



Résumé exécutif

Rapport de la revue à mi-parcours

**Programme : « Programme d'Appui au
Secteur de Santé (PASS) au Niger »**

Intervention : « Programme d'Appui au
Système de Santé »

NER1606811

COTA

Dr Alain Forest

Dr Hamidou Miye

Mr Matthieu Anthony

Avril 2020

1 Présentation de l'évaluation

Le PASS est un projet d'appui global au développement du système de santé au Niger. Il ambitionne d'accompagner différents changements, en particulier de passer d'un financement des services de santé par les inputs à un financement basé sur les outputs et géré au niveau décentralisé. Il ambitionne également de transformer le ministère de la santé en organisation apprenante de l'expérience par un mécanisme de double ancrage, qui informe également le niveau central.

Il est structuré en deux objectifs intermédiaires déclinés en 8 résultats.

Objectif intermédiaire (niveau Périphérique/décentralisé) : Qualité et accessibilité des soins dans les DS de Gaya et de Gothèye	Objectif intermédiaire (niveau Central) : Renforcement du rôle régulateur du Ministère de la Santé
- Résultat 1 : L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et besoins - Résultat 2 : L'offre globale de soins de santé de qualité dans les 2 districts ciblés - Résultat 3 : La disponibilité de personnel compétent et motivé dans les districts ciblés - Résultat 4 : L'appui à la mise en œuvre du FBR1/AMU2 - Résultat 5 : La maintenance des infrastructures, équipements biomédicaux, informatiques et matériel roulant.	- Résultat 6 : Le suivi de la performance du secteur de la santé pour en tirer des leçons pour les initiatives futures - Résultat 7 : Le développement des stratégies novatrices pour le système de santé - Résultat 8 : Le renforcement du leadership porté par le MSP³

En cours d'exécution, un résultat supplémentaire a été ajouté pour pallier les défaillances du précédent programme PARSS⁴ : le Résultat 9 qui consiste en 'La finalisation de la construction de l'Hôpital de District de Damagaram Takaya'.

Cette revue à mi-parcours avait pour principal objet d'appuyer le pilotage du projet et de contribuer à l'apprentissage afin d'orienter au mieux la suite de la mise en œuvre du projet, plus spécifiquement sa contribution à la mise en place progressive de la CSU⁵.

Pour cela, elle doit répondre à la question de la performance de l'intervention, selon les critères habituels du CAD. Elle doit également répondre à des questions spécifiques en rapport avec i) l'impact sur le PASS de l'orientation de ressources financières vers les résultats du PARSS ; ii) le montage mis en place pour le FBR et l'évolution vers l'AMU départementale et iii) la synergie avec l'Intervention pour le Renforcement de Capacités (IRC).

La mission pour mener l'évaluation de terrain a été organisée du 03 au 15 février 2020. Elle a fait appel à la méthodologie suivante en 5 étapes : Revue documentaire relative au projet et au MS, complétée au fil de la mission ; Entretiens semi structurés avec les acteurs clés du projet (RR, AT, MSP, IRC, PTF) ; Visites sur terrain dans les districts sanitaires de Gaya et Gothèye (DRSP⁶, ECD⁷, UADS⁸, prestataires de soins (HD, CSI), communautés (COSAN⁹, COGES¹⁰), collectivités territoriales, ...) ; Séance de travail spécifique avec les cadres du PASS et l'équipe administrative

¹ Financement Basé sur les Résultats

² Assurance Maladie Universelle

³ Ministère de la Santé Publique

⁴ PARSS : Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé au Niger

⁵ Couverture de Santé Universelle

⁶ Direction Régionale de la Santé Publique

⁷ Equipement Cadre de District

⁸ Unité d'Appui au District Sanitaire

⁹ Comité de Santé

¹⁰ Comité de Gestion

et financière d'Enabel pour analyser les raisons du faible taux d'exécution du projet ; et enfin la restitution qui a généré des commentaires, eux-mêmes pris en compte dans le rapport final.

