



Rapport d'Inventaire
Niger

Mars 2008



REPUBLIQUE DU NIGER
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL

**Contribution à la Réunion
interrégionale des équipes du secteur
national de Santé :**
*« Accroître les efforts et les ressources
pour la Santé »*

***Partenariat international pour la
Santé en Afrique et initiatives
connexes (PIS) et harmonisation pour
la santé en Afrique (HSA)***

Lusaka (Zambie) du 28 février au 1^{er} Mars 2008

SOMMAIRE

INTRODUCTION

MECANISMES DE COORDINATION ET DE SUIVI EVALUATION

POLITIQUES ET STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT

REFORMES ET PLANS D'INVESTISSEMENT

DESCRIPTION DES STRATEGIES ET PLANS NATIONAUX D'INVESTISSEMENTS

GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET CONTRAINTES ADMINISTRATIVES

IDENTIFICATIONS DESBESOINS DE CHANGEMENT/DP

BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE

ANNEXES

INTRODUCTION

Le Niger avec une population de près de 13 millions d'habitants sur une superficie de 1 267 000 Km² est l'un des pays les plus pauvres au monde qui grâce à une volonté politique soutenue a tiré les leçons de la mise en œuvre de plusieurs plans et programmes de santé ;

Les principaux problèmes identifiés sont notamment :

- L'accès inéquitable aux services de santé de base ;
- La faible qualité et l'offre limitée des services de santé de base. ;
- Le financement inadéquat du secteur ;
- Les graves problèmes de valorisation et de gestion des ressources humaines ;
- Le bilan peu satisfaisant des programmes prioritaires de santé publique ;
- La limite de la participation communautaire.

Ces constats ont entraîné un important travail de réglementation et de rédaction . Malgré un contexte difficile caractérisé par des mesures de restriction budgétaires et des crises socio –politiques de tous ordres, les Gouvernements successifs ont entamé de profondes réformes et mutations institutionnelles du système de Santé .Une nouvelle déclaration politique sectorielle de santé adoptée en 1995 a été révisée en mai 2002. Elle est mise en œuvre à travers des orientations stratégiques pour le 21^{ème} siècle. La politique actuelle vise l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés par l'application des Soins de Santé Primaires. Elle implique le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux Soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire .C'est dans ce cadre que s'inscrit l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de développement sanitaire 2005- 2010 qui met l'accent sur le renforcement des capacités à tous les niveaux du système de santé.

MECANISME DE COORDINATION ET DE SUIVI –EVALUATION

La volonté et l'engagement moral du MSP et de certains PTF d'inscrire leurs interventions techniques et financières dans une approche sectorielle concertée, dont le MSP assure le leadership, est formalisée dans un cadre partenarial conclu en vue de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi du PDS 2005-2010 à l'aide de plusieurs documents stratégiques, opérationnels et budgétaires de référence du PDS :

- Le manuel d'exécution du PDS ;
- les plans quinquennaux nationaux : le PTO 2005-2010, puis les Plans de Développement Sanitaires des districts(PDSD) , des régions (PDSR), des Projets d'établissements publics et des administrations centrales,
- les Cadres de Dépenses à Moyen Terme,
- les Programmes de Travail Quinquennaux glissants et les Plans Annuels d'Activités budgétisés des districts, des régions, des établissements publics et des structures centrales ;
- le guide de suivi –évaluation du PDS ;
- la lettre d'Entente sur le Fonds Commun du PDS .

Le partenariat MSP - PTF s'étend à la coordination des interventions et de la mise en œuvre de toutes les activités ainsi que l'élaboration d'un système de suivi-évaluation.La qualité de ce partenariat est mesurée par des indicateurs de suivi comme le nombre de réunions de coordination et de revues conjointes MSP – PTF et la mise en place d'un Chef de file tournant des PTFs du secteur de la santé.

Mécanismes de suivi évaluation

Le guide de suivi et évaluation du PDS constitue un document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PDS. C'est un outil de travail qui détermine le canevas à observer tout au long du processus de suivi : il explique la méthodologie utilisée dans le cadre des études à réaliser (TDR, questionnaire, échantillonnage, ...) et décrit comment les informations doivent être recueillies et traitées au niveau des DRSP, des Districts sanitaires, des CSI, des

hôpitaux et maternités de références et des directions centrales de même que les outils appropriés pour chaque niveau et type d'information recherchée.

Il accorde un intérêt particulier au suivi des indicateurs de ressources, de processus, de réalisation, de résultat et d'impact dans la perspective d'identifier, de mesurer, d'expliquer les écarts et conséquemment de prendre des mesures correctives et alternatives en vue d'atteindre les objectifs fixés d'une part, et d'autre part de décrire les changements observés.

La mise en œuvre du PDS 2005-2010 utilise l'approche : « gestion basée sur la performance »

Le guide précise les structures impliquées dans le suivi et évaluation et détermine leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du PDS. Il décrit les supports de collecte de données, la périodicité et la méthode de collecte, le traitement et l'analyse des données ainsi que la transmission des informations. Le suivi évaluation sera basé essentiellement sur la liste des indicateurs du cadre de partenariat signé entre le MSP et les principaux partenaires en septembre 2005 et celle des indicateurs clés de mise en œuvre du Fonds Commun (avec la Banque Mondiale et l'AFD). La périodicité du monitoring des différents indicateurs sera définie en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le guide de suivi/évaluation a pour objectif, i) de fournir avec précision tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre et au bon fonctionnement du système, ii) de dégager les principes techniques et méthodologiques utiles pour la gestion du PDS.

Le guide est appelé à évoluer en fonction des modifications que recommanderont non seulement la pratique sur le terrain mais aussi, les missions de supervision et les différentes sessions des organes d'orientation et de prise de décision du Ministère de la Santé Publique.

Le rôle du suivi évaluation (S/E) est de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information, d'identifier les problèmes, d'alerter le comité de pilotage du PDS via le Comité Technique de Santé du MSP et de proposer des mesures correctives.

Il existe deux types d'organes de suivi et évaluation du PDS : les organes de décision et les organes techniques. Les organes de suivi et évaluation du PDS et leur rythme de réunion sont présentés par niveau dans le Tableau N°1 : Organes de suivi évaluation du PDS :

Niveau	Organes de décision	Organes techniques
Centre de santé intégré –CSI	Comité de santé Réunions trimestrielles	Comité de gestion Réunions mensuelles
Commune	Comité communal de santé Réunions trimestrielles	
District sanitaire	Comité de santé de district Réunions semestrielles	Comité technique de district Réunions de coordination trimestrielles
Région	Comité régional de santé Réunions semestrielles	Comité technique régional Réunions de coordination semestrielles
National	Comité national de santé Réunions semestrielles	Comité technique national Réunions de coordination semestrielles

Les propositions des Organes techniques sont soumises à l'approbation des Organes de décision. Les Organes techniques assurent l'exécution et la gestion au quotidien du PDS et tiennent des sessions de suivi évaluation selon leur rythme de réunion.

Les Organes de décision ont la responsabilité pour : donner les orientations, apprécier les résultats et décider de l'affectation des ressources humaines, matérielles et budgétaires.

A l'exception du CSI, les partenaires techniques et financiers du MSP, participent aux réunions de toutes les Organes à tous les niveaux.

Au cours des réunions des différentes instances il sera procédé à l'analyse, l'interprétation de la liste d'indicateurs retenus pour chaque niveau en fonction de la périodicité d'examen de chaque indicateur. L'analyse et l'interprétation des indicateurs devraient concourir à des prises de décisions.

Les rôles et responsabilités des structures centrales du MSP sont définis dans le guide de suivi évaluation du PDS et quatre structures jouent un rôle prépondérant dans le suivi évaluation du PDS notamment le Secrétariat Général, la Direction des Etudes et de la Planification y compris le comité de suivi et évaluation de la Direction des Affaires Financières et la Direction des Statistiques.

Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique (MSP)

Le Secrétariat Général est l'organe technique de coordination du PDS. Il organise dans les 75 jours de la fin de chaque semestre civil, selon les modalités décrites dans les manuels, une revue conjointe à laquelle sont invités les PTF, les entités d'exécution à tous les niveaux, d'autres représentants du Gouvernement membres du comité national de santé et des autres parties prenantes à la mise en œuvre du PDS. L'objectif de cette revue est de permettre aux participants de recevoir une information régulière selon un format harmonisé, sur la base de termes de référence et des calendriers figurant dans les manuels, et de passer en revue de manière coordonnée et concertée les aspects ci après :

- L'état d'avancement du PDS
- L'utilisation des fonds affectés à son financement à travers le Rapport de Suivi Financier (RSF) ;
- Les prévisions d'activités de l'année ou du semestre suivant et le financement requis pour leur utilisation.

Chaque année, le MSP /LCE prépare des rapports semestriels d'exécution du PDS, et des rapports annuels d'exécution sur la base des termes de référence et du modèle figurant dans les manuels. Ces rapports intègrent également les résultats des activités de suivi et d'évaluation conduites pendant l'année écoulée, et la description des progrès réalisés par rapport aux indicateurs de performance du PDS. Le Secrétaire Général du MSP/LCE qui exerce les fonctions de Secrétaire Exécutif du Comité National de Santé (CNS) assure, entre autres : la préparation des réunions du CNS, le suivi de la mise en œuvre des décisions du CNS et le relais entre le CNS et les Comités de Santé Régionaux

3.4.2 Direction des Etudes et de la Planification (DEP) y compris le comité de suivi et évaluation

La Direction des Etudes et de la Planification (DEP) coordonne l'ensemble des activités de Planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PDS et des PAA.

A travers la Division Suivi et Evaluation (DSE), en collaboration avec la Direction de la Statistique, les PTF, la DEP :

- Prépare un plan général annuel de Suivi Evaluation
- Participe à la sélection des indicateurs clés, à l'élaboration des outils et du plan de collecte des données.
- Met en place un système de gestion financière du SIG qui recoupe les données financières et les activités avec les sources de financement des PAA.
- Participe à l'élaboration des rapports trimestriels, semestriels et annuels pour le Ministère de la Santé Publique), les Partenaires Techniques et Financiers et autres partenaires.
- Evalue l'ensemble du processus de collecte des données et de leur analyse en reliant les activités et les décaissements.
- Utilise les données pour effectuer l'analyse finale, évaluer la progression et identifier les mesures à prendre.
- Appuie la préparation des requêtes

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2005-2010, le MSP a mis en place un comité de suivi et évaluation présidé par la DEP. Ce comité comprend la DEP y compris la cellule d'appui institutionnel, la Direction Générale des Ressources, la Direction de la Statistique et la DAF. Il répond aux besoins en information des décideurs (Gouvernement et PTF), des DRSP, des districts et de tous les acteurs intervenant sur le terrain. Il est responsable du suivi évaluation du PDS

Le comité de suivi et évaluation analyse et détermine régulièrement les tendances et mesure le niveau de réalisation des activités par rapport à celles programmées à partir des indicateurs de performance définis pour la mise en œuvre du PDS et selon le niveau.

Ainsi, le comité de suivi et évaluation se doit de disposer des informations permettant d'apprécier les aspects liés à *La pertinence du PDS, L'efficacité du PDS, L'efficience du PDS, L'impact et la pérennisation des actions.*

3.4.3 Direction des Affaires Financières (DAF)

La Direction des Affaires Financières (DAF) actuellement transformée en Direction des ressources Financières et du Matériel coordonne la préparation, l'évaluation et le suivi des budgets du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies. Sa Cellule de gestion financière et comptable (CGFC) exploite le système de gestion du PDS en vue du suivi permanent des engagements des dépenses et des budgets suivant le plan budgétaire du PDS. Plus spécifiquement la CGFC:

- Veille à l'adéquation des budgets présentés par les centres de coûts avec les allocations budgétaires initiales et actualisés ;
- Assure le suivi des immobilisations et la gestion des stocks ;
- Suit les opérations d'inscriptions budgétaires et de mises à disposition des fonds.
- Prépare les états financiers périodiques du centre de gestion (trimestriels, annuels et cumulatifs).
- Effectue les engagements et le paiement aux centres de gestion.

3.4.4. Direction de la Statistique, de la surveillance et de la riposte aux Epidémies

La Direction de la Statistique est chargée de :

- Suit la collecte des données pour l'analyse de la situation sanitaire du pays ;
- Vérifie la qualité des données collectées
- Analyse les données à chaque niveau du système de santé afin de permettre une prise de décision adaptée ;
- Assure la rétro information à tous les niveaux ;
- Assure la gestion de la banque de données aux différentes structures du MSP/LCE et ses partenaires ;
- Assure la surveillance épidémiologique.

Dans le cadre du suivi évaluation du PDS, la DS assure la coordination de la collecte, du traitement, de l'analyse et de la diffusion des données. Elle met en place une base de données pour l'évaluation du PDS et élabore un système d'information et de gestion décentralisée comportant des données pour la programmation, la gestion et le suivi évaluation et contribue à leur archivage.

3.5. Rôles et responsabilités des structures décentralisées du MSP/LCE

3.5.1 Direction régionale de la santé publique- DRSP

Elle est responsable au niveau régional pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire régional et des PAA régionaux. A travers le service de programmation et d'information sanitaire, la DRSP :

- Assure le suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans de développement sanitaire de district et des plans annuels d'actions des districts et des centres hospitaliers régionaux (CHR).
- coordonne l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PAA des districts de santé et des CHR
- assure la collecte et le contrôle de qualité de l'information sanitaire
- assure la gestion de l'information sanitaire
- transmet les données au niveau central selon les calendriers convenus
- assure le monitoring des indicateurs retenus au niveau régional dans le cadre du suivi évaluation du PDS
- Appuie la préparation des réunions techniques de coordination
- Appuie la préparation des réunions du comité de santé régional
- organise et participe aux missions de suivi évaluation du PDS sur le terrain
- établit les rapports nécessaires dans le cadre du suivi évaluation pour le comité de santé régional, le MSP, les PTF et les autorités politiques et administratives régionales
- fournit les justificatifs de dépenses dans les délais impartis

3.5.2 Equipe cadre de district - ECD

L'ECD assure au niveau district l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement sanitaire de district et des PAA. L'ECD est chargée de :

- coordonne l'élaboration du plan de développement sanitaire de district
- coordonne l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PAA du district
- Appuie l'élaboration des micro plans des CSI
- assure la collecte et la gestion de l'information sanitaire
- contrôle de qualité de l'information sanitaire
- Assure le suivi de la collecte de l'information au niveau des CSI
- assure la transmission de données au niveau régional selon les calendriers convenus
- assure le monitoring des indicateurs retenus au niveau district dans le cadre du suivi évaluation du PDS
- Assure la préparation des réunions techniques de coordination du Comité Technique de santé du DS
- Appuie la préparation des réunions du comité de santé de district
- organise et participe aux missions de suivi évaluation du PDS sur le terrain
- établit les rapports nécessaires dans le cadre du suivi évaluation pour le Comité de Santé du DS, le niveau régional ainsi que pour les autorités politiques et administratives du district
- fournit les justificatifs de dépenses dans les délais impartis
- Appuie l'animation des réunions de COSAN des CSI
- Assure le suivi des activités du secteur privé de la santé
- Assure la rétro information
- Assure le suivi des interventions des autres partenaires

3.5.3 Equipe du centre de santé intégré- CSI

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire de district, l'équipe du CSI :

- participe à l'élaboration, l'exécution et l'évaluation du microplan annuel du CSI en collaboration avec le comité de santé du CSI
- assure la collecte et la gestion de l'information sanitaire y compris celle des CS de l'aire de santé du CSI
- assure la transmission de données au niveau district selon les calendriers convenus
- assure le monitoring des indicateurs retenus au niveau CSI dans le cadre du suivi évaluation du PDS
- prépare les réunions du comité technique du CSI
- participe à la préparation de réunions du comité de santé du CSI
- élabore les rapports dans le cadre du suivi évaluation pour l'ECD
- fournit les justificatifs de dépenses dans les délais impartis

3.5.4. Mécanismes de fonctionnement des organes et structures de suivi évaluation suivant le Tableau 1 ci-dessous :

Les modalités de diffusion des résultats de suivi – évaluation utilisent les différents canaux de transmettre des rapports et les moyens de communications modernes radio –BLU, Internet, courrier , bulletins d'informations .

4. Indicateurs du suivi évaluation du PDS

Le suivi évaluation du PDS porte sur :

- l'objectif global du PDS
- les objectifs spécifiques
- les résultats attendus
- les hypothèses et suppositions importantes

Le PDS vise à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles. A la fin de la mise en œuvre du PDS on s'attend à une réduction significative du taux de mortalité maternelle de l'ordre de 50% et de 25% pour l'infanto-juvénile.

	Niveau de base en 2005	Niveau attendu en 2010
Mortalité maternelle	7 pour 1.000	3,5 pour 1.000
Mortalité infanto-juvénile	274 pour 1.000	205 pour 1.000

La mise en œuvre du PDS se fera à travers un programme de travail quinquennal qui décrit les activités selon un degré de priorité et de responsabilité entre les différents intervenants. Ce programme de travail quinquennal sera exécuté à travers des plans d'action annuels des différentes Organes de la pyramide sanitaire. Les Plans annuels seront financés par les allocations du budget général de l'Etat, les communautés, les collectivités et la contribution des partenaires techniques et financiers.

Le suivi évaluation s'appuiera essentiellement sur les huit composantes du PDS. Le tableau en annexe donne les indicateurs de suivi par composante avec le niveau de base et le niveau attendu en 2010.

Le principe est de retenir très peu d'indicateurs par composante mais en ayant les plus pertinents. Cette démarche permet d'être efficace en réduisant la charge de travail pour la collecte des données au niveau du terrain et aussi d'alléger le système de suivi pour les différents niveaux du système.

Sur les 42 indicateurs 23 ont été retenus dans le cadre du protocole d'accord, pour l'octroi du fonds commun.

Le niveau départ des indicateurs sera réactualisé sur la base des données SNIS disponibles pour l'année 2005. le monitoring des indicateurs par niveau du système de santé et le rythme de monitoring mensuel pour les centres de santé intégrés (CSI) , trimestriel pour les districts sanitaires(DS), semestriel pour les niveaux régional et central .

Politiques et stratégies de Développement

Se Basant sur la déclaration de politique sectorielle de santé de 2002 et Les grandes orientations du Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 sont les suivantes :

- Le malade, la croissance démographique, la santé de la mère et de l'enfant (santé de la reproduction) sont au centre des préoccupations du PDS ;
- Le fonctionnement de l'existant en rendant plus efficaces et plus efficiente les structures et services sanitaires existants ;
- La gestion efficace des ressources humaines en développant une nouvelle « culture d'organisation des ressources humaines » ;
- La définition de manière explicite des dispositifs pouvant garantir la réussite de la décentralisation/déconcentration afin de rapprocher les ressources humaines et financières de la population ;
- Le MSP doit jouer son rôle de centre d'impulsion de la Politique Sanitaire, de coordination intersectorielle, tout en rendant aux acteurs de la santé leur rôle de mise en oeuvre de la politique sanitaire ;
- La meilleure coordination des partenaires et de tous les intervenants (ONG, secteur privé, etc.) dans le domaine de la santé ;
- Le développement des mécanismes de pérennisation des actions entreprises à moyen terme (5 ans) et à long terme (15 ans) ;
- La mise en adéquation des moyens par une gestion financière du MSP selon les exigences d'une gestion basée sur la performance ;

Le Plan Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 indique les axes prioritaires, les conditions essentielles à accomplir afin d'accroître la performance du système et résoudre les principaux problèmes de santé. L'objectif général visé est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile. Plus spécifiquement, il s'agira de tendre vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé à l'horizon 2015. Ainsi, dans le cadre de la Stratégie de Développement accélérée pour la Réduction de la Pauvreté (**SDRP**) provenant de la révision de la SRP et adoptée par le Gouvernement en 2007, le secteur va contribuer à réaliser les objectifs de cette stratégie a savoir :i)réduire la mortalité maternelle de 5,91‰ à 3,83‰ en 2012 pour une cible de 1,75‰ en 2015;ii)réduire la mortalité des moins de cinq ans de 198‰ à 153‰ en 2012 pour une cible de 108,68‰ en 2015;iii)réduire le taux de malnutrition chronique de 50% à 37% en 2012 pour une cible de 24% en 2015 ;iv)stopper la propagation du VIH/SIDA ;v)renverser la tendance actuelle du paludisme, de la tuberculose et des autres maladies.

les cinq prochaines années le Pays s'inscrit dans le nouveau cycle du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA (2007-2011), le PDS jusqu'en 2010 contribuera au renforcement des acquis, à la correction des insuffisances et à la mise en œuvre de nouvelles orientations stratégiques en réponse aux déterminants de l'infection et visant à atteindre de nouveaux objectifs fixés pour lutter efficacement contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA. A travers le Programme 2 du PDS , la mise en œuvre du Programme National de Santé de la reproduction contribue à l'atteintes des objectifs de la Déclaration Générale de Politique du Gouvernement en matière de population (DGPP) qui vise la maîtrise de la croissance démographique.

Les résultats

A la dernière revue de 2007 Il est constaté que des efforts ont été constatés dans la mise en œuvre du PDS qui a effectivement démarré en 2006 notamment a travers Le développement de la collaboration intersectorielle, La mise en œuvre des mutations institutionnelles et humaines entamées depuis 2005 et qui se traduit par la décentralisation des budgets, la signature des contrats de performances, les projets d'attributions des Directions centrales du Ministère de la Santé Publique Les effets positifs de la gratuité des soins en terme d'utilisation des services montre une amélioration significative des indicateurs sanitaires : Le taux d'utilisation des soins curatifs est passé de 18 % en 2006 à 30 % en 2007 ;Le taux de prévalence contraceptive est passé de 5 % en 2006 à 9 % en 2007 ;Le taux de couverture CPN est passé de 39 % en 2006 à 70 % en 2007 ;Le taux d'accouchement assisté est passé de 14 % en 2006 à 20 % en 2007 .

le ministère de l'Economie et des finances a organisé en octobre 2007 , un atelier national impliquant tous les secteurs de développement et les Partenaires au Développement du Niger qui a permis d'élaborer un plan d'action de mise en œuvre de la déclaration de Paris . Un projet de code de conduite est en cours d'adoption .

REFORMES ET PLANS D'INVESTISSEMENT

Le MSP/LCE a opté pour **une approche sectorielle** dans laquelle doivent s'inscrire, à terme, les activités de tous les intervenants du secteur :

- Etat : Ministère de la Santé Publique(MSP)

- Etat : Présidence, Primature et autres ministères
- Collectivités Territoriales (au fur et à mesure de leur mise en place)
- Partenaires Techniques et Financiers
- ONG
- Secteur privé
- Associations
- Communautés bénéficiaires

Le MSP exerce le leadership de la conduite de toutes les opérations de coordination, d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi évaluation du PDS.

Il assume la responsabilité générale de la mise en œuvre du PDS dans le respect de l'organisation et des attributions de ses structures centrales et déconcentrées telles que définies par les textes réglementaires en vigueur et les révisions qui leur sont apportées dans le cadre des mutations institutionnelles et humaines du MSP/LCE.

Il conduit l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de réformes en cours dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2005-2010. Il s'agit notamment de :

- la déconcentration de la planification, de la programmation et de la budgétisation des activités des structures centrales, régionales et de district
- l'instauration de contrats de performance pour le financement et le suivi des plans d'activités annuels des structures du MSP/LCE,
- l'amélioration du système d'approvisionnement en MEG et en consommables médicaux des formations sanitaires publiques y compris par une réforme du statut juridique, de l'organisation et de la gestion de l'ONPPC,
- la mise à disposition permanente et gratuite de contraceptifs,
- la sous-traitance de la maintenance des véhicules et des équipements au secteur privé,
- la révision de la tarification et de la réglementation du recouvrement des coûts au niveau des CSI et des HD en vue de favoriser l'accès aux soins des pauvres, des mères et des enfants et la formation des membres des Comités de gestion,
- la création d'un fonds social d'aide sanitaire au profit des indigents et des formations sanitaires des zones de pauvreté,
- la poursuite de la déconcentration de la gestion des personnels, l'identification de motivations financières et non financières et la mise en place de plans de carrière favorisant, entre autres, le travail en zone peu attractive.

Conformément au cadre partenarial signé entre le MSP et ses principaux partenaires en septembre 2005, Les PTF assument de manière tournante les fonctions de Chef de file. Le MSP et les PTF cooptent le Chef de file, définissent la portée de son mandat et en fixent la durée.

Le Chef de file coordonne la diffusion des informations et veille à la bonne organisation des séances de concertation et de coordination entre PTF et avec le MSP/LCE.

DESCRIPTION DES STRATEGIES ET CIRCUITS DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE AU NIGER

L'évaluation des coûts du Plan de Développement Sanitaire 2005-2009 soumis à l'approbation du MSP et de ses partenaires, valorise les dépenses de santé de l'ensemble des activités de santé publique des services publics et parapublics, en incluant des projections approximatives concernant les programmes verticaux à caractère public. L'évaluation est plus précise pour ce qui est des coûts synthétiques du PDS 2005-2010 qui regroupent les dépenses de fonctionnement de l'existant (sur la base des ressources disponibles en 2004), les dépenses de fonctionnement additionnelles nécessaires pour atteindre les objectifs de santé publique assignés par le PDS, et les dépenses d'investissements nécessaires pour maintenir le niveau des services de santé actuels ainsi que les investissements complémentaires nécessaires à l'atteinte de ces mêmes objectifs. **Le tableau 3 en annexe** fait la synthèse des coûts sur la base du cadre logique valorisé du PDS 2005-2009 dont la mise en œuvre effective a démarré en 2006 ce qui

Les différentes sources de financement du secteur sont :

- Budget Etat y compris ressources PPTTE
- Budget Collectivités Territoriales
- Appui budgétaire ciblé ou non ciblé (UE..)
- Financement Projet sectoriel ou multisectoriel, bilatéral ou multilatéral (BAD, Organismes des Nations Unies, Coopération belge...)
- Financement du secteur privé
- Financement ONG ou Associations (caritatives, communautaires...)
- Recouvrement des coûts (actes et médicaments)

Le cadre partenarial signé entre le PTF et les principaux PTF a prévu une approche SWAP progressive et la mise en place d'un Fonds Commun d'appui au PDS. Une Lettre d'Entente entre d'une part, le MSP et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et les deux premiers contributeurs au Fonds Commun du PDS(AFD et BM), définit les modalités de

gestion financière et comptable du Fonds Commun et les procédures d'acquisitions des biens et services financés par le Fonds ainsi que des modalités complémentaires de suivi évaluation (relatives à la gestion du FC – PDS).

Tout nouveau bailleur du Fonds Commun du PDS est appelé à souscrire aux termes la Lettre d'Entente sur le Fonds.

Les financements de l'Agence Française de Développement (AFD) et de l'IDA sont les premiers à abonder le Fonds Commun du PDS dont le fonctionnement est régi par les dispositions de la Lettre d'Entente.

Les contributions de l'AFD à la mise en œuvre du PDS sont dénommées « Fonds Commun Santé » (FCS).

Les appuis de l'IDA à la mise en œuvre du PDS sont intitulées « Programme de Renforcement Institutionnel et d'Appui au Secteur de la Santé » (PRIASS).

Procédures de gestion financière

Les procédures de gestion financière et de gestion des acquisitions suivent actuellement les règles du bailleur de fonds ou celles de l'Etat.

L'objectif recherché par le MSP/LCE et les PTF est d'harmoniser progressivement ces procédures.

Deux procédures majoritaires concernent la plus grande partie des ressources du PDS :

- les procédures réglementaires des dépenses publiques et
- les procédures du Fonds Commun du PDS.

Les projets et programmes sectoriels dont les accords de financement ont été conclus avant l'élaboration du Document Cadre de Partenariat peuvent être achevés sur la base de leur procédures propres ou choisir une des deux procédures majoritaires.

Il est prévu que les nouveaux financements adoptent l'une des deux procédures majoritaires. Ces adoptions doivent être favorisées par :

- l'amélioration attendue des révisions des procédures publiques,
- les dispositions fédératives des procédures du FC – PDS ainsi que la possibilité de les faire évoluer en fonction des mutations institutionnelles du MSP/LCE et des réalités du terrain.

Les procédures actuellement en vigueur sont illustrées dans le **TABLEAU 4** ci-dessus :

FONCTIONS CONCERNEES	PUBLIC CIBLE	FINANCEMENT	PROCEDURES ¹
- PILOTAGE ET COORDINATION - PLANIFICATION PROGRAMMATION ET BUDGETISATION - EXECUTION - SUIVI ET EVALUATION	TOUS LES INTERVENANTS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PDS	TOUS FINANCEMENT	MANUEL DU PDS PREMIERE PARTIE MISE EN ŒUVRE DU PDS
- GESTION FINANCIERE - GESTION DES ACQUISITIONS	LES INTERVENANTS CONCERNES PAR LE FINANCEMENT	FONDS COMMUN DU PDS (AFD, IDA...)	MANUEL DU PDS DEUXIEME PARTIE GESTION DU FC - PDS
		ETAT, PPTE, UE, PROG PRESIDENTIEL	REGLEMENTATION DEPENSES PUBLIQUES
		FAD	MANUEL PROJET FAD
		BELGE	PROCEDURES COOP TECHN BELGE

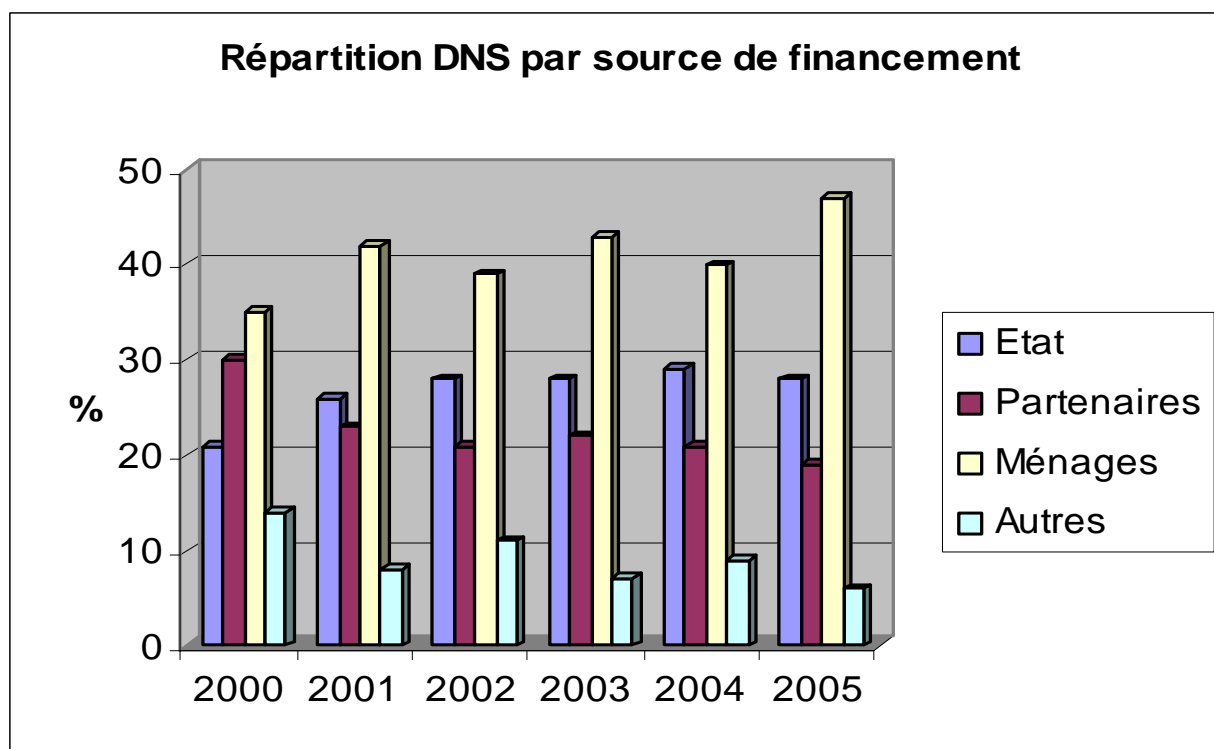
		IDA	MANUELS PROJET PMLS
		ORGANISATIONS DES NATIONS UNIES OMS, UNFPA, PAM...	PROCEDURES NATIONS UNIES
		.../...	.../...

Résultats Comptes nationaux de Santé

Financements du secteur 2006 – 2007 et prévisions 2008

Le financement du secteur public de la santé au Niger est assuré en grande partie par les ressources extérieures. C'est le cas de 95% des dépenses d'investissement, bon an mal an, dont environ 60% au titre des emprunts et 45% à celui de l'aide non remboursable. Les dépenses de fonctionnement le sont, pour la part revenant à l'Etat, en partie par le biais des budgets programmes et surtout via l'aide budgétaire. Celle-

Pour ce qui concerne les dépenses d'investissements, l'apport massif des PTF, pour généreux qu'il soit, entretient assurément un flux pratiquement incontrôlable que les maigres ressources du pays parviennent ensuite difficilement à faire fonctionner dès lors que les PTF achèvent leurs programmes pour en ouvrir de nouveaux.



c) Financement encore inadéquat du secteur. Comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, le secteur de la santé souffre d'un manque chronique de sous financement. La faible capacité de l'État à mobiliser des ressources à l'intérieur du pays a été une contrainte majeure qui est aggravée par le caractère instable de l'aide extérieure. À l'heure actuelle, les dépenses publiques dans le domaine de la santé représentent 1,9 % du PIB et 10 % du budget national (2005). Avec des dépenses par habitant de huit dollars (dépenses publiques), le secteur de la santé est extrêmement sous financé au Niger. A ce besoin important de financement, il en a résulté une réduction sensible des dépenses de personnel (19% en 2005) et xx % en 2006) et la persistance des déséquilibres entre les dépenses d'équipement (xx %) et les dépenses courantes (69 %) en 2007. Les retards de décaissement des contribution des PTF et la régulation appliquées et le retard des crédits de l'Etat freine la mise en œuvre des activités opérationnelles.

De plus malgré le cadre partenarial, très peu de partenaires en dehors de L'AFD et de la *banque mondiale contribue au Fonds communs d'appui au PDS. De Plus des retard sont enregistrés chaque année dans l'approbation des PAA et le cadrage budgétaire en raison du manque de prévisibilité des ressources affectées au secteur toute source de financement confondue et plus partenaires de la part des bailleurs de Fonds

d) Graves problèmes de valorisation et de gestion des ressources humaines : Les personnels de santé sont en butte à de considérables contraintes sur le plan des politiques publiques, des finances, de l'organisation et de la gestion et, de ce fait, la productivité, le moral et l'efficacité en pâtissent. Leur travail se heurte à une série de goulots d'étranglement et à des déséquilibres structurels dans le système de santé. La répartition géographique des ressources humaines essentielles entre régions et entre villes est déséquilibrée, la majorité des prestataires qualifiés préférant travailler en milieu urbain (63 %). Par exemple, 33 % des professionnels de la santé sont concentrés à Niamey, où ne vit que 6 % de la population. L'impact des mesures incitatives adoptés par le gouvernement n'est pas encore perceptible du fait du retard pris dans leur application.

Programmes verticaux

- g) Limite de la participation communautaire : les comités de santé mis en place sont insuffisamment impliqués dans la micro planification des centres de santé intégrés ;
- h) Existence d'autres cadres de suivi évaluation : suivi –évaluation des programmes verticaux,
- i) Difficultés d'harmonisation, de simplification et d'alignement des procédures : Existence d'autre cadres de concertation : CCM pour le GFATM, CCIa pour le GAVI, Conseil National Sida et multiplicité de l'ancrage de la coordination de l'aide (Ministères de Tutelle par partenaire multi ou bilatérale)

IDENTIFICATIONS DES BESOINS DE CHANGEMENT/DP

Suite à la déclaration de Paris, le Gouvernement du Niger a organisé en Octobre 2007 un atelier sur l'harmonisation et l'alignement de l'aide dont un des objectifs spécifiques est de pouvoir mobiliser le maximum de ressources permettant de financer le développement accéléré pour l'atteinte des ODM. L'ensemble des Partenaires techniques et Financiers (PTF) y ont participé.

Un code de conduite et un plan d'action ont été élaborés et adoptés. Le code renferme les obligations et le devoir des différents partenaires, ainsi que le calendrier de mise en œuvre. Le code est actuellement en cours de correction pour sa présentation dans un format de la « Gestion axée sur les résultats » (GAR).

Prochaines étapes

- Renforcement des reformes entreprises dans le domaine des finances publiques et la passation des marchés
- Poursuite des séances de travail avec les PTF : réunion de coordination de tous les PTF (au moins tous les mois) du cadre de concertation « Gouvernement –Partenaires » de l'OCDE/ DAC autour du plan d'action. Réunions présidées par le PNUD et la Banque Mondiale.
- Renforcer la gouvernance avec la mise en œuvre des reformes ;
- Continuer la mise en place d'un mécanisme sectoriel de coordination avec les partenaires. Actuellement : 3 secteurs sont concernés : Santé (Belgique), Education (France), Développement Agricole (UE).
- Réaliser une nouvelle enquête sur le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris avant fin 2008 ;
- Poursuite de l'approche sectorielle Santé : Le Plan Développement Sanitaire 2005-2010 traduction sectorielle du SDRP tous deux alignés sur les OMD 1,4,5,6 & 8. Le MSP et les PTFs doivent poursuivre les discussions thématiques au cours des réunions mensuels sur les thèmes importants de la mise en œuvre du PDS tels que : la problématique des ressources humaines qualité des soins , accessibilité, Gratuité & Disponibilité Médicaments essentiels système national d'Information sanitaire ;
- approche fonds Commun d'appui au PDS : continuer le plaidoyer pour que d'autres partenaires intègrent leur financement dans le Fonds Communs d'appui au PDS ;
- décentralisation et Déconcentration : la mise en place des chefs de files des PTF au niveau régional pour contribuer à la mise en œuvre des PDSR et des PDSD , la Programmation – Budgétisation des plans d'action annuels des régions et des districts sanitaires ;
- renforcement du système de santé : intégration des programmes prioritaires, paquets d'interventions essentiels, amélioration des plateaux techniques etc.

BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE

1. Appui technique et financier pour le renforcement du système de santé ;
2. évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration ;
3. appui technique à la préparation du compact et à sa mise en œuvre .

EVENEMENTS CLES 2008-2009

1. Revue conjointe du secteur 2007 : janvier février 2008
2. réunion sur le PIS : Lusaka (février 2008) ;
3. restitution de la réunion au niveau national : mars 2008;
4. revue semestrielle PAA 2008 : juin 2008
5. Evaluation a mis parcours PDS : juin 2008 ;
6. Plan d'investissement 2009-2015 ;
7. Réaliser une nouvelle enquête sur le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris avant fin 2008 ;
8. Utilisation du plan d'investissement pour la loi de finance 2009 ;
9. table ronde pour la mobilisation des ressources pour le financement des PDSD et PDSR Aout 2008;
10. revue annuelle conjointe 2008 : décembre 2008 ;
11. signature du compact : janvier 2009

Annexe 1 Tableau 2 Compositions et attributions des comités de santé

Le comité de santé du CSI - COSAN	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux représentants par village - Le responsable du CSI - Un représentant des élus locaux - SUn représentant des tradi – praticiens ▪ Un représentant du chef de village (village site du CSI) ▪ Un représentant des jeunes ▪ Une représentante des femmes ▪ Un représentant des ONG et associations ▪ Les ASC des cases de santé de l'aire de santé du CSI 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> Approbation du microplan du CSI ▪ Le suivi et évaluation du microplan y compris le partenariat - Contrôle du recouvrement des coûts
Le comité technique du CSI	
<p>a. Composition</p> <p>Les membres du comité de santé +</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le gestionnaire communautaire ▪ Les représentants du CSI 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration du microplan ▪ Exécution du microplan ▪ Monitorage des indicateurs ▪ Production des rapports techniques et financiers
Le comité communal de santé	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le maire de la commune - Deux membres des comités de gestion par CSI - Les chefs CSI - Les conseillers municipaux en charge des questions sanitaires et sociales - Le médecin chef de district ou son représentant - Le chef de canton ou son représentant ▪ Un représentant des jeunes ▪ Une représentante des femmes ▪ Un représentant des ONG et associations ▪ Un représentant des structures privées de la santé ▪ Le responsable du service communal de l'aménagement du territoire et du développement communautaire 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approbation des microplans des CSI de la commune ▪ Suivi évaluation des microplans des CSI de la commune ▪ Approbation des comptes des CSI
Le comité de santé du district CSD	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le président du conseil départemental ▪ Un représentant de l'administration préfectorale ▪ Deux membres de l'ECD dont le MCD ▪ Un représentant du comité technique de l'HD ▪ Les maires des communes ou leurs représentants ▪ Les chefs CSI du district ▪ Deux représentants des comités de gestion des CSI dont un homme et une femme ▪ Les députés nationaux ▪ Le DDAT/DC ▪ Les chefs de cantons et/ou de groupement ▪ Un représentant des coopératives ▪ Un représentant des jeunes ▪ Trois représentantes des différentes associations des femmes ▪ Un représentant de l'alphabétisation ▪ Un représentant des ONG intervenant dans le district ▪ Un représentant des mutuelles ▪ Les représentants des PTF intervenant dans le district 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Validation le PDS et les PAA ▪ Suivi la mise en œuvre le suivi et évaluation des programmes de santé ▪ Suivi la coordination des actions de PTF ▪ Monitorage des indicateurs et les revues semestrielles des activités ▪ Approbation des comptes de l'ensemble du district
Le comité Technique de santé du district	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les membres de l'ECD - Les infirmiers responsables des CSI 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'élaboration du plan de développement sanitaire de district (PDS) et des PAA

<ul style="list-style-type: none"> - Le responsable des services de l'HD - Le responsable départemental du développement communautaire - Le responsable départemental de l'éducation - Un représentant de la DRSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PDSR et des PAA - Monitoring des indicateurs - Revues semestrielles des PAA - Suivi et contrôle du budget du district
Le comité régional de santé	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un représentant de l'administration - Le directeur régional de la santé publique - Le chef du service administratif et financier de la DRSP - Le chef service pharmacie et laboratoire - Le directeur du CHR - Un représentant par ECD - Deux représentants par comité de santé de district - Le DRAT/DC - Deux représentants des coopératives - Deux représentants de la chefferie - Un représentant des jeunes - Une représentante des femmes - Un représentant des députés de la région - Un représentant de l'ordre des médecins - Un représentant des maternités de références - Un représentant du centre bucco dentaire - Un représentant des services de santé des armées - Le DG de l'HN - Un représentant des ONG et associations - Les PTF intervenant dans la région - Un représentant du secteur privé de la santé 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoption du plan de développement sanitaire régional (PDSR) et des PAA - Validation des plans au niveau régional - Suivi et évaluation du PDSR - Monitoring des indicateurs - Revues semestrielles des PAA - Mobilisation des ressources - Suivi et contrôle budgétaire
Le comité technique régional de santé	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le directeur régional de la santé publique - Les chefs de service de la DRSP - Deux représentants par ECD dont le médecin-chef de district - Le directeur du CHR - Les directeurs des hôpitaux nationaux - Un représentant des services de santé des armées - Un représentant des maternités de références - Un représentant du centre bucco dentaire - Un représentant du secteur privé de la santé - Trois représentants du MSP/LCE, niveau central (DEP, DGSP, DGR) - Le responsable régional du service du développement communautaire - Le responsable régional de l'éducation - Les PTF intervenant dans la région 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'élaboration du plan de développement sanitaire régional (PDSR) et des PAA - Monitoring des indicateurs* - Revues semestrielles des PAA - Suivi et contrôle budgétaire - Propositions des priorités au niveau régional - Assure les audits - Application des recommandations des audits
Le comité national de santé	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministre en charge de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies ; - Le Ministre en charge de l'Economie et des Finances - Le Ministre en charge de l'Intérieur et de la Décentralisation ; - Le Ministre en charge de la Fonction Publique et du Travail ; - Le Ministre en charge de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant - Le Ministre en charge de l'Aménagement du Territoire et du Développement communautaire - Le Ministre en charge du transport - Le Ministre en charge des Enseignements secondaires, du Supérieur et de la Recherche 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validation des plans des régions - Suivi et évaluation des PDS - Monitoring des indicateurs - Revues semestrielles des PAA - Mobilisation des ressources - Suivi et contrôle budgétaire - Coordination des actions des PTF

<ul style="list-style-type: none"> - Le Ministre en charge de la Population et de l'Action Sociale - Un représentant de la FSS - Le Chef de File des Partenaires Techniques et Financiers ; - Le Secrétaire Général du MSP/LCE. - Les Directeurs régionaux de la santé - Les Présidents des Comités Régionaux de la Santé ; - Un Représentant de l'Assemblée Nationale ; - Un représentant du conseil économique social et culturel - Un représentant de l'Ordre des médecins ; - Un représentant par syndicat de la santé ; - Un représentant des ONG du secteur de la santé - Un représentant des Associations islamiques ; - Un représentant des Communautés chrétiennes ; - Deux représentantes des Associations Féminines - Deux représentants du secteur privé de la santé - Un responsable des services de santé des armées - Un représentant de l'association de la médecine traditionnelle - Un représentant du conseil national des jeunes - Le président du HCT ou so représentant 	
Le comité technique national de santé	
<p>a. Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le secrétaire général du MSP/LCE - Le chef de file des PTF - Les directeurs centraux et responsables des programmes du MSP/LCE - Les directeurs régionaux de la santé - Les membres du comité de suivi évaluation - Un représentant du Ministère de l'économie et des finances - Un représentant du Ministère de l'aménagement du territoire et de la décentralisation - Un représentant du Ministère de l'Education de base et de l'alphabétisation - Un représentant du Ministère de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant - Les PTF du secteur de la santé - Un représentant du Ministère des enseignements supérieurs, secondaires et de la recherche - Un représentant de la faculté des sciences de la santé - Deux (2) représentants du secteur privé de la santé 	<p>b. Attributions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'élaboration du plan de développement sanitaire et des PAA au niveau central - Suivi et évaluation des PDS - Monitoring des indicateurs - Revues semestrielles des PAA - Suivi et contrôle budgétaire - Assure les audits

ANNEXE 1

<input type="checkbox"/>	Organes	L'activité	Mécanisme de fonctionnement	périodicité	délais
ANNEXE1 Niveaux					
CSI	Comité technique de santé	Elaboration et transmission des rapports de suivi évaluation	Réunions	Mensuelle	Au plus tard le 05 du mois suivant
	Comité de santé	Amendements des rapports de suivi évaluation	Assemblée générale	Trimestrielle	Au plus tard le 10 du mois suivant le trimestre
Commune	Le comité de santé de la commune	Amendement, approbation des rapports de suivi évaluation	Assemblée générale	trimestrielle	Au plus tard le 15 du mois suivant le trimestre
	Comité technique de santé du CSI	Finalisation et transmission des rapports de S/E au comité de gestion de la commune	Réunions	Trimestrielle	Au plus tard le 20 du mois suivant le trimestre
	Comité de gestion de la commune	Suivi de la transmission des rapports de suivi évaluation au comité technique du DS	Réunions	Trimestrielle	Au plus tard le 21 du mois suivant le trimestre
District	Comité technique de santé du DS	Elaboration et transmission des rapports de suivi évaluation au CS/DS	Réunions	Trimestrielle	Au plus tard le 25 du mois suivant le trimestre
	CS/DS	Amendement, approbation des rapports de suivi évaluation	Assemblée générale	Semestrielle	Au plus tard la fin du mois suivant le semestre
	L'ECD/ Secrétariat permanent du CS/DS	Finalisation et transmission au secrétariat permanent du CS/R	Réunions	Semestrielle	Au plus tard le 05 du 2 ^{eme} mois suivant le semestre
Région	Comité technique de santé de la région	Elaboration et transmission des rapports de suivi évaluation au CS/région	Réunions	Semestrielle	Au plus tard le 15 du 2 ^{eme} mois suivant le semestre
	CS/R	Amendement, approbation des rapports de suivi évaluation	Assemblée générale	Semestrielle	Au plus tard le 25 du 2 ^{eme} mois suivant le semestre
	DRSP /Secrétariat permanent du CS/R	Finalisation et transmission au secrétariat permanent du CN/SE	Réunions	Semestrielle	Au plus tard le 30 du 2 ^{eme} mois suivant le semestre
Central	Comité national de suivi évaluation	Amendements et finalisation et transmission des rapports de S/E de tous les niveaux au secrétariat permanent	Réunions	Semestrielle	Au plus tard le 10 du 3 ^{eme} mois suivant le semestre
	Secrétariat permanent	Transmission au comité technique national de santé	Activité de routine	De façon régulière	De façon régulière
	Le comité technique	Amendements des	Réunions	Semestrielle	Au plus tard le

	national de santé	rapports de suivi évaluation des régions			12 du 3 ^{ème} mois suivant le semestre
	Comité national de santé	Amendement, approbation des rapports de suivi évaluation de tous les niveaux	Les assemblées générales	Semestrielle	Au plus tard le 15 du 3 ^{ème} mois suivant le semestre

Annexe 2 : Indicateurs de suivi évaluation du PDS par composante

Composantes	Indicateurs	Niveau de base	Niveau attendu en 2010
1. Qualité et accessibilité des soins	1. Pourcentage de population ayant accès aux centres de santé offrant le PMA	50%	80%
	2. Pourcentage des centres de santé intégrés menant des activités foraines	ND	75%
	3. Taux de réalisation des activités foraines	ND	70%
	4. Pourcentage de cases de santé fonctionnelles	ND	?
	5. Taux d'utilisation des soins curatifs	20%	50%
	6. Taux d'admission dans les hôpitaux	0,8%	2,5%
	7. Pourcentