



Rapport Narratif final

PASS-Programme d'Appui au Système
de Santé (12/2017-02/2022)

NIGER

Table des matières

0	ACRONYMES	6
1	FICHE D'INTERVENTION	8
2	AUTO-EVALUATION DE LA PERFORMANCE	10
2.1	PERTINENCE	10
2.2	EFFICACITE.....	11
2.3	EFFICIENCE.....	12
2.4	DURABILITE POTENTIELLE.....	14
2.5	CONCLUSIONS	16
3	APPRECIATION DE LA STRATEGIE D'INTERVENTION	19
3.1	ÉVOLUTION DU CONTEXTE (VICENTE/FATIMA/SORO/EQUIPE PASS).....	19
	3.1.1 Contexte général et institutionnel	19
	3.1.2 Contexte de gestion	21
3.2	CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS DANS LA STRATEGIE D'INTERVENTION (VICENTE/FATIMA/SORO/EQUIPE PASS)	23
4	RESULTATS REALISES	25
4.1	PERFORMANCE DE L'OUTCOME	25
	<i>4.1.1 Indicateurs atteints</i>	<i>26</i>
	<i>4.1.2 Analyse de l'atteinte de l'outcome</i>	<i>27</i>
4.2	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 « L'OFFRE GLOBALE DE SOINS DE SANTE DE QUALITE EST RENFORCEE DANS LES DISTRICTS CIBLES (2EME DIMENSION CUS) ».....	31
	<i>4.2.1 Progrès des indicateurs</i>	<i>33</i>
	<i>4.2.2 Analyse des progrès réalisés 2021</i>	<i>34</i>
	<i>4.2.3 Analyse de la réalisation de l'output</i>	<i>35</i>
4.1	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 « L'OFFRE GLOBALE DE SOINS DE SANTE DE QUALITE EST RENFORCEE DANS LES DISTRICTS CIBLES (2EME DIMENSION CUS) ».....	37
	1.1.1 Progrès des indicateurs	38
	4.1.1 Analyse des progrès réalisés 2021	39
	4.1.2 Analyse de la réalisation de l'output	39

1.2	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 «LA DISPONIBILITE DE PERSONNEL COMPETENT ET MOTIVE DANS LES DISTRICTS CIBLES, EST AMELIOREEE	42
1.2.1	Progrès des indicateurs	42
4.1.3	Analyse des progrès réalisés 2021	43
4.1.4	Analyse de la réalisation de l'output	43
4.2	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 « UNE STRATEGIE COHERENTE ET CONCERTEE D'APPUI A LA MISE EN ŒUVRE DU FBR ET L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (AMU) EST DEVELOPEE (1ERE DIMENSION CUS) ».	46
1.2.2	Progrès des indicateurs	46
4.2.1	Analyse des progrès réalisés 2021	47
4.2.2	Analyse de la réalisation de l'output	48
4.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5 LA FONCTIONNALITE ET L'EFFICACITE DU SYSTEME DE MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS ET DES INFRASTRUCTURES SONT AMELIOREES.	53
1.2.3	Progrès des indicateurs	53
4.3.1	Analyse des progrès réalisés 2021	54
4.3.2	Analyse de la réalisation de l'output	55
4.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6 LE PROGRAMME APPUIE LE MSP DANS LE SUIVI DE LA PERFORMANCE DU SECTEUR DE LA SANTE POUR EN TIRER DES LEÇONS POUR LES INITIATIVES FUTURES	57
1.2.4	Progrès des indicateurs	57
4.4.1	Analyse des progrès réalisés 2021	58
	• <i>Formation des dix inspecteurs des services en Evaluation des Programmes de Formation en Santé. Cette formation vise à outiller les inspecteurs pour mieux jouer leur rôle dans le cadre de contrôle pédagogique des écoles publiques et privées de formation en santé et ainsi contribuer à la promotion de la qualité de l'enseignement dans lesdites écoles.</i>	58
4.4.2	Analyse de la réalisation de l'output	59
1.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7 LE PROGRAMME ACCOMPAGNE LE MSP POUR DEVELOPPER DES STRATEGIES NOVATRICES	62
1.3.1	Progrès des indicateurs	62
4.4.3	Analyse des progrès réalisés 2021	63
4.4.4	Analyse de la réalisation de l'output	64
4.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8 LE PROGRAMME APPUIE LES EFFORTS DU SECRETARIAT GENERAL POUR UN MEILLEUR LEADERSHIP DU MSP.....	65

1.3.2	Progrès des indicateurs	65
4.5.1	Analyse des progrès réalisés 2021	65
4.5.2	Analyse de la réalisation de l'output	66
4.6	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 9 « <i>LA CONSTRUCTION DE L'HD DE D. TAKAYA ET LES TRAVAUX COMPLEMENTAIRES DES HD DE GAYA ET GOTHEYE SONT ASSURES, EN CONTINUITE AVEC LE PARSS.</i>	67
1.3.3	Progrès des indicateurs	67
4.6.1	Analyse des progrès réalisés 2021	67
4.6.2	Analyse de la réalisation de l'output	67
5	SUIVI BUDGETAIRE	69
1.4	TABLEAU DE SUIVI BUDGETAIRE (DANLADI)	69
1.5	MODIFICATIONS SIGNIFICATIVES (DANLADI).....	69
6	SYNERGIES ET COMPLEMENTARITES	70
6.1	AVEC LES AUTRES INTERVENTIONS DU PORTEFEUILLE	70
6.2	AVEC LES PROJETS POUR TIERS	70
6.3	AUTRES SYNERGIES ET COMPLEMENTARITES	71
7	THEMES PRIORITAIRES	72
7.1	ENVIRONNEMENT ET CHANGEMENT CLIMATIQUE (AMANI)	72
7.2	GENRE (OUSMANE GAYA/RELU PAR RAMATOU).....	72
7.3	DIGITALISATION (RONA).....	73
7.4	EMPLOIS DECENTS (VICENTE)	73
8	DURABILITE	75
	(VICENTE, FATIMA, SORO, EQUIPE PASS)	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
9	LEÇONS APPRISES	76
	(VICENTE, FATIMA, SORO, EQUIPE PASS)	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
9.1	LES SUCCES	76
9.2	LES ECHECS	78
9.3	QUESTIONS D'APPRENTISSAGE STRATEGIQUE	79
9.4	SYNTHESE DES ENSEIGNEMENTS TIRES (VICENTE).....	80
10	RECOMMANDATIONS	81

(VICENTE, FATIMA, SORO, EQUIPE PASS)	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
11 ANNEXES.....	83
11.1 CRITERES DE QUALITE	83

0 Acronymes

Dresser la liste de tous les acronymes utilisés dans le Rapport des résultats (classement alphabétique ; voir exemples ci-dessous)¹

AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale au Développement
AFD	Agence Française de Développement
AMD	Assurance Maladie Départementale
ATN	Assistant Technique National
BM	Banque Mondiale
CAJ	Centre Amis des Jeunes
CoPil	Comité de Pilotage
CPADS Ouallam	Centre de Perfectionnement des Agents de District Sanitaire
CSI	Case de Santé
CS	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture santé Universelle
CT	Collectivités territoriales
CT-FBR	Cellule Technique FBR
CUT	Compte unique du Trésor
DAID/RP	Direction des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques du Ministère de la Santé Publique
DEP	Direction des Études et la Programmation du MSP
DND	Données non Disponibles
DOS	Direction de l'Offre de Soins du MSP
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DS	Direction des Statistiques du MSP

¹ Ne pas oublier d'effacer toutes les instructions en italique qui se trouvent dans ce canevas.
Rapport final intervention PASS (Projet d'Appui au Système de Santé) NIGER

ENABEL	Agence Belge de Développement
ECD	Équipe Cadre de District
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FC	Fond Commun
FS	Formations Sanitaires
GaGo	Gaya et Gothèye
GTR	Groupe Technique Restreint
GTN	Groupe Technique National
HD	Hôpital de district
I3S	Initiative Solidarité Santé Sahel (AFD)
IGS	Inspecteur Général de la Santé du MSP
MCD	Médecin Chef de District
MCD/A	Médecin Chef de District Adjoint
M&E	Monitoring et évaluation
MF	Ministère des Finances
MSP	Ministère de la Santé Publique
NA	Non Applicable
PARSS	Projet d'Appui au Renforcement du système de santé
PASS	Programme d'Appui au Système de Santé au Niger
PDS	Plan de Développement Sanitaire
SS	Système de santé
SG/MSP	Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique
UEMOA	Union Économique Monétaire Ouest Africaine

1 Fiche d'intervention

Intitulé de l'intervention	« Programme d'Appui au Secteur de Santé (PASS) au Niger » Intervention : « Projet d'Appui au Système de Santé »
Code de l'intervention	NER 16 068 11
Localisation	NIGER. Zone d'intervention directe : <ul style="list-style-type: none"> - District Sanitaire de Gaya (région de Dosso) - District Sanitaire de Gothèye (région de Tillabéri); - Niveau central du MSP à Niamey.
Budget total	Contribution de la partie nigérienne : € 1,27 M Contribution de la partie belge : € 14 M
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique (MSP)
Début de la Convention spécifique	07 septembre 2017
Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture	Intervention : 1 ^{er} /12/2017. CoPil o : 27/02/2018
Date prévue de fin d'exécution	Fin : 28/02/ 2022 ;
Date de fin de la Convention spécifique	6 Septembre 2022
Groupes cibles	Bénéficiaires directs : <ul style="list-style-type: none"> - Les populations des 2 districts, Gothèye et Gaya (700.000 habitants). - Les directions centrales du MSP appuyées ; Le programme ambitionne un impact indirect sur la population nigérienne dans son ensemble.
Impact	Améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la Couverture Universelle de Santé (CUS)
Outcome	Renforcer le système de santé du Niger à travers des actions basées sur les réformes en cours et les résultats de recherches action pour un meilleur accès aux soins de santé primaires de qualité à la population de 2 districts ciblés
Outputs	<p>Objectif spécifique intermédiaire 1 : <i>L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les populations des deux districts cibles.</i></p> <p>Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée</p> <p>Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés</p> <p>Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des districts ciblés est améliorée.</p> <p>Résultat 4 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR/AMU est développée.</p> <p>Résultat 5 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant sont améliorées</p>

Objectif Spécifique Intermédiaire 2 : *Le MSP joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé.*

Résultat 6 : Le programme appuie le MSP dans le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures.

Résultat 7 : Le programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices qui introduisent le système de santé dans l'ère moderne.

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

Résultat 9 : La construction de l'hôpital de district de Damagaram Takaya et autres travaux complémentaires, sont assurés, en continuité avec le PARSS.

Année couverte par le rapport

2018-2021+Q1 2022

2 Auto-évaluation de la performance

2.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

Ayant la même période d'exécution que le PDS 2017-2021, dont les domaines forment l'essentiel du contenu de ses résultats intermédiaires, le PASS, conçu comme une Intervention de renforcement de l'offre et de la demande des soins, a été parfaitement aligné sur ses axes stratégiques. Les résultats couvraient les grandes priorités de la politique sanitaire : la couverture en santé universelle, l'offre de soins de qualité, la disponibilité de ressources humaines qualifiées, la maintenance des équipements et infrastructures et la bonne gouvernance du secteur, avec un fort accent mis sur les stratégies innovantes (e-santé, FBR, AMD) et la volonté de capitaliser les bonnes pratiques pour permettre au ministère d'adapter et compléter les stratégies sectorielles.

Le PASS a été en phase avec les problèmes et besoins des populations bénéficiaires en matière de santé. Il a satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, et a été pertinent face aux besoins du groupe cible (la population des districts sanitaires et le personnel du système de santé appuyé). Il prend en compte l'Objectif de Développement Durable (ODD3) sur la CSU et à ce titre, entre en cohérence avec les autres partenaires de la santé.

Ses stratégies et approches étaient cohérentes et complémentaires à la contribution des autres partenaires du secteur, principalement le « Fonds Commun Santé » qui appuie la mise en œuvre du PDS dans le cadre d'une approche sectorielle (SWAP).

Forts de leur cohérence avec la politique sanitaire du pays, le PASS et le Fonds Commun d'Appui au PDS et plus récemment le Projet Santé de la Reproduction PSR financé par le KFW sont les seuls projets logés au sein du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales.

Les stratégies du PASS reprenaient la majorité des principes inscrits dans le Programme Indicatif de Coopération PIC 2017-2020 dont l'approche est fondée sur les droits humains, l'agenda numérique, la gouvernance, la GRD, etc.).

Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique (SG/MSP) a constitué l'ancrage institutionnel le plus approprié pour le projet. À l'image du niveau central, l'ancrage du programme au niveau décentralisé dans les districts sanitaires a offert une grande opportunité de synergie. Ce double ancrage, a été un atout de taille pour collaborer avec les directions liées au SG et faciliter les échanges et la compréhension des enjeux et des changements à l'intérieur du système de santé.

La Logique de l'intervention reste appropriée quoique l'évaluation finale du PASS ait jugé l'utilisation de la méthode du cadre logique emboîté, difficile à la compréhension générale et génère des redondances. Aussi, bien qu'on ait noté des besoins d'améliorations en termes d'indicateurs, de risques et hypothèses, et prenant en considération l'ensemble de toutes ces remarques, **la pertinence est jugée bonne (A).**

Efficacité

	Performance
1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ? B	A
2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ? A	

La mise en place du dispositif technique au niveau central au sein du ministère, puis périphérique à travers les Unités d'Appui au District Sanitaire (UADS) intégrées efficacement auprès des ECD des DS a facilité l'atteinte de l'Outcome. La direction du PASS a démarré l'exécution des activités structurantes du nouveau Programme, avec deux autres interventions du secteur santé Enabel : l'Intervention Renforcement des Capacités (IRC) et le Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS), dont les chantiers ont dû être achevés par le PASS.

Bien que l'évaluation finale du PASS ait révélé que le « projet est complexe et ambitieux pour une période opérationnelle aussi courte (4 ans), avec une équipe d'assistance technique trop réduite dans un contexte de coordination des intervenants peu efficace (au financement de la santé) », et malgré les ralentissements/suspensions d'activités suite à la crise Covid, des résultats significatifs ont été obtenus. Il s'agit principalement de :

i) **l'utilisation des services dans les DS cibles**, voir les fortes progressions dans les chapitres des Outputs concernant la progression des accouchements assistés par du personnel qualifié, l'équipement des hôpitaux de districts et la capacité de pratiquer des césariennes. Le taux des césariennes est passé de 1,34 à 2,11%.

ii) **Quant à l'accessibilité géographique aux soins**, la régularité des sorties mensuelles foraines et mobiles à partir des CSI ont permis d'atteindre des enfants jamais vaccinés (0 dose). 100% des populations de Gaya sont couvertes par ces sorties et 98,72% à Gothèye (certains districts sont en zone d'insécurité). Les soins spécialisés (Ophtalmologie, ORL et Santé mentale) ont été rapprochés des populations à travers des campagnes de sensibilisation et l'organisation de campagnes de chirurgie de la cataracte. À titre illustratif, 988 personnes opérées ont pu récupérer la vue.

iii) **l'amélioration de la qualité des soins** a été témoinnée par les COGES et autres bénéficiaires. Les actions déterminantes étaient liées à la réduction drastique des ruptures des médicaments. Ça témoigne des effets combinés de différentes activités (disponibilité en médicaments, rationalisation des prescriptions) comme rapporté par les CoGes lors de l'EMP.

iv) **les changements positifs apportés par le dispositif FBR** dans tous les aspects de l'offre y compris le comportement des agents (Output 4) et ceux de la demande de soins (acteurs communautaires), sont nombreux et détaillés dans le rapport.

L'amélioration de la gouvernance locale du système de santé est probablement le résultat le plus saillant et le plus prometteur pour l'avenir. Elle est le fruit de plusieurs éléments combinés. Le résultat est que les ressources issues du recouvrement des coûts ont augmenté dans les CSI, leur

donnant lus de possibilités de motiver leur personnel, d'améliorer la qualité des services et d'effectuer des investissements.

v) l'amélioration du système de maintenance dans les 2 districts-cibles, avec le recrutement en février 2019 d'un ATN ingénieur biomédical.

vi) dans le cadre du développement de la E-santé, le plan de digitalisation, dans certains de ses aspects a suscité l'intérêt des autres partenaires au point d'en faire la réplique des résultats du PASS.

vii) en continuité avec le PARSS, la finalisation des constructions de l'hôpital de district de Damagaram Takaya (sur contrat des travaux résilié), des hôpitaux de district de Gaya et Gothèye ainsi que les travaux complémentaires et la mise en place d'équipements complets entrepris pour mettre ces infrastructures aux nouvelles normes du ministère a été effective. Mieux, fort des résultats produits par le FBR, le PASS a expérimenté et potentialisé l'amélioration de l'organisation hospitalière basée sur les expériences d'assurance qualité du système de santé.

Toutes ces avancées notables ne se sont pas opérées sans avoir dû faire face au défi de la situation sécuritaire qui était un risque médian de 2016 à 2018, qui s'était encore plus dégradée en 2020 pour devenir un de plus en plus élevé à ce jour, à Gothèye. Par ailleurs, la prise en compte du rôle du niveau régional dans l'encadrement des DS est limitée.

Concernant l'OSI2, l'évolution est positive sur tous les axes d'appui au niveau central (gouvernance, financement, planification ascendante Système de Santé, gestion des RH, stratégies novatrices, appuis techniques visant l'amélioration de la coordination interne et externe du SG/MSP et communication).

Cependant, lors de son exécution, l'Intervention a réussi à adapter ses stratégies/activités en fonction de l'évolution des circonstances externes, dans l'optique d'accomplir ses Outputs. L'efficacité du programme dépend aussi en grande partie de la gestion active des risques identifiés et des hypothèses de réussite, comme par exemple, le démarrage effectif d'une Assurance Maladie Départementale en utilisant le FBR comme outil préalable d'amélioration de la qualité des soins et la gestion des ressources dans les formations sanitaires.

Notons que ETR a estimé le PASS comme une intervention efficace.

Prenant en considération l'ensemble de ces avancées, **l'efficacité est jugée bonne (A).**

Efficiene

	Performance
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ? B	B
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ? B	

2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ? A	
--	--

Les inputs (finances, RH, biens & équipements) ont été gérés suivant les différents standards et manuels Enabel. La mobilisation de l'assistance technique (AT) a été assez rapide place (7 AT sur 8 en place au 3ème mois de mise en œuvre) et cette AT est restée assez stable jusqu'à la fin du projet. Selon l'ETR, le dispositif d'AT a été réactif (création de postes pour répondre aux besoins, mise en place UADS), mais restait globalement sous dimensionné.

Pendant les 2 premières années du projet, la plupart des inputs étaient disponibles mais dans des délais accrus par rapports aux programmations. Ces retards avaient eu des incidences majeures sur la fourniture des outputs, notamment sur les travaux d'infrastructures et les marchés publics liés à la fourniture d'équipements. Les causes de ces retards étaient nombreuses. Une partie de celles-ci relevaient de contraintes telles que : lenteurs des processus de passations de marché en cogestion ; loi sur les subsides obligeant à adapter les procédures FBR ; lent processus de conception des plans de formation (IRC) ; retards dans la finalisation des travaux et livraison des équipements (héritage du PARSS). D'autres causes relevaient plutôt du management du projet : prestations externes infructueuses ; retard à la mobilisation d'expertises court terme ; stratégie de réplication de l'approche qualité du projet PASS Sourou (CTB Bénin) avortée ; faiblesse relative de l'AT à Gothèye qui a dû être remplacé.

L'année 2020, année de la pandémie COVID, le PASS a rencontré le plus de retards, surtout dans la réalisation et réception des livrables des entreprises de travaux d'infrastructures et les marchés publics liés à la fourniture. Paradoxalement, cette même année 2020 avait été celle pendant laquelle le projet, en collaboration avec l'UAP et la RR, avait pris le plus de mesures de suivi correctives qui avaient porté leurs fruits, pour réduire les délais. Une trentaine de marchés avaient tous été lancés au Q2 de la même année et avaient atteint l'achèvement.

Les ajustements faits en juillet 2019 avec une reprogrammation plus réaliste et les améliorations obtenues montraient une exécution budgétaire de 20% à mi-parcours du projet avec toutefois 40% d'engagements. Pour ces raisons le projet a été catalogué comme en « situation critique ». Les raisons étaient pourtant bien connues : en partie contextuelles (budget de mise en œuvre de 5 ans ramené à 4 ans; changement de CTB en Enabel, apparition de nouvelles plateformes logicielles, lenteur du processus de passation de marché en cogestion) ; ces raisons étaient aussi liées à la maîtrise d'ouvrage (retard dans la mise en œuvre du FBR (près de 2 ans) qui représente à lui seul 25% du budget ; approximations dans les programmations et budgétisations ; lenteurs dans certains Avis de non objection (ANO); manque de concertation dynamique entre les staff dits « techniques » et les « administratifs » ; ...).

Le budget initial du PASS a été aménagé à deux reprises en 2021 :

- En mars 2021 pour prendre en compte l'augmentation de 6 mois de la durée de mise en œuvre décidée au Comité de pilotage (augmentation des moyens généraux et des coûts « récurrents » du PASS en conséquence) et les dépenses déjà réalisées et engagées par résultat.

- En décembre 2021 pour éviter les dépassements budgétaires par ligne, en mobilisant la réserve budgétaire.

Finalement, en 2021 les retards ont tous été résorbés, les outputs exécutés au point où le taux de décaissement est passé de 20% à mi-parcours à 100%. C'est à partir de janvier 2022 que le CdG a commencé à informer sur l'apparition d'anciens engagements non maîtrisés. Ce phénomène est allé en s'amplifiant durant le Q1 2022 provoquant le dépassement du budget vérifié à la fin du projet.

En synthèse de tous les aspects évoqués plus haut, **l'efficience a été jugée bonne (B)**.

Durabilité potentielle

	Performance
<p>1 Durabilité financière/économique ? C</p> <p>2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ? B</p> <p>3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ? A</p> <p>4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ? A</p>	B

L'intervention PASS a été intégrée aux structures étatiques et contribue à l'amélioration de leur capacité institutionnelle et de gestion.

Durabilité institutionnelle

Le PASS au-delà de l'exécution d'activités opérationnelles et techniques vise des changements institutionnels et organisationnels qui sont susceptibles d'avoir un impact durable sur la gestion de la santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du Niger. Les changements concernent le renforcement du MSP et son rôle de régulateur du système. Après quatre années de mise en œuvre, diverses actions et certains résultats obtenus militent en faveur d'une pérennisation sur le plan institutionnel. On note entre autres :

- **L'appui du politique** (Ministre et secrétaire général du MSP, préfets de Gaya et Gothèye,...) et des institutions chargées de la mettre en œuvre. Cet appui se poursuivra vraisemblablement mais reste dépendant du maintien des personnes aux postes -clé (ministre, secrétaire général) ;
- **L'implication constructive de certaines directions** dans le développement des activités du projet est porteuse d'espoir pour l'avenir, au premier rang desquels l'Inspection Générale de la Santé qui a montré du talent à organiser les différentes missions de son ressort pour la régulation du secteur et un enthousiasme à développer sa propre organisation. La Direction de l'Organisation des Soins (DOS) s'est approprié le manuel des procédures et de gestion comptable et financière et s'attèle déjà à sa vulgarisation sur le plan national ;

- Les plans de renforcement des capacités élaborés dans le cadre du projet IRC et cofinancés par IRC et PASS comprennent un ensemble de formations pour les différents niveaux du système de santé dans les 2 DS.
- **L'existence d'un GTR du Comité national** qui porte la réflexion sur la CSU, avec un leadership marqué du Ministère de la Santé, une participation active de l'assistance technique PASS et une représentation de la primature, contribue également à une bonne appropriation technique et politique du plan stratégique CSU et de sa feuille de route.
- À partir de 2020, on note une plus grande **appropriation du niveau national du MSP sur le FBR du PASS** (et d'autres partenaires), marquée par l'implication de la cellule FBR de la DEP dans la revue du FBR dans les 2 DS PASS et l'élaboration du Manuel FBR, qui prend en compte les procédures du FBR PASS.
- **L'amélioration de la gouvernance locale** avec une meilleure redevabilité du personnel de santé (ECD, HD, CSI) vis-à-vis des représentants de la communauté sur la gestion des ressources (participation du COGES à l'évaluation mensuelle et donc à la préparation du budget mensuel du CSI ; ordonnancement des dépenses, rapport sur l'utilisation du centime additionnel ; ...), la micro planification est également un atout pour la pérennité institutionnelle de ces bonnes pratiques ;
- **L'engagement des communes et de l'intercommunalité de Gaya** dans le secteur de la santé (budget pour l'AMD, prise en charge de personnel et d'investissements pour les CS) représente également un atout important pour le maintien des acquis ;
- Les **travaux sur la carte sanitaire** sont de fait pilotés directement par la direction des Statistiques. L'appropriation dans ce cas a été automatique dès le départ de l'appui.
- Les **travaux sur la stratégie nationale de maintenance**, sont déjà bien orientés méritent d'être poursuivis dans le cadre d'un projet suivant. Ils présentent tout comme ceux sur la carte sanitaire, un potentiel pour la pérennité institutionnel à moyen terme. Le consensus avec la DIES et le PSR/KFW sur des outils de la maintenance des équipements favorisent assurément la mise en œuvre des plans de maintenance préventive.

Malgré ces constats porteurs d'espoir, il existe des facteurs qui peuvent porter atteinte à la pérennité institutionnelle, en l'occurrence : i) le contexte sécuritaire à Gothèye sur l'accès aux soins et sur le développement des mécanismes assurantiels, ii) certaines discussions et orientations sur le financement du système de santé (gratuité des soins avec implication de l'AFD et de l'OMS) qui échappent encore au GTR avec le risque de nuire à la durabilité de l'approche AMU et de fragiliser le leadership du Ministère de la Santé, iii) la faible effectivité de la gratuité de soins aux mères et aux enfants de moins de 5 ans.

Durabilité économique et financière

Les subsides apportés dans le cadre du FBR au niveau des CSI représentent 60% de leurs ressources actuelles, alors qu'au niveau de l'HD de Gaya, il représente environ 25%. L'ampleur de ce financement additionnel dans les CSI a contribué (en synergie avec l'accompagnement du projet) à enclencher de meilleurs pratiques, qui sont les effets actuellement les plus visibles du PASS. Hors

subsidés, le financement du PASS représente entre 10 et 20% du financement du DS et 10% du financement des DRSP.

À ce stade, le FBR reste un mécanisme de financement direct aux FoSa apporté par un PTF externe, avec un système de vérification qui repose en partie sur une structure projet (l'UADS), dont la pérennité n'est pas encore assurée. S'il vient à s'arrêter ses acquis seront vite compromis. **La durabilité de ce genre de financement n'est pas encore assurée** dans la mesure où même si des approches comparables se développent avec d'autres partenaires (KfW, BM), même s'il existe une stratégie nationale FBR, les mécanismes ne sont pas unifiés, les fonds mis à disposition ne sont pas fongibles entre partenaires qui ont des répartitions géographiques différentes. La coordination doit être renforcée pour donner plus de pérennité à ce FBR.

C'est pourquoi le PASS a conçu le FBR comme un moyen devant déboucher vers une structure d'assurance maladie universelle sur le terrain avec vocation de pérennité, étant assumée par, d'abord le MSP, et ensuite pouvant inspirer un passage à l'échelle nationale. D'où le travail autour de la création de l'Assurance Maladie départementale à Gaya (voir texte) qui nécessitera une continuité dans une intervention postérieure, permettant d'achever sa valeur d'exemple pilote pour le MSP, ce qui reste la vocation essentielle du PASS comme projet ne touchant que 2 districts et 2 régions sanitaires.

L'état ne contribue qu'à moins de 5% du budget des PAA, le financement du PASS représente entre 30 à 55% du financement de chacun des deux DS. **Les DS sont donc fortement dépendant du projet pour mener leurs activités** qui sont essentielles pour assurer la régulation et la gouvernance du système.

Selon l'ETR, la concentration de ressources financières et d'assistance technique au service des deux districts en a fait des districts modèles de démonstration où des stratégies novatrices peuvent être (et ont été) testées. La **réplication comme tel est probablement inenvisageable avec les ressources actuelles du pays pour la santé**. La démarche du projet n'a pas développé une analyse économique fine pour chiffrer chacune des stratégies développées au niveau opérationnel (y compris les modalités de leur développement), analysé leur complémentarité, analysé comment elles pourraient être développées de façon suboptimales à moindre coût, ... de façon à pouvoir renseigner le Ministère de la Santé sur les conditions de leur mise à l'échelle pour une prise de décision éclairée

Tous ces aspects qui conditionnent les acquis du PASS, amènent **à noter la durabilité par B**

2.2 Conclusions

La mise en œuvre du PASS, projet considérée par les évaluateurs (MTR et ETR) comme ambitieux et complexe (durée a été réduite de cinq à quatre ans), a été effrénée, exaltante, pleines d'apprentissages et de défis. Aussi, en conclusion, retenons :

- **La finalisation des constructions (4 HD)**, et la mise en place des équipements des deux nouveaux HD couplée à l'extension de la couverture sanitaire à travers les sorties mensuelles foraines et mobiles ainsi que le rapprochement de certains soins spécialisés aux populations, le renforcement évident du plateau technique avec la collaboration éclairée de la participation communautaire ont convergé vers l'effectivité d'une accessibilité d'une part plus équitable aux services de santé et d'autre part à des soins de meilleure qualité.

- Une note particulière est relative à la place de **la digitalisation** dans ce programme et à la facilitation pour hisser les districts d'intervention dans la modernité. Particulièrement, le processus « Carte Sanitaire numérique » accessible sur le web, sujette à des améliorations pour doter le système de santé d'un outil de planification permettant une rationalisation des investissements futurs et des ressources. À noter les interconnexions réalisées permettent aux DS et aux DRSP d'accéder à l'Intranet du MSP pour communiquer sans coût et accéder à internet. De plus, la DRH dispose maintenant d'un nouveau logiciel de gestion du personnel (tant décrié par le passé) qui donne satisfaction.
- Avec une équipe clairvoyante, engagée et motivée, les **performances d'exécution budgétaire** mitigées à mi-parcours du projet ont été renversées pour atteindre 100% en fin de projet. Cette bonne capacité d'exécution a été assombrie par le dépassement final dû à une défaillance comptable. La MTR avait jugé la pertinence, l'efficacité et l'impact bons (B), et a qualifié l'efficience et la durabilité de faibles (C). Quant à la ETR, la pertinence, l'efficacité sont restés bons avec en plus l'efficience tandis la durabilité est restée faible (C) ; l'impact qui était bon est devenu faible.
- Le PASS a gagné le pari de montrer des résultats vérifiables au niveau des districts, notamment la disponibilité des MEG, une gestion transparente des ressources, l'amélioration de la gouvernance et de la qualité des soins. Par contre au niveau central, l'Intervention a peu contribué à développer un meilleur leadership du SG en améliorant sa gouvernance des directions. Toutefois, le projet a sensiblement développé les capacités des directions transversales telles que la DRH, la DAID/RP, la DS, la DIES, et la DEP (sauf sa division Programmation), et surtout celle de l'IGS.
- La survenue de la COVID a été vécue comme un grand challenge et malgré le frein qu'elle a supposé pour les activités et livrables (ateliers et formations, marchés de fournitures, consultances, retardées.), on a su mettre à profit cette période pour avancer dans un travail interne débouchant sur le lancement en 2 mois de la trentaine de marchés publics du PASS.
- Il existe un écart entre la vision impulsée par la stratégie CSU et les orientations de financement du PASS qui tendent à échapper au GTR. Pour l'heure, le décret portant sur la création de l'INAM laisse une certaine flexibilité aux PTF (PASS) pour développer leurs propres modèles (cf. article 10 du décret).

Le DTF du PASS contenait un énorme défi et un pari risqué : mettre en place en 4 ans un FBR efficace (améliorant la performance de 2 DS) comme préalable pour passer ensuite à la mise en place d'une AMU départementale. Comment faire cela, nous a obsédé tout ce temps et le brouillard qui persistait encore en 2018 et 2019, s'est peu à peu levé à partir de 2020 pour se clarifier en 2021, avec le succès de la phase de sensibilisation et création légale de l'Assurance Maladie Départementale à Gaya.

Fonctionnaire exécution nationale ²	Intervention Manager Enabel ³
--	--

² Nom et signature (+ effacer ces instructions)

Dr Fatima Djermakoye	Dr Vicente Pardo Iniesta
-----------------------------	---------------------------------

3 Appréciation de la stratégie d'intervention

3.1 Évolution du contexte

3.1.1 Contexte général et institutionnel

3.1.1.1. Contexte général

La mise en œuvre du PASS s'est déroulée dans un contexte politique relativement stable, marqué par le maintien du même ministre au portefeuille santé, suite aux élections présidentielles de février 2021 ; ce dernier a apporté un soutien continu au Projet, au travers surtout de son Secrétaire Général.

L'Intervention a aussi démarré dans un contexte de réforme des finances publiques, qui a mis en place le « Compte Unique du Trésor (CUT) » ce qui s'est traduit (29/09/2018) par la fermeture des comptes bancaires des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris ceux des PTF dont le Fond Commun, bloquant ainsi le circuit du recouvrement des coûts et le réapprovisionnement en médicaments du système de santé. Les remous créés par la mise en œuvre de cette mesure se sont calmés suite à la réouverture dès le premier trimestre 2019, de tous les comptes bancaires préalablement fermés, sous une nouvelle appellation soulignant les racines communautaires des centres de santé.

Le PASS a démarré à un moment où se mettait en place le transfert de compétences et ressources de l'État aux Collectivités Territoriales et aux communes pour quatre secteurs dont celui de la santé (décrété en 2016). Notons que depuis lors il n'y a pas eu d'avancée notable en matière de décentralisation. Le processus est resté au niveau de la décentralisation des compétences sans celle des ressources. Une décentralisation des postes budgétaires aurait peut-être pu améliorer la disponibilité des RH en milieu rural. C'est le ministère des Finances qui pilote ce processus.

En matière de sécurité, les départements frontaliers avec le Mali et le Burkina ont vu se dégrader la situation dès 2018. La région de Tillabéri, qui abrite le département de Gothèye, a été déclarée depuis lors, en « état d'urgence ». Les multiples attaques meurtrières durant l'année 2020, notamment celles du camp militaire de Shinagodor, de Kouré et des villages de Tchomabangou, ont conduit au maintien de l'interdiction d'utiliser des motos dans toute la région de Tillabéri, mesure ayant freiné la réalisation d'un grand nombre d'activités de développement. Le District de Gothèye a été impacté par cette décision : des actions financées par le PASS (installations de forages) n'ont pu se mettre en place au CSI de Waraou, frontalier avec le Burkina Faso. Progressivement, trois autres CSI de Gothèye sont en 2021 classés en zone d'insécurité (une partie de Tchawa, de Boulkagou et de Touré).

À la fin du PASS la situation reste dégradée même si l'État nigérien s'est renforcé, appuyé par ses alliés, dans la lutte contre le terrorisme djihadiste.

Le 1er cas de Covid a été détecté au Niger, le 19 février 2020. Bien que faible, l'impact de cette pandémie a considérablement ralenti les activités de terrain pendant la période de février à mai 2020, suite aux mesures anti covid, particulièrement celles relatives au confinement de la ville de Niamey, la suspension des rassemblements de personnes, l'interdiction de tenir des ateliers/séminaires, la limitation des déplacements. La pandémie de COVID a également entraîné

une suspension des voyages aériens et transfrontaliers pendant une durée plus longue, entraînant un retard dans la mobilisation de consultants internationaux. Le projet a néanmoins mis à profit cette période pour faire avancer les différents dossiers des marchés publics. Progressivement allégées à partir de juin puis relancées en décembre 2020, ces mesures antiCOVID se sont poursuivies jusqu'en 2021 et ont constitué un blocage pour la réalisation de plusieurs activités.

3.1.1.2 Contexte institutionnel

La durée du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 a coïncidé avec celle de la mise en œuvre du PASS qui a participé à son suivi avec les PTF Santé dont le chef de filât a été assuré par la Belgique jusqu'en novembre 2020, puis par l'UNFPA pour trois ans. L'animation et l'adhésion escomptée au Compact pays signé en avril 2018, n'ont pas satisfait les attentes des parties prenantes.

Après deux ans de stabilité des responsables des directions centrales du MSP, des mouvements sont survenus au niveau de l'Inspection Générale de Santé, du Secrétariat Général Adjoint, de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP), de la Coordination du Programme MNT. Cependant, en quatre ans (2017 à 2021), les 5 autres directions collaborant avec le PASS sont restées stables. La situation a été encore plus instable au niveau des DRSP de Dosso et Tillabéri où les trois acteurs clés du niveau régional (le directeur, son adjoint et le chargé de Surveillance Épidémiologique et l'Information Sanitaire (SPIS)) ont tous changé sur une période de deux ans. Après les changements survenus à l'ECD du DS de Gaya par suite des résultats de l'inspection de la gestion du recouvrement des coûts en 2019, les équipes des deux districts sont restées stables.

Une réorganisation du MSP est intervenue en avril 2021, après les élections présidentielles ; elle a donné lieu à une fusion avec le ministère de la Population et des Affaires Sociales en un seul ministère appelé Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS). Les changements qui en découlent auront également un effet sur l'appui institutionnel

Le PASS logé au sein du bâtiment du MSP, est directement rattaché au SG/MSP. Cet ancrage a facilité l'interaction avec les structures centrales et le remplacement de l'Équipe Cadre de District (ECD) de Gaya par une nouvelle équipe plus dynamique ainsi que la complétude de celle de Gothèye.

Le PASS a aidé à doter le secteur de la santé de normes et standards révisés en matière d'organisation et de gestion des régions et des districts sanitaires. Sous la pression des syndicats des travailleurs de santé, leur applicabilité pètime car elles restent encore non validées.

Au Niger, la situation des ressources humaines en santé reste très fragile et n'a pas évolué favorablement pendant le projet, du fait : i) qu'entre 70 à 100% du personnel des CSI sont des agents « contractuels » de l'État, sous-payés. Dans nos districts d'intervention, l'utilisation de l'outil d'indices FBR a réduit, à travers les primes, les iniquités entre les fonctionnaires de l'État et ces agents contractuels et a contribué à maintenir ces derniers à leurs postes ; ii) le personnel est fortement féminisé, et ce personnel est peu enclin à exercer en zone rurale iii) cependant on note des efforts significatifs des autorités sanitaires pour réduire ce déséquilibre.

Grâce au réseau P4H composé d'acteurs et partenaires mondiaux du financement de la santé / protection sociale en santé (au Niger l'OMS, l'AFD, Enabel, le BIT, la BM, l'USAID, la KfW, le Fond Mondial, Unicef, et la Coopération espagnole (AECID), le Niger dispose d'un document de Stratégie de financement de la santé et d'une feuille de route pour sa mise en œuvre. Cette orientation a été prise en compte dans la révision de la continuité stratégique du PASS réalisée en novembre 2019.

3.1.2 Contexte de gestion

3.1.2.1. Modalités de mise en œuvre

Le PASS Programme comportait à sa conception trois interventions : l'intervention PASS, le Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS) et l'Intervention Renforcement des Capacités (IRC). Le dispositif organisationnel a prévu des réunions du comité de coordination du programme qui étaient régulièrement tenues en 2018 et la moitié de 2019. Après la fin du PARSS, la notion de « Programme » a été abandonnée et la coordination est restée effective entre les interventions PASS et IRC. Les comités de pilotage (CoPil) du PASS et du PARSS se tenaient conjointement dans la même séance. Aussi, un cadre de gestion des risques est pris en compte.

Suite aux décisions du CoPil extraordinaire du 25/09/18, la période d'exécution du PARSS a été prolongée du 31/12/18 au 30/06/19, et l'achèvement de la construction de l'hôpital de district de Damagaram Takaya (région de Zinder) a été transférée au PASS donnant ainsi naissance à un nouveau résultat, le R9. Les modalités de gestion du pilotage (CoPil) et financière (Régie et Cogestion) sont appropriées, et facilitent la transparence et l'alignement des processus. La cogestion comme mode de gestion demeure une approche efficace qui satisfait les deux parties, partenaire national et Enabel.

La relation fluide avec la Représentation Enabel et avec (celle qui est devenue) son Unité d'Appui aux Projets-UAP est un facteur important pour la fonctionnalité du PASS qui, par ailleurs, partage son contrôleur de gestion avec d'autres interventions d'Enabel.

3.1.2.1 Modalités de partenariat

1. Dès 2019, la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats-FBR pour un montant d'environ 2 M€ a permis la signature de 4 conventions de subsides avec le ministère de la santé. Ces conventions ont été signées avec les deux districts (Gaya et Gothèye) ainsi que les deux directions régionales de la santé-DRSP (Dosso et Tillabéri). La mise en œuvre de ces conventions de subsides a touché l'ensemble des résultats opérationnels attendus.

Cependant, l'exigence de la Loi belge sur les subsides dont la réalisation d'une évaluation organisationnelle, préalable à la Convention de subsides FBR a retardé de 12 mois sa mise en place: Une autorisation spéciale du ministre a autorisé les DS de Gaya et Gothèye à signer des conventions.

Dans l'ensemble, les 4 conventions de subsides ont eu une mise en œuvre en accord avec ce qui a été prévu. Les DS ont reçu régulièrement les financements qu'ils ont utilisés pour financer à leur tour les CSI et l'HD (sous-comptes), leur permettant d'acquérir les médicaments et autres achats de leur programmation. L'utilisation, justifiée régulièrement, a permis le versement des nouvelles tranches. La présence de l'UADS a été la garante du bon fonctionnement de ce dispositif.

- Avenant au contrat de subsides des DRSP de DOSSO et Tillabéri : Conçus initialement pour faire le remboursement après justification de la dépense préalable, il est apparu que les DRSP ne disposaient pas de ressources pour faire des dépenses initiales. Pour cela, un avenant au contrat a été établi, avec l'octroi d'une avance de démarrage, avant paiement des autres tranches ;

- Contrats de vérification communautaire avec les ONGs : 6 ONG ont été retenues dans les 2 DS pour réaliser les vérifications communautaires trimestrielles permettant de compléter le système de vérification du FBR avec la « voix de la communauté ». Ce processus a rencontré la difficulté de la longueur dans le temps pour le mener à terme.

Dans la perspective d'instaurer des bonnes pratiques dans la gestion des formations sanitaires, le projet a financé pour tout le système, le Manuel de Procédures de Gestion pour les CSI, HD et ECD. Ce processus a fait l'objet en 2020 d'un contrat de consultance, qui a accompagné cette action.

Les accords précédents, indispensables, ont contribué au succès du FBR et du résultat 4 ;

2. Concernant la création d'une Assurance Maladie Départementale (AMD) à Gaya,

- Convention de subsides avec l'ONG SOS Sahel : Chargée de la préparation à la mise en place de l'assurance départementale. Cette étape marque également le début de la transition du FBR vers l'assurance maladie universelle au niveau départemental. Le démarrage des activités de l'ONG prévu pour Juillet 2020, n'a été effectif qu'en novembre. L'étude de faisabilité a démarré en décembre 2020. Par la suite, l'exécution a été correcte et tous les livrables prévus ont été fournis. Le contrat a été finalisé en décembre 2021.

La mise en place de l'AMD Gaya est en cours à la fin du PASS et, fort heureusement, aura une continuité dans le prochain projet Enabel Santé. Elle reste le défi majeur figurant dans le DTF du PASS pour arriver à une assurance maladie universelle sur le terrain à partir d'une bonne offre des soins avec le FBR.

La principale difficulté rencontrée dans ces différents partenariats a été l'adaptation de l'outil « subsides » Enabel aux bonnes pratiques du FBR. Ce processus a pris du temps, et le démarrage effectif du FBR n'a été possible qu'en juillet 2019 (DS Gaya) et septembre 2019 (DS Gothèye).

3.1.2.2 Modalités opérationnelles

Les modalités opérationnelles établies pour le projet se sont poursuivies jusqu'à sa conclusion et, compte tenu des résultats atteints, se sont avérées appropriées. Les éléments essentiels sont :

- La mise en place d'un cadre d'échanges mensuel entre le PASS et le Secrétariat Général du MSP (président du CoPil), a significativement facilité la prise de décisions et faire face avec efficacité à certains obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du Projet.
- Les CoPil se sont régis par le Manuel de Règlement intérieur dont l'élément clé aura été la capacité du Secrétariat technique (direction du projet), de mettre en œuvre ses décisions et recommandations. L'arrivée du Country Portfolio Manager (Q3 2020), a renforcé le suivi.
- Au niveau opérationnel, le PASS a créé et déployé 2 Unités d'Appui au District (UADS) intimement liées aux ECD, non initialement prévues dans le DTF. Elles sont chacune composées d'un ATN responsable, d'un gestionnaire et d'un communicateur. Leur présence aura été le facteur déterminant garantissant la correcte mise en œuvre du FBR et de toutes les actions terrain du projet. L'action des ATN des UADS a permis la revitalisation des cadres de concertation des partenaires dans les 2 districts de Gaya et Gothèye.

Partant du cadre logique, la planification opérationnelle sert de base pour la programmation financière. Elle se nourrit des plans d'action annuels-PAA des structures centrales et opérationnelles du MSP afin de parvenir à des programmations unifiées et renforcées par des réajustements de la planification budgétaire avant le 31 août de chaque année à partir de 2019.

De nouveaux logiciels et de nouvelles plateformes de gestion Enabel (UBW, Pilot) ont été mis en place, ce qui a créé des difficultés et des lenteurs dans le travail pour s'adapter à ces changements.

Par ailleurs, le projet a connu des changements significatifs dans l'équipe :

- a. Départ de l'ECT2 Économiste de la santé le 08/07/20. Son remplaçant, suite au processus de recrutement, est arrivé en septembre 2020.
- b. Départ de l'ATN Gothèye. Suite à une évaluation interne, l'ATN Gothèye a été remercié en avril 2019. À la fin du processus de recrutement, son remplaçant a pris fonction début août 2020.
- c. Recrutement de l'ATN Qualité. Mettant en application la recommandation de l'EMP de mars, le projet a recruté un ATN Qualité ; le processus, lancé en juillet s'est prolongé jusqu'en octobre et depuis le Dr Harou a été présent au PASS jusqu'à sa fin.
- d. Recrutement d'un Assistant Technique Génie Civil en renfort à l'ATN Architecte à partir du démarrage des chantiers en 2020.
- e. Renfort de l'équipe Admin Fin avec le recrutement d'une assistante administration (secrétariat) et d'un assistant comptable (retardé à 01/2021), approuvé par le CoPil du 29/09/20.

L'appropriation par le partenaire s'est illustrée par le partage de la présentation et des procédures du PASS dès le lancement et au cours de la mise en œuvre de l'intervention. Les ATN du PASS sont sollicités dans diverses activités des structures des niveaux central et district.

L'arrivée d'un « Country Portfolio Manager » à la Représentation Enabel en 2020, chargé du suivi opérationnel de l'exécution des projets, point de contact entre l'intervention et les services supports, a grandement amélioré les relations entre l'UAP et l'équipe de mise en œuvre de projet. La mise en place d'un espace de dialogue et de compréhension mutuelle (rôle de médiateur) sous forme d'une réunion mensuelle de suivi du projet et hebdomadaire de suivi des contrats, a permis une meilleure anticipation des problèmes.

3.2 Changements significatifs dans la stratégie d'intervention

1. **L'inclusion d'un Résultat Infrastructures** : Le PASS avait été conçu à la suite du PARSS, comme une intervention axée sur le « soft ». Cependant, les difficultés du PARSS dans la finalisation des chantiers des 4 HD avant sa clôture en juin 2019, ont amené le PASS à devoir assurer sa continuité, déjà dès 2018, avec un impact budgétaire qui, à terme, a supposé dédier 1,95 M€ de son budget à des infrastructures non prévues et créer un nouveau Résultat Attendu (R9).

Ainsi, mise à part l'achèvement de l'HD de D. Takaya (Zinder), le PASS a dû, assumer aussi les travaux complémentaires (bâtiments pour la pharmacie de district et les soins spécialisés) des HD de Gaya et Gothèye, sur lesquels le PARSS s'était engagé. Après la clôture du PARSS, son équipe

technique (Architecte et Technicien génie civil) a été reprise par le PASS pour assurer la continuité dans le suivi des différents chantiers (HD D Takaya, HD Loga, HD Gaya, HD Gothèye).

2. **La pandémie covid** a entraîné des adaptations substantielles pendant toute la période de sa durée (mars-décembre 2020) : i) les réunions en présentiel ont dû être suppléées par des réunions en visio-conférence de pauvre qualité ; ii) l'équipe au niveau central a profité pour se recentrer sur la préparation et suivi des marchés; iii) la vérification des quantités du FBR s'est basée sur les données du SNIS encodées dans le DHIS2; iv) Le PASS a appuyé le DS de Gaya, frontalier du Bénin et du Nigéria, à mettre en œuvre un plan de riposte à l'épidémie du COVID 19.
3. **L'adaptation de l'équipe d'assistance technique** : l'EMP avait permis de relever l'insuffisance du personnel technique affectées à la mise en œuvre. Elle avait également relevé les insuffisances de l'expertise affectée au DS de Gothèye. À l'issue de cette mission, un expert national en Qualité des soins a été recruté, ce qui a allégé la charge de l'autre ATN en recherche action, également absorbé par la mise en œuvre du FBR. À Gothèye, il a été procédé au recrutement d'un nouvel ATN. Ces changements ont permis d'améliorer la mise en œuvre de l'intervention, comme a pu le relever l'évaluation finale.
4. **L'insécurité à Gothèye a engendré des difficultés pour la mise en œuvre des activités dont le FBR**, des adaptations ont été effectuées (photos) dans les CSI affectés: i) les sorties foraines et la supervision des cases de santé sont désormais faites avec des charrettes, à dos de chameau ou en pirogue ; ii) les agents de 8 CSI se déplacent mensuellement vers l'UADS avec leurs registres pour la vérification FBR et suivi de leurs activités; iii) l'évaluation FBR de la qualité se fait à distance en utilisant les réseaux de communication pour deux CSI de Gothèye.

Malgré tout, l'insécurité n'a pas permis l'installation de kit solaire et de forage dans le CSI de Waraou (Gothèye) ; par ailleurs, les déplacements des expatriés se font sous escorte, ce qui influe sur l'efficacité et l'efficience du suivi des activités par les ATI.



1. **Le transfert des activités de formation à l'intervention IRC** : à l'origine le PASS prévoyait des activités de renforcement des capacités, et au cours de la mise en œuvre une bonne partie ont été transférées à l'Intervention Renforcement des Capacités (IRC), mieux outillée, ce qui a allégé d'autant l'équipe projet, leur permettant d'améliorer ainsi son efficacité.

4 Résultats réalisés⁴

4.1 Performance de l'outcome



⁴ « Résultats » réfère aux résultats de développement. L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté ; les outcome intermédiaires se réfèrent aux changements générés suite à l'atteinte des outputs et permettant l'avancée vers l'outcome de l'intervention, à un plus haut niveau.
Rapport final intervention PASS (Projet d'Appui au Système de Santé) NIGER

4.1.1 Indicateurs atteints

Indicateurs	Baseline 2017	Valeur finale (2021)	Cible finale	Commentaires
Objectif Spécifique-OS : « Renforcer le système de santé du Niger à travers des actions basées sur les réformes en cours et les résultats de recherche action pour un meilleur accès aux soins de santé primaires de qualité à la population de deux districts ciblés »				
OS.1 Nombre de stratégies nationales (réformes) du PDS appuyées par le PASS ayant eu des résultats (évidences)	0	18/18	18	Le nombre de stratégies évoqués dans le PDS est de 18. En 2019, nous avons appuyé 15 stratégies, puis en 2020 nous avons complété avec la GAR, la gestion informatisée des ressources et le fond social. Au total toutes les stratégies nationales ont été appuyées avec des progressions.
OS Intermédiaire-1 : L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les districts de Gaya et Gothèye				
OS1.1 Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya : 36,97%	Gaya 56,30%	Gaya :70% Niveau national : 38,7%	L'indicateur a connu une évolution positive remarquable (+20%). À cela ont contribué : Recrutement de 7 sages femmes CSI couvrant 14 CSI, la disponibilité des médicaments et intrants(ocytocine), la gratification des matrones, l'équipement des salles d'accouchement, le FBR et ses indicateurs subsidiés. L'utilisation du partogramme, l'accueil et le changement de comportement des agents.
	Gothèye : 33,26%	51,23%	70%	Nette augmentation 2021 certainement dû aux effets du FBR et surtout à l'implication des nouveaux COGES dans la sensibilisation sur l'accouchement + disponibilité des agents dans les CSI et de MEG, Le monitoring régulier des indicateurs. Problème : l'insuffisance de sage-femme en zone rurale (8 CSI seulement en dispose/19)
OS1.2 Taux de césariennes dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya : 1,34%	Gaya : 2,11%	Gaya : 5%	Progression nette de l'indicateur. Sur les 4 années, un total de 1081 césariennes réalisées allant des 211 en 2018 aux 362 en 2021. Dû à : Disponibilité du sang, la consultation gynécologique, l'encadrement des sages femmes CSI, Personnel formé et la disponibilité des MEG kits césarienne. Voir explications dans texte plus bas.
	Gothèye :NA	0,49%	2%	Démarré le bloc en juillet 2020, ils ont pratiqué 49 césariennes en 2020 et 85 en 2021. Au total 134 césariennes. L'augmentation de l'indicateur en 2021 est due à la disponibilité de 2 Capacitaires en chirurgie et d'une gynécologue, Le retard dans le démarrage des activités du bloc a beaucoup handicapé cet indicateur.
OS Intermédiaire - OUTCOME I. 2 : Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé				
OS2.1 La capacité du MSP de jouer son rôle de régulateur est développée	NA	Voir plus bas la progression dans le graphique en toile d'araignée.		

4.1.2 Analyse de l'atteinte de l'outcome

La mesure de l'atteinte de l'Outcome du projet nous la mettons en évidence au travers l'analyse de l'évolution de ses indicateurs de suivi inclus dans le tableau précédent incluant des considérations autour du processus de changement liées à l'évolution vers l'achèvement des résultats attendus.

A. Concernant les indicateurs

1. Le premier concerne l'atteinte de l'Objectif Spécifique du projet, « *OS Nombre de stratégies nationales (réformes) du PDS appuyées par le PASS ayant eu des résultats (évidences)* ». Cet indicateur est très similaire à celui du Résultat 7 où des plus amples explications sont données. Il essaye de traduire la mesure des avancées que le PASS a produites en appuyant le MSP dans ses stratégies principales de changement, liées au PDS. La valeur montre que le projet s'est investi dans toutes les stratégies du PDS, et les résultats sont explicités en détail dans chacun des Objectifs intermédiaires et ses résultats attendus qui, tous, sont alignés sur les objectifs du PDS.

2. L'OSI1 « *L'utilisation des soins et services de santé adaptés aux normes et aux besoins, est améliorée pour les districts de Gaya et Gothèye* » est mesuré par deux indicateurs, parmi tous ceux des résultats 1 à 5, qui ont pour objectif clair améliorer l'utilisation des services de qualité.

OS1.1. Taux d'Accouchements assistés :

A Gaya, le taux d'accouchement assisté s'est nettement amélioré par rapport à la valeur de base avec un gain de 20% en 2021. L'objectif fixé par le DTF du PASS étant très ambitieux et dépassant celui du pays (60%) qui est nettement supérieur au taux national qui est de 38,77%. Sur les 4 ans d'intervention, un total de 33540 accouchements assistés variant de 6766 en 2018 à 9473 en 2021.

A Gothèye, nouveau district, le bond est quand même de 18% en mieux, en appliquant les mêmes mesures qu'à Gaya, sauf que chez eux le nombre de sage-femmes limité reste une difficulté majeure.

Dans les deux districts, la mise en œuvre du FBR a largement contribué avec la disponibilité des médicaments et intrants (malgré la rupture nationale d'ocytocine en 2021) et l'amélioration des conditions de travail et de séjour des usagers (plusieurs CSI n'avaient pas de table d'accouchement et de matériels). La gratification des matrones communautaires a permis de capter plus de femmes enceintes référées aux CSI pour accoucher. La formation sur l'utilisation du partogramme, l'accueil et le changement de comportement des agents avaient aussi contribué à ce cette performance.

OSI1. 2 Taux de césariennes

A Gaya, comme expliqué dans le tableau, le taux de césarienne a fortement progressé pour les raisons citées. Au total sur les 4 années d'intervention, un total de 1081 césariennes réalisées variant de 211 en 2018 à 362 césariennes en 2021. Vu les difficultés des évacuations, chaque intervention représente autant de vies sauvées. La présence du personnel qualifié : 2 gynécologues, 2 capacitaires en chirurgie et une équipe du bloc complète a permis de mettre fin aux évacuations sur le CSME de Dosso.

A Gothèye, le bloc n'a pu démarrer qu'en juillet 2020 mais depuis son activité n'a cessé de croître et déjà le nombre de césariennes pratiqué est significatif, malgré le fait que Niamey se trouve à 1h par la route, ce qui veut dire que les femmes se tournent de plus en plus vers le HD Gothèye.

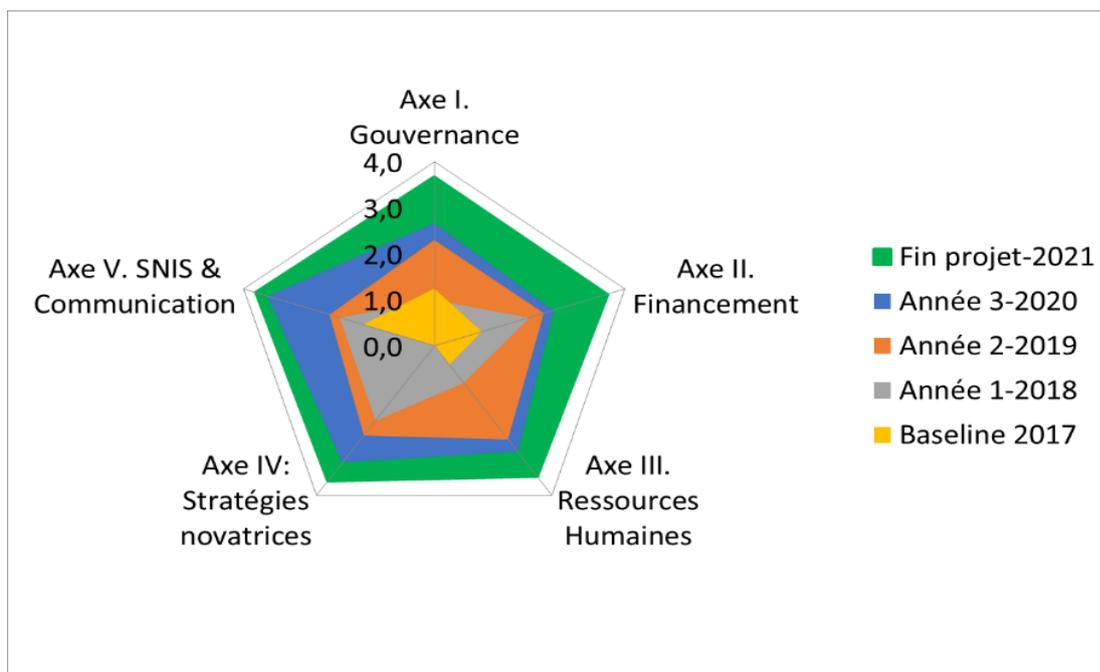
D'autres facteurs sont :

- ✓ Un bloc opératoire fonctionnel et équipé ;
- ✓ Le cadre de concertation des ONGs et associations des donneurs de sang a permis d'assurer la disponibilité du sang à l'HD
- ✓ L'instauration de la consultation gynécologique l'encadrement des sages femmes CSI par le gynécologue a permis l'identification à temps des femmes à risque et leur prise en charge ;
- ✓ la disponibilité du matériel (accouchement par ventouses, forceps,)
- ✓ La disponibilité des médicaments à travers la gestion des kits césarienne ;
- ✓ La fonctionnalité du système de référence contre référence avec le réseau des ambulances ;

Malgré que cet indicateur soit financé par le FBR, le nombre des grossesses à risques référées par les CSI reste encore insuffisant, autour de 1%. Plusieurs femmes continuent à considérer la césarienne comme une méthode réservée aux femmes incapables d'accoucher par voie basse.

Conclusion : Bien que les cibles visées n'aient pas été atteintes (car ambitieuses), la progression significative des indicateurs exprime que l'objectifs intermédiaire 1 a été atteint, grâce aux actions déployées par le projet dans un éventail large d'activités (voir résultats).

3. L'OS Intermédiaire - OUTCOME I. 2 : « *Le Ministère de la Santé Publique joue mieux son rôle de régulateur du secteur de la santé* ». Cet indicateur qualitatif tente de résumer un ensemble d'actions (R6, R7, R8) concentrées sur l'appui institutionnel (gouvernance) au niveau central et régional.



Son évolution est représentée par le graphique ci-dessus en toile d'araignée, dans lequel il est visible une progression constante de ses composantes durant toute la vie du PASS. Les 5 axes ont tous progressé vers l'atteinte leurs cibles : pour une cible finale de 4 points, les résultats vont de 3,5 points (Axe III : Ressources Humaines) à 3,8 (Axe V : Communication & SNIS). Toutefois, le gain le plus élevé est observé avec l'axe IV (Stratégies novatrices) qui passe de zéro point lors de l'élaboration de la base à 3,6 en fin projet.

Pour les réalisations finales (2021), l'évolution de cet indicateur suscite les observations suivantes :

L'axe I : Gouvernance, il passe de 2,7 points en 2020 à 3,7 en 2021, et est la deuxième progression de l'année. Cette évolution est attribuable aux renforcements de capacité reçus par l'IGS. A ces formations il faut ajouter les audits et contrôles des CSI des DS, des pharmacies publiques et privées, des écoles de formation et des formations sanitaires, privées ; l'adoption par la DOS des guides de supervision des DRSP, CHR, CSME et DS.

L'axe II : Financement de la santé, est en tête des améliorations pour 2021, il progresse de 2,5 en 2020 à 3,6 en 2021. Cette performance se doit à la matérialisation du décret portant adoption de la CSU, à celui portant création de l'INAM ainsi que le début de l'implémentation de l'AMU dans le département de Gaya, suivie de l'utilisation des logiciels OpenIMIS pour l'Assurance Maladie et le développement d'une plateforme de visualisation des données du FBR.

L'axe III : gestion des Ressources humaines, il a enregistré la 3ème progression en 2021, à l'actif du développement d'un nouveau logiciel de gestion des agents de santé, de la réalisation de l'inspection de 11 écoles privées de formation d'agents de santé, avec des résultats probants et à la réunion de coordination des chefs services de GRH des régions, des EPA et ceux du niveau central.

L'axe IV : stratégies novatrices, a connu une progression moyenne en 2021. En effet le nombre de stratégies novatrices passe de 17 en 2020 à 14 en 2021, due à la suppression de certaines activités

du niveau central pour raison budgétaires. Les stratégies les plus marquantes sont : Formation en légistique de tous les DG et Directeurs nationaux ; révision de l'organigramme du ministère ; révision de la stratégie de maintenance en cours ; Mise en place de WHO PEN à Gothèye ; Évaluation des recommandations de l'audit de MSP en cours ; Élaboration du PDS/S en cours.

L'axe V : communications & SNIS, avait déjà accompli l'essentiel de ses objectifs en 2020, il est le plus proche de la cible finale, soit 3,75/4 ; grâce à des actions comme : L'appui à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale E-santé, l'Interconnexion de la connectivité Internet et la Visio conférence, la charte graphique et l'identité sonore, etc.

Atteinte de l'Outcome

Bien que les indicateurs soient des indispensables balises de référence et l'évolution de ceux-ci montre des progressions permettant de conclure à l'atteinte de l'Outcome, il est bon de souligner que la réalité du travail d'un projet si complexe durant 4 ans ne peut se réduire à ces mesures. Pour avoir une appréciation plus complète, le lecteur devra se plonger dans la lecture, parfois un peu aride, nous en convenons, ou trop technique, des pages qui suivent, pour avoir un aperçu de la masse d'actions déployées par l'équipe du projet et ses partenaires, dans la direction tracée par ses objectifs. Ce genre de rapport ne permet pas d'expliquer plus en détail les difficultés qu'il aura fallu affronter et vaincre (ou pas) pour y arriver.

Sous cette perspective plus large, nous avons conclu en l'atteinte pleine de l'Outcome du PASS.

4.1.3 Impact potentiel

Résultats /Indicateurs		#	Valeur Baseline 2017	Valeur finale 2021	Valeur cible finale
NIVEAU NATIONAL	IMPACT PROGRAMME : Renforcer l'offre et la demande des soins et des services de qualité à la population du Niger				
Taux de mortalité maternelle		impact 1	520/1000	Pas d'info.	376
Taux de mortalité infanto-juvénile		impact 2	126/1000 naissances vivantes	123 (Enquête)	95
Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés)		impact 3	52%		95%
Taux d'utilisation des soins curatifs		impact 4	54%		75%
DISTRICTS CIBLES PROJET	IMPACT INTERVENTION : Améliorer l'accès des populations des districts de Gaya et Gothèye aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la Couverture Universelle de Santé (CUS)				
Taux de couverture sanitaire dans les deux districts ciblés		OG.2	Gaya: 58,09% Gothèye: 55,51%	60,3%	Gaya: 66,33% Gothèye: 60%
Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés) dans les districts de Gaya et Gothèye		OG.3	Gaya:41% Gothèye: 41%		Gaya: 70% Gothèye: 95%
Taux d'utilisation des soins curatifs dans les districts de Gaya et Gothèye		OG.4	Gaya: 37,69% Gothèye: 39,03%		Gaya: 75% Gothèye: 75%
Pourcentage d'indigents qui bénéficient des subventions des soins de santé dans les districts de Gaya et Gothèye		OG.5	Gaya: 0 Gothèye: 0		

Dans l'objectif général(impact) du DTF, le PASS est à la fois un programme et une intervention.

L'Impact ou Objectif Général du Programme formulé dans le tableau, vise surtout à *contribuer à la mise en œuvre du PDS 2017-2021 du MSP*. On voit à ce niveau des indicateurs pays sur lesquels le PASS n'a que peu d'influence car il agit sur 2 districts sur les 72 existants. Les 3 premiers, *taux de mortalité maternelle, mortalité infanto-juvénile et taux de couverture des enfants de -1 ans complètement vaccinés*, ne sont collectés que par enquête sur la population (EDSN-MICS) qui se fait tous les 3-4 ans. L'EDS (USAID), prévue en 2021 n'a pas été réalisée. Nous avons des taux provisoires pour certains indicateurs. Le *taux d'utilisation des soins curatifs*, est fourni par le SNIS régulièrement.

L'Objectif Général de l'intervention est d'avoir un impact dans l'avancement vers la Couverture Universelle de Santé dans ses trois dimensions : *l'accès financier de la population, la profondeur (qualité) des paquets de soins délivrés et la proportion de la population couverte*. N'agissant pas sur l'ensemble du pays, l'effet recherché du PASS se situe dans la valeur d'exemple en étant capable de démontrer dans ses 2 districts pilotes, qu'il est possible au travers d'un FBR (mettant à niveau l'offre de soins de qualité) d'assurer la transition vers une Assurance Maladie Départementale opérationnelle, avec les difficultés liées au contexte particulier dans le Niger actuel. Le PASS a démontré la première partie et c'est le projet suivant dans le nouveau portefeuille pays Enabel, qui devra démontrer la 2^{ème}.

L'indicateur « *indigents qui bénéficient de subventions* » veut exprimer des améliorations dans l'accès aux soins pour les plus démunis dans nos 2 DS. Le PASS a démarré en 2019 une Recherche Action avec la mise en œuvre d'une approche communautaire de définition des critères et d'identification des indigents. L'accent est mis sur le processus de ciblage de cette catégorie de la population, plutôt que sur l'aspect quantitatif de sa prise en charge, d'où l'absence de valeur cible finale.

Le rapport de la MTR de mars 2020 notait sur le critère Impact : « *Il est très précoce pour juger de l'impact potentiel du projet. Néanmoins, on note une bonne appropriation des principes du FBR par les organes de participation communautaire et une réelle implication des collectivités territoriales dans l'organisation du District de Santé (DS). L'effet d'une gestion décentralisée du financement des soins commence à être visible, mais reste à être documentée par le projet. En revanche, la mise en œuvre des préalables à la CSU dans ses 3 dimensions reste limitée au niveau des 2 DS et l'effet du PASS sur la préparation des documents stratégiques du MSP résulte plus de l'expertise des AT que d'un apprentissage de l'expérience par les partenaires.* ».

4.1 Performance de l'output 1⁵ « L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins est augmentée (2^{ème} dimension CUS) »



⁵ Le template prévoit jusqu'à 3 outputs (chapitres 2.2, 2.3 et 2.4). Si l'intervention compte plus d'outputs, simplement copier et coller les chapitres supplémentaires relatifs aux outputs. Si l'intervention compte moins de 3 outputs, simplement supprimer les chapitres non nécessaires).

En ce qui concerne le niveau de l'outcome, vous pouvez aussi remplacer ce tableau par le propre format de l'intervention (p.ex., de votre outil de monitoring opérationnel)

Étant donné que ce rapport se veut à la fois le rapport annuel 2021 et le rapport final du projet, nous avons adapté le format résumé du rapport final sous lequel il a été rédigé, en introduisant dans chaque Output un chapitre qui décrit plus en détail les progrès réalisés durant l'année 2021. Dans chaque Output nous allons donc décrire a) le tableau des indicateurs ; b) les avancées 2021 ; c) la progression finale vers l'atteinte de l'Output, sous différents angles (atteinte, opportunités/contraintes, facteurs, résultats inattendus).

Par ailleurs, le fait que le projet travaille sur le terrain dans 2 départements différents (et 2 régions) oblige à donner les valeurs des indicateurs séparées pour chaque territoire, ce qui alourdit d'autant leur présentation. Nous demandons au lecteur son indulgence pour cela, justifiée sur le fait que l'évolution de chaque district est différente de l'autre et cela mérite d'être montré, même si les tendances finales se rejoignent dans les deux cas.

4.1.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de Base-(2017)	Cible finale	Valeur finale obtenue (2021)	Commentaires
R1.1. Taux de couverture des enfants de moins d'un an complètement vacciné dans les districts	Gaya : NA	Gaya : 70%	GAYA : 90,42%	Cible finale atteinte : Partage des performances réunions ECD-CSI, vaccination en milieu urbain, organisation des séances de rattrapages, organisation de 12 sorties foraines et mobiles par an. Pas eu de rupture de Vaccins. Gothèye : Difficultés du à l'insécurité : la non circulation des motos freine l'action dans les villages.
	Gothèye : NA	Gothèye : 70%	83%	
R1.2 Taux d'utilisation CPN 4 dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya : 38,12%	Gaya : 60%	GAYA : 53,37%	Cet indicateur a connu une bonne progression pour Gaya. Disponibilité des intrants médicaments et du personnel (sage-femme). Pour Gothèye, s'est posé un problème de calcul de la population. De 2017 à 2019 la valeur a progressé (2019 : 43,8%) mais en 2020 la population a été augmentée et de ce fait le % a baissé à 30% alors que les sorties foraines et mobiles ont continué.
	Gothèye : 40,84%	Gothèye : 60%	Gothèye : 31,75%	
R1.3 Proportion des populations couvertes par les sorties avancées foraines (CSI) dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya : 87,77%	Gaya : 100%	Gaya : 100%	Cible finale atteinte : Micro planification des aires de santé, implication des COGES, COSAN, chef de village dans l'identification des zones, gestion efficace de l'insécurité. Gothèye : La situation sécuritaire a beaucoup impacté sur les sorties mobiles : suspendues dans les zones de Waraou et Tchawa (plus de population mobile).
	Gothèye : 52,49%	Gothèye : 100%	98,72%	
R1.4. Proportion des populations couvertes par les sorties mobiles (ECD) dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya : 87,77%	Gaya : 100%	Gaya : 100%	Cible finale atteinte : Idem.
	Gothèye : 52,49%	Gothèye : 100%	100%	
R1.5 Pourcentage des CSI/HD, dans les DS de Gaya-Gothèye, qui utilise la nouvelle carte sanitaire pour leur planification	Gaya : 0	Gaya : 100%	N/A	Bilan après 4 ans : Indicateur peu pertinent qui n'a pas bougé du au temps qu'a pris le processus « Carte Sanitaire Numérique »,non finalisé au terme du projet.
	Gothèye : 0	Gothèye : 100%	N/A	

4.1.2 Analyse des progrès réalisés en 2021

1. Les activités et leur contribution à l'output

En 2021, par Activités Principales, les actions clé sont les suivantes :

- a. 1. La carte sanitaire : En septembre 2021 a démarré le développement des nouveaux modules de la carte sanitaire du Niger. Ces modules doivent permettre :
 - i. Une modélisation de l'extension de la couverture sanitaire géographique respectant les normes d'implantation des CSI (pré-plan de couverture sanitaire),
 - ii. Une modélisation du temps de parcours pour accéder aux FS par les patients ;
 - iii. De faire ressortir les normes des structures en termes de fonctionnalité (Services délivrés et infrastructures existants) ;
 - iv. L'édition des contours des communes, et des départements,
 - v. D'Afficher les ressources (équipements, RH, logistique) par structure.

Ce qui permettra de façon simple, de générer les informations nécessaires pour la planification dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire, notamment planifier où implanter des nouveaux CSI pour les populations non couvertes.

- b. 2. Élaborer/actualiser un plan de couverture sanitaire DS Gaya et DS Gothèye

3. Les plans d'actions pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des plans de couverture et budget disponible

4. Les populations des rayons de plus de 5km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya

Résumé des avancées à Gaya :

- L'exercice de Microplanification des aires de santé a été poursuivi avec une implication des COGES, COSAN, chef de village, permettant ainsi l'identification des zones d'accès difficiles. Les Assemblées générales ont permis de négocier et valider le plan de couverture de chaque aire de santé. L'objectif d'atteindre chaque village, chaque femme et chaque enfant a été atteint y compris dans les zones d'accès difficile avec l'implication des chefs de canton et les Maires (appui en agents de sécurité) a permis d'organiser et de maintenir les activités à Koukoki et Goumki, réputées être des zones d'insécurité dans le département de Gaya.

- La mise en œuvre du plan de couverture s'est traduite aussi par la régularité des sorties foraines et mobiles marquées par l'implication des chefs de villages, les COGES...

Ainsi sur les 4 ans d'interventions, les sites forains visités sont passés de 147 en 2018 à 243 en 2021. Le nombre de villages en zone mobile est resté stationnaire à 105 Villages visités.

- Succès des progrès dans la couverture vaccinale : au départ les réunions de partage des performances à l'occasion des réunions ECD / CSI qui était sanctionné par le calcul du

nombre d'enfants à rattraper par CSI et par antigène permettant l'organisation des séances de rattrapage dans les zones insuffisamment couvertes par les CSI ;

Sur les 4 ans d'intervention, un total de 57208 Vaccinés complètement dont 14088 en 2018 et 15639 en 2021.

Au total, 30585 femmes enceintes ont été vues à la 4^e visite variant de 5882 femmes en 2018 à 8979 femmes en 2021. Le Niger est à 33,91% en fin 2021.

L'initiation de la vaccination en milieu urbain dans la ville de Gaya ou des poches ont été identifiés ;

- La disponibilité des intrants (vaccins) et la qualité de la chaîne de froid grâce à la maintenance préventive et curative du matériel (frigo, installation solaire, moto...)
- Le contrat avec les radios locales et la contribution du réseau des relais a permis une meilleure mobilisation de la communauté dans l'accompagnement et le financement des actions de santé ;

Résumé des avancées à Gothèye :

D'une manière générale tous les indicateurs ont connus une progression par rapport à 2020 due à la combinaison des facteurs suivants :

- L'augmentation de la couverture sanitaire,
- L'augmentation des populations couvertes en stratégies mobiles et foraines
- La disponibilité en personnel
- La disponibilité en médicaments
- Au suivi régulier (supervision intégrée, évaluation qualité)
- Le FBR qui a financé, via l'achat des indicateurs, les structures de santé.

4.1.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

A01-01. La carte sanitaire numérique et dynamique est disponible et mise à jour

Cette activité principale a été menée à terme : La carte sanitaire numérique du Niger a été officiellement finalisée (<https://www.cartesanitaireniger.org>) en 11/2020.

Important à prendre en compte qu'il s'agit là, non d'une arrivée mais du début d'un processus continu d'amélioration de l'outil CS. Après sa finalisation, il était clair qu'il fallait développer d'autres modules au logiciel pour répondre aux demandes du Ministère. Sinon, une mise à échelle et son utilisation était prévue par le PASS depuis 2020 mais elle a été freinée par la Direction des Statistiques. La formation en cascade des acteurs (CSI/HD) sur la CS n'a démarré qu'en 11/21. L'étape 2, avec le développement des nouveaux modules, a démarrée en 09/2021 et sera finalisé au Q2 2022.

L'indicateur « R1.5 Pourcentage des CSI/HD, dans les DS de Gaya-Gothèye, qui utilise la nouvelle carte sanitaire pour leur planification » s'est avéré, après 4 ans, non atteint.

L'expérience a montré qu'il était prématuré. Il faudra plus de temps pour aboutir à l'utilisation de la CS numérique comme outil de planification. Le prochain projet devra y veiller.

***A01 022.** Élaborer/actualiser un plan de couverture sanitaire DS Gaya et DS Gothèye ; **A01 03** Les plans d'actions pluriannuels et annuels sont élaborés sur la base des plans de couverture et budget disponible ; **A01 04.** Les populations des rayons de plus de 5km sont couvertes par les services et soins de santé dans les deux districts de Gothèye et Gaya*

A Gaya :

La réalisation des activités principales (voir résumé 2021 plus haut) montre un très bon achèvement pour Gaya. Le tableau des indicateurs également montré une progression continue au fil des ans du projet et que les cibles finales sont largement dépassées.

Gothèye :

Avec un contexte complètement différent qu'à Gaya, le DS de Gothèye a atteint aussi des bons résultats concernant l'achèvement des activités : La régularité de financement a assuré les sorties mobiles et foraines, cependant du à l'insécurité il a fallu créer des nouvelles stratégies pour assurer les sorties foraines ; L'évolution des indicateurs est tout aussi bonne.

Conclusion : L'Output « L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins est augmentée » a été atteint, à la mesure des indicateurs et de la réalisation des Activités Principales prévues.

2. Opportunités et contraintes

Opportunités : L'achat de l'indicateurs par le FBR du PASS ;

- La régularité des stratégies mobiles et foraines
- L'exercice de micro planification des aires de santé a été maintenue permettant ainsi une meilleure répartition des villages et sites à l'intérieur de chaque aire de santé ;
- L'organisation des journées de rattrapage dans les zones insuffisamment couvertes
- La permanence des sorties foraines et mobiles

Contraintes :

- Gaya : Les contraintes se posent en termes d'accès de certains villages pendant la période hivernale. Rupture du Fer et de la MILDA (appui du MSP), Insuffisance dans l'archivage des supports
- Gothèye : L'insécurité est un frein pour atteindre certaines populations (mobiles et même foraine) L'interdiction d'utilisation des motos a contraint les chefs à utiliser les charrettes les chameaux les véhicules de marché pour faire les activités foraines
 - La création des nouvelles stratégies pour contourner les obstacles cités haut,
 - Le FBR

- La disponibilité des médicaments
- L'implication de la communauté dans toutes les actions liées à la santé,

Contraintes sur A01-01. La carte sanitaire : Il s'est agi d'un long processus avec plusieurs étapes dont certaines étaient démarrées depuis 2019. Le démarrage de la collecte des données manquantes a accusé un retard causé par la crise du covid19. Ce retard de trois mois a eu un impact sur le délai de livraison de la Carte qui était prévue en juillet 2020. Un avenant de prorogation au contrat a été négocié et signé entre les deux parties.

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

- La formation des SPIS, des CSE et des majors des hôpitaux, cadres du MSP sur la carte sanitaire, DHIS2, informatique de base et outils révisés
- Blue square a fourni une application mobile téléchargeable sur téléphone Android par les agents de santé permettant de remplir le questionnaire pour collecter les informations de mise à jour de la carte sanitaire.

Gaya : Vaccination des nomades et éleveurs en constant déplacement

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées ?

Dans l'activité Carte Sanitaire, l'organisation d'une opération de collecte de données sur application mobile, pilotée par la DS/MSP sur toutes les formations sanitaires du pays, publiques et privées, constitue un résultat positif inattendu. Cela démontre les capacités du Ministère à organiser une collecte d'envergure nationale.

4.2 Performance de l'output 2 « L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les districts ciblés (2ème dimension CUS) »

4.2.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur Baseline (2017)	Valeur finale (2021)	Cible finale	Commentaires
R2.1 Le degré de la gestion informatisée (financière, stock, dossier du patient, consultations) dans les districts de Gothèye et Gaya	Gothèye : 0%	Gothèye : 90%	La gestion informatisée (financière, stock, circuit du patient) et du réseau informatique dans les DS de Gothèye et Gaya est assurée	Avec l'implémentation du logiciel du circuit patient, la gestion informatisée dans les HD a connu un fort progrès. Utilisation effective du logiciel TomPRO pour la gestion des finances dans les districts, ainsi que la formation sur l'utilisation de l'outil informatique des agents (25). Les HD sont dotés d'un réseau informatique stable et connexion Internet, leur permettant des visioconférences avec le niveau régional et central. Gaya : la gestion informatisée des MEGs au niveau CSI et à la pharmacie de l'HD, Gothèye : Grace aux différents progrès réalisés l'indicateur de 60 (2020) à 90%
	Gaya : 0%	Gaya : 90 %		
R2.2 Pourcentage des CSI/HD, dans les districts de Gaya et Gothèye disposant d'un dispositif fonctionnel d'amélioration de la qualité des soins	Gaya : 0	%	Gaya : 50%	Gaya : 8 services de l' HD développent la démarche qualité. Mise en place des EAQ HD. Existence d'un groupe de coach qualité. Comité hygiène HD. Tenue des réunions hebdomadaires. Résolutions internes des problèmes. 11 CSI avec Équipe AQ PF Gothèye : Depuis Septembre 2021 l'HD a un dispositif d'amélioration de la qualité des soins avec des EAQ fonctionnelles. aucun CSI n'a une EAQ
	Gothèye : 0	HD 80% des unités	Gothèye : 50%	
R2.3 Nombre de patients, dans les districts de Gaya et Gothèye, vus en consultation curative par les spécialistes (ORL, santé mentale et ophtalmologie)	Gaya : RL : 201 ; Santé Mentale : 72	Gaya ORL : 483 Ophtalmo : 1847 (288 cataractes opérés) et Santé mentale 407 cas	Ophtalmo > 1000 cas ; ORL : >800 cas ; Santé Mentale : > 400 cas	Gaya : Caravane d'information et de sensibilisation ; Caravane de prise en charge. Formation des enseignants et relais dans le dépistage. L'appui des radios privés dans la sensibilisation de la population (contrat). Gothèye : Février 2021 démarrage des soins spécialisés à l'HD de Gothèye. Plus de 700 personnes (H/F) ont été opérés de cataracte dans le district. plus de 1000 personnes consultées en ophtalmo, 400 en ORL et presque 300 en santé mentale
	Gothèye : 0	Gothèye : ORL : 441 ; Ophtalmo : 1042 Santé Mentale : 289		
R2.4 Taux de rupture de médicaments essentiels du panier par niveau (CSI/HD, pharmacie de district) dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya : 12,23%	Gaya : 1,36 %	Gaya : 0%	Gaya : Cadre de collaboration PASS central-ONPPC-ECD Gaya=rapide réponse de l'ONPPC délai de livraison de deux semaines à 5 jours. Le taux de satisfaction ONPPC reste encore faible 40% à 60% Gothèye :Le taux de rupture a considérablement chuté de 11% en 2017 il est de 0% en 2021 aucune molécule n'a connu de rupture dans la pharmacie de district et à l'HD
	Gothèye : 8,79%	Gothèye : CSI : 0,14%	Gothèye : 0%	

4.2.2 Analyse des progrès réalisés 2021

1. Les activités et leur contribution à l'output

A02 01 Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualité dans les CSI (et leur CS), et les HD des deux districts ciblés. *A02 02*. Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, ORL et santé mentale

Gaya :

De façon générale, les résultats ont été atteints et augmentés. La promotion des soins spécialisés a été renforcés par l'acquisition et la formation des différents acteurs et l'organisation de 9 caravanes trimestrielles d'information, de sensibilisation et de dépistage des cas. Dans la santé mentale, 25 relais et 60 enseignants ont été formés dans le dépistage et le référencement des cas. Le nombre de consultant est passé de 3 malades par mois en 2018 à 33 Consultants par mois en 2021.

Quatre camps de chirurgie de la cataracte ont été organisés en 2020 et 2021 offrant ainsi la vue à 288 personnes.

La disponibilité des médicaments s'est nettement améliorée passant de 12% de rupture des molécules essentielles en 2018 à 1,36% en 2021. Ces résultats s'expliquent par la mise en place du comité de commande, l'assainissement de la gestion des recettes. Cependant, les capacités de l'ONPPC constituent une préoccupation avec un taux de satisfaction des commandes inférieur à 60%.

Gothèye :

Avec la fonctionnalité nouvelle des services spécialisés (Ophtalmo, ORL et santé mentale) les patients affluent de tous les coins du district et même des districts voisins pour des soins des yeux ou des problèmes d'ORL.

La mise en place des Équipes d'Amélioration de la Qualité dans l'HD a considérablement amélioré l'environnement de l'HD.

Le taux de rupture de molécules essentielles qui est presque à 0% dans les CSI (0,14%) quant à la pharmacie du DS et l'HD ce taux est de 0%.

A02-03. 3. La gestion informatisée est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya

La gestion informatisée dans les districts a atteint son épilogue en 2021 grâce à la réalisation des activités menées au cours de l'année. Il s'agit de la mise en œuvre du projet de digitalisation du système de gestion et d'information hospitalière (SIH) des HD de Gaya et Gothèye.

4.2.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

A02 01 Les DRSP et ECD assurent continuellement l'application des normes de qualité dans les CSI (et leur CS), et les HD des deux districts ciblés. *A02 02*. Les HD de Gothèye et Gaya intègrent les soins adéquats ophtalmologiques, ORL et santé mentale

Gaya :

L'achèvement de ces activités ont été déjà décrits plus haut en 2021. En résumé, les objectifs ont été atteints malgré le faible taux de satisfaction des commandes de médicaments par l'ONNPC.

Gothèye : Idem, l'ensemble des activités ont atteint leur objectif. À noter :

- Le respect des différents calendriers pour l'exécution des activités,
- La disponibilité des MEG et du personnel
- Le suivi des différents protocoles,
- La création des comités de commandes a beaucoup influencé la disponibilité

A02-03. 3. *La gestion informatisée (financière, stock, circuit du patient, RH et consultations CSI) est utilisée dans les districts de Gothèye et Gaya*

Le degré de la gestion informatisée (financière, stock, circuit du patient, consultations) a atteint 90% de son implémentation dans les districts de Gothèye et Gaya en 2021.

Ce fort taux appréciable a été rehaussé en 2021 par l'implémentation du logiciel du circuit du patient dans les HD, ainsi que le logiciel de gestion des pharmacies dans les CSI. À cela s'ajoute l'utilisation effective du logiciel TomPro pour la gestion des finances dans les districts, ainsi que la formation sur l'utilisation de l'outil informatique d'une vingtaine d'agents dans chacun des deux districts. Les HD sont dotés d'un réseau informatique stable et d'une connexion Internet. Ce qui leur permettra de faire des réunions en visioconférence avec les autres acteurs du niveau régional et central.

Conclusion : L'Output « L'offre globale de soins de santé de qualité a été renforcée » a été atteint, à la mesure de l'avancement de ses 4 indicateurs et de la réalisation des Activités Principales prévues.

2. Opportunités et les contraintes

Contrainte : La non utilisation du logiciel du circuit patient par certains agents.

A Gaya : Opportunité : La Revitalisation de l'ONPPC locale

Gothèye : Contraintes :

- L'insécurité a beaucoup freiné les déplacements des agents pour les sorties foraines ;
- L'interdiction de la circulation des motos, a difficulté également la mobilité des agents.

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

La mise en œuvre du plan de digitalisation du PASS et celui de la stratégie E-santé du Pays a beaucoup contribué à l'atteinte des résultats dans le cadre de la gestion informatisée dans les districts.

Les compétences en TIC du personnel des districts de Gothèye et Gaya sont renforcées. La formation des Ouvriers Polyvalents de Maintenance de Gaya et Gothèye sur la gestion d'un réseau informatique a été un facteur fort d'amélioration de la gestion du parc informatique.

Gaya : Facteurs positifs :

- La livraison au dernier kilomètre des ACT par l'ONPPC a permis de réduire les ruptures des ACT.
- La mise en place des équipes Assurance Qualité dans les unités de l'HD
- La gestion informatisée des médicaments au niveau HD et CSI ayant permis une amélioration dans la gestion.

Gothèye : Facteur Positif : La sensibilisation de la population sur la fréquentation des services de santé et surtout de la disponibilité de tous les services à l'HD

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées ?

Le renforcement de la gestion informatisée dans les DS de Gaya et de Gothèye a permis :

- La digitalisation de l'outil de l'enquête de contre vérification communautaire
- L'Utilisation de la visioconférence dans les Districts.

Gothèye :

À noter comme résultat positif inattendu : L'évolution de tout l'indicateur, l'intérêt de la communauté à accompagner les services de santé et s'investir dans les actions communautaires (nettoyage des services de santé, achat des ambulances et transformation de case de santé en CSI).

4.3 Performance de l'output 3 «La disponibilité de personnel compétent et motivé dans les districts ciblés, est améliorée »

4.3.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur Baseline (2017)	Valeur finale obtenue (2021)	Cible finale	Commentaires
R3.1 Pourcentage des postes du système de santé dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP de Tillabéri et Dosso dont la fiche de poste a été testée	0%	Gaya (HD): 68%	100% de fiches testées	263 fiches de poste ont été élaborées, sans pour autant toucher la totalité des postes. Les niveaux concernés sont les CSI, les HD, les DRSP les CSME, les CHR, l'HNN, les Directeurs centraux, les chefs des services 68% de postes ont eu des fiches testées en 2019
		Gothèye (HD): 66%	(")	
		DSRP Do : 87 ;5%	(")	
		DSRP Ti : 87 ;5%	(")	
R3.2 Pourcentage de personnel dans les districts de Gaya et Gothèye et de la DRSP évalué sur la base de leur fiche de poste	0%	Gaya : 0 ; Gothèye : 0	100% de personnel avec fiche, évalué	Le MSP avec l'appui du PASS a devancé le ministère de la fonction publique en élaborant et implémentant ces fiches. Le processus n'est pas allé jusqu'à l'évaluation. Ce sera une action à approfondir dans le prochain projet. Indicateur finalement non pertinent.
		DSRP Do : 0	(")	
		DRSP Ti : 0		
R3.3 Nombre d'agents de santé (a) des districts de Gaya et Gothèye et (b) des DRSP de Tillabéri et Dosso formés par le PASS.	0%	Gaya : 331 ; DSRP Do : 0		Pour cet indicateur l'établissement d'une cible finale a été jugé superflu. La capacité du projet à renforcer les capacités des agents ayant été soutenue durant toute la période.
		Gothèye : 248		
		DRSP Ti : 0		
R3.4 Rapport entre le nombre de formations sanitaires (CSI et HD) et la disponibilité (%) de personnel selon les normes du MSP.		Gaya : 18,75	Gaya : 85%	A noter l'avancée dans la disponibilité du personnel dans les structures des 2 DS. Le projet a travaillé pour les rendre attractifs pour le personnel
		Gothèye : 79,17%	Gothèye : 85%	
R3.5 Degré de complétude et promptitude des données transmises au niveau supérieur sur le personnel des DS de Gaya et Gothèye et des DRSP de Tillabéri et Dosso	ND	Gaya : 100 % ; Gothèye : 100%	100% complétude et pas de jours de retard.	Les résultats montrent une évolution dans les DS de zéro à 100% durant la durée du projet, c'est dire son influence sur ce paramètre. Problème :Mauvaise qualité des données qui remontent. Les nouvelles normes ont prévu des GRH dans les DS mais ce n'est toujours pas appliqué.
		DRSP Ti: complétude : 100% Promptitude : 75%		
		DSRP Do : Complétude : 80% ; Promptitude : 60%		

4.3.2 Analyse des progrès réalisés 2021

2. Les activités et leur contribution à l'output

Les principales réalisations en 2021 sont :

A03-05 Développer les logiciels de gestion des RH : La mise à niveau du progiciel RH a été réalisée en 2020. Cependant, en 2021 la direction des RH a formulé des nouveaux besoins. Il s'agit de :

- Intégrer le module guide de mobilité du personnel dans le progiciel RH : guide disponible ;
- Redéploiement du progiciel sur un serveur local au ministère qui était installé sur le cloud, compte tenu du caractère confidentiel des données personnelles contenues dans le progiciel.
- Voyage d'étude GMAO : réalisé au Burundi pour visiter le projet Enabel qui met en place dans tout le pays la gestion de la maintenance axée sur ordinateur (GMAO)

4.3.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

A03 03. Les compétences du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les DS de Gothèye et Gaya sont renforcés

A03 04. Le système de gestion des RH au niveau déconcentré est renforcé

L'output 3, dédié au personnel, est celui dont les paramètres dépendent le moins d'un projet externe comme le PASS. En effet, c'est le ministère qui a toutes les cartes en main pour la gestion de son personnel. Toutefois, les avancées, vues dans les IOV et les actions, du projet sont claires et l'atteinte de l'output 3 a régulièrement progressée sur base d'examen des actions menées.

En matière de disponibilité de personnel

- Recrutement sur fonds subsides FBR
 - 1 sage-femme, 22 filles de salle, 16 manœuvres, 1 jardinier, face à la faible capacité des mairies à recruter du personnel de surface conformément à leurs attributions,
 - Redéploiement de personnel pour améliorer la performance FBR
- Tendre vers le respect des normes de 18,75% en 2019 à 44,44%.
 - Plaidoyers du PASS auprès du MSP a facilité l'affectation dans l'HD de Gaya de spécialistes en chirurgie, gynécologue hygiène/assainissement, Santé de la Reproduction, communication, radiologie et anesthésie. De même Gothèye, qui partait de zéro, a bénéficié des trois techniciens nécessaires pour fournir les soins spécialisés.
 - La rareté de certaines catégories de personnel (THA et assistants sociaux) au niveau national, freine l'atteinte des normes RH dans les DS.
 - Cette disponibilité est fragilisée du fait que le système repose sur du personnel contractuel et du personnel bénévole : Gothèye, sur 176 agents 65 (37%) sont des bénévoles dont tous les agents de surface. A Gaya, sur un effectif de 235, 176 agents

(74,2%) sont des contractuels et 21 (10,6%) des bénévoles.

Du point de vue des compétences :

- Des plans de renforcement des capacités ont été élaborés suite à une analyse de situation par le projet frère IRC. Cinq (5) organisations bénéficiaires ont disposé de ces plans : ECD, CSI, COGES, Communes et niveau central du MSP.
- 94% des agents du DS de Gaya ont reçu au moins une formation et tous les agents du DS de Gothèye ont reçu au moins 4 formations. Les thématiques sont diverses: l'accueil, FBR, Manuel de procédure administrative, financière comptable des CSI, HD et ECD, la santé mentale, Open MRS, Open IMIS, étalements de crachats pour le dépistage de la tuberculose, la maintenance, l'hygiène, la gestion des déchets et autres. En moyenne chaque agent a pu bénéficier de 2 renforcements de capacités. Cela a permis principalement de : i) rendre le bloc opératoire du HD de Gothèye opérationnel suite au recyclage des 2 médecins capacitaires en chirurgie ainsi que de certains techniciens (laborantins, instrumentistes, aide chirurgien et aides anesthésistes ; ii) passer à la mise en application du WHO-PEN, pour la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) dans le DS de Gothèye ; iii) mettre des Comités d'hygiène hospitalière dans les 2 HD ; iv) de rendre opérationnelle la banque de sang de Gothèye ; v) motiver les utilisateurs des équipements à leur maintenance ; vi) améliorer la comptabilité matière etc.

En ce qui concerne la motivation des agents :

- Le processus d'élaboration des fiches de poste du niveau CSI au niveau tertiaire a démarré depuis 2018.
- Test et évaluation : en 2020, 76,19% des 105 fiches de poste placées ont été évaluées. Dans les HD les fiches sont affichées dans le bureau de tous les chefs de service. La mise en place de ces fiches a minimisé les conflits de compétence. Dans les DRSP, elle a concerné les postes de la DRSP (8) du CHR (24) et du CSME (8). ECD () et des CSI ()
- L'indicateur 5 sur la complétude/promptitude permet de constater et suivre si les appuis fournis par le PASS pour améliorer la gestion du personnel dans les districts et les DRSP, ont un effet sur la remontée des informations RH.

D'autres acquis sont :

- Le nouveau progiciel est disponible et immédiatement utilisable : La transcription de la nomenclature des corps est harmonisée, Les nouveaux DS et nouveaux corps des agents sont intégrés, La gestion des effectifs est maîtrisée, La transcription des doublons n'existe plus.

Étant donné que les données RH sont capitales dans la prise de décisions à tous les niveaux, ces améliorations dans la gestion de la masse de personnel du système de santé, à été fortement appréciée par le ministère (DRH).

Conclusion : L'Output « La disponibilité de personnel compétent et motivé dans les districts ciblés, est améliorée » a été atteint, à la mesure de l'avancement de ses 4 indicateurs et de la

réalisation des Activités Principales prévues. L'indicateur sur les évaluations des fiches de poste, s'est avéré prématuré pour la durée du PASS : les avancées constantes dans l'implantation des fiches de poste n'ont pas permis le stade d'évaluation encore.

2. Opportunités et les contraintes

Malgré la révision des outils de collecte de données RH la complétude est de 80% à la DRSP de Dosso. Ceci démontre le fait connu que, quelle que soit la bonne technicité d'un outil, l'obtention du bon produit fini ne dépend que de l'intérêt de ceux qui les animent et utilisent.

Contrainte : L'insécurité freine les agents à travailler dans les zones Waraou et Tchawa de Gothèye.

- La mobilité du personnel du personnel bien que réduite persiste.
- Le processus de transfert des compétences aux communes porté par le Ministère des Finances n'avance pas, en conséquence la sous activité AO3.04.02 « Le renforcement des Communes dans la gestion des RH en santé est assuré » n'a pu se mettre en place.

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

Les formations réalisées par IRC ont réduit la charge de travail du PASS en matière d'organisations de formations de plus ou moins courte durée. Au cours des quatre années de mise en œuvre du PASS, 1626agents ont été formés à diverses thématiques ; il reste entendu qu'en moyenne un agent a bénéficié en moyenne de 2 à 3 sessions de renforcement de capacités.

- la proportion de contractuels et de bénévoles reste élevée. À Gothèye, 30% des agents sont des contractuels et 37% de bénévoles. A Gaya, 74, 86 %, du personnel est contractuel. Cette situation ne favorise pas le maintien des agents à leur postes.
- cependant l'attractivité et la motivation suscitées par le FBR a permis une certaine stabilité des agents des DS entraînant très peu de mobilité vers d'autres districts.
- L'atteinte de l'output 3 est très fortement dépendante de facteurs en dehors de l'influence directe du projet (politiques).

Comme partout dans le monde, les mesures prises en conséquence de l'avènement Covid de février à mai 2020 ont fortement retardé ou annulé la réalisation des activités de RC : les formations/ séminaires/réunions et les missions n'ont pu se tenir en cette période.

La formation GRH régionaux sur l'utilisation du nouveau progiciel RH

La formation des informaticiens de la DRH sur la gestion d'une base de données.

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées

L'interconnexion a certes agit sur la promptitude des données mais la complétude n'a pas atteint la cible prévue de 100%, du fait de l'intérêt mitigé qu'ont certains gestionnaires de district pour la gestion des ressources humaines.

4.4 Performance de l'output 4 « Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du FBR et l'assurance maladie universelle (AMU) est développée (1ere dimension CUS) »

4.4.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur Baseline (2017)	Valeur finale (2021)	Cible finale	Commentaires
R4.1 Degré de fonctionnalité du FBR dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya 0	100%	100%	Cible atteinte 100% L'approche du Financement basé sur les résultats à été mise en place dans les DS de Gaya et Gothèye de façon progressive. Elle a démarré en juillet 2019, avec un an de retard. Cependant l'ensemble des fonctions du FBR ont atteint leur but au terme de l'intervention. Le projet a pu impulser le changement de l'approche de financement de la santé, en passant de « input based » à « l'output based » financing.
	Gothèye 0	100%	Gothèye 100%	
R4.2 Indice moyen de qualité du FBR des structures contractantes	Gaya DND	85,71%	80%	Cible atteinte. L'indice moyen de qualité dans les formations sanitaires a évolué positivement. Au terme du projet, les seuils atteints sont au-delà de la cible finale (80%) du DTF. Avec quelques différences mineures, les missions de contre-vérification ont confirmé les tendances observées lors des vérifications de routine. Gothèye : Taux obtenu grâce au bon fonctionnement du FBR et le suivi rapproché sur le terrain
	Gothèye DND	95,92%	80%	
R4.3 Degré de mise en œuvre des activités planifiées pour le développement de l'AMU	Gaya DND	80%	100%	Cible atteinte à 80% = degré d'achèvement du processus de mise en place de l'assurance maladie dans le DS de Gaya. Il manque l'équipe de gestion de l'AMD. Le logiciel de gestion de l'assurance maladie a pu être contextualisé et testé, le logiciel Tompro pour la gestion financière a été mis en place. Les bureaux des antennes locales dans les 6 communes sont en place.
	Gothèye DND	0%	100%	
R4.4 Le % de la population qui adhère au régime AMU dans les districts de Gaya et Gothèye	Gaya/Gothèye DND	0%	NA	Bilan après 4 ans : Indicateur non pertinent, qui n'a jamais bougé. En raison du non démarrage effectif des affiliations à l'assurance maladie. Impossible à prédire dans le DTF.

4.4.2 Analyse des progrès réalisés 2021

1. Les activités et leur contribution à l'output

Au cours de l'année 2021, les activités ci-après ont été mises en œuvre :

- le processus d'élaboration des manuels de procédures administratives et financières du district sanitaire, de l'hôpital de district ainsi que du CSI a été conduit à son terme. La finalisation de ce processus a permis de doter le ministère d'outils de gestion susceptibles d'apporter plus de transparence dans la gestion financière des entités du niveau périphérique du système de santé ;
- le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre du FBR a été poursuivi au cours de l'année. Dans ce cadre, une formation a été délivrée à l'Inspection Générale des Services (IGS) afin de l'outiller à l'analyse et à l'audit des ressources apportées aux formations sanitaires dans le cadre des subsides FBR. Au niveau périphérique, plusieurs activités de recyclage des formations sanitaires dans les districts de Gaya et Gothèye ont été mises en œuvre.
- les activités de routine liées à la gestion du FBR se sont poursuivies au cours de l'année 2021 : des vérifications de la quantité (mensuelle), des vérifications de la qualité (trimestrielle), de la vérification communautaire (trimestrielle) ainsi que la tenue des comités de validation trimestriels des résultats du FBR. Ces différentes activités ont permis de s'assurer d'une bonne mise en œuvre de l'approche du Financement Basé sur les Résultats ;
- L'activité nouvelle mise en œuvre en 2021, en ce qui concerne le fonctionnement du FBR, a porté sur la contre-vérification des données. Dans ce cadre, un cabinet de consultance externe a été contractualisé. Deux missions de contre-vérification des données du FBR ont eu lieu. La 1^{ère} sur les données du 2^{ème} semestre 2020 et la 2^{ème} sur celles du 1^{er} semestre 2021.

L'approche FBR, bien qu'ayant connu un démarrage tardif au début de l'intervention, a entièrement fonctionné dans les deux districts d'intervention. La volonté du projet qui était de changer le paradigme de financement de la santé en passant, d'une approche « input based financing » à une approche « output based financing » a donc été réalisée.

En ce qui concerne la volonté affichée de faire évoluer le FBR vers l'AMU, les activités relatives à la phase préparatoire de cette transition ont été essentiellement réalisées au cours de l'année 2021.

Ces activités ont notamment concerné :

- La poursuite du suivi de la convention de subside avec l'ONG SOS Sahel, en charge de la préparation du démarrage de l'Assurance Maladie Départementale (AMD).
- Les activités relatives à la définition du panier de soins de l'AMD, la tarification des soins dans le cadre de l'AMD, le niveau de cotisation à l'assurance maladie et son mode de financement, les statuts et règlement intérieur de l'AMD la liste des médicaments éligibles, le manuel de procédures opérationnelles de l'AMD ont été conduites à leur terme ;
- Les bureaux des antennes communales de l'AMD ont été mis en place dans les six (06) communes du département de Gaya. Par ailleurs l'Assemblée Générale Constitutive de l'AMD

de Gaya a été tenue et un bureau du Conseil d'Administration élu. Ces différents organes intègrent des élus locaux, des représentants de la population, des représentants du système de santé ainsi qu'un représentant du Partenaire Technique et Financier (Enabel) ;

- Un réseau d'agents de santé communautaires faisant office de « point focaux » de l'assurance maladie dans les différentes communautés villageoises a été constitué. Dans la mesure du possible, certains villages ont été regroupés, afin d'optimiser l'activité de ces points focaux. À cet effet, 308 « points focaux » ont été retenus pour l'ensemble du département de Gaya ;
- Le système d'information et de gestion de l'assurance maladie : pour ce volet, deux prestataires de services ont été retenus. L'un avait en charge la configuration du logiciel destiné à la gestion financière (TOMPRO) et l'autre le logiciel de gestion métier de l'assurance maladie (OpenIMIS). Les futurs utilisateurs de ces différents logiciels ont fait l'objet de formation dans les deux districts d'intervention (Gaya et Gothèye) et l'installation est faite dans le département de Gaya, le plus avancé sur la mise en place de l'AMD. Pour l'application OpenIMIS avec une forte implication de la Direction des Statistiques (DS) et de la Division informatique de la DAIDRP, cette solution logicielle a été implémentée sous phase test, dans le district de Gaya.

Le processus de démarrage de l'assurance maladie, afin de faire une transition du FBR vers celle-ci, est suffisamment avancé dans le district de Gaya.

Dans celui de Gothèye ce processus n'a pas connu un début de démarrage. En raison des contraintes de sécurité que connaît ce district, l'option a été prise de privilégier un démarrage rapide à Gaya, afin d'apprendre les leçons et faciliter la réplique dans le district de Gothèye.

Gothèye :

Nous constatons une amélioration de la qualité des services due essentiellement à la mise en œuvre du FBR, les missions régulières sur le terrain, la disponibilité de matériel et de MEG ; Quant au FBR en 2021 il y a eu le fonctionnement de toutes les composantes.

4.4.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

En analysant les réalisations de l'output au terme de l'intervention : l'indicateur sur la fonctionnalité du FBR est atteint à 100%, celui sur l'indice de qualité est également atteint, avec des performances supérieures à celles fixées par la cible finale. L'IOV 3, le degré de mise en œuvre des activités planifiées pour le développement de l'AMU, elles ont été réalisées à 80% dans le District de Gaya et n'ont pas connu un début de démarrage dans celui de Gothèye.

Le dernier indicateur relatif au pourcentage de la population qui adhère à l'AMU dans les districts d'intervention, il n'a pas connu un début de réalisation. Conçu à la formulation, l'expérience a montré, malgré les avancées du projet, qu'il était prématuré pour 4 ans de le formuler ainsi.

Conclusion : L'output 4 a été pleinement atteint en ce qui concerne le FBR. L'expérience a indiqué le rythme de progression positif dans la préparation du démarrage de l'AMD à Gaya.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer la réalisation des différents résultats sus exposés :

- a. Le FBR a été fonctionnel dans les deux districts cibles.
 - un démarrage tardif dû à la préparation de l'outil Subside de Enabel « loi belge sur les subsides » aux bonnes pratiques du FBR ;
 - une forte implication du ministère du niveau central dans la résolution des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de l'approche, a permis de faciliter l'appropriation de l'approche par les districts bénéficiaires ;
 - une appropriation progressive de l'approche par les Équipes cadres des districts a facilité sa fonctionnalité.
- b. L'indice de qualité de soins a été atteint et même dépasser la cible.

Une diversité d'activités touchant à plusieurs dimensions de la qualité des soins a été mise en œuvre. Cette conjugaison des efforts entre le FBR et les actions du projet, a permis d'arriver aux résultats observés. Elles ont concerné :

- un état des lieux réalisés en 2018, au début de l'intervention a notamment permis d'identifier les besoins de renforcement des différentes formations sanitaires ;
- se basant sur les conclusions de cet état des lieux, des investissements ont notamment eu lieu, en équipements biomédicaux, la dotation en stock de médicament dès le départ, le renouvellement des COGES et leur encadrement trimestriel;
- L'évaluation trimestrielle de la qualité, qui a été faire régulièrement pendant toute la durée du projet a largement contribué à l'atteinte de ces objectifs ;
- la disponibilité des médicaments a contribué à l'amélioration de la délivrance des soins (taux rupture 1,5% à Gaya) qui a été précédé d'une amélioration de la commande, avec la mise en place de comité de commande dans les DS, une relation rapprochée entre le projet et l'équipe centrale et l'ONPPC ont contribué à cette amélioration ;
- les primes de performances qui ont été régulièrement payées au personnel de santé ont contribué à une plus forte implication de celui-ci dans la délivrance de soins de qualité ;
- la redynamisation des COGES dans les formations, qui s'est accompagnée d'une forte implication des communautés et des collectivités dans la gestion des formations sanitaires, ont donné l'opportunité aux bénéficiaires des services de santé de s'exprimer et d'exiger plus de redevabilité des prestataires de soins.

Dans un souci de maintenir un niveau de qualité plus élevé et de répondre aux exigences des populations, de plus en plus élevées, la grille qualité, qui permet d'évaluer les prestataires de soins devra être révisée prochainement.

- c. Le processus de démarrage de l'assurance maladie, afin de faire une transition du FBR vers celle-ci, est suffisamment avancé dans le district de Gaya.
- en raison des contraintes de sécurité que connaît le district de Gothèye, l'option a été prise de privilégier un démarrage rapide dans le district de Gaya, afin d'apprendre les leçons et faciliter la réplication dans le district de Gothèye ;
 - le temps important mis au démarrage et dans la correcte mise en place du FBR n'a pas permis de commencer plus tôt la phase préparatoire de l'assurance maladie ;
 - le voyage d'étude conduit au Sénégal sur les Unités Départementales d'Assurance Maladie(UDAM) a été un facteur stimulateur permettant d'accélérer la phase préparatoire dans le département de Gaya, permettant aux acteurs de mieux comprendre le concept et d'ajuster les interventions ;

La transition du FBR vers l'assurance maladie, qui est l'ambition ultime de cet output est suffisamment enclenchée, mais pas totalement aboutie au terme de l'intervention.

Ce processus devra être approfondi et à achever au cours d'une prochaine intervention durant les prochaines années, pour offrir des possibilités de pérennisation aux résultats issus de l'intervention.

À noter à Gothèye sur le FBR :

Le FBR a démarré en retard à Gothèye et a connu des turbulences entre l'ECD et l'UADS durant les premiers mois (Q4/2019) aboutissant au remplacement de l'ATN Gothèye.

L'implication de tous les acteurs (agents de santé, communauté, les autorités politiques et coutumières, les élus locaux, la diasporas) ;

La disponibilité des acteurs à accompagner les agents de santé dans la mise en œuvre du FBR (transformation des cases de santé en CSI achat des ambulance, prise en charge des chauffeurs des ambulances, sensibilisation, salubrité)

2. Opportunités et les contraintes

a. Opportunités

1. L'intérêt du MSP/P/AS pour le changement du mode de financement du système de santé. Cet intérêt s'est traduit notamment par le projet Santé de la Reproduction (PSR) et sa mise en place d'un Fonds d'achat (FBR) sur financement de la KFW, dans la région de Tillabéri, et la mise en œuvre prochaine du projet Banque Mondiale avec un FBR prévu sur les régions de Maradi et Zinder. Cette sensibilité à un changement du mode de financement de la santé est un facteur qui a encouragé l'appropriation par le MSP/P/AS de l'approche FBR mise en œuvre par le PASS, et à s'impliquer dans la résolution des difficultés ;
2. les appuis complémentaires de certains partenaires (Pathfinder, Help) qui orientent leurs actions sur certains aspects (Planification Familiale pour Pathfinder et la nutrition pour

Help tant sur la quantité que sur la qualité de certains services spécifiques ont facilité l'atteinte de certains indicateurs ;

3. l'existence d'une expérience antérieure du financement basé sur les résultats (celle de Boboye par la BM en 2015 et arrêtée après un an), a facilité l'adaptation des outils de mise en œuvre.

Gothèye :

- Disponibilité des agents de santé qualifiés,
- Prise en compte des constats lors des différentes sorties de vérification (quantité, qualité et communautaires)
- Implication des communautés (COGES Diasporas et relais) dans les actions de santé

b. Contraintes

- La dégradation continue de l'environnement sécuritaire dans le district sanitaire de Gothèye a été une contrainte majeure. Cette situation a conduit à une adaptation des mécanismes de vérification de la quantité et de la qualité pour les CSI non accessibles ;
- La nécessaire adaptation des bonnes pratiques du FBR à l'outil subsides Enabel a pris du temps au démarrage du programme,
- La non prise en compte des populations hors zone de responsabilité des formations sanitaires, a été une contrainte lors de la vérification quantité des données. Il pourrait être envisagé d'étendre l'indicateur à zone d'attraction du centre de santé, avec un seuil de cas venant de l'aire d'attraction.

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

a. Facteurs (positifs)

- L'ancrage de l'intervention au Secrétariat Général du Ministère de la santé, avec pour ordonnateur le Secrétaire Général, a facilité les échanges et la résolution des problèmes ;
- La présence rapprochée auprès des Équipes Cadres de Districts, à travers les UADS (Unités d'Appui au District Sanitaire) a facilité le suivi des activités.

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées ?

➤ Résultats inattendus (positifs)

- L'attrait de nouveaux partenaires dans les districts sanitaires appuyés (Pathfinder, MDM, COOPI, Befen, Help) dans les districts d'intervention, grâce à un assainissement de la gouvernance de ces districts ;
- Une forte implication des communautés avec la redynamisation des COGES à travers l'achat d'ambulances dans les différents CSI ;
- L'utilisation des subsides pour faciliter l'intégration de la lutte contre les MNT au DS de

Gothèye à travers l'achat des matériels et médicaments.

➤ **Résultats inattendus (négatif)**

- La thésaurisation par les CSI des ressources des subsides, due en partie à une très forte limitation des dépenses éligibles dans l'outil indice, et à une incompréhension des textes de la participation communautaire par les acteurs.

Gothèye : La persistance de l'insécurité.

4.5 Performance de l'output 5 *La fonctionnalité et l'efficacité du système de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.*

4.5.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> 2017	Valeur finale obtenue	Cible finale	Commentaires
R5.1 Pourcentage des CSI/HD possédant et utilisant un Plan de Maintenance Préventive pour la gestion des équipements et appareils	Gaya: 0 Gothèye : 0%	Gaya: 100% Gothèye : 100%	Gaya: 100% Gothèye : 100%	Cible atteinte. La mise en œuvre du plan de maintenance préventive (PMP) à travers des missions d'intervention trimestrielles par les Techniciens de maintenance des DS a contribué pour un meilleur entretien des équipements pendant la période 2020 - 2022 Gaya = 1 HD & 19 CSI Gothèye = 1 HD & 19 CSI Les formations des techniciens de maintenance des DRSP de Dosso et Tillaberi et DS Gaya et Gothèye sur la maintenance hospitalière a contribué au PMP
R5.2 Taux de bon fonctionnement des appareils dans les CSI/HD des districts de Gaya et Gothèye	Gaya: DND Gothèye: DND	Gaya: 97 % Gothèye : 96%	Gaya: 90% Gothèye : 90%	Gaya: 917 appareils médicaux (887 appareils en bon état de fonctionnement) Gothèye : 917 appareils médicaux (885) appareils en bon état de fonctionnement) L'utilisation du PMP a beaucoup contribué à la bonne fonctionnalité des appareils La formation des utilisateurs a permis d'éviter les pannes mineures
R5.3 Pourcentage des CSI/HD dans les districts de Gaya et Gothèye disposant des matériels et équipements médicaux essentiels	0%	Gaya: 84 % Gothèye : 84 %	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Gaya: 16 CSI équipés sur les 19 au total Gothèye: 16 CSI sur les 19 au total Le taux de 100% n'a pas été atteint à Gaya et à Gothèye dû à l'augmentation de trois CSI/ DS après que les marchés d'acquisitions des équipements ont été déjà lancés
R5.4 Pourcentage des CSI dans les districts de Gaya et Gothèye disposant d'une installation électrique sécurisée	0%	Gaya: 63 % Gothèye : 84 %	Gaya: 100% Gothèye: 100%	Gaya: 12 CSI sur 19 Gothèye: 16 CSI sur 19 Pour des contraintes budgétaires le PASS et les ECD ont limité le nombre des CSI bénéficiaires de la réhabilitation des circuits électriques

4.5.2 Analyse des progrès réalisés

Les activités et leur contribution à l'output

- **A05-01 : La stratégie de maintenance des équipements informatiques et biomédicaux est mise en œuvre dans les districts de Gaya et Gothèye et les DRSP concernées.**

Le PASS a appuyé pendant la période 2019 -2021 le niveau central (DIES) dans la finalisation du document des normes sur les infrastructures et équipements médicaux mais aussi l'évaluation et la révision de la Stratégie Nationale de Maintenance. Ces deux documents sont essentiels pour le MSP/P/AS et les PTFs pour les prises des décisions en matière d'investissement et de gestion dans le domaine des infrastructures et équipements sanitaires.

Aussi, la mise en œuvre du plan de maintenance préventive avec tous les outils de gestion de maintenance (bilan énergétique des HD, protocoles de maintenance, fiches d'évaluation et de diagnostic, la base des données des équipements) pendant la période 2019 - 2022 a permis de maintenir pendant deux ans la bonne fonctionnalité des équipements dans les Districts Sanitaires, ce qui a beaucoup contribué à la continuité des services.

- **A05-02 : Les deux districts de Gothèye et Gaya sont dotés en équipements techniques et biomédicaux et logistique complémentaire**

L'installation pendant la période 2019 – 2021 sur financement du PASS des matériels et mobiliers médicaux (soit 1982 items pour les HD Gaya-Gothèye et plus de 1275 items pour 38 CSI Gaya – Gothèye) a permis le rehaussement de la qualité du parc d'équipements des HD et CSI des DS Gaya et Gothèye, cet état des faits

Pour assurer une meilleure fonctionnalité de ces équipements, le PASS a financé l'installation des matériels et équipements de protection électrique (protection différentielle Vigi, Onduleurs et stabilisateurs de grande puissance) et aussi la correction des installations électriques des hôpitaux selon les normes CEI (Commission Electrotechnique International).

Au-delà de son intervention dans les DS, le PASS a aussi amélioré les conditions de travail des agents de la DRSP à travers :

- **A05 – 03 : Les infrastructures essentielles et leur entretien sont assurés**

Le plan de maintenance préventive élaboré par le PASS a pris en charge l'entretien des infrastructures. La mise en œuvre de ce plan a permis

La réalisation des forages et mini adduction d'eau dans 5 CSI (2 à Gaya et 3 à Gothèye) en novembre – décembre 2020 a contribué à l'amélioration de la qualité des soins particulièrement par rapport à l'hygiène et l'assainissement dans ces centres de santé.

Aussi, la construction des zones à déchets et la création des comités d'hygiène dans les HD de Gaya et de Gothèye est un facteur de changement par rapport à la bonne Gestion des Déchets Issus des Soins de Santé

- **A05 – 04 : Les expériences sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs sont capitalisés et partagées**

Deux (2) films documentaires ont été réalisés pour faire ressortir les expériences et les acquis dans le volet maintenance du PASS et aussi, un document de priorités techniques qui résume les expériences à capitaliser en matière de maintenance avec leurs coûts de mise en œuvre est en cours d'élaboration, ce document une fois finalisé sera remis au MSP/P/AS

4.5.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

- Les 4 indicateurs pour mesurer l'atteinte de l'Output montrent des avancées considérables, et 2/4 atteignent la cible finale de 100% et les 2 autres avoisinent la cible. Cela exprime clairement que ce résultat a été atteint par le projet.
- Disponibilité de 1982 équipement et mobiliers hospitaliers pour les HD Gaya-Gothèye et plus de 1275 items pour 32 CSI Gaya – Gothèye). Les moyens logistiques de supervision fournis aux deux DS ;
- Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie opérationnelle de maintenance avec comme grandes lignes : mise en œuvre d'un plan de maintenance préventive planifiée et les outils de gestion de maintenance (bilan énergétique des HD, protocoles de maintenance, fiches d'évaluation et de diagnostic, la base des données des équipements etc. ...) dans les DS ; organisation des missions de maintenance curative dans les HD et CSI avec une moyenne de 96.5 % d'équipements en bon état de fonctionnement dans les DS de Gaya et de Gothèye ;
- La continuité des services relativement au bon fonctionnement des équipements est assurée dans les DS de Gaya et de Gothèye

Conclusion : L'output 5 a été pleinement atteint, clairement en ce qui concerne les activités clé (plan de maintenance préventive fonctionnel) et aussi par la disponibilité d'équipement biomédical fonctionnel dans toutes les structures de santé, .

2. Opportunités et les contraintes

➤ Opportunités :

- La disponibilité des équipements modernes et de bonnes qualités contribue à l'amélioration de la qualité des soins délivrés à la population ;
- La disponibilité des données de maintenance au niveau des DRSP et DS (base des données des équipements ; les rapports de maintenance etc. ...) qui peuvent faciliter la prise de décision dans la gestion de maintenance ;
- Initiation pour la première fois au niveau des DS d'un plan de maintenance préventive planifiée appuyé par l'organisation des missions de maintenance préventive trimestrielles ;
- La disponibilité d'un dispositif adéquat (ateliers et laboratoire de maintenance et outillages) à la DRSP de Dosso (réhabilité par le PASS pouvant être transformé en un centre de formation des techniciens de maintenance ;
- La possibilité d'appui technique des techniciens de maintenance entre les Régions qui permet de résoudre plusieurs problèmes de maintenance sans faire intervenir un privé, ce qui permet de réduire le temps d'arrêt de fonctionnement des équipements

➤ **Contraintes :**

- La surcharge de travail des OPM et des techniciens régionaux de maintenance due à l'insuffisance des RH de maintenance au niveau des DS (1 OPM pour 1 HD + 19 CSI & 1 technicien régional pour 13 DS) a limité les activités de mise en œuvre du plan maintenance préventive planifiées;
- Les difficultés des fournisseurs à délivrer des formations techniques et cliniques de qualité après les installations des nouveaux équipements ;
- Les difficultés des fournisseurs dans le suivi de la maintenance préventive des équipements pendant la période de garantie ;
- Manque de centre de formation des techniciens de maintenance biomédicale au Niger et dans la sous-région ;

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

Facteurs Positifs

- La qualité des équipements installés dans les structures de sanitaires ;
- L'appropriation du plan de maintenance préventive planifié par les DS
- La disponibilité et l'implication des techniciens de maintenance des DRSP de Dosso – Tillabéri et des DS Gaya – Gothèye ;
- La disponibilité et l'implication des ECD, des Chefs CSI et des UADS
- La formation des techniciens de maintenance et des utilisateurs

Facteurs Négatifs

- L'insuffisance en quantité et en qualité des RH de maintenance dans les DS ;
- Absence d'un service de maintenance. Dans les DS c'est un poste d'Ouvrier Polyvalent de maintenance au lieu d'un service de maintenance qui regroupe des compétences essentielles (Électricité, Biomédicale et, éventuellement plomberie)

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées ?

- L'implication effective des partenaires sociaux des DS (COGES, COSAN, Associations des jeunes) dans la mise en œuvre du plan de maintenance préventive des infrastructures dans les HD et CSI ;

4.6 Performance de l'output 6 *Le Programme appuie le MSP dans le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures*

4.6.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> 2017	Valeur finale obtenue	Cible finale	Commentaires
R6.1 Pourcentage de PAA appuyés par le PASS ayant connu des améliorations	0% = Planification ascendante irrégulière	93%	100% des PAA appuyés	De 2018 à 2021 cet indicateur a connu une évolution continue. Il est passé de 77,5% en 2019 à 82,5% en 2020 et à 93% en 2021. La cible de 100% n'est certes pas atteinte mais la progression est remarquable.
R6.2 Nombre de personnes formées par le PASS sur la Recherche-Action et la capitalisation des expériences	0	11 en 2021 74 (cumul)	AD	Plusieurs sessions de formation sur la RA et de briefing sur la capitalisation avaient été organisées à Niamey, Gaya et Gothèye ayant touché 74 cadres du MSP tout comme du PASS des niveaux central, régional et périphériques
R6.3 Pourcentage d'établissements privés contrôlés ou inspectés par l'IGS/DOS dans les deux régions avec l'appui du PASS	0	43%	80%	Le nombre des structures privées contrôlées ou inspectées dans les régions de Dosso et Tillabéry par l'IGS et la DOS est de : de 46 en 2019, 187 en 2020 et 107 en 2021. La cible finale d'atteindre 80% des structures n'est pas réalisé car au-delà des possibilités de l'IGS (contraintes budgétaires). Néanmoins, l'on peut saluer l'appui de PASS qui a permis à l'IGS et à la DOS de contrôler/inspecter tous les ans, une moyenne de 107 structures privées. Cette action a permis un assainissement de la gestion des ressources issues de recouvrement des coûts, des subsides et des centimes additionnels avec comme conséquences positives la réduction des ruptures des médicaments et l'amélioration de la qualité des soins.

4.6.2 Analyse des progrès réalisés 2021

1. Les activités et leur contribution à l'output

A06-01 : La mise en œuvre de la planification ascendante, intégrée, participative et basée sur les résultats est appuyée.

Les indicateurs et le niveau de mise en œuvre des activités montrent que les cibles prévues pour 2021 sont presque atteintes. Plusieurs actions ont été menées :

Le PASS a appuyé l'élaboration des PAA des DS de Gaya et Gothèye, des régions de Dosso et de Tillabéry et des structures du niveau central (IGS, SG, CPADS, PNSM, PNMTN, DEP, DRH, DOS, DL, DAI/D/RP). Nous appuyons aussi techniquement et financièrement l'élaboration du nouveau PDS/S qui couvrira la période 2022-2027

A06-03 : Le suivi de la performance du secteur santé basé sur les recommandations de l'audit organisationnel du MSP est appuyé

L'évaluation des recommandations issues de l'audit de 2015 est en cours durant le Q1 2022 et suivie avec grand intérêt car c'est une mesure de l'avancement des réformes dans le secteur de la santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces recommandations le PASS a appuyé des renforcements des capacités mais aussi des missions d'audit au profit de l'IGS. On peut citer :

- Formations des 6 inspecteurs en comptabilité des matières à Dosso dans l'objectif de garantir la sécurité mais aussi une bonne gestion du patrimoine des formations sanitaires.
- Formation des dix inspecteurs des services en Évaluation des Programmes de Formation en Santé.
- Audit du système de gestion des ressources (recouvrement des coûts-RC) dans les FoSa des DS de Gaya et Gothèye. Un accent a été mis sur l'utilisation des subsides du FBR cette année. Ces audits ont fortement contribué au renforcement de la bonne gouvernance dans les districts appuyés.

A06-05 : Le contrôle des écoles de santé, des formations sanitaires et des laboratoires d'analyse médicales, privés est appuyé

En 2021, le contrôle/inspection des structures privées de la santé a été assuré uniquement par l'IGS. La DOS n'a pas effectué des contrôles pour raison des contraintes budgétaires qui a amené le PASS à supprimer cette activité. Cette suppression a impacté négativement l'évolution de l'indicateur R6.3, qui passe de 75% en 2020 à 43% en 2021, néanmoins en chiffres absolus ce sont 107 structures privées de santé qui ont contrôlées/inspectées, ce qui est très appréciable, lorsqu'on sait les sollicitations dont fait l'objet l'IGS.

L'IGS : L'IGS a effectué trois séries de contrôles et inspections :

- a. une mission d'audit des officines privées de pharmacie, des pharmacies populaires de l'ONPPC et des pharmacies de cession des DS, CHR et CSME dans les régions (22 à Dosso et 23 à Tillabéry).
- b. Mission conjointe d'inspection sur onze (11) établissements privés de formations en santé (7 à Dosso et 4 à Tillabéry), conduite par une équipe composée d'un Inspecteur des services du MSP, de l'Inspecteur Général des Services du Ministère de l'Enseignement Supérieur et d'une Inspectrice des Services du Ministère de l'Éducation Professionnelle et Technique (MEP/T).

- c. L'IGS a inspecté les formations sanitaires privées des régions de Dosso et de Tillabéry. L'inspection a contrôlé au total 51 structures de prestation de soins privées (30 région de Dosso et 21 région de Tillabéry). Les principaux constats sont les suivants : - L'absence de contrats de travail signés entre les formations sanitaires privées et le personnel permanent ainsi que l'immatriculation de ce dernier à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dans la majorité des cabinets et cliniques. Le non-renouvellement de l'autorisation d'ouverture et d'exploitation des certains cabinets des soins; le transfert des salles des soins en cabinets des soins sans demande d'autorisation préalable du MSP/P/AS ; l'absence d'autorisation d'exercice à titre privé des agents de santé permanents et vacataires (médical et paramédical) exerçant dans la plupart des formations sanitaires privées visitées ; l'insuffisance de tenue des documents comptables (livre-journal, bilan financier) par certains cabinets de soins.

A06-06 : Le processus de la déconcentration et décentralisation en matière de développement des RH est appuyé.

La DRH a organisé une réunion de coordination avec les gestionnaires des ressources humaines du niveau central, régional et des Établissements Publics à caractère Administratif (EPA). Cette réunion a permis de débattre des problèmes rencontrés dans la gestion des ressources humaines et de proposer des pistes de solutions. Ils ont en outre effectué un deuxième passage d'évaluation du test de la mise en œuvre des fiches de poste validées dans les régions de Dosso et Tillabéry qui ont démontré que les agents ont tirés les avantages suivants : une connaissance de leurs attributions ; l'utilisation de la fiche comme aide-mémoire ; une connaissance du rôle de l'agent par sa hiérarchie et ses collègues amenant la réduction des conflits de compétences entre pairs. La DRH a aussi procédé à la validation des fiches de poste manquantes du niveau central et des services déconcentrés.

De 2018 à 2022, quatre (4) sessions de formation RA et de briefing sur la capitalisation à Niamey, Gaya et Gothèye. Les formations ont touché 74 cadres dont 29 au niveau central, 21 à Gaya et 24 à Gothèye. Ces formations ont concerné des cadres du MSP et du PASS.

4.6.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

Les indicateurs et le niveau de mise en œuvre des activités montrent :

- a. une bonne évolution pour l'indicateur R6.1 qui passe successivement de 77,5%, en 2019, à 82,5% en 2020 et 93% en 2021. Même si la cible de 100% n'est pas atteinte, il est observé un gain de progression supérieur ou égal à cinq (5) points de pourcentage chaque année, ce qui montre une amélioration constante.
- b. L'indicateur R6.2. exprime que la recherche a fait l'objet d'appuis divers par le projet dont les formations. C'était une des priorités qui ont été réalisées.
- c. une progression en dents scie pour R6.3, qui de 18% en 2019, monte à 75% en 2020 et descend à 43% en 2021. Pour cet indicateur plus que les pourcentages, ce sont les nombres de structures contrôlées/inspectées qui sont le plus expressifs. En effet, en chiffres absolus dans les régions de Dosso et Tillabéry 46 structures ont été contrôlées/inspectées en 2019, 187 en 2020 et 107 en 2021 par l'IGS/DOS. Le nombre des inspecteurs et des cadres de l'IGS/DOS n'étant pas très suffisant, ajouté à la pénurie des moyens logistiques, aux sollicitations dans les

autres régions du pays et au ralentissement des activités suite à la pandémie de covid-19, l'on ne peut que saluer cette performance ;

Par rapport à la contribution des activités à l'atteinte globale de l'Output les avancées suivantes ont été enregistrées :

1) La finalisation de l'élaboration des fiches de poste individuelles qui est un processus très important pour normaliser la déconcentration et décentralisation dans la gestion des RH au MSP/P/AS : de 2019 à fin 2021, le bilan de leur élaboration donne un total de 353 fiches de postes réparties comme suit : ECD : 07, chef CSI : 01, sage-femme responsable : 01, DRSP/CHR/HD/CSME : 105, niveau central : 239 ; déjà la mise en œuvre de ces fiches dans les régions de Dosso et Tillabéry a permis de faire les constats suivants : mitigation des conflits de compétences entre agents, amélioration de la qualité du travail et des rapports humains, le respect de l'adéquation profil/ poste ;

2) concernant la planification ascendante, il est observé une amélioration progressive d'année en année (cf R6). Le PASS a aussi participé activement aux échanges PTF/MSP, pour, entre autres, améliorer ce dossier.

3) les appuis diversifiés (IGS, DOS) ont fortement renforcé la capacité de contrôle (régulateur) du MSP. Les audits ont détecté des nombreuses irrégularités dans les pharmacies privées, les dépôts des médicaments, les cliniques et les écoles de formation privées. Cependant, le suivi des recommandations (sanctions) issues des rapports/audits (IGS) pourrait être approfondi par l'IGS et intégrer des mesures du suivi (indicateurs).

Conclusion : L'output 6 a été globalement atteint, comme le montrent les indicateurs et l'achèvement des activités principales.

2. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

Facteurs négatifs :

L'épidémie de la Covid-19 a ralenti toutes les activités aussi bien de nos partenaires des directions centrales du MSP dans la mise en œuvre, notamment les missions et la réduction du personnel à minima au ministère pendant plusieurs mois. Ceci a impacté négativement les résultats des activités prévues en 2020 et 2021, malgré l'utilisation du Télétravail par les agents du PASS.

L'examen unique de certification des agents de santé organisé chaque année par la DRH, absorbe la quasi-totalité du personnel de cette direction pendant 2-3 mois. Ce temps perdu ajouté à la Covid-19, n'a pas permis à cette direction de réaliser toutes ses activités prévues pour 2021.

Le manque de formation FBR des inspecteurs des services a constitué une insuffisance handicap à la qualité de l'inspection sur le recouvrement des coûts, notamment sur le volet de l'utilisation des ressources issues du FBR.

La léthargie du Ministère des Finances dans le passage du budget des moyens vers le Budget Programme a freiné l'élan démarré en 2018 au MSP, ce qui touche la planification aux différents niveaux du Système de Santé.

4.7 Performance de l'output 7 Le programme accompagne le MSP pour développer des stratégies novatrices

4.7.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur finale (2021)	Cible finale	Commentaires
R7.1 Nombre des stratégies nationales novatrices développées / révisées avec l'appui du PASS.	0	18/18	15 /18	Cible atteinte à 100% Le PASS a participé au développement/révision de toutes les 18 stratégies nationales novatrices du MSP/P/AS contenues dans le PDS. Dans le DTF du PASS, il y avait initialement 15 initiatives qui étaient prises en compte, mais au cours de la mise en œuvre du Programme, trois stratégies se sont ajoutées : la GAR, l'utilisation du logiciel comptable Tompro dans les DS, la mise en place d'un fonds de solidarité pour la prise en charge des indigents. Appuyées à travers l'AQ, le recrutement au profit des DS de Gaya et Gothèye des comptables et leur formation au logiciel Tompro, ainsi que la mise en place du fonds d'équité indigents avec les ressources issues du subside FBR.
R7.2 Degré de réalisation des appuis planifiés par le PASS au MSP pour la mise en œuvre du E-santé	Le E-Santé est très peu développé	Les appuis planifiés par le PASS pour la E-Santé sont réalisés	Les appuis planifiés par le PASS pour la E-Santé sont fonctionnels et font avancer l'ensemble de la Stratégie.	<p>la E-santé : Le PASS a appuyé 4 projets fondamentaux qui sont le socle de la stratégie :</p> <p>L'interconnexion en réseau informatique des structures de santé (NC, DS, DRSP) ;</p> <p>La mise aux normes du data center du MSP ;</p> <p>Le renforcement des compétences en TIC du personnel de la santé ;</p> <p>L'installation des équipements de la visioconférence ;</p> <p>Le développement des bases de données (Carte sanitaire, RH, archivage documentaire)</p>
R7.3 Degré de réalisation des appuis planifiés par le PASS au MSP pour la mise en œuvre de la CSU pour le développement de l'AMU au Niger	Pas de développement de l'AMU au Niger	La stratégie nationale de la CSU a été adoptée par décret en juillet 2021.	Le Niger est doté d'une stratégie nationale de la CSU	<p>Cible fixée a été atteinte.</p> <p>Appui à la conception et démarrage de L'Institution National d'Assistance Médicale (INAM) charge de l'organisations et la gestion des gratuits de soins et des régimes contributifs (AMD)</p> <p>Le projet y a fortement contribué à travers les études « Étude de coûts + Étude actuarielles ». Appuis à un fonctionnement régulier du Groupe de Travail Restreint sur la CSU :</p> <p>Par ailleurs, divers documents de stratégies devant faciliter la mise en œuvre de la stratégie CSU, sont en cours d'élaboration : la Stratégie de communication de la CSU et la Stratégie de ciblage des personnes vulnérables</p>

4.7.2 Analyse des progrès réalisés 2021

1. Les activités et leur contribution à l'output

En 2021, les activités suivantes ont été appuyées par le PASS, il s'agit essentiellement des activités réalisées par le Programme Santé Mentale :

- ✓ Sensibilisation de cent vingt (120) enseignants des écoles primaires des Départements de GaGo sur le dépistage, l'orientation et la scolarisation des épileptiques, en vue de mieux intégrer l'enfant épileptique dans le milieu scolaire.
- ✓ Formation de trente (30) prestataires de SSP des DS de Ga-Go sur le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS version 2. En vue de rendre effective l'intégration de soins de santé mentale au niveau opérationnel, cette formation vient en complément de celle en 2020 sur la version 1.
- ✓ Commémoratives de la Journée Mondiale de la santé mentale. Cette Journée est célébrée le 10 octobre de chaque année, sous l'égide de l'OMS. Elle vise à sensibiliser l'opinion publique aux problèmes de santé mentale.

Dans le cadre de la mise en œuvre des projets contenus dans la stratégie nationale E-santé, les appuis planifiés par le PASS en 2021 ont été atteints. Il s'agit surtout :

- ✓ L'organisation des réunions pour le comité technique et pilotage du plan stratégique national E-santé ;
- ✓ La Numérisation et indexations des textes et actes Administratifs, législatifs et réglementaires de 2019 - 2020
- ✓ Le renforcement des capacités des utilisateurs (niveau central et DRSP Tillabéri, DRSP de Dosso, HD Gaya et HD Gothèye) sur la visioconférence.

Les compétences en TIC du personnel des régions de Tillabéri et Dosso et les districts de Gothèye et Gaya sont renforcés.

En ce qui concerne, le Degré de réalisation des appuis planifiés par le PASS au MSP pour la mise en œuvre de la CSU pour le développement de l'AMU au Niger (R7.3), au cours de l'année 2021, les activités ci-après ont été mises en œuvre :

- Dans le cadre de la préparation de la transition du FBR vers l'assurance maladie, un voyage d'étude a été organisé au Sénégal du 30 mai au 06 juin 2021 auprès des UDAM de KOUNGHEUL et FOUNDIOUGNE. Cette activité a enregistré la participation des cadres des Ministères de la Santé et des Finances ainsi que ceux des districts d'intervention du PASS. Ce voyage d'étude a permis de mieux préciser l'approche de l'AMD à développer dans le contexte spécifique du Niger ;
- Les appuis au GTR CSU ont été poursuivis au cours de l'année 2021. Ces appuis ont permis d'aboutir à l'adoption de la stratégie nationale de la CSU ;
- Dans la poursuite des réflexions sur la CSU, un consultant a été recruté en vue d'accompagner la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS), en vue de l'élaboration d'une *stratégie nationale d'identification des personnes vulnérables*. Le diagnostic est terminé de même qu'une première version de stratégie est disponible qui vise à faciliter le volet assistance sociale de la stratégie CSU. Cet appui vise également à assurer un accès équitable des populations aux services de santé.
- En vue de l'organisation juridique de l'AMD, un accompagnement juridique a été organisé avec la Direction de la Législation du Ministère de la Santé. Cet accompagnement a notamment permis de produire le Règlement Intérieur et le Statut juridique de l'AMD de Gaya. L'accompagnement s'est poursuivi avec la prise d'un arrêté préfectoral de reconnaissance de l'AMD. Ce processus se terminera avec la prise d'un arrêté ministériel autorisant l'AMD à exercer ;

4.7.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

L'amélioration de la communication interne/externe à travers l'utilisation de la visioconférence et du site web du Ministère de la Santé Publique ;

Réduction des coupures répétitives du réseau informatique du Ministère de la Santé Publique, suite à l'acquisition des onduleurs de grande capacité

Organisation de réunion trimestrielle du comité de mise en œuvre du plan stratégique E-santé

L'amélioration de la recherche documentaire grâce à la nouvelle plateforme de l'archivage électronique

Au terme de l'intervention, les activités planifiées en appui à la CSU ont été totalement réalisées. Ces activités ont notamment permis de :

- Doter le pays d'une stratégie nationale de CSU, adoptée en conseil de ministres en juillet 2021.
- Revitalisation du GTN-CSU et notamment la création d'un groupe restreint de travail, appuyé par le PASS qui a permis de dynamiser un processus resté longtemps en léthargie.

Conclusion : L'output 7 était celui des innovations et a inclus différents domaines exprimés par 3 indicateurs : un traitant des stratégies appuyées au ministère (atteint) un autre de la digitalisation (largement atteint) et le dernier touchant aux avancées vers la CSU, lui aussi atteint. La considération globale est que l'Output 7 a été globalement atteint, comme le montrent les indicateurs et l'achèvement des activités principales.

2. Opportunités et les contraintes

Opportunités

- Le fait que l'aide budgétaire de l'UE soit liée à la disponibilité du document de stratégie a été un stimulateur. Des réflexions sont d'ailleurs en cours, pour que certains appuis du FMI soient indexés sur l'atteinte d'indicateur santé.

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

L'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale e-santé ;

Les besoins d'organisation des réunions virtuelles suite à l'avènement de la COVID19

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées ?

La facilitation de la communication intranet entre les différents niveaux (national, régional, districts) par le PASS a inspiré le Fond Commun à entreprendre une action similaire pour les 6 régions restantes du pays. Le temps gagné et les ressources en voyages épargnées est considérable depuis la facilitation des réunions virtuelles entre le secrétariat général du MSP/P/AS avec les DRSP/P/AS.

4.8 Performance de l'output 8 Le programme appuie les efforts du Secrétariat général pour un meilleur leadership du MSP

4.8.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur finale obtenue	Cible finale	Commentaires
R8.1 Nombre d'initiatives du SG du MSP appuyées par le PASS	Pas d'appuis au SG pour la coordination interne	18	AD	De 2019 à 2021 c'est au total 18 initiatives qui ont été appuyées par le PASS au profit du SG du MSP/P/AS. Ces initiatives ont concerné la Gouvernance et le financement de la santé.
R8.2 Nombre d'initiatives du SG du MSP impliquant les PTF appuyées par le PASS	Pas de dialogue régulier avec les PTF	20	AD	Entre 2019 et 2021 le PASS a appuyé 20 initiatives du SG du MSP impliquant les PTF. La progression a été constante d'année en année. -

4.8.2 Analyse des progrès réalisés 2021

1. Les activités et leur contribution à l'output

En 2021 les initiatives suivantes ont été appuyées par le PASS :

- a. Cinq (5) au profit du SG et ses directions, il s'agit de : Formation en légistique de tous les DG et Directeurs nationaux, 2) révision de l'organigramme du ministère, 3) déploiement du logiciel RH, 4) Implémentation des manuels des procédures administratives, financières et comptables des DS, 5) révision de la stratégie de maintenance en cours.
- b. Neuf (9) initiatives du SG du MSP impliquant les PTF : 1) décret portant approbation de la CSU, 2) décret portant création de l'INAM, 3) validation des guides de supervision des DRSP, CHR, CSME et DS, 4) Implémentation du logiciel Open MRS pour le circuit patient, 5) Open IMIS pour l'Assurance Maladie Départementale, 6) réalisation de l'enquête STEP, 7) Mise en place de WHO PEN à Gothèye, 8) Évaluation des recommandations de l'audit de MSP en cours, 9) Élaboration du PDS/S en cours

Une réunion du comité de coordination de la communication du MSP/P/AS a été organisée par la DAI/D/RP avec l'appui de PASS. Cette réunion a servi de cadre pour : a) renforcer les capacités des communicateurs sur la rédaction d'article de presse, y compris la prise de vue ; b) former ces mêmes acteurs sur la rédaction de discours ainsi que sur la communication événementielle

De même la Direction de la législation- DL a organisé un atelier à l'attention des Directeurs Généraux, Nationaux et des Conseillers techniques, des Chefs de Divisions, des Directeurs Généraux des structures sous tutelle et des responsables des programmes et projets. Cette formation a permis de familiariser ces cadres avec la pratique d'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires, notamment sur les principes et les techniques d'élaboration et d'adoption desdits textes ainsi que sur les notions de transposition des directives communautaires de l'UEMOA, de la CEDAO et des lois uniformes édictées par certaines organisations régionales et sous régionales, notamment l'OHADA et la BCEAO.

Le Secrétariat Général a aussi tenu un atelier à Dosso ayant servi à la restructuration de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique à travers la révision de son cadre organique suite à la fusion de la Population et des Affaires Sociales avec la Santé.

A086-03 : Le Ministère gère des groupes de réflexion mixtes <PTF-MSP> qui produisent des documents conceptuels et stratégiques de qualité pour orienter la politique sanitaire du pays.

- ✓ La DOS a procédé avec l'appui du PASS à la validation du **guide de supervision** des DRSP, CHR, CSME et HD. Cette révision vise à faire la mise à jour des différents guides de supervision qui n'ont pas été revu depuis plus de dix ans. Elle a aussi servi d'occasion pour fusionner et

consolider ces différents guides de supervisions qui existaient de manière séparée, pour en faire un guide unique de supervision du système de santé.

- ✓ Élaboration en cours d'un nouveau PDS/S qui couvrira la période 2022-2027 avec comme appui du PASS le recrutement d'un consultant national et un appui financier.
- ✓ le recrutement d'un cabinet de consultants qui est en train de finaliser(juin 2022) l'évaluation des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du MSP de 2015. Cette évaluation vise à faire le bilan des dix-neuf axes stratégiques de modernisation proposés dans le rapport de l'audit et de formuler des nouvelles recommandations appropriées pour la phase suivante.

4.8.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

C'est au total trente-huit (38) initiatives que le PASS a financées au profit du secrétariat général, des directions générales et des directions transversales comme le démontrent les indicateurs R8.1 et R8. 2. En effet, on constate au niveau de l'indicateur R8.2 une progression constante de 2019 à 2021 du nombre d'appuis apportés aux différentes structures du MSP.

Relativement à la contribution des **activités** dans la mesure de l'output, il faut noter :

- a) l'organisation des sessions de team building à l'attention des DG et des directeurs centraux du MSP, en vue de stimuler un esprit de leadership et de travail en équipe au sein du MSP ;
- b) l'élaboration et la vulgarisation de l'identité sonore et de la Charte graphique dans le cadre de renforcement de la stratégie de la communication du MSP, que pourraient s'approprier tous ses partenaires et rendre plus visible les actions du ministère ;
- c) la tenue des réunions du comité de coordination de la communication du MSP/P/AS pour d'une part harmoniser la communication interne et externe du secteur, identifier les problèmes majeurs et proposer des pistes de solutions ;
- d) Le PASS a aussi financé pour le compte de la DOS les activités suivantes :
 1. la finalisation du document des normes et standards pour faire droit aux recommandations de l'audit réalisé sur les DRSP en 2011 ;
 2. la validation des textes législatifs et réglementaires régissant les formations sanitaires publiques afin de combler des vides juridiques dans de nombreux domaines régissant le secteur hospitalier mais aussi reprendre certains textes en désuétude qui datent de la période coloniale ;
 3. Élaboration d'une nouvelle loi régissant les formations sanitaires privées : combler des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de la loi 98-016 du 15 juin 1998;
 4. la validation du **guide de supervision** des DRSP, CHR, CSME et HD, pour consolider les guides de supervisions qui existaient, pour en faire un guide unique de supervision du système de santé ;
 5. organisation d'un atelier de renforcement des capacités par la Direction de la législation, comme déjà décrit plus haut.

2. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

Facteurs négatifs

La très grande mobilité des Directeurs Généraux et du secrétariat général ne facilite pas la réalisation des activités où leur présence effective est nécessaire.

De même l'insuffisance des ressources humaines qualifiées dans certaines directions appuyées impacte négativement la célérité dans la mise en œuvre des activités, mais aussi la qualité du travail.

4.9 Performance de l'output 9 « La construction de l'HD de D. Takaya et les travaux complémentaires des HD de Gaya et Gothèye sont assurés, en continuité avec le PARSS.

4.9.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur Baseline 2017	Valeur finale 2021	Cible finale	Commentaires
R9.1 Taux d'avancement physique sur les délais	NP	100%	100%	Les travaux d'achèvement de l'HD de Damagaram Takaya ont été greffés au PASS en 2018 et sont terminés à 100% depuis fin mai 2020. Les travaux complémentaires à GO et GA dont les études ont été menées en 2019, ont été achevés à 100% en février 2021. En 2021, les travaux de réhabilitation des CSI et la construction de maternités dans les DS de Gothèye et Gaya ont été rajoutés au R9. Ils sont achevés en février 2022.
R9.2 Taux de décaissement	NP	95%	100%	Les décaissements pour les travaux de Damagaram Takaya ont été faits à 100%, ainsi que ceux pour les travaux complémentaires à Gothèye et Gaya à 100%. Pour les CSI, les factures finales des travaux à Gothèye sont payées à 100%. Pour Gaya à 60%, les finales sont prévues en mai 2022, après la levée de toutes les réserves formulées lors de la restitution provisoire des travaux.

4.9.2 Analyse des progrès réalisés 2021

2. Les activités et leur contribution à l'output

RAS pour DTK et GA et GO en 2021 il n'y a eu que quelques activités.

Pour les réhabilitations de CSI et construction de maternités : 98%. En cours de finalisation au Q2 2022. Les études ont été réalisées en 2020. Le plus important ici sont les retards qui se sont accumulés dans les chantiers, notamment celui des CSI de Gaya, du fait de l'entreprise adjudicataire. Bien que le projet ait utilisé tout l'arsenal légal pour reconduire cela, les retards sur les travaux de Gaya ont débordé vers 2022. La restitution provisoire n'ayant eu lieu qu'en mars, elle a donné lieu à des réserves qui ont finalement été levées en juin.

4.9.3 Analyse de la réalisation de l'output

1. Mesure de l'atteinte de l'output

L'atteinte de l'output a été atteinte à 100% car les travaux ont été entièrement réalisés.

2. Opportunités et les contraintes

Opportunités :

Les études ayant abouti au DAO ont tenu compte des insuffisances relevées lors du temps du PARSS ; Ceci a donné lieu au recrutement par Enabel d'un Technicien Génie Civil-TGC qui a assuré le suivi des travaux localement là où ils se produisaient. Cette intervention a été tellement déterminante pour la bonne finalisation des travaux des HD, que le PASS n'a pas douté à engager temporairement un 2^{ème} TGC pour suivre les travaux dans les CSI des 2 DS.

L'allotissement des travaux (4 lots) à DTK a permis de les réaliser dans un délai plus court.

Contraintes :

En 2020, la fermeture des frontières du Nigeria a influencé l'approvisionnement du chantier de DTK (lot 1 et lot 4 : BAANA)

La crise liée à la Covid 19 a eu un impact sur l'avancement des travaux (lot 2 DKO : absence du personnel qui devrait quitter de Niamey).

Les chantiers se sont déroulés en milieu occupé dans les travaux de réhabilitation.

3. Facteurs (positifs ou négatifs) qui ont influencé l'atteinte de l'output

Facteurs négatifs :

Le manque d'eau potable à DTK : impossibilité de faire les réceptions dans les règles de l'art ;

Le manque de l'électricité courante : idem

Pour les CSI et construction de maternités, le problème de management des équipes ralentit souvent le rythme de travail : les approvisionnements, les paiements, etc.

Facteurs Positifs :

Pour DTK : Le recrutement d'un technicien GC pour la supervision rapprochée compte tenu de l'éloignement du site. A permis d'avoir les informations en temps réel de la vie du chantier, une assurance quant à la qualité des ouvrages en appui au contrôle permanent du bureau d'étude

Le recrutement du technicien GC pour le DS de Gaya pour les réhabilitations des CSI et les constructions des maternités a permis d'assurer une supervision permanente. + appui en électricité de l'OPM = bonne qualité des travaux réalisés. Minimisation du retard dans l'exécution.

4. Résultats inattendus (positifs ou négatifs) en lien avec les activités réalisées ?

Positif :

Les démarches de Enabel pour la mise en fonctionnement de l'HD de Takaya.

Le recrutement du technicien GC pour le DS de Gaya a permis de mettre à jour les insuffisances du contrôle permanent sur les sites de réhabilitation des CSI et de construction des maternités

5 Suivi budgétaire

5.1. Tableau de suivi budgétaire

	Budget.1 (démarrage)	Budget.2 (Modification budgétaire)	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'intervention n
			Années précédentes	Année du rapport (n)		
			2017-2018-2019- 2020	2021+q1 2022		
Output 1- Accessibilité	511.000,00	772.442,71	554.747,68	780.337,03	-7.894,32	101%
Output 2- Qualité des soins	1.700.000,00	978.857,05	535.919,60	829.979,92	148.877,13	85%
Output 3- Personnel santé	966.200,00	342.227,05	157.969,96	332.038,52	10.188,53	97%
Output 4- FBR et CSU	3.229.795,00	3.446.058,92	1.675.728,73	3.670.832,25	224.773,33	107%
Output 5- Maintenance	1.421.126,00	2.222.209,17	917.231,84	2.250.648,04	-30.738,87	101%
Output 6- Reformes	1.398.800,00	477.367,31	929.660,94	417.229,21	60.138,10	87%
Output 7- Innovations	915.000,00	1.059.163,26	367.163,64	1.057.263,21	1.900,05	100%
Output 8-Coordination MSP	546.400,00	323.454,04	184.647,20	323.546,45	-92,41	100%
Output 9- Infrastructures	1.150.000,00	1.946.753,10	1.243.239,40	1.838.006,94	108.746,16	94%
Réserve Budgétaire	240.000,00	0	00	00	00	00
Ressources. Générales	1.921.679,00	2.431.467,39	1.653.410,15	2.459.131,48	-22.664,09	101%
Totaux	14.000.000,00	14.000.000,00	7.519.715,15	13.959.013,05	38.686,95	100%

5.2. Modifications significatives

À part les modifications moindres décrites dans les rapports précédents, en 2021 a été validé par le CoPil une actualisation des lignes du budget, non modifié depuis le début du projet (voir tableau). Cette non actualisation du budget aura été à la source de l'autre élément essentiel à noter : celui dérivé de la non maîtrise par l'équipe Admin-Fin du logiciel UBW qui a dérivé dans la non prise en compte d'engagements préexistants, durant la programmation 2020-22. Ceci a eu pour effet un dépassement du budget, chiffré en avril 2022 à 474.000€ (3,3%). Ce montant et les engagements qui allaient avec, ont été transférés par décision d'Enabel, au suivant projet santé du portefeuille pays 2022-2027.

6 Synergies et complémentarités

6.1 Avec les autres interventions du portefeuille

Avec l'Intervention Renforcement des Capacités-IRC : Les revues à mi-parcours du PASS et de IRC ont recommandé en mars, le transfert d'un maximum d'activités de renforcement des capacités de IRC, PRADEL et PASS vers IRC. Son application a grandement réduit la charge de travail du PASS en la matière et a permis à IRC d'améliorer sa consommation budgétaire et développer les capacités de son équipe.

Cette collaboration appuyée par des réunions bimensuelles a facilité l'intégration et la réalisation des activités programmées par l'IRC dans les Districts Sanitaires, où ils avaient rencontré par le passé des difficultés dans la mise en œuvre. Finalement, les formations IRC sont intégrées dans les PAA des DS.

Avec l'ECT1- en tant qu'experte pour le chef de file des PTF Santé. Cette fonction est fournie à la section de coopération de l'Ambassade de Belgique par Enabel au travers une expertise en coopération technique en appui au dialogue politique sectoriel dans le cadre du programme de coopération gouvernementale 2017-2020 avec la République du Niger. L'ECT1 et la direction du PASS avons eu une relation fluide visant à maximiser la coopération pour faire avancer l'agenda politique de réformes dans le secteur : le chef de file marquant (avec les PTF) les grandes lignes et le PASS les relayant dans son environnement au MSP et y apportant des données et informations issues du terrain.

Avec SOSESTA : Ce projet, est financé par l'UE et mis en œuvre par Enabel pour améliorer la sécurité. Arrives au Q4 2020, différentes collaborations ont démarré avec les autres projets Enabel. Ainsi, des cadres de SOSESTA en appui à la RépNer, se sont impliqués, pour faire un état des lieux des conditions sécuritaires des interventions et des propositions d'amélioration. Une mission a été réalisée à Gothèye très appréciée localement puisqu'elle a impliqué une sensibilisation des acteurs et autorités dont la préfecture, qui a donné lieu à des recommandations opérationnelles que le PASS va appliquer.

Autres : du fait que le PASS inclut dans son staff quelques compétences spécialisées, comme notre ATN ITC, ATN Ingénieur Biomédical et l'ATN Architecte, d'autres projets frères ou la propre Représentation d'Enabel, ont requis divers appuis de ces AT durant le projet, dont l'appui au démarrage de SOSESTA (recrutement ATN infra), l'appui spécifications techniques pour projet Team Europe-ECC (socles des unités de production O2), entre autres.

Aucun doute que ces synergies améliorent nos capacités conjointes et aussi la visibilité de Enabel en tant qu'agence multisectorielle active dans le pays.

6.2 Avec les projets pour tiers

Projet TeamEurope-Niger, ensemble contre la COVID-19 UE

En 2020 comme réaction à la pandémie nous avons vu la naissance du projet frère d'urgence « Renforcement de la résilience du système de santé publique au Niger, face à la crise COVID-19 » (5,84M€- du 04/20 au 03/21) créé par l'équipe d'Enabel Niger avec appui du siège, sous financement de l'Union européenne et du Luxembourg. Faisant suite à l'implication d'Enabel et du PASS dans le plan de Riposte COVID du MSP, ce projet vise la réduction de l'impact de la pandémie sur la population du Niger (au-delà des zones d'appui du PASS) en se focalisant sur deux lignes essentielles du plan de riposte national : la fourniture en médicaments et autres consommables médicaux d'une part, et le renforcement de 4 hôpitaux nationaux de référence, en matériel de réanimation pour la prise en charge des patients en insuffisance respiratoire d'autre part. En collaborant avec la nouvelle équipe sous l'impulsion de l'ECT1, devenue IM du projet, le PASS a

accompagné son développement (l'IM PASS a fait partie de son comité technique), et a été appelé à assurer la continuité après, et l'aboutissement de ses actions, dont l'installation des nouveaux équipements suivis par l'ATN Ingénieur Biomédical du PASS qui ont été livrés après la fin du projet en mars 2021.

6.3 Autres synergies et complémentarités

L'appui financier et technique du PASS est complémentaire à la contribution des autres partenaires dont le « Fonds Commun Santé ». Le FC et le PASS se sont rapprochés autour de la thématique de la planification au MSP.

Fond Commun Santé : En 2020, le PASS a renforcé à son initiative les échanges abordant le processus de planification des activités au MSP, avec le Fond Commun Santé d'appui à la mise en œuvre du PDS 2017-2020 (financé par la Banque Mondiale, l'UNICEF, FNUAP, la Coopération espagnole, GAVI,). Les 2 parties vont poursuivre ces contacts en mettant en place un cadre d'échanges réguliers.

Projet Santé de la Reproduction (PSR/KfW). Parmi les autres partenaires techniques et financiers, le PASS nourrit des contacts réguliers avec le Projet Santé de la Reproduction (PSR) financé par la KfW allemande. Les échanges ont permis d'avancer dans la mise en œuvre du FBR en élaborant une grille commune de supervision des DRSP, en formant une équipe mixte PASS-PSR de formateurs au cours d'une formation en maintenance, par exemple.

Plus particulièrement, une synergie de réflexion s'est installée entre le PASS, le PSR/KfW (dont l'une des composantes est la mise en place d'un Fonds d'Achat dans la région de Tillabéri où se situe aussi le DS de Gothèye) et la Cellule Technique FBR du MSP. Ce cadre de collaboration dynamique a alimenté la réflexion sur l'institutionnalisation du FBR au Niger et l'harmonisation de la grille de supervision des DRSP sous FBR. Par contre les réflexions sur une possible harmonisation des coûts d'achat d'indicateurs n'ont pas significativement avancé.

Il est important de situer ces échanges dans un cadre stratégique plus vaste qui pointe à l'horizon les perspectives de la mise à l'échelle ou la reproduction de réussites du PASS, ici concernant le FBR, mais pas uniquement.

Le PASS a aussi suivi la connexion établie par Enabel Niger avec les partenaires belges tels que Médecins du Monde et Vétérinaires sans Frontières pour le développement de l'approche 'One Health'. Nous pensons intensifier les échanges avec les ONG belges (Plan Int,...) présentes sur des chantiers 2021 tels que les « centres amis des jeunes » et les Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive des jeunes.

Ces contacts se sont fortement développés à l'occasion de la formulation en 2021 du nouveau Portefeuille Pays 2022-2027 entre la Belgique et le Niger, processus auquel l'équipe PASS a contribué et pu échanger avec les ONG lors des différents ateliers et rencontres.

7 Thèmes prioritaires

7.1 Environnement et changement climatique

Plusieurs démarches ont été entreprises sous l'impulsion du PASS – Enabel pour assurer la protection de l'environnement tant dans les structures de santé que dans les différents services des DSRP.

Au niveau des Districts Sanitaires, le PASS a appuyé l'organisation des rencontres avec les maires, les leaders traditionnels, les associations des jeunes et les groupements des femmes, ainsi, ces rencontres ont servi de cadre d'échanges ayant permis de sensibiliser les différents acteurs sur la nécessité de leur implication pour une meilleure gestion de l'environnement hospitalier à travers des séances de salubrité générale périodiques et l'appui au HD dans le traitement de ces déchets issus des soins médicaux et aussi, la sensibilisation de la population sur les conduites à respecter lors des visites à l'hôpital.

Pour permettre aux agents de santé de faire un bon tri des déchets médicaux, et aux partenaires sociaux de mieux appuyer les HD, le PASS – Enabel a financé l'organisation de plusieurs formations sur l'hygiène et l'assainissement en milieu hospitalier. Cette démarche a déjà donné des résultats positifs, car, les mairies, les organisations des jeunes et celles des femmes des DS de Gaya et de Gothèye organisent chaque fin du mois une séance de salubrité général au sein des HD. Dans le même cadre, le personnel des HD procède aussi à la salubrité des services chaque quinzaine.

Pour un meilleur traitement des déchets médicaux, une zone à déchets a été construite dans chaque HD (Gaya – Gothèye – Damagaram Takaya) pour permettre une meilleure élimination finale des déchets. Pour une gestion efficace de ces zones à déchets, les UADS de Gaya et de Gothèye ont appuyé les HD dans la création des comités d'hygiène dont l'une de ses missions est de s'assurer de l'amélioration des conditions de sécurité et d'hygiène pour les employés et les patients, le respect des procédures et directives, sensibilisation, et bien sûr s'assurer de la prévention AES.

Aussi, le PASS est en train d'expérimenter l'utilisation des destructeurs d'aiguilles dans les HD et CSI des DS de Gaya et de Gothèye. Les destructeurs d'aiguilles sont des appareils qui détruisent et stérilisent les aiguilles des seringues à travers une haute température ce qui permet de réduire l'utilisation des boîtes de sécurité et aussi éliminer les risques des AES.

7.2 Genre

Suite à la formation en Février 2020 du personnel Enabel sur la prise en compte du genre dans les programmes, des points focaux Genre ont été désignés dans chaque intervention. Chaque point focal Genre, dont celui du PASS, a élaboré une feuille de route pour la mise en œuvre des activités du projet. À cet effet le PASS s'est vite aligné et a mené les activités suivantes :

- ✓ Renforcement des capacités sur le « genre, l'inclusion sociale et les droits humains » des agents de l'HD (chefs d'unité), les femmes leaders ainsi que les personnes en situation d'handicap, œuvrant dans les DS de Gaya et de Gothèye. En 2020, l'HD de Gaya a procédé à un recrutement de 23 filles de salle et 4 sourds comme manœuvres.
- ✓ Des séances des sensibilisations ont été amenées par ces femmes leaders dans leurs villages pour un leadership féminin. En 2020, le département de Gaya a enregistré l'arrivée des deux maires femmes (Bengou et Yélou) ce qui a contribué à une bonne prise de conscience.
- ✓ Le plaidoyer a permis d'augmenter le nombre de femmes Chef CSI à Gaya dans les zones rurales. Ainsi le nombre de femmes chefs CSI est passé de 5 en 2020 à 8.

L'ensemble de ces actions nous a permis d'apporter une nette amélioration dans la représentativité des femmes dans les organes de participation communautaires. Sur les 84 membres des COGES, il n'existait en octobre 2021 que 7 femmes, soit un taux de 8,33%. Au renouvellement des COGES des CSI, HD et DS en Décembre 2021 nous assistons à meilleure participation des femmes avec 15 femmes sur 84 soit un taux de 17,85%.

7.3 Digitalisation

Dans le cadre de l'atteinte de la qualité des soins dans les districts sanitaires de Gaya et Gotheye, le PASS a mis en œuvre le FBR qui doit évoluer vers l'AMU.

La digitalisation permet de renforcer la mise en œuvre du FBR et de l'AMU en assurant une transparence dans la gestion des ressources des structures sanitaires, et en augmentant la qualité des soins au patient en disposant de son parcours médical à tout moment

Pour ce faire, le PASS a appuyé le développement d'une carte sanitaire digitale (<https://www.cartesanitaireniger.org>), ainsi qu'une plateforme de Gestion des RH.

Deux autres initiatives digitales ont été développées, celles de la gestion du FBR (<https://www.fbr-pass-niger.org>) et de la gestion des ressources (finance et stock) couplée au dossier électronique du patient.

Tous ces logiciels sont dans un processus en cours de développement, permettant leurs interopérabilités avec leDHIS2 (<https://dhisniger.ne>) instauré par le Ministère pour les informations sanitaires et épidémiologiques.

La carte sanitaire digitale permet de façon très simple de générer toutes les informations nécessaires pour la planification et budgétisation annuelles. Toutes les informations sur les besoins en équipement, en construction (quelle formation sanitaire construire dans quel endroit), en maintenance de bâtiment, population couverte, personnel disponible et le déficit par rapport aux normes sont disponibles.

Au niveau des centres de soins de santé primaires, la carte sanitaire permet d'optimiser les consultations foraines, seule approche efficace qui permet d'augmenter la couverture sanitaire dans les endroits géographiquement isolés. Le logiciel a donc un impact direct sur la santé de la population rurale.

Le dossier électronique quant à lui, permet aux HD, dès l'entrée du patient, un suivi électronique de tout ce qui se passe avec le patient. Son diagnostic, les médicaments fournis, la durée de séjour ou les complications et les résultats de traitement figurent dans un dossier personnalisé.

Le logiciel permet de créer des statistiques, d'automatiser les factures, de créer un système de suivi du patient le long des années (surtout important pour les maladies chroniques), la gestion des médicaments et consommables et une transparence de gestion.

Il permet de réduire en même temps les coûts opérationnels significativement en évitant des outils papier, la classification et la gestion de stock des médicaments à la main.

Toutes ces initiatives vont améliorer la qualité et l'efficacité des soins car elles permettent une meilleure transparence et traçabilité.

7.4 Emplois décents

Le projet, en matière d'emplois décent, exécute la politique d'Enabel et travaille auprès du partenaire, le MSP/P/AS pour que les agents de santé employés sur le terrain soient de moins en moins des contractuels sous-payés et de plus en plus des fonctionnaires d'État. Cependant, la marge en la matière est très réduite pour un projet externe comme celui d'Enabel.

8 Durabilité

1. *Viabilité économique et financière des résultats*

Les formations sanitaires disposent désormais de liquidités et couvrent leurs frais de fonctionnement courants : Les formations sanitaires qui ne disposaient plus de médicaments en raison du non remboursement de la gratuité ont désormais des comptes renfloués et peuvent faire face à leurs besoins en approvisionnement en médicament, outils de gestion et produits d'entretien. Certes le FBR y a contribué, mais la transparence apportée dans la gestion des ressources des formations sanitaires reste un facteur essentiel. Cette viabilité retrouvée des formations sanitaires ne pourra cependant perdurer que si l'Etat rembourse effectivement la gratuité d'une part, et d'autre part si la tarification forfaitaire des soins qui date de 1999 fait l'objet d'une révision à la hausse. Le projet a également œuvré à l'étude du coût de production des soins, qui, comparé aux tarifs actuels, démontre à suffisance la nécessité d'une révision tarifaire ;

Du point de vue économique et financier, les subsides apportés dans le cadre du FBR aux CSI représentent 60% de leurs ressources actuelles, alors qu'à l'HD de Gaya, il représente environ 25%. L'ampleur de ce financement additionnel dans les CSI a contribué (avec l'accompagnement du projet) à enclencher de meilleurs pratiques, qui sont les effets les plus visibles du PASS. Hors subsides, le financement du PASS représente entre 10 et 20% du financement du DS et 10% des DRSP.

La carte sanitaire : ce produit est logé au sein de la Direction des Statistiques sanitaires du Ministère de la santé. Dès lors les coûts liés à sa mise à jour pourront continuer à être supportés par cette direction. Mieux, le projet a financé une seconde phase de développement de cet outil, afin de l'interconnecter avec le DHIS2. De ce fait, les coûts liés à la collecte de données pour sa mise à jour devraient être réduits ou quasi inexistantes pour certaines données ;

Le financement de l'élargissement du paquet d'activités (PMA, PCA) : les nouveaux services introduits par le projet (MNT, ORL, Santé mentale, ophtalmologie) font l'objet de recouvrement de coûts partiels auprès des usagers de soins. La délivrance de ces services sera donc poursuivie par les formations sanitaires à la fin du projet. Le fait que les produits médicaux nécessaires au traitement de ces pathologies soient désormais inclus dans les commandes de médicaments du district permettrait de continuer à s'approvisionner. La mise en place future d'une assurance maladie intégrant dans son paquet ces différents services rendrait le coût plus supportable pour les usagers de soins ;

Un point d'attention particulier concerne la pérennité des investissements consentis par le PASS (et le PARSS). Le PASS a apporté une attention particulière sur la maintenance des infrastructures et des équipements à travers la mise en œuvre des actions liées à son R5 et ce travail va se poursuivre dans le prochain projet santé du portefeuille pays d'Enabel 2022-2027. Elle anticipe assez peu les coûts récurrents de maintenance des infrastructures et des équipements, tant en termes de montant qu'en terme de stratégie de financement de ces coûts.

2. *Degré d'appropriation de l'intervention*

Une appropriation des résultats de l'intervention est observée au niveau périphérique. Elle se traduit par l'implication des communautés dans la gestion de leurs centres de santé. Elle se matérialise également par une implication des collectivités locales à travers la mise en place d'intercommunales autour de la santé. Ces intercommunales permettent donc aux différentes communes de s'impliquer dans la gestion des hôpitaux de district, qui sont partagés entre différentes communes d'un même département ;

Au niveau central du ministère de la santé, l'appropriation reste mitigée et varie d'une direction centrale à une autre. Les aspects liés à la carte sanitaire et à la e-santé sont largement intégrés dans les directions qui en ont la responsabilité. L'appropriation des réformes initiées en matière de maintenance des équipements médicaux reste quant à elle, à construire avec la direction en charge.

Au niveau du FBR, une stratégie nationale est désormais adoptée par le pays, ainsi qu'un manuel national de mise en œuvre. Cette approche, devrait être articulée ultérieurement aux gratuités de soins et en faciliter le remboursement. L'existence d'un GTR du Comité national qui porte la réflexion sur la CSU, avec un leadership marqué du Ministère de la Santé, une participation active de l'assistance technique PASS et une représentation de la primature, contribue également à une bonne appropriation technique et politique du plan stratégique CSU et de sa feuille de route.

Le consensus avec la DIES et le PSR/KFW sur des outils de la maintenance des équipements favorisent assurément la mise en œuvre des plans de maintenance préventive.

Les plans de renforcement des capacités élaborés dans le cadre du projet IRC et cofinancés par IRC et PASS ont compris un ensemble de formations dans les 2 DS. Les domaines couverts renforcent encore cette appropriation de stratégies novatrices développées dans le cadre du PASS.

3. Niveau d'appui politique

L'appui du SG du ministère de la santé : l'intervention a bénéficié d'un appui constant du Secrétariat Général du ministère. Cet appui a notamment permis d'introduire des réformes en termes de gestion transparente dans les districts sanitaires. Il a en outre permis de conduire à son terme les différents travaux de construction des hôpitaux de district. Le principal risque réside dans le fait que le changement d'interlocuteur à ce niveau de décision, se traduise par un relâchement dans l'appropriation des acquis de l'intervention ;

4. Contribution à la capacité institutionnelle et de Gestion

Contribution à l'organisation de la gestion financière dans les districts sanitaires : l'appui apporté à l'organisation de la gestion financière dans les districts et au niveau des hôpitaux de district a été un élément essentiel de renforcement des capacités de gestion. Cette approche permet aux centres de santé de disposer d'une ressource partagée (comptable du district) en charge de l'organisation financière. Cette fonction financière, qui est une nouveauté a été renforcée par l'introduction du logiciel Tompro au niveau des districts et de l'hôpital de district ;

Élaboration et la diffusion de manuel de procédures de l'ECD, HD, CSI, CS : il s'agit d'une première expérience pour le pays de se doter d'un manuel de procédures pour le niveau district sanitaire. Ce manuel permet d'organiser les opérations administratives et financières du district. Il est désormais disponible pour l'ensemble du pays, et devrait permettre d'améliorer la gestion du système de santé au niveau périphérique. Ce processus est largement approprié par la Direction de l'Organisation des Soins (DOS) qui devrait en poursuivre la mise en œuvre pour l'ensemble du pays.

9 Leçons apprises

9.1 Les succès

A. Succès enregistrés qui ont marqué un tournant pour l'intervention :

En matière d'amélioration de l'accessibilité et la qualité des soins, dossiers essentiels du PDS :

1) L'accompagnement à l'élaboration des micro plans (base de planification des CSI pour les sorties foraines et mobiles, inexistants avant le PASS), de 38 CSI a contribué à la progression des indicateurs d'accessibilité aux soins (sorties foraines assurées à Gothèye % 11/12 en 2020, malgré la

COVID). Sur les sorties mobiles, l'implication des chefs de canton et les Maires (appui en agents de sécurité) a permis de maintenir les activités à Koukoki et Goumki, zones d'insécurité dans le DS de Gaya.

2) L'organisation de campagnes de sensibilisation et dépistage dans les domaines de l'ORL, de la santé mentale et ophtalmologique, suscitent toujours l'engouement des communautés bénéficiaires et les félicitations des autorités administratives, communales et coutumières.

- L'organisation des sessions d'audit des décès maternels couplée à l'autopsie communautaire (enquête rétrospective sur les circonstances du décès) ont réduit le nombre de décès maternels.
- En matière de bonne gouvernance :
 - Les réformes mises en place via le FBR à Gaya ont permis d'assainir la gestion des ressources financières, avec une meilleure traçabilité des fonds à travers l'utilisation du logiciel TOMPRO.
 - La MTR a précisé comme Leçon Apprise : « *L'encadrement rapproché des organes de participation communautaires, leur intégration comme partenaire du projet et leur responsabilisation dans la gestion des structures de santé améliore la gestion et aboutit à une meilleure gouvernance.* ».
 - La bonne collaboration et le climat de confiance instaurées entre l'équipe PASS de Gaya (un greffon difficilement accepté au début), l'ECD et le COGES départemental sont visibles par l'augmentation claire des fonds disponibles et leur gestion transparente.

En rapport à l'appui à la dynamique nationale vers la CSU : la réalisation des études sur les coûts et le panier de soins au travers d'une expertise spécialisée, bien que retardée par la crise Covid, vont permettre d'avancer vers la finalisation du document de Stratégie nationale CSU, clarifiant le scénario voulu par le pays pour avancer vers la Couverture Santé Universelle.

B. Succès pouvant servir d'apprentissage ou répliqué vers un autre niveau

Les leçons relevées ici correspondent à des actions de partage au niveau sectoriel et de capitalisation, en particulier, comme référence pour le nouveau portefeuille.

1. En matière de FBR :

La mise en œuvre du FBR a permis la disponibilité continue des médicaments/ consommables et les produits d'entretien, dans les DS de Gaya et Gothèye, entraînant l'augmentation de la qualité des soins, puisque les FoSa sont maintenant en mesure d'assurer le traitement aux patients. La séparation entre la perception des recettes et la dispensation des médicaments, menées par deux personnes différentes, a permis d'améliorer les recettes et la gestion des MEG, en particulier à l'HD.

L'utilisation de l'Outil-Indice (fichier Excel Recettes-Dépenses) pour fixer les primes au personnel, continue à réduire les inégalités liées aux salaires entre les agents fonctionnaires de l'État et les agents contractuels pour le même travail.

La MTR a précisé à propos du FBR dans ses Leçons Apprises : « *L'opérationnalisation d'un mécanisme de financement décentralisé, basé sur les outputs des services de santé montre assez rapidement des résultats tangibles en termes d'utilisation et de qualité des services d'une part et de mobilisation de la communauté d'autre part.* ».

Dans les districts d'intervention, on est passés d'un taux de rupture de MEG de 5,61% (2018 début de l'intervention) à 1,36% (2021) à Gaya, et de 14,70% (2018) à 0,04% (2021) dans celui de Gothèye. Cette amélioration s'est traduite par une meilleure utilisation des services au cours de la période. Le taux d'utilisation des services curatifs est passé de 37,74% (2018) à 60,91%(2021) dans le DS de Gothèye et de 38,50%(2018) à 58,90%(2021) dans celui de Gaya.

- ##### **2. L'élargissement du paquet d'activités dans les hôpitaux de district** avec l'introduction des soins spécialisés. Ainsi sont désormais délivrés des services en santé mentale, en ORL et en ophtalmologie. Ce processus devrait servir de référence au ministère pour la décentralisation des services spécialisés, ce qui permettra également d'élargir le paquet de services offert aux populations dans la perspective de la CSU.

3. Maladies Non transmissibles : La mise en place progressive du paquet défini par l'OMS (WHO-PEN) pour la prévention et la prise en charge des principales MNT (cardio-vasculaires, hypertension, diabète, cancers, ...) dans les CSI, est maintenant bien intégrée dans les soins à la population de Gothèye. Ce district marque, dans ce sens, la voie à suivre au niveau national.
4. En matière de bonne gouvernance : la réorganisation de l'ECD vers une équipe élargie a permis une meilleure répartition des tâches entre les acteurs devenus plus motivés et plus redevables. L'appui financier et technique du PASS sur le contrôle de la qualité des données DHIS2 a permis de disposer des données de qualité et à temps.
5. En matière de suivi des travaux de construction : Le positionnement d'un ATN Génie Civil localement à Damagaram Takaya (970 km de Niamey) pour assurer la supervision rapprochée des travaux sur l'HD, a été un facteur décisif pour maintenir la pression sur les entreprises, aboutissant à l'achèvement de l'HD à temps. Ce contrôle a inclut des exigences fermes aux entreprises pour la validation des échantillons du matériel utilisé, la réception technique des ouvrages, la présence du personnel qualifié, etc. dans le respect du calendrier prévu des travaux. La subdivision du marché en 4 lots a permis, quant à elle, de créer l'émulation entre les entreprises et la réalisation simultanée de l'ensemble des travaux.
6. En matière de maintenance : l'élaboration et mise en œuvre des plans de maintenance dans les districts sanitaires a été un succès et une première pour le pays. Le MSP félicite le PASS pour cette mise en œuvre de pratiques favorables à une future répliation. La disponibilité des OPM dans les deux districts a permis de mettre en œuvre ces plans de maintenance tant à l'hôpital que dans les CSI, à travers des sorties régulières de l'OPM. Cet appui s'est poursuivi avec la mise à niveau de l'atelier régional de maintenance de la DRSP de Dosso. Ce centre devrait évoluer ultérieurement vers un centre de formation régional en maintenance.
7. En matière de E-santé : La facilitation de la communication intranet entre les différents niveaux de soins de la zone d'intervention du PASS a inspiré le Fond Commun Santé à entreprendre une action similaire pour les 6 régions restantes du pays.

9.2 Les échecs

1. En matière de planification et organisation :

- Mettre en œuvre l'ambitieuse programmation du projet pour une durée de mise en œuvre relativement courte et par une équipe restreinte. Couplé aux contraintes imposées par la riposte anti covid, cet état de fait explique en partie les retards dans le démarrage de certaines activités avec effet sur l'atteinte de certains outputs (Démarche qualité, suivi scientifique des recherche-actions, AMU) ;
- Probablement le défi majeur relevé en 2020, a été le lancement et mise en œuvre de la trentaine de marchés publics initiés par le projet. Assez vite, en mars, nous avons instauré un suivi très rapproché avec notre équipe et les experts des MP pour accélérer les procédures. Ce cadre est devenu pérenne et nous continuons à l'appliquer systématiquement ;
- Les limitations imposées par le contexte sécuritaire, dans le pays et à Gothèye (Tillabéry) en particulier, qui compromet la continuité de certaines activités (stratégies avancée).
- Les lourdeurs des nouvelles modalités de gestion administrative venant d'ENABEL à travers différentes plateformes digitales (Pilot et UBW) ont imposé des délais d'apprentissage et une « longue digestion » pour être assimilés par les différents acteurs du projet ; Ces difficultés et un faible coaching de l'Unité d'Appui aux Projets-UAP sur l'équipe Admin-Fin (renouvelée en 2020) sont à la racine du dépassement budgétaire vécu en fin de projet.
- La pandémie COVID : la suspension des activités au Q2 et en novembre/décembre du fait des mesures anti-COVID ont contribué à la baisse de certains indicateurs du projet et ont difficilement la tenue d'activités essentielles (séminaires, ateliers, formations). Nous avons dû mettre en place des actions de mitigation, pour mener des rencontres à distance en

utilisant les outils informatiques de communication (MS Team...) facilités par les nouveaux équipements installés par le PASS ;

- La relance par le PASS d'un nouveau marché de construction de l'HD de D. Takaya a été un défi, compte tenu de l'incertitude et des imprévus qui caractérisent les entreprises BTP locales et surtout du coût sous-estimé du marché précédent résilié. Nous avons déjà mentionné le rôle de la présence de l'ATN Génie Civil sur place qui a permis de résoudre ce problème par sa supervision rapprochée.

b.2. En matière de gouvernance

- La coordination des PTF à travers le Secrétariat Général est restée un processus inabouti. Un cadre de concertation entre PTF existe certes, mais la nécessaire jonction avec le ministère n'est pas fonctionnelle. Il faut dire que cette fonction reste aussi la responsabilité de la DEP. Le fait est qu'il n'y a pas encore, une mise en cohérence des interventions des acteurs du secteur de la santé. Or, des sujets clé comme la CSU demandent une concertation claire.
- La qualité de la collaboration avec la Division de la Planification de la DEP n'a pas été satisfaisante et n'a pas facilité l'atteinte de résultats tels que la mise en place de groupes techniques sur la gouvernance, l'adaptation du calendrier de planification pour un passage vers le budget programme, ainsi que la planification ascendante ;
- La situation stationnaire du processus de décentralisation des ressources aux communes a fait que le projet n'a pas avancé sur le terrain avec cette réforme majeure ;

b.3. En matière de qualité des soins :

- Les faiblesses dans l'appropriation des procédures FBR (ECD/UADS) à Gothèye. Une visite d'échanges entre UADS en 2020 a facilité la mise à niveau du nouveau ATN de Gothèye et l'organisation d'un cadre collaboratif d'échanges entre les équipes ECD/UADS des 2 districts allaient aussi dans la bonne direction, malheureusement interrompues suites aux mesures anti covid, interdisant la tenue des ateliers, ce qui a été rattrapé en 2021.
- Les retards dus aux travaux du PARSS et leurs suites par le PASS ont eu un poids fort en termes de temps et d'énergie que le projet a dû consacrer. Cela est compensé par l'impact énorme d'avoir des hôpitaux de district nouveau modèle, pleinement fonctionnels ;
- Médicaments : La réglementation impose aux formations sanitaires de passer prioritairement leurs commandes de médicaments via l'ONPPC. Malgré les multiples redressements dont elle a fait l'objet, l'ONPPC n'arrive pas à fournir la complétude des commandes, ni à respecter les délais de livraison. Face à cela, les formations sanitaires peuvent s'adresser à d'autres fournisseurs agréés ce qui implique des procédures plus longues et contraignantes. Les DS de Gaya et Gothèye se trouvent aujourd'hui dans une situation où disposant de suffisamment de ressources financières par les subsides du FBR et le recouvrement des coûts assaini (à Gaya), sont confrontés à des difficultés pour disposer facilement de médicaments, un des buts ultimes de l'Intervention.

9.3 Questions d'apprentissage stratégique

Les principales questions d'apprentissage ont concerné :

1. L'introduction des Maladies Non Transmissibles dans le paquet d'activités du niveau périphérique : en raison du fait qu'il s'agit d'une première expérience pour le pays, l'approche d'introduction des MNT a fait l'objet d'une recherche action pendant le projet.
L'hypothèse de travail formulée en lien avec cette question a été : « *La complète intégration de la prévention et la prise en charge des MNT dans les Soins de Santé Primaire pratiqués dans un district (CSI+HD) est possible* ». Pour cela, l'appui technique et financier d'un projet comme le PASS s'est avéré nécessaire. Les conclusions de cette recherche ont fait l'objet de partage lors de l'atelier de capitalisation organisé par le projet PASS en janvier 2022 ;
2. L'équité dans l'accès aux soins : le ciblage communautaire des indigents et leur prise en charge gratuite dans le cadre du FBR a fait l'objet d'une recherche action au cours de la mise en œuvre de l'intervention. Cette recherche avait un double objectif : (i) documenter

l'approche de ciblage communautaire des indigents d'une part, (ii) apprécier comment le FBR facilite leur accès aux soins d'autre part. Cette expérience a été documentée et fait l'objet de partage lors de l'atelier de capitalisation de janvier 2022 ;

3. Les effets du FBR sur l'utilisation des services de santé : eu égard aux objectifs fixés au FBR d'amélioration l'utilisation des services de santé ainsi que leur qualité, il est apparu nécessaire de documenter l'effet effectif du FBR. Les résultats préliminaires ont fait l'objet de présentation lors de l'atelier de capitalisation de janvier 2022.

Finally, à la lumière de ce parcours de 4 ans, on pourrait formuler de façon complémentaire le propos visé par le PASS sur le terrain comme : « *Rendre les 2 DS appuyés des « districts modèles » en termes de relèvement de la qualité de l'offre de soins, bonne gouvernance et développement du pôle communautaire (Demande), les rendant « prêts » au travers la mise en œuvre efficace du FBR, pour le passage vers la Couverture Sante Universelle et le démarrage d'une assurance maladie.* »

9.4 Synthèse des enseignements tirés

La synthèse des leçons apprises est reprise dans le tableau ainsi que le public cible potentiellement intéressé (intervention, portefeuille pays, Représentation, départements de Enabel Bruxelles, pays partenaire, Belgique)

Enseignements tirés	Public cible
<p>En matière de management du projet :</p> <p>L'intervention n'a pas pu compter durant son parcours avec un suivi financier du budget de l'intervention en temps réel, prenant en compte les engagements financiers. Le suivi budgétaire, surtout à partir de 2020, s'est limité au seul suivi des décaissements. La non prise en compte du suivi en temps réel des engagements a eu pour conséquence, des dépassements budgétisés, constatés tardivement.</p> <p>Le cadre d'échange permanent entre le CPM et l'équipe d'intervention du projet a été d'une réelle valeur ajoutée pour l'intervention. Cet échange rapproché a notamment permis de faire avancer certains dossiers et notamment ceux des marchés publics.</p>	<p>Représentation, UAP, départements de Enabel Bruxelles</p>
<p>En matière de FBR (voir l'appréciation de la MTR dans le texte) :</p> <p>La mise en œuvre du FBR a permis la disponibilité continue des médicaments et les produits d'entretien, dans le DS de Gaya avec l'augmentation de la qualité des soins puisque les FoSa sont en mesure d'assurer le traitement aux patients.</p> <p>L'utilisation de l'Outil-Indice pour fixer les primes au personnel, réduit les iniquités liées aux salaires entre fonctionnaires et contractuels pour le même travail. Cet élément, a été pris en compte par le MSP dans son modèle FBR national car cette prime FBR a réduit la mobilité du personnel en milieu rural.</p>	<p><i>Enabel Bruxelles/EST santé;</i> <i>CPM/Représentation Enabel Niger ;</i> <i>MSP/ Secrétaire Général</i></p>
<p>Contraintes de l'outil financier subsides (loi subsides Enabel) utilisé pour le FBR a restreint l'approche contractuelle et l'autonomie de gestion des FOSA : le démarrage du FBR a été retardé par la complexité de l'outil subside.</p>	<p>Représentation, départements de Enabel Bruxelles</p>
<p>Coûts opérationnels du FBR à rationaliser : les coûts de vérification communautaire et de contre-vérification sont apparus comme un élément d'inefficience de l'approche FBR. Il apparaît une nécessité de rationaliser ces coûts dans la poursuite de l'approche ou dans sa répliquabilité par de nouvelles interventions.</p>	<p>Intervention, portefeuille pays, Représentation, départements de Enabel Bruxelles</p>

<p>En matière de bonne gouvernance :</p> <p>MTR: « <i>L'encadrement et la responsabilisation des COGES améliore la gestion des structures de santé et aboutit à une meilleure gouvernance.</i> ». Ceci sur la base des changements induits par le FBR : a) l'autonomie de chaque FoSa pour décider sur leur ressources ; b) recrutement des comptables utilisant TomPro pour une gestion plus transparente des fonds ; c) l'unification sous l'Outil-Indice de la planification financière de chaque FoSa ; d) La présence de l'équipe UADS sur place permet de suivre l'effectivité de ces mesures.</p>	<p>Enabel Bruxelles/EST ; CPM/Représentation Enabel Niger ; MSP/ Secrétaire Général</p>
<p>La bonne intégration de l'UADS dans l'ECD des districts ciblés que nous avons constaté tout au long de 2018, est sans doute un facteur de succès, car il permet au PASS d'être bien ancré dans les districts appuyés, condition indispensable pour mettre en œuvre les défis et innovations du programme.</p>	<p>Département EST du siège d'Enabel Représentation</p>
<p>En matière de E-santé : La facilitation de la communication intranet entre les différents niveaux de la zone d'intervention du PASS a inspiré le Fond Commun Santé qui a adopté la même action pour les autres 6 régions du pays. L'épargne en coûts et temps de voyage est considérable depuis la facilitation des réunions virtuelles entre le cabinet du ministre et ou le secrétariat général du MSP, avec les 8 DRSP du pays.</p>	<p>Enabel Bruxelles/EST Digitalisation ; MSP/ Secrétaire Général</p>
<p>En matière de suivi des travaux de construction : Le recrutement d'un ATN Génie Civil par le PASS, installé localement là où ont lieu les travaux pour assurer la supervision rapprochée, a été un facteur décisif pour l'achèvement de l'HD de Takaya et autres travaux à Gaya, à temps.</p>	<p>Enabel Bruxelles/EST ; CPM/Portefeuille Pays, Intervention Éducation Représentation Enabel Niger</p>
<p>La Leçon Apprise formulée par la MTR : « <i>Dans un projet ambitieux, une programmation réaliste des activités, prenant en compte les contraintes liées à l'organisation du partenaire, aux procédures de passation de marché devient essentielle pour cadrer, dès le début de la mise en œuvre, les résultats réellement atteignables à l'issue du projet</i> » ...a été une contrainte majeure et, en même temps, un sujet d'apprentissage fondamental pour toute l'équipe du projet.</p>	<p>Enabel Bruxelles/EST santé; CPM/Représentation Enabel Niger</p>

10 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
<p>Un accord avec le ministère partenaire donnant les dérogations nécessaires à la bonne mise en œuvre des approches nouvelles promues par l'intervention dont l'AMD: un tel accord permettra d'harmoniser les règles d'utilisation des ressources dans les formations sanitaires, et pourrait s'étendre à d'autres conditions nécessaires de mise en œuvre.</p>	<p>MSP/P/AS</p>	<p>Q3 de L'année de rapportage (2022)</p>
<p>Rationaliser les coûts de mise en œuvre de l'approche FBR : pour plus d'efficacité, la prochaine mise en œuvre de l'approche FBR devra œuvrer à une meilleure maîtrise des coûts des différentes vérifications.</p>	<p>Projet Santé / Portefeuille Pays 2022-2027</p>	<p>L'année suivante : 2022</p>
<p>Adapter la structure de suivi budgétaire et décentraliser la gestion financière de l'intervention : il est question ici de permettre aux équipes décentralisées dans les districts sanitaires de faire le suivi budgétaire au niveau déconcentré. Une consolidation se ferait par le contrôleur de gestion au niveau de l'intervention. Par ailleurs, le suivi budgétaire doit tenir compte d'un suivi en temps réel des</p>	<p>UAP – RR Enabel Niger</p>	<p>Q2/2022</p>

engagements financiers du projet. Une telle approche permettrait d'avoir une vision réelle sur le budget de l'intervention.		
S'engager en profondeur sur une analyse des facteurs en jeu dans l'exécution budgétaire des projets, en particulier, concernant les temps utilisés dans a) l'élaboration des TdR de qualité, et b) les procédures financières et les Marchés Publics.	RR, ECA, UAP Enabel Niger / Projets Enabel Niger	Démarrer au Q1
Besoin de clarification des appuis (ECA, Admin Fin) ainsi que leur coût : il d'obtenir à l'avance les coûts de l'UAP (tous les couts partagés) ; pour leur prise en compte dans le suivi budgétaire de l'intervention pour une plus grande transparence, tant pour l'intervention que pour le partenaire de mise en œuvre. Une contractualisation formelle entre l'intervention et l'UAP pourrait être envisager	UAP – RR Enabel Niger	Q2/2022
Maintenir et renforcer le cadre d'échange permanent entre le CPM et l'équipe d'intervention du projet : ce cadre permet de tenir le CPM régulièrement informé des défis auxquels fait face l'équipe dans la mise en œuvre de l'intervention.	RR Enabel	Q2 de L'année de rapportage

11 Annexes

11.1 Critères de qualité

Pour chacun des critères (*Pertinence, Efficience, Efficacité et Durabilité potentielle*), plusieurs sous-critères et des assertions relatives à ces derniers ont été formulés. En choisissant la formulation qui correspond le mieux à votre intervention (ajouter un « X » pour choisir une formulation), vous pouvez calculer la note totale applicable à ce critère spécifique (voir *infra* pour les instructions de calcul).

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
	X			
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?				
X	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
...	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
...	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.		
...	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.		
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?				
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).		
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.		
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.		
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.		

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.

<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
		X		
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
X	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.		
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.		
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.		
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?				
	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.		
X	B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.		
	C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.		
	D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.		
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?				
X	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.		
	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.		
	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.		
	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.		

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	A	B	C	D
		X		
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?				

	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
X	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?		
X	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
	B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C, pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D
		X		
4.1 Durabilité financière/économique ?				
	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.		
	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.		
X	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.		
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.		
4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?				
	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.		

X	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?		
X	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
	B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.
4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
X	A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