Les limites de cette évaluation ont résidé en :

- Temps limité pour les visites terrain pour appréhender la complexité de mise en œuvre d'un projet aussi ambitieux ;
- Démarrage tardif de la composante FBR, ne donnant pas un recul suffisant pour analyser pleinement ses effets.

2 Résultats et conclusions

2.1 Critères de performance

Pertinence

Le PASS est en phase avec les problèmes et besoins des populations en matière de santé. Elaboré en même temps que le PDS¹¹ 2017-2021, il est parfaitement aligné sur ses axes stratégiques. Les stratégies et approches du PASS sont cohérentes et complémentaires à la contribution des autres partenaires du secteur. Il reprend la majorité des principes inscrits dans le PIC 2017-2020¹².

Cependant, le PASS se présente comme un projet 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 (en particulier autour des questions relatives au financement de la santé).

Prenant en considération l'ensemble de ces remarques, **la pertinence est jugée bonne (B).**

Efficience

La mobilisation de l'assistance technique (AT) a été assez rapide et cette AT est restée stable jusqu'à présent. Le dispositif d'AT a été réactif (création de postes pour répondre aux besoins, mise en place UADS), mais reste globalement sous dimensionné, avec des fonctions multi-tâches qui ne peuvent pas agir en véritable immersion dans les directions nationales.

La mise en œuvre des activités a connu d'importants retards, entravant l'obtention de certains produits attendus. Les causes de ces retards sont nombreuses. Une partie de celles-ci relèvent de contraintes à mieux appréhender telles que : lenteurs des processus de passations de marché en cogestion ; loi sur les subsides obligeant à adapter les procédures FBR ; lent processus de construction des plans de formation (IRC) ; retards dans la finalisation des travaux et livraison des équipements (héritage du PARSS). D'autres relèvent plutôt du management du projet : prestations externes infructueuses ; retard à la mobilisation d'expertise court terme ; stratégie de réplication de l'approche qualité du PASS Sourou avortée¹³ ; faiblesse relative de l'AT à Gothèye.

La contribution financière effective en provenance du partenaire (remboursement de la gratuité des soins aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans) est très loin du budget prévisionnel inscrit dans le DTF. Ceci continue à peser sur la viabilité des formations sanitaires et déforce l'objet du FBR.

On note que le taux de décaissement n'est que de 20% à la moitié de la durée de mise en œuvre du projet (mais on note tout de même un taux de 40% d'engagement). Les raisons en sont également multiples : Pour partie contextuelles (Budget correspondant à une programmation de 5 ans ramené à 4 ans de mise en œuvre ; Réforme de CTB en Enabel, processus de passation de marché en cogestion) ; mais pour partie liées à la maîtrise d'ouvrage (retard dans la mise en œuvre du FBR 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 staffs dits « techniques » et les « administratifs » ; ...)

En conséquence, **l'efficience a été jugée problématique (C).**

¹¹ Plan de Développement Sanitaire

¹² Programme Indicatif de Coopération Niger-Belgique

¹³ Le PASS Sourou, intervention Enabel au Bénin entre 2014-2017, a développé une démarche qualité basée sur l'utilisation d'un logiciel – Visotool – qu'il a été, par la suite, malgré tous nos efforts, impossible d'acquérir par le PASS Niger.

Efficacité

Malgré ces retards, au niveau opérationnel, on note une amélioration de l'accessibilité aux soins (surtout à Gaya), de la qualité des soins (au moins dans la perception de la population), les premiers effets de la stratégie FBR sur l'utilisation des services, la motivation du personnel et la fonctionnalité des COSAN/COGES.

Néanmoins, la logique d'intervention du FBR n'est pas encore totalement assimilée et le dispositif n'est pas encore complet, la démarche qualité reste à construire, le chemin vers la mutualisation n'est pas balisé.

Au niveau central, le projet a contribué à la production de documents normatifs et stratégiques (CSU ; e-santé ; ...), mais le passage au budget programme tarde à se concrétiser, les processus de recherche-action restent trop académiques pour produire des enseignements utiles, la voie vers la CSU demande encore beaucoup de concertation, les mécanismes de concertation et de coordination sont encore peu efficaces.

En conséquence, **l'efficacité a été jugée bonne (B).**

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.

L'impact a ainsi été jugé problématique (C).

Durabilité

La durabilité financière du projet est faible (60% des ressources des CSI proviennent du FBR sans qu'un mécanisme alternatif ne soit encore réfléchi pour poursuivre le subventionnement des soins hors projet).

La durabilité institutionnelle est meilleure du fait de l'implication du MSP dans la formulation et la mise en œuvre du FBR ; de la bonne appropriation de cette stratégie au niveau local ; des effets sur la gouvernance locale ; du renforcement des capacités amorcé. Mais la gestion du FBR par une structure propre au projet, sans rattachement institutionnel, porte préjudice à cette viabilité.

Des facteurs contextuels (aggravation du contexte sécuritaire dans le DS de Gothèye, faible effectivité du remboursement de la gratuité, mise en sommeil du processus de décentralisation) affectent particulièrement la durabilité.

En conséquence, **la durabilité est considérée comme bonne (B)**

2.2 Questions spécifiques

2.2.1 Impact des ressources financières déviées du PASS sur l'atteinte des résultats du PARSS, coût d'opportunité pour l'atteinte des résultats du PASS, suivi des recommandations de l'évaluation finale du PARSS.

Par décision du comité de pilotage conjoint du 25/09/2018, la fin des travaux et de l'équipement de l'hôpital de District de Damagam Takaya (programmée dans le PARSS) a été transférée sur le PASS, moyennant la mobilisation d'un budget de 1 500 000 € (en créant un 9^{ème} résultat). L'aménagement budgétaire a préservé la ligne consacrée au FBR.

Etant donné le niveau actuel de décaissement du projet, ce transfert de résultat n'aura pas d'effet financier direct pouvant impacter les résultats du PASS.

En revanche, les retards accumulés à la finalisation des travaux et de l'équipement des deux hôpitaux présente un coût d'opportunité important : moindre accès aux services de chirurgie et

aux soins spécialisés pour le DS Gothève ; moindre qualité de l'environnement de soins pour les deux hôpitaux, manque à gagner important pour l'hôpital de Gothève dans le cadre du FBR, mobilisation de l'assistance technique et de la direction du projet sur un résultat additionnel, retard à l'opérationnalisation d'hôpitaux de district de nouvelle génération.

A noter avec satisfaction que la grande majorité des recommandations émises par la revue finale du PARSS a été prise en compte par le PASS.

2.2.2 Avis sur le montage spécifique qui a été mis en place pour le FBR, recommandations pour la suite pour le FBR et le passage vers l'AMU

La question spécifique 2 consistait à évaluer l'impact de la loi sur les subsides sur la théorie du changement développée pour le FBR (TDC-FBR) lors de la formulation du projet. L'analyse du DTF a permis d'identifier quatre mécanismes de changements.

Le premier mécanisme concerne **l'apport de ressources financières directement au niveau des structures sanitaires**. A ce niveau, la loi sur les subsides a eu un impact sur la régularité des paiements qui n'était pas effective lors de la mission. Des retards plus ou moins conséquents ont été enregistrés selon les DS dans le règlement des avances. Ces retards s'expliquent en grande partie par les lourdeurs administratives liées aux procédures de demande de paiement et de justification des dépenses qui ne sont pas encore maîtrisées par le personnel des structures de santé. En termes de design, la loi sur les subsides n'a pas d'impact sur la capacité du FBR à renforcer le fonctionnement des structures sanitaires. Bien que le montant des subsides ne prenne pas en compte le coût de production des soins, il représente une part substantielle des recettes des Centres de Santé Intégrés (CSI). La situation est différente au niveau des HD où les subsides FBR représentent une part marginale de leurs revenus. Il a également été noté que la faible opérationnalisation de la gratuité des soins fait peser le risque d'une substitution des subsides FBR aux remboursements de la gratuité (et limite donc l'impact du FBR sur le développement de la qualité des services et des soins). Ce risque semble toutefois assumé par le projet.

Le deuxième mécanisme concerne **le transfert de compétences en matière d'organisation des services vers les structures de santé et les collectivités locales**. Sur le principe, les structures de santé disposent d'un pouvoir décisionnel étendu (bien que des restrictions existent concernant certaines dépenses : achat de médicament, recrutement). Le projet appuie cette autonomisation des structures sanitaires à travers l'élaboration d'outils de gestion (Outil d'Indice) et de documents de cadrage (manuels de gestion administrative et financière, microplans) adaptés. Toutefois, l'ancrage des sous-comptes FBR au niveau du DS confère aux ECD un pouvoir de contrôle a priori des dépenses des CSI et limite le processus de responsabilisation des prestataires de soins. Ce risque est d'autant plus grand que la loi sur les subsides impose des compétences de gestion qui ne sont disponibles pour l'heure qu'au DS. A priori, la loi sur les subsides n'a aucun impact sur le processus de planification. Le projet n'a pas cherché à développer son propre « business plan » et s'est appuyé sur le système de planification en vigueur avec une participation active des COGES.

Le troisième mécanisme a trait à **la canalisation de la voix des patients en vue d'améliorer la redevabilité des prestataires de soins**. Le projet a largement contribué à redynamiser et à renforcer les capacités des COGES qui ont pris une part active dans la gestion des structures de santé. Les collectivités territoriales ont également un œil sur la performance des structures sanitaires à travers l'organisation de comités de validation départementaux. Cependant l'implication de la communauté dans l'évaluation de la performance des structures sanitaires (notamment la qualité des soins) n'est pas effective. Il s'agit pourtant du volet le plus important à travers le recrutement d'Organisations et Associations Communautaires (OAC) que le projet souhaite, à terme, structurer en plateformes des usagers des services de santé capables de faire remonter les plaintes des patients.

Enfin le quatrième et dernier mécanisme concerne **le développement de la fonction d'achat de l'AMU départementale**. En positionnant le DS en tant qu'acheteur, l'adaptation que le projet a faite de la loi sur les subsides ne contribue pas à une séparation claire des fonctions d'achat et de régulation. Il s'agit peut-être de l'impact le plus important de la loi sur les subsides sur le montage FBR. Cette situation devrait toutefois être transitoire dans la mesure où le projet vise à renforcer les capacités de gestion des prestataires de soins, qui à l'issue du projet devraient être en mesure de signer des contrats avec une structure d'achat indépendante de la régulation. De manière plus générale, Le processus de transition du FBR vers l'AMU n'est pas précisément

décrit dans le DTF. Il n'existe pas de document décrivant clairement la vision du PASS sur les modalités de mise en œuvre de l'AMU. Le développement de mutuelles départementales comme « coquille juridique » capable d'absorber les capacités d'achat des UADS semble être la piste privilégiée. Elle pose cependant certaines questions et notamment celle de la faisabilité et de la pérennité du dispositif.

2.2.3 Effectivité de la synergie entre le PASS et l'IRC

L'Initiative de Renforcement des Capacités (IRC) a développé une méthodologie cohérente avec les changements organisationnels souhaités dans le PASS, mais semble ne pas avoir suffisamment pris en compte l'organisation du système de santé qui fait du DS une unité opérationnelle, avec à sa tête une équipe cadre qui doit être au cœur du dispositif d'identification des besoins en renforcement des compétences, de choix des méthodes d'apprentissage, de suivi de la mise en œuvre.

Il existe maintenant des Plans de Renforcement des Capacités (PRC) pour chaque niveau de la pyramide sanitaire, mais qui ont mis un an et demi à se concrétiser.

On note un certain niveau de coordination (arbitrage du financement des formations entre les deux projets), une mutualisation des ressources (utilisation des UADS et/ou des AT pour gérer et exécuter certaines formations dans les DS). Mais la concertation au niveau central entre les deux projets a été insuffisante dans la phase de conception des PRC et reste insuffisante au début de leur mise en œuvre.

3 Recommandations

Améliorer la documentation et le suivi des résultats liés la mise en place du FBR (base de données ad hoc pour enregistrer les données de vérifications et les données financières en attendant l'émergence de la plateforme FBR ; capitalisation du processus de participation communautaire dans le cadre des Recherches-Actions ; diffusion des résultats de l'expérience).

Préparer la transition du FBR vers l'AMU, tant au niveau national (conduite d'études sur le panier de soins, les coûts de production, et sur les mécanismes de financement de l'AMU) qu'au niveau local (mise en place d'une structure autonome capable de gérer la fonction achat ; sensibilisation de la population sur la mutualisation).

Développer une approche qualité des soins du PASS à partir des dispositifs existants au ministère de la santé, permettant une approche combinée des différentes dimensions de la qualité (technique, organisationnelle, perceptuelle, ...).

Adapter le schéma d'assistance technique, en renforçant l'équipe actuelle avec :

- un ATN pour accélérer le développement de l'approche qualité ;
- un ATN pour améliorer les fonctions d'encadrement des DRSP vis-à-vis des DS appuyés (cohérence avec le double ancrage) ;
- une mobilisation de courte durée pour baliser le travail dans le domaine de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) et accompagner le transfert de l'hôpital de Gaya (binôme médical et cadre infirmier).

Améliorer la maîtrise d'ouvrage du projet en :

- Apportant un grand soin à une planification réaliste de l'AT ;
- Programmant mieux les marchés à partir des expériences passées (coûts unitaires réalistes, choix de procédure, choix de fournisseurs, ...);
- Utilisant l'outil de suivi des passations de marché développé par le RAFI pour identifier rapidement les problèmes et y remédier ;
- Organisant régulièrement (au moins une fois par mois) une réunion entre le PASS et les gestionnaires qui relèvent de la RR pour passer en revue l'exécution du budget, l'exécution des marchés et faire les ajustements nécessaires.

Renforcer le processus de capitalisation en particulier sur les thématiques du FBR (fonction achat, autonomie de gestion, motivation du personnel ; le rôle de la participation communautaire) ; les dispositifs de qualité des soins ; la planification (micro-planification, PAA¹⁴, ...) en mobilisant une institution académique tout en veillant à développer une approche plus pragmatique.

¹⁴ Plan d'Action Annuel

Ces recommandations n'ont pour la plupart de sens que si le secteur de la santé publique est inscrite comme secteur de concentration dans le prochain Portefeuille de coopération entre le Niger et la Belgique.

4 Leçons apprises

La loi belge sur les subsides n'est pas appropriée pour permettre de développer un FBR dans toutes ses dimensions dans un contexte comme celui du Niger. Elle ne permet pas, notamment, de favoriser le développement de l'autonomie des structures de santé.

La grande diversité de stratégies dans un projet, avec un ancrage opérationnel décentralisé et central, tend à diluer les efforts, d'autant plus quand les ressources humaines mises à disposition de ces stratégies sont insuffisantes.

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 devrait être essentielle pour cadrer, dès le début de la mise en œuvre, les résultats réellement atteignables à l'issue du projet.

L'encadrement rapproché des organes de participation communautaires, leur intégration comme partenaire de mise en œuvre du projet et leur responsabilisation dans la gestion des structures de santé améliore la gestion des structures de santé et aboutit à une meilleure gouvernance.

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. Ceci mérite d'être documenté de façon précise pour permettre au Ministère de la santé d'intégrer cette approche dans la stratégie de financement du système de santé et de l'étendre dans d'autres DS.