Les fournir et les installer ;
- La mobilisation des ressources est assurée annuellement par l'équipe d'exécution et versée à la DRSP de Tillaberi et de Dosso ;
- Une évaluation quantitative et qualitative sera menée annuellement. La DRSP est redevable techniquement au CPADS et financièrement à l'équipe d'exécution du projet.

Le montant affecté à cette activité est de **350.000** Euros.

Activité 3.5 : Contribuer à la mise en place et au fonctionnement d'un Centre de Documentation

Le Centre actuel ne disposant pas d'un centre de documentation permanent aux apprenants de se prendre en charge et de se documenter scientifiquement ainsi que sur d'autres expériences similaires dans d'autres contextes.

Trois sous-activités sont prévues :

- S'abonner à une dizaine de revues scientifiques et plus opérationnelles et acquérir de la documentation ;
- Disposer d'une bonne connexion à l'Internet ;
- Editer un bulletin de liaison pour les formés pour la durée du projet, dont la rythmicité sera établie par l'équipe d'exécution du projet.

Le montant affecté à cette activité est de **20.000** Euros

Activité 3.6 : Indemniser mensuellement et forfaitairement les cadres du CAPDS

Concrètement, il s'agit de motiver les 4 membres cadre du Centre en attribuant une indemnisation de 300 euros par mois.

Le montant affecté à cette activité est de **58.000** euros

Activité 3.7 : Prendre annuellement en charge financièrement la formation de six agents

Cette activité consistera à prendre en charge financièrement le coût global de 6 apprenants par session. La sélection des candidats sera proposée par le staff du Centre et validé par l'équipe d'exécution du projet. Elle fera l'objet d'un contrat d'octroi de bourse (voir plus haut).

Le montant affecté à cette activité est de **50.000** Euros

Activité 3.8 : Assumer le suivi rapproché des formés en management de DS

Le suivi rapproché en post-formation (principalement dans le semestre qui suit la formation) des formés a été identifié comme un point à améliorer (voir analyse de situation).

Quatre sous-activités seront prévues et assumées par le Centre :

- Appuyer les DRSP couvrant les DS dans lesquels exercent les formés. S'inspirant du « Concours Qualité » à l'intérieur d'une Région sanitaire, les DRSP une ECD sera désignée, avec l'appui du CPADS, annuellement à titre « d'Equipe d'encadrement » des formés sortants. La maîtrise de ce processus « Concours Qualité » sera assumée dans le cadre du résultat 2;
- Etablir des outils de suivi lors d'un atelier conjoint, qui seront approuvés ensuite par l'équipe d'exécution du Projet ;
- Etablir un programme de 4 visites par an des équipes ou partie d'équipe de DS qui ont été formées. L'objet de ces visites est d'assumer le suivi de la formation. Elles

seront effectuées par deux membres désignés de la DRSP et un membre de l'équipe d'encadrement désigné. Le budget est calculé sur la base de 3 personnes pendant 5 jours. Un rapport de visite de suivi sera établi et envoyé au CAPDS dans le mois qui a suivi la visite ;

- Doter le CPADS de 2 véhicules dont un petit bus de 20 places et 1 véhicule 4X4. La justification de cet investissement est, en ce qui concerne le bus : déplacements des formés lors de la phase pratique de la formation. En ce qui concerne l'autre véhicule (4X4) il se justifie par: (i) le suivi des stagiaires (phase pratique), (ii) les déplacements sur Niamey (la route est très boueuse pendant la saison des pluies), (iii) le suivi post-formation dans les Régions. Les coûts récurrents liés à ces véhicules ne sont pas pris en compte par le présent projet.

Note sur le « Concours Qualité » [16]

Il s'agit d'une approche systémique d´amélioration du management et de la qualité des soins. Elle a pour principaux objectifs de :

- Favoriser une compétition positive entre différentes structures de santé ;
- Développer une culture de reconnaissance de bonne performance et de 'mérite' ;
- Renforcer l'esprit de reddition des comptes ;
- Promouvoir la transparence à travers l'évaluation et la publication des performances des structures de santé.

Dans le cas du présent projet, ce concours sera mené, dans le semestre suivant la formation au CPADS, dans chacune des DRSP accueillant les personnels formés au CPADS. Il permettra aux décideurs d'apprécier la performance des formés en partie sur la base d'échanges entre pairs.

Le montant affecté à cette activité est de **172.000** Euros.

Activité 3.9 : Assumer l'appui à la recherche action sur le développement de DS

Concrètement il s'agit d'initier et d'appuyer techniquement les projets de Recherche Action[17] menés au niveau des équipes de DS et d'en suivre les différentes phases en collaboration avec les DRSP couvrant ces DS ou la recherche est menée. L'objectif sera, d'une part, de permettre aux formés d'appliquer leurs nouvelles connaissances et, d'un part, « d'alimenter » les décideurs des DS, des DRSP et du niveau central en « Meilleures Pratiques». (Voir DTF « Appui Institutionnel »).

Cette activité sera incluse dans la convention de partenariat avec la FSS. La logistique de ces projets de recherche sera financée par le FC et les résultats seront diffusés par le Centre.

Le montant affecté à cette activité est de **25.000** euros

[16] Voir annexe 4 : description de sa logique, à adapter dans le cadre du présent projet. Voir aussi thèse de Pierre Blaise (ULB) sur « Culture de qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique » 2004-12-23 et le document « Concours Qualité » appliqué à la lutte contre le Sida en Guinée 2002-11 ; (références dans le RDF) 2

[17] A titre d'exemples les thèmes de recherche-action pourraient être : conditions de performance des CDD dans une approche systémique, supervisions formatives, développement de l'investissement individuel des stagiaires au centre de Ouallam, faisabilité de la méthodologie du 'Concours Qualité'…

3.2.4 Résultat 4 : La formation en DES en Chirurgie/ Gynécologie est poursuivie

Il s'agit d'attribuer 5 bourses annuelles pour des étudiant(e)s en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Chirurgie/Gynécologie. Ce résultat s'inscrit dans le renforcement du niveau intermédiaire (Régional) du sous système de référence tant pour la prise en charge des cas chirurgicaux que pour l'encadrement des DS, principalement pour les DS ou exercent des CCD et Aides Chirurgiens et Anesthésistes formés.

D'ici 4 ans le nombre de chirurgiens passera de 11 à 47 (baseline: rapport PAPDS).

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

Activité 4.1 : Etablir une convention de service avec la FSS

Voir activité 1.1 à adapter au DES.

Activité 4.2 : Attribuer annuellement une bourse à 5 candidats par an à la filière DES

Elle consiste à l'attribution des bourses à 5 étudiant(e)s inscrits en DES/chirurgie pour un montant de 35.000 Euros par étudiant, soit 140.000 Euros par an. Une des 5 années de formation se déroule à l'étranger.

Des critères d'attribution seront définis par l'équipe d'exécution du présent projet et approuvé par le comité de pilotage mis en place dans le cadre du projet actuel de l'Hôpital National de Niamey.

Le montant pour ce résultat est de **317.000** Euros.

3.2.5 Résultat 5 : La formation de 2 techniciens en orthèse-prothèse-bandagisterie est prise en charge

Il s'agit d'une prise en charge financière de deux candidats nigériens, qui seront identifiés par la DRH en collaboration avec la FSS.

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

Concrètement il s'agit ci d'attribuer deux bourses de formation en orthèse-prothèse orthopédique et bandagisterie dans la Sous Région.

Il est existe un Centre National d'Appareillage Orthopédique et de Kinésithérapie à Lomé et à au Togo et à Dakar au Sénégal qui seraient à même de former ces candidats ou candidates. La formation dure 3 années.

Il faut souligner l'importance des aspects du 'plateau technique' des hôpitaux de deuxième référence qui les accueilleront à leur retour de formation, à prendre en compte, mais cet aspect n'est pas pris en compte par la présente intervention.

Le montant de cette bourse comprend les minervals, les billets d'avion, les fournitures académique et les coûts de la vie.

Activité 5.1 : Prendre attache et choisir une institution sous régionale

Deux sous-activités sont à mener :

- Prendre contact avec l'institution identifiée ;
- Définir le cahier des charges.

Activité 5.2 : Attribuer deux bourses pour deux candidat(e)s

Deux sous-activités sont à mener :

- Identifier les 2 candidats par le comité de pilotage du Projet de l'Hôpital National de Niamey et de la FSS ;
- Etablir un « Contrat relatif à l'octroi d'une bourse locale par le gouvernement belge » (conformément au contrat de gestion du 5 mai 1999 entre l'Etat belge et la S.A. Coopération Technique Belge) ;
- Attribuer et financer cette bourse et organiser leur logistique (billet d'avion etc…)

Le montant de cette activité est estimé à **100.000** euros.

3.3 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

Nous reprenons dans le tableau ci-dessous, les indicateurs par résultat ainsi que les sources de vérification qui sont notifiés dans le Cadre Logique de l'intervention.

Objectif/Résultats	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif spécifique	- Les CCD, ECD, DRSP, et aides Anesthésistes et Chirurgiens formés en cours de ce projet sont aptes à assumer leur responsabilité (score de performance attendue) - La satisfaction des bénéficiaires dans les zones couvertes par les ECD formées (initialement et en continu), en particulier les plus vulnérables, est améliorée - Tous les DS à couvrir en CCD sont couverts - Nombre de projets de Recherche Action menés dont les résultats sont diffusés par rapport à ceux qui sont planifiés annuellement - Deux techniciens en orthèse/prothèse et bandagisterie sont en fonction dans une structure de référence	Rapports annuels du PDS Rapports annuels du CAPDS Rapports contractuels de la FSS et ISP Rapports du Projet (MTR et fin de projet) Rapports de la Cellule 'Recherche' de la DEP

Résultat 1	-Tous les DS sont pourvus en CCD régulièrement suivis et évalués -Dix HD ont un plateau technique conforme -Un plan de formation continue des CCD et Aides Anesthésistes et Chirurgiens est opérationnel -La convention de service avec la FSS est respectée	Rapports du PDS Rapports de la FSS Rapports des DRSP et ECD
Résultat 2	-Toutes les DRSP disposent d'une équipe dont 75% des membres sont formés -Les compétences en leadership des directeurs des DRSP sont significativement améliorées	Rapports du PDS Rapports des formateurs Rapports des évaluations à terme en leadership des directeurs Rapports des la FSS
Résultat 3	-Les modules sont révisés et évalués à terme -Les compétences des formés sont significativement améliorées -Le mécanisme de suivi des formés en post formation et à terme est opérationnel	Rapports du PDS Rapports du CAPDS Rapports des ECD concernés Rapports de la FSS
Résultat 4	Cinq candidats dans la filière DES en Chirurgie/ Gynécologique sont annuellement pris en charge	Rapports de la FSS
Résultat 5	Deux techniciens nigériens en orthèse/ prothèse et bandagisterie sont en fonction dans un hôpital de deuxième référence	Rapports annuels des Institutions de formations Rapport du PDS

3.4 ACTEURS INTERVENANTS NATIONAUX DANS LA MISE EN ŒUVRE

Etant donné qu'il s'agit d'un projet d'appui en renforcement de capacités en matière de gestion de services et d'amélioration de l'offre, qui a pour cible l'ensemble de la performance du système de santé, les intervenants dans la mise en œuvre sont très étendus :

- Aux responsables de tous les niveaux du système de santé, entre autre :
  - au niveau central, la DGSP, la DGR et DGRH sont les directions les plus impliquées
  - au décentralisé, les DRSP, les ECD en ce qui concerne l'offre
  - les communautés bénéficiaires en ce qui concerne la satisfaction de leurs besoins .

- Aux autorités locales, responsables de la qualité et d'un bon accès en services de soins de santé
- Aux autorités académiques et scientifiques (Université AM et FSS) et leur tutelle, constituant le pool national d'excellence en matière tant sur le plan clinique que managérial
- Aux autres PTF, qui dans le cadre de la coordination entre les partenaires, sont interviennent dans le même domaine et dans certaines régions (comme Tahoua pour la coopération Italo-Nigérienne -deuxième phase- et l'appui à la DRH pour la coopération Franco-Nigérienne). Des actions de partage d'expériences et complémentaires tant sur les plans techniques et opérationnels, constituent un environnement qui s'inspire de la Déclaration de Paris.

4. RESSOURCES

4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES

4.1.1 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	1.129.000
R2	121.000
R3	820.000
R4	317.000
R5	100.000
Sous total (70,2%)	**2.487.000**

Le budget X : la réserve budgétaire

Type	**Montant (en Euros)**
Réserve budgétaire	90.000
Sous total (3,6% du budget A)	**90.000**

Le budget Z : les moyens généraux

Type	**Montant (en Euros)**
Assistant technique international	600.000
Responsable national - prime	50.000
Comptable (RAF) temps plein	48.000
Secrétaire	20.000
Chauffeurs (2)	20.000
Véhicules (3)	90.000
Equipement bureau et IT	20.000
Aménagement bureau	2.000
Fonctionnement véhicule	25.000
Télécommunication	15.000
Fournitures de bureau	6.000
Missions à l'étranger	30.000
Missions à l'intérieur	29.000
Frais financiers	3.000
Suivi évaluation (CTB/MTR/Finale)	25.000
Audit externe	10.000
Sous Total (14,1%)	**993.000**
TOTAL GENERAL	**3.570.000**

4.1.2 Détails sur les montants par type de coût (en Euros)

Type de coût	% du total budgétaire	Coût en Euros
Investissements	+/- 17%	600.000
Ressources techniques (voir résultats)	+/- 59%	2.107.000
Ressources humaines (responsable national, assistance technique et en personnel d'appui)	+/- 20%	738.000
Appui au fonctionnement y inclus les frais financiers	+/- 3%	90.000
Suivi/audit et backstopping	+/- 1%	35.000
TOTAL	**100%**	**3.570.000**

4.1.3 Contribution du Niger en Fcfa et Euros

Type de coût	% du total budgétaire	Coût en Fcfa	Coût en Euros
Locaux	+/- 24 %	48.000.000	73.170
Ressources humaines (Responsable national et en personnel d'appui)	+/- 60 %	120.000.000	182.930
Appui au fonctionnement (véhicules par exemple)	+/- 16 %	32.800.000	50.000
TOTAL	**100%**	**200.800.000**	**306.100**

4.2 RESSOURCES HUMAINES

4.2.1 Direction de l'intervention

L'équipe d'exécution du projet sera composée du ou de la Directeur Général des Ressources du MSP, 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 veiller à la bonne mise en œuvre et évaluation continue des activités prévues pour l'atteinte des 5 résultats attendus.

Le responsable de la partie nigérienne bénéficiera d'une prime.

L'assistance disposera de moyens matériels pour fonctionner (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet, …) .

La réglementation applicable en matière de **contrat de travail pour le personnel local** recruté par le projet ou programme en cogestion est celle **du pays partenaire**, du fait que ces personnes sont payées à partir du don en numéraire avec avis de non-objection de la part de la CTB.

L'assistance technique internationale y compris sa logistique, et les bourses seront fournis sous financement en «nature» en application de la **réglementation belge**. Une ligne budgétaire affectée à cette logistique et gérée en régie, est inscrite dans les moyens généraux du budget total du projet. La destination du matériel ainsi acquise sera convenue entre les deux parties à la fin de l'intervention.

4.2.2 Assistance technique nationale (ATI)

Vu le registre des résultats, l'ATI sera un médecin de Santé Publique, possédant des compétences élargies en andragogie et en planification de programmes de formation continue. Il sera engagé par le projet selon les procédures de la CTB.

Ses Termes de Références sont proposés en annexe. Les éléments essentiels de ses tâches sont, sous l'autorité de la représentation de la CTB :

- 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 et mettre en route les expertises nationales planifiées ;
- Etre co-responsable des relations/concertations avec les autres partenaires actifs en appui en formation ;
- Participer à l'établissement et au suivi des plans opérationnels annuels des activités (POA) du projet ;
- Entretenir des rapports réguliers, avec les collègues et responsables du niveau central en fonction des activités et domaines pris en charge.

4.2.3 Expertises ponctuelles

Un recours à une expertise nationale (deux, réparties dans les activités de l'intervention) est présenté ci dessous :

- A.2.2: contribuer au diagnostic organisationnel et institutionnel des DRSP
- A.2.3: rédaction d'un module de formation des DRSP, formation de formateurs et planification de son application ;
- A.3.2: réalisation d'un audit technique des modules et des formations actuelles s du CPADS.

4.2.4 Le staff administratif et financier

Un(e) comptable qualifié sera recruté(e) pour le présent projet. Il ou elle assumera la fonction de RAF (classe V des barèmes en application au Niger à la CTB). Il sera logé dans les locaux actuels (trois bureaux au sein du MSP). La ligne hiérarchique est l'équipe d'exécution du projet. Les TDR de cette personne sont ceux appliqués à la CTB pour un comptable de haut niveau.

Un(e) secrétaire sera recruté(e). La présente intervention inscrit au budget à temps plein. La ligne hiérarchique de cet agent est l'équipe d'exécution du projet. Cette personne sera mise à la

disposition du projet par le MSP, qui la désignera en concertation avec l'équipe d'exécution et lui attribuera une indemnisation.

Deux chauffeurs seront recrutés sont inscrits au budget à temps plein. Ils couvrent les besoins en déplacement des apprenants pour le minibus et des responsables des missions de suivi sur le terrain pour la durée du projet. Les lignes hiérarchiques de ces agents sont : l'équipe d'exécution du projet pour les véhicules acquis en cogestion et l'ATI pour le véhicule acquis en régie.

4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Ces ressources constituent un apport assez réduit, étant donné le caractère 'technique et d'accompagnement des collègues nationaux' du projet, soit 19,8% du budget total.

Il s'agit de :

- Matériel de bureautique (avec connexion Internet performante) et de communication ;
- Matériel de reprographie ;
- 3 véhicules dont :
    - Un véhicule tout terrain pour le staff du CPADS ;
    - Un minibus pour les déplacements des apprenants ;
    - Un véhicule tout terrain de service pour l'assistance technique et comptable.

    Le minibus et le 4X4 sont acquis en co-gestion et le véhicule de l'assistance technique est acquis en régie. Les charges de fonctionnement et de maintenance des véhicules acquis en cogestion sont à charge des budgets nationaux ;
- Les équipements d'appoint pour les HD ;
- Les équipements d'appoint pour les 3 DS d'application.

Les véhicules affectés à une intervention ne peuvent être utilisés que pour les besoins du projet, à l'exclusion de tout autre usage. Le véhicule affecté à l'ATI ne constitue en aucune manière en véhicule de fonction. Les véhicules 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 expert 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'EXÉCUTION 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 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, Formation continue des agents de santé '**
- 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

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.

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-sélectionnées ;
    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:

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière
- Liste des engagements importants
- Aperçu des soldes bancaires
- Liste des fonds reçus
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- 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

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.

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'efficience et l'efficacité 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.

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'efficience 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 (opérationalisation 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' dues 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

L'objet de l'intervention étant un processus de formation complémentaire et continue d'agents de santé de proximité et de référence. L'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs à fournir aux populations a un impact direct et indirect sur l'environnement dans lequel évoluent les populations bénéficiaires. Direct, à travers le développement de 'savoir faire' en matière de d'éducation/information/communication, pour une promotion de comportements individuels et collectifs préventifs; indirect, à travers une bonne insertion de l'environnement dans les modules de formation, comme par exemple, le respect de normes en matière de gestion/ élimination/ traitement des déchets générés par les services de santé.

Ce thème fera donc l'objet d'indicateurs dans le suivi/évaluation de l'intervention.

6.2 GENRE

L'intervention cible le développement et le renforcement des capacités des RH (voir A.1.4) et elle constitue une bonne opportunité à prendre bien en compte les aspects 'Genre' dans les objectifs d'apprentissage et des modules affectés à l'organisation des activités préventives et curatives. Les femmes constituent en effet une part importante des utilisateurs habituels que ce soit en terme des soins en général qu'en tout ce qui touche à la Santé de la Reproduction.

D'autre part, comme évoqué dans l'analyse situationnelle, une montée en puissance de la proportion de femmes « agents de santé », est à prendre en compte. Ainsi cela peut avoir un impact non seulement sur leur mobilité, donc leur stabilité, et ainsi sur leur renouvellement, mais aussi celui de leur motivation à s'insérer dans un milieu isolé, qu'elles soient célibataires ou mariées. Le CPAPDS devra tenir compte de cet aspect dans la sélection et le suivi des apprenants, en le documentant bien.

Ce thème fera donc l'objet d'indicateurs dans le suivi/évaluation de l'intervention.

6.3 DROITS DE L'ENFANT

Pour les mêmes raisons évoquées au 6.2 les aspects 'Droits des Enfants' trouveront une place explicite dans la façon d'aborder les soins préventifs et curatifs de ces bénéficiaires (les enfants) de soins de santé. La compétence des prestataires en soins, adressés en bonne part aux enfants, se doit d'être basée sur une approche 'droits'. Des outils performants existent auprès d'organismes tels que l'UNICEF et l'OMS. La bonne prise en compte de ce thème dans les modules de formation et dans les mécanismes de leur suivi, devront être explicitement évalués en cours d'exécution du projet.

6.4 ECONOMIE SOCIALE

Pour les mêmes raisons qu'au thème précédent, l'adoption du paradigme soutenant la production des soins **globaux**[18]**,** c'est à dire qui tiennent compte de tous les éléments du quotidien et de l'environnement social et économique des bénéficiaires**,** permettra d'aborder explicitement leurs

[18] « Fournir des soins les meilleurs possible au moindre coût …»

environnements socio-économiques ainsi que le coût de soins et le processus de tarification dans les objectifs d'apprentissage et les compétences à développer. Les DRSP et ECD doivent adopter cet aspect dans leur fonction d'organiser la dispense de soins.

Ce thème fera donc l'objet d'indicateurs dans le suivi/évaluation de l'intervention.

6.5 HIV/SIDA

L'accent qui sera mis sur la problématique du VIH/SIDA est également au cœur des compétences des agents à former. Ce thème fera l'objet d'évaluation, à l'instar des thèmes précédents (RMP-MTR et évaluation finale). Il est large et doit être en bonne place dans les modules de formation et bien intégré. En effet, il touche à la culture, la sexualité, l'organisation sociale et communautaire et la contribution de la société civile.

Ce thème fera donc l'objet d'indication dans le suivi évaluation de l'intervention.

7. ANNEXES

7.1. Cadre Logique

7.2. Budget total et chronogramme

7.3. Termes de référence de l'assistance technique

7.4. Concours Qualité : note synthétique

7.5. Annexe sur la contribution à la DRH – février 2009

7.1 CADRE LOGIQUE DE L'INTERVENTION

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 techniques des agents de santé sont renforcées en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins au niveau des districts et régions sanitaires du pays	- Les CCD, ECD, DRSP, et aides Anesthésistes et Chirurgiens formés en cours de ce projet sont aptes à assumer leur responsabilité (score de performance attendue) - La satisfaction des bénéficiaires dans les zones couvertes par les ECD formées (initialement et en continu), en particulier les plus vulnérables, est améliorée - Tous les DS à couvrir en CCD sont couverts - Nombre de projets de Recherche Action menés dont les résultats sont diffusés par rapport à ceux qui sont planifiés annuellement - Deux techniciens en orthèse/prothèse et bandagisterie sont en fonction dans une structure de référence	Rapports annuels du PDS Rapports annuels du CAPDS Rapports contractuels de la FSS et ISP Rapports du Projet (MTR et fin de projet) Rapports de la Cellule 'Recherche' de la DEP	Risques : - Insécurité dans le pays - Lourdeur dans les procédures nationales - Insuffisance en communication et coordination entre les structures, à tous les niveaux Hypothèses : - Un renforcement des RH du niveau central est mené dans le cadre des mutations institutionnelles - Le plan national de gestion des RH est établi et validé - Le FC évolue vers un forme budgétaire Adéquation optimale des ressources allouées au secteur

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 1. La formation et le suivi des équipes chirurgicales de District Sanitaire par la FSS sont appuyées	-Tous les DS sont courtes en CCD régulièrement suivis et évalués -Dix HD ont un plateau technique conforme -Un plan de formation continue des CCD et Aides Anesthésistes et Chirurgiens est opérationnel -La convention de service avec la FSS est respectée	- Rapports du PDS - Rapports de la FSS - Rapports des DRSP et ECD	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R1/A1: Etablir une convention de service avec la FSS	Etablir, valider et signer une convention de service entre l'Université Abdou Moumouni et le MSP pour ces formations	/	
R1/A2 : Assurer la formation de CCD ainsi que des Aide chirurgiens et Aide anesthésistes	Assurer les formations conformément aux procédures conventionnées	**600.000**	
R1/A3: Rendre opérationnels les blocs opératoires des HD	-Identifier les besoins en équipements et petites réhabilitations -Les fournir et les installer selon les normes nationales	**344.000**	
R1/A4: Mettre en place un processus de suivi et d'encadrement rapproché de tous les CCD en poste	-Missions de suivi par les services de Chirurgie des CHR avec l'appui de la FSS	**85.000**	
R1/A5 : Fournir du matériel informatique dans 34 HD ruraux	-Identifier les besoins en équipement informatique -Les fournir et les installer	**100.000**	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2. Le niveau de compétence des équipes des DRSP est significativement amélioré	-Toutes les DRSP disposent d'une équipe dont 75% des membres sont formés -Les compétences en leadership des directeurs des DRSP sont significativement améliorées	- Rapports du PDS - Rapports des formateurs - Rapport des évaluations à terme en leadership des directeurs - Rapports de la FSS	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R2/A1 Etablir une convention de service avec la FSS	Etablir, valider et signer une convention de service entre l'Université Abdou Moumouni et le MSP pour ces formations	/	
R2/A2 Contribuer au diagnostic organisationnel et institutionnel des DRSP	Recours à un organisme compétent en la matière	**15.000**	
R2/A3 Elaborer un module global de formation	Recours à un organisme scientifique	**25.000**	
R2/A4 Organiser et assurer les formations des équipes de DRSP	-Identifier les formateurs -Les former -Organiser une session de présentation de la stratégie de formation -Mener les formations in situ	**75.000**	
R2/A5 Assumer annuellement la formation continue des Directeurs des DRSP et leurs adjoints	Organiser une session annuelle en leadership et échange d'expériences	**6.000**	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 3. Le CPADS de Ouallam est renforcé et soutenu	-Les modules sont révisés et évalués à terme -Les compétences des formés sont significativement améliorées -Le mécanisme de suivi des formés en post formation et à terme est opérationnel	- Rapports du PDS - Rapports du CAPDS - Rapports des ECD concernés - Rapports de la FSS	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R3/A1 Etablir une convention de service avec la FSS	Etablir, valider et signer une convention de service entre l'Université Abdou Moumouni et le MSP pour ces formations	/	
R3/A2 Réaliser un audit technique et réviser les modules	-Sélectionner l'organisme scientifique et le contracter -Mener et valider l'audit technique	**47.000**	
R3/A3 Assurer la formation continue des cadres et des enseignants du CPADS sur les plans techniques et pédagogiques	-Identifier et organiser les stages ou formations -Assurer la participation à des Fora internationaux	**98.000**	
R3/A4 Contribuer au renforcement de 3 DS dans la région impliqués dans la partie pratique de la formation	-Etablir le mode d'encadrement des DS par les DRSP et établir un plan à valider -Identifier les besoins en équipements et matériels, les fournir et les installer -Affecter les ressources annuellement -Mener une évaluation quantitative et qualitative annuelle	**350.000**	
R3/A5 Contribuer à la mise en place et au fonctionnement d'un Centre de Documentation	-Acquérir la documentation et s'abonner -S'abonner à une connection Internet performante -Editer un bulletin de liaison adressé aux formés	**20.000**	

R3/A6 Indemniser mensuellement et forfaitairement les cadres du CAPDS	Mobiliser et attribuer mensuellement ces indemnités	**58.000**	
R3/A7 Prendre annuellement en charge financièrement la formation de six agents membres d'ECD	Mobiliser et attribuer les 'bourses'	**50.000**	
R3/A8 Assumer le suivi rapproché des formés	-Désigner « l'ECD d'encadrement » -Etablir les outils de suivi lors d'un atelier -Organiser les visites annuellement -Doter le Centre de deux véhicules	**172.000**	
R3/A9 Contribuer à ce que le CPADS assume l'appui à la recherche action menées dans les DS	-Appuyer les projets de RA -Diffuser les résultats de ces RA	**25.000**	

Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 4. La formation en DES en Chirurgie/Gynécologie est poursuivie	Six candidats dans la filière DES en Chirurgie/Gynécologique sont annuellement pris en charge	- Rapports de la FSS - Rapports annuels du projet	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R4/A1 Etablir une convention de service avec la FSS	Etablir, valider et signer une convention de service entre l'Université Abdou Moumouni et le MSP pour ces formations	**/**	
R4/A2 Appuyer financièrement la formation de 5 étudiants dans la filière du DES en Chirurgie/Gynécologie	Attribuer ces bourses annuellement	**317.000**	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 5. La formation de 2 techniciens en orthèse/prothèse et bandagisterie est prise en charge	Deux techniciens nigériens en orthèse/prothèse et bandagisterie sont en fonction dans un hôpital de deuxième référence	- Rapports annuels des Institutions Régionales de formation - Rapports annuels du projet	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R4/A1 Choisir une institution Régionale	Identifier et choisir l'institution régionale de formation	**/**	
R4/A2 Financer et suivre les formations	Financer et suivre ces formations	**100.000**	

7.2 BUDGET TOTAL ET CHRONOGRAMME

Appui à la Formation continue des Agents de santé oeuvrant dans les DS et DSRP NER 080 24 01

						CHRONOGRAMME			
BUDGET TOTAL				Mode d'exéc.	Budget total	%	**ANNEE 1**	**ANNEE 2**	**ANNEE 3**	**ANNEE 4**
A	**Objectif spécifique: Les capacités techniques des agents de santé sont renforcés, en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins au niveau des DS et DSRP**				**2.487.000**	**69,7%**	**733.833**	**715.833**	**648.333**	**389.000**
A	*01*	*La formation et le suivi des équipes chirurgicales de DS sont appuyées*			*1.129.000*	*31,6%*	*344.667*	*344.667*	*289.667*	*150.000*
A	01	01	Etablir une convention de services avec la FSS	Cogestion	/					
A	01	02	Assurer la formation de CCD ainsi que d'Aide Chirurgiens et Aide Anesthésistes, en complémentarité avec d'autres PTF	Cogestion	600.000		150.000	150.000	150.000	150.000
A	01	03	Rendre opérationnels les blocs opératoires des HD en complémentarité d'autres PTF	Cogestion	344.000		114.667	114.667	114.667	
A	01	04	Mettre en place un processus de suivi et d'encadrement rapproché de tous les CCD en poste	Cogestion	85.000		30.000	30.000	25.000	
A	01	05	Fournir du matériel informatique dans les HD ruraux, en complémentarité avec d'autres PTF	Cogestion	100.000		50.000	50.000		
A	*02*	*Le niveau de compétence des équipes de DRSP est signifiquativement amélioré*			*121.000*	*3,4%*	*47.750*	*32.750*	*20.250*	*20.250*
A	02	01	Etablir une convention de services avec la FSS	Cogestion	/					
A	02	02	Contribuer au diagnostic organisationnel et institutionnel des DRSP	Cogestion	15.000		15.000			
A	02	03	Elaborer un module de formation	Cogestion	25.000		12.500	12.500		
A	02	04	Organiser et assurer les formations des équipes de la DRSP	Cogestion	75.000		18.750	18.750	18.750	18.750
A	02	05	Assurer annuellement la formation continue des Directeurs des DRSP et leurs adjoints	Cogestion	6.000		1.500	1.500	1.500	1.500
A	*03*	*Le CAPDS de Ouallam est renforcé et soutenu*			*820.000*	*23,0%*	*237.167*	*234.167*	*234.167*	*114.500*
A	03	01	Etablir une convention de services avec la FSS	Cogestion	/					
A	03	02	Réaliser un audit technique et réviser les modules	Cogestion	47.000		11.750	11.750	11.750	11.750
A	03	03	Assurer la formation continue des cadres et des enseignants du CPADS sur le plan technique et pédagogique	Cogestion	98.000		24.500	24.500	24.500	24.500
A	03	04	Contribuer au renforcement de 3 DS impliqués dans la partie pratique de la formation	Cogestion	350.000		116.667	116.667	116.667	
A	03	05	Contribuer à la mise en place et au fonctionnement d'un Centre de Documentation	Cogestion	20.000		8.000	5.000	5.000	2.000
A	03	06	Indemniser mensuellement et forfaitairement les cadres du CAPDS	Cogestion	58.000		14.500	14.500	14.500	14.500
A	03	07	Prendre annuellement en charge financièrement la formation de 6 Agents membres d'ECD	Cogestion	50.000		12.500	12.500	12.500	12.500
A	03	08	Assurer le suivi rapproché des ECD formés	Cogestion	172.000		43.000	43.000	43.000	43.000
A	03	09	Contribuer à ce que le CPADS asume l'appui aux projets de recherche-action menées dans les DS	Cogestion	25.000		6.250	6.250	6.250	6.250
A	*04*	*La formation en DES en Chrirurgie/Gynécologie est poursuivie*			*317.000*	*8,9%*	*79.250*	*79.250*	*79.250*	*79.250*
A	04	01	Etablir une convention de services avec la FSS	Cogestion	/					
A	04	02	Appuyer financièrement la formation des 5 candidats	Cogestion	317.000		79.250	79.250	79.250	79.250
A	*05*	*La formation de 2 techniciens en orthèse prothèse et bandagisterie est prise en charge*			*100.000*	*2,8%*	*25.000*	*25.000*	*25.000*	*25.000*
A	05	01	Prendre attache et choisir une institution sous régionale	Cogestion	/					
A	05	02	Financer et suivre ces formations	Cogestion	100.000		25.000	25.000	25.000	25.000

X	**Réserve budgétaire (max 5% * total activités)**				**90.000**	**3,6%**	**22.500**	**22.500**	**22.500**	**22.500**
X	01	02	Réserve budgétaire	Cogestion	90.000		22.500	22.500	22.500	22.500
Z	**Moyens généraux**				**993.000**	**27,8%**	**311.500**	**231.000**	**219.500**	**231.000**
Z	*01*	*Frais de personnel*			*738.000*	*20,7%*	*184.500*	*184.500*	*184.500*	*184.500*
Z	01	01	Assistant Technique International	Régie	600.000		150.000	150.000	150.000	150.000
Z	02	02	Responsable national - prime	Régie	50.000		12.500	12.500	12.500	12.500
Z	04	04	Comptable (RAF)	Régie	48.000		12.000	12.000	12.000	12.000
Z	05	05	Secrétaire	Cogestion	20.000		5.000	5.000	5.000	5.000
Z	06	06	Chauffeurs (2)	Cogestion	20.000		5.000	5.000	5.000	5.000
Z	*02*	*Investissements*			*112.000*	*3,1%*	*97.000*	*5.000*	*5.000*	*5.000*
Z	02	01	Véhicules (2)	Cogestion	63.000		63.000			
Z	03	02	Véhicule (1)	Régie	27.000		27.000			
Z	02	02	Equipement bureau et IT	Cogestion	20.000		5.000	5.000	5.000	5.000
Z	02	03	Aménagements du bureau	Cogestion	2.000		2.000			
Z	*03*	*Frais de fonctionnement*			*108.000*	*3,0%*	*27.000*	*27.000*	*27.000*	*27.000*
Z	03	03	Frais de fonctionnement du véhicule de l'ATI	Régie	25.000		6.250	6.250	6.250	6.250
Z	03	04	Télécommunications	Cogestion	15.000		3.750	3.750	3.750	3.750
Z	03	05	Fournitures de bureau	Cogestion	6.000		1.500	1.500	1.500	1.500
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	29.000		7.250	7.250	7.250	7.250
Z	03	09	Frais financiers	Cogestion	3.000		750	750	750	750
Z	*04*	*Audit et Suivi et Evaluation*			*35.000*	*1,0%*	*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
					3.570.000		**1.067.833**	**969.333**	**890.333**	**642.500**

7.3 TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE

L'Assistant Technique International est un spécialiste en Santé Publique, possédant des compétences élargies en andragogie et en planification de programmes de formation continue. Il sera engagé par le projet selon les procédures de la CTB.

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:

6. Appui à la Région Sanitaire de Dosso;
7. Appui a la Communauté Urbaine de Niamey ;
8. Appui au service d'orthopédie traumatologie de I'Hôpital National de Niamey;
9. Appui aux institutions de formation;
10. 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 (3.570.000 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 .

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

L'objectif spécifique de ce projet est : «*Les capacités techniques des agents de santé sont renforcées en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins au niveau des Districts et Régions sanitaires du pays ".*

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par les **5 résultats** présentés ci dessous :

1. La formation et le suivi des équipes chirurgicales de District Sanitaire est appuyée
2. Le niveau de compétence des membres des équipes de DRSP est amélioré
3. Le CPADS de Ouallam est renforcé et soutenu
4. La formation en DES Chirurgie/Gynécologie est poursuivie
5. La formation de 2 techniciens en orthèse-prothèse-bandagisterie est prise en charge

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, dans le cadre de l'équipe d'exécution du projet :

- 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 et mettre en route les expertises nationales planifiées ;
- Etre co-responsable des relations/concertations avec les autres partenaires actifs en appui institutionnel ;
- Participer à l'établissement et au suivi des plans opérationnels annuels des activités (POA) du projet ;
- Entretenir des rapports réguliers, avec les collègues et responsables du niveau central en fonction des activités et domaines pris en charge.

Il disposera de moyens en personnels d'appui et de matériels partagés (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet, …) dont il disposera selon les besoins de ses fonctions.

Profil :

diplômes

- Médecin
- Diplôme de Santé Publique
- Diplôme de médecine tropicale
- Formation complémentaire en planification de programmes de formation continue et andragogie, est souhaité

expériences

- Expérience d'au moins 10 ans dans le domaine de l'organisation des systèmes de santé et/ou de formation

autres

- Bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de base (Word, Excell, PP, …)
- 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 la performance des RH et des activités de formation initiale et continue sont un plus.
- Familier de la Recherche Action

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, en particulier des fréquents et courts séjours à Ouallam, 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 cogestion avec le ou la Directeur Général des Ressources du MSP.

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 sur la base des procédures de la CTB en concertation avec le partenaire nigérien pour un avis de non-objection.

Gestion du contrat

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

7.4 CONCOURS QUALITÉ (CQ) : NOTE SYNTHÉTIQUE DESCRIPTION DE SA LOGIQUE DE FONCTIONNEMENT

7.4.1 Qu'est-ce que le CQ ?

Le *CQ* a été développé par la GTZ en 2002 en Guinée. Il s'agit d'une approche systémique d'amélioration du management de la qualité des services et soins, spécifiquement conçue pour les systèmes de santé décentralisés.

L'approche se focalise sur la qualité du processus à travers une compétition positive et volontaire en quête de l'excellence. Le *CQ* vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement du système pour obtenir une amélioration rapide et économique tout en mettant en valeur au maximum le potentiel interne du système de santé.

7.4.2 Les objectifs du CQ

Pour le système:

- Développer une compétition positive entre les structures de santé (comparaison des performances des structures, octroi de prix) ;
- Amener les participants à atteindre le même niveau de compréhension des dimensions et aspects de la qualité ;
- Allouer les ressources en fonction de l'amélioration de la qualité : l'argent suit la qualité ;
- Attirer des financements pour les structures de santé à travers un meilleur rendement de l´investissement ;
- Permettre au pays d´avoir son propre système de management de la qualité adapté aux défis spécifiques ;

Pour les organisations :

- Améliorer la qualité de la gestion et des soins dans les structures de santé afin d'accroître leur utilisation ;
- Stimuler l'intérêt des structures à connaître et à appliquer les outils et les méthodes du management de la qualité (maîtrise des outils et méthodes de gestion de la qualité, évaluation par les pairs, rétro-information, benchmarking) ;
- Re-dynamiser les outils existants.

Pour les professionnels de santé :

- Inculquer la culture qualité (travail d'équipe, responsabilisation à la base, orientation vers le client) ;
- Améliorer les performances du personnel ;
- Accroître les compétences techniques des professionnels de santé.

Pour la population :

- Impliquer les communautés dans l´analyse et la résolution des problèmes de qualité
- auprès de leurs structures sanitaires ;
- Augmenter l´appropriation des structures sanitaires par les communautés ;
- Rendre compte de l´utilisation des ressources ;
- Améliorer l'utilisation des structures sanitaires.

Pour les partenaires:

- Favoriser une meilleure coordination basée sur des besoins d´assistance clairs et partagés.

7.4.3 La conception du CQ

Pendant cette phase, un groupe d'acteurs représentant tous les niveaux du système de façon interactive définissent les dimensions de la qualité pour le pays et le système.

Ce processus se fonde sur la politique nationale en matière de santé, des stratégies, des concepts professionnels et de l'expérience du terrain. Les dimensions sont le reflet de la définition opérationnelle de la qualité selon le pays. Le nombre de dimensions devra généralement être compris entre cinq et dix. Toutes les dimensions prises ensemble devraient aider à comprendre la notion de qualité dans sa globalité. Ce processus consiste également à adapter les dimensions classiques de la qualité au contexte national, et si nécessaire, à en définir de nouvelles. Les dimensions sont spécifiques à des types de structures spécifiques avec très peu de différences.

Dans un processus similaire, au cours des ateliers participatifs avec les représentants de tous les niveaux du système, un échantillon d'aspects de la qualité (entre 2 et 8) est formulé pour chaque dimension. Les aspects de la qualité sont formulés sous la forme des phrases, exprimant les résultats attendus pour chaque type de structure, exemple: *les médicaments et consommables sont disponibles*. La formulation des aspects s'inspire des normes et procédures quand elles existent. Si les acteurs estiment que les normes et procédures sont obsolètes, les attentes sont formulées à partir de l'expérience des pairs, des concepts ou d'un *benchmarking* des autres secteurs ou pays.

Dans le but d'évaluer le degré avec lequel une structure participante répond aux attentes de l'aspect qualité, les questions sont formulées de manière ouverte. Ces questions sont construites conformément au cycle de Deming (planifier-exécuter-évaluer-adapter) comme un modèle simple et général du processus. Quatre différents types de questions sont posés pour évaluer chaque aspect :

- Qu'est ce que la structure a planifié pour l'aspect ?
- Les activités sont-elles réalisées ou non selon le plan ?
- Comment la structure évalue-t-elle les activités de cet aspect ?
- La structure tire-t-elle des leçons de l'évaluation des activités de cet aspect ?

Utilisant cette structure de dimensions, aspects et questions (planifier-exécuter-évaluer-adapter), la matrice de l'évaluation est alors construite. Ainsi pour chaque structure participante, un guide d'évaluation d'environ 120 questions est élaboré appelé guide d'auto évaluation.

Parallèlement, un guide de scores est élaboré pour chaque guide d'auto évaluation. Il servira aux analystes dans la phase d'implantation du processus à évaluer les structures sur la base des guides d'auto évaluation qu'elles auront préalablement remplis.

7.4.4 Le déroulement du CQ

Dans cette sous-section, nous présentons les différentes étapes du déroulement du *CQ* dans sa forme conceptuelle.

7.4.5 Ordre d'évènements au cours du déroulement du CQ

1. **La préparation des participants**

Il s'agit d'informer les participants potentiels sur la date, sur les étapes du processus et de leur communiquer les aspects sur lesquels ils seront évalués.

2. **L'auto évaluation**

Les questionnaires d´auto évaluation sont remis aux structures participantes. Pendant environ un mois les structures répondent aux questions ouvertes. L'intérêt de cette étape réside dans le fait que tout le staff de la structure est mis en situation de questionnement avec la stimulation de l'activité collective et de prise de décisions collégiales. Tout le monde se trouve impliqué dans cette phase. Ceci fait que le *CQ* encourage la naissance du travail d'équipe avec l'espoir de sa pérennisation.

3. **L'analyse de l´auto évaluation**

Les questionnaires remplis sont ensuite renvoyés au Comité Technique du *CQ*. Une équipe d´analystes se réunie pendant environ un mois pour analyser tous les questionnaires et attribuer un score (0-4) à chaque réponse.

4. **L'audit + feedback**

Pendant un mois des équipes d´audit visitent toutes les structures pendant une journée chacune. Pendant cette journée, les questions clés du questionnaire sont vérifiées avec
l´équipe de la structure et les représentants de la communauté sur place pour obtenir un score corrigé. Après vérification des questions, le staff de la structure auditée et les auditeurs s'accordent sur les forces et faiblesses de la structure.

5. **Le plan d´amélioration**

7.5 ANNEXE SUR LA CONTRIBUTION À LA DRH – FÉVRIER 2009

7.5.1 Analyse de la situation actuelle

Effectifs recensés du MSP et leur structure par statut ou position

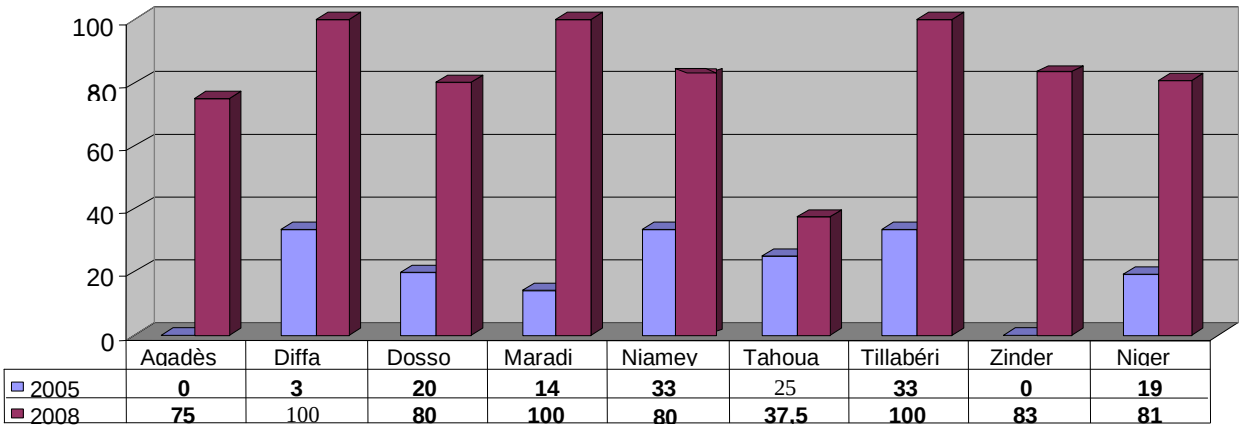
Catégories / Positions	Effectifs	Proportion (%)
Fonctionnaires / Cadres	3879	59,62
Auxiliaires	866	13,31
Contractuels	804	12,36
Position de stage	590	9,07
Détachement / disponibilité	367	5,64
Total	**6506**	**100**

On constate notamment l'importance disproportionnée des personnels en position de stage ou détachement / disponibilité (15% des effectifs totaux et plus de 20% des effectifs Cadres & Contractuels cumulés).

Quelques commentaires

- Des effectifs encore insuffisants et des déséquilibres persistants dans la répartition géographique des personnels médicaux et paramédicaux ;
- 60 % des personnels sont médecins, infirmiers ou sages femmes ;
- Déficit de postes de spécialistes (postes à hautes qualifications) ;
- Des taux de couverture en amélioration relativement aux normes OMS mais qui intègrent peu la dimension qualitative.

Proportion de DS disposant d'au moins 2 médecins



Malgré des difficultés réelles dans l'application des mesures, 64% des personnels concernés se disent davantage motivés

Les effectifs de médecins ont augmenté en valeur absolue mais pas encore assez en proportion des besoins

Les normes et standards du MSP relatives au nombre de médecins par DS sont désormais mieux respectés

Des mesures incitatives similaires sont mises en œuvre pour le personnel paramédical depuis janvier 2008, mais le temps d'exécution de ces mesures n'est pas encore suffisant pour apprécier leur efficacité et leur impact

Réalisations en matière de formation longue des personnels médicaux et paramédicaux

- **392 agents** bénéficiaires de bourses au titre du PSPR de 2004 à nos jours dont : (i) 109 médecins (ii) 252 paramédicaux et (iii) 31 autres spécialités

- **136 formations de médecins spécialistes** achevées (44) ou en cours (92) en 2008 concernant 30 spécialités dont (i) 22 en chirurgie générale et 14 en chirurgie de District, (ii) 30 en gynéco – obstétrique, (iii) 20 en pédiatrie, (iv) 11 en Médecine interne, (v) 5 en ophtalmologie, etc.

- **302 spécialisations de personnels paramédicaux** achevées (163) ou en cours (139) en 2008 notamment en aide chirurgie (32), anesthésie (35), radiologie (25).

- Principaux partenaires : PSPR puis Coopération

Réalisations en matière de formation courte des personnels médicaux et paramédicaux En **2008 : 511 actions de formation continue courtes réalisées** (37% des formations programmées) pour plus de 12 000 participants recensés et 2 195 866 259 FCFA dépensés, soit 38% du budget planifié (dont 20,5% de l'Etat ; 19,32% de l'UNICEF et 14,05 % du Fonds Commun)

Elaboration d'un plan de formation continue « provisoire » 2009 conçu sur la base des PAA de toutes les structures centrales, déconcentrées et rattachées (EPIC, EPA, programmes nationaux,…)

Possibilités de recrutement de contractuels au niveau des DRSP

Harmonisation en cours des programmes de formation initiale dans les écoles et instituts de santé

La structuration en cours de la DRH et de la GRH : Création d'une DRH composée de trois (03) Divisions avec des attributions clairement définies.

- **La mission de la DRH couvre l'intégralité des domaines** de la GRH hormis ceux relevant strictement du MFP/T et du MEF.
- **L'affectation de Responsables de la GRH** dans les DRSP (6 sur 8 aujourd'hui) qui auront la double responsabilité d'assurer une gestion rationnelle du personnel au niveau régional et de remonter les informations utiles et exactes au niveau central.
- **L'appui d'un Assistant Technique** positionné au sein de la DRH
- **L'élaboration de documents stratégiques et outils de gestion du personnel** (guide administratif de GRH, base de données de gestion des effectifs sous ACCESS, répertoire nominatif des agents en formation, plan de formation continue « provisoire »,…)

  ⇒ Toutes ces initiatives sont à parfaire mais elles constituent une base de travail pour l'avenir.

Lacunes liées à la formation initiale & continue :

- **Formation initiale :** Insuffisance qualitative de la sélection des élèves, contrôle de la création des écoles et instituts, harmonisation pédagogique public / privé.

- **En 2009 : 1412 actions de formation continue programmées** (dont 1146 au niveau des DRSP) pour plus de 33 000 bénéficiaires comptabilisés (dont 37 % de bénéficiaires de type communautaire) et un budget global prévu de formation dépassant 5 300 000 000 FCFA (20,5 % Fonds Commun ; 20,1 % UNICEF ; 12 % Etat ; 9,7 % Fonds Mondial, etc.).

  Mais sans planification globale ni surtout priorisation des formations et avec des cibles parfois approximativement déterminées (27% des formations programmées mal ciblées)

Démotivation persistante des personnels paramédicaux

- les faiblesses du suivi-évaluation et le manque de lien entre rémunération & performances
- l'absence de description des postes au niveau des DRSP / DS.

Mesures motivationnelles pas encore assez effectives

- les listes des différents bénéficiaires des primes et indemnités en fonction des textes réglementaires sont à parfaire

Insuffisance de coordination entre le niveau central et le niveau régional

- Répercussions néfastes sur la clarté de la gestion des affectations, l'adéquation profil / poste, la définition des besoins et la planification de la formation continue, etc…

Problèmes de fonds liés au contexte national

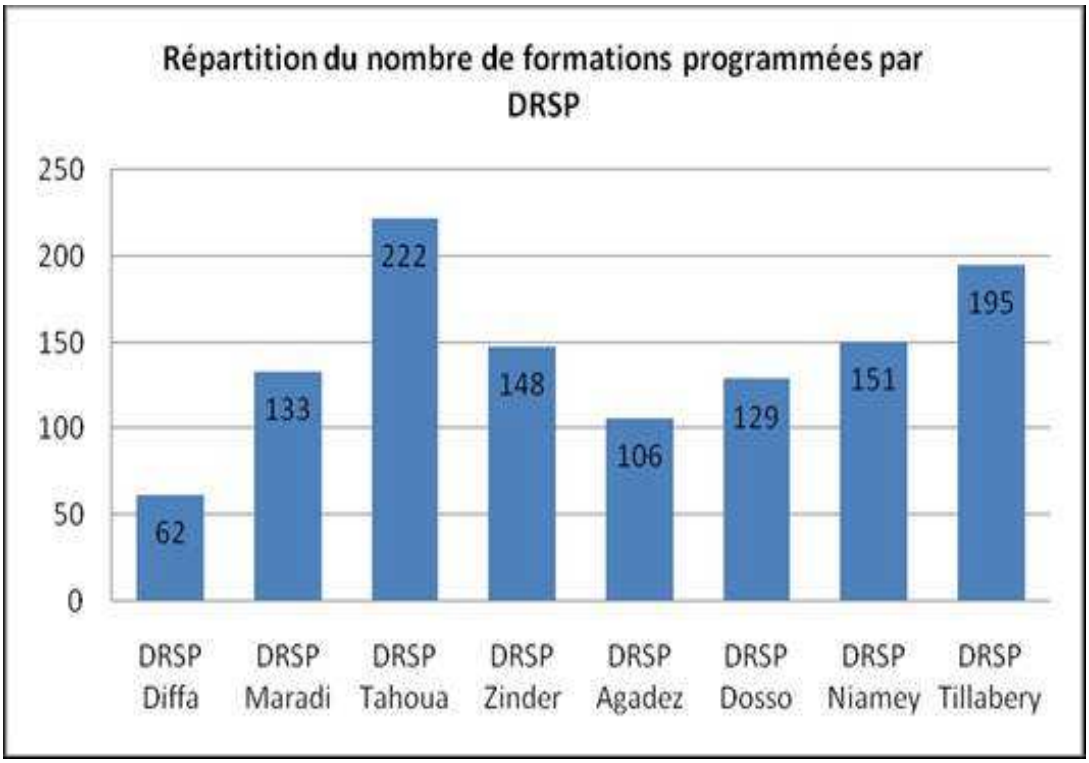
- Le déficit de dispositifs pour la formation des spécialistes.
- La gestion délicate des affectations du personnel féminin, le contexte culturel interfère plutôt négativement pour une gestion rationnelle des RH.
- L'absence de planification de la gestion des recrutements, des affectations et des départs (plan de redéploiement des effectifs)
- Les limites imposées par le MFP/T (recrutement, promotion, formation, sanction, rémunération,…)

  ⇒ Des jalons sont posés mais l'essentiel reste à fournir pour déterminer les mesures pertinentes de formation, de recrutement , de mobilité et les efforts de rémunération.

  ⇒ Une GRH contribuant à l'efficacité des formations sanitaires passe par une gestion administrative des effectifs plus rigoureuse.

  ⇒ Une fois les effectifs davantage « contrôlés » et « maîtrisés », des activités de développement des compétences pertinentes peuvent être définies.

  ⇒ Une méthodologie d'action partagée entre les directions centrales et régionales est à constituer à commencer par la tenue d'une « formation en gestion décentralisée des RH » à destination des gestionnaires des RH du niveau régional.


Répartition du nombre de formations programmées par DRSP
250
200
150
100
50
0
62
133
222
148
106
129
151
195
DRSP Diffa
DRSP Maradi
DRSP Tahoua
DRSP Zinder
DRSP Agadez
DRSP Dosso
DRSP Niamey
DRSP Tillabery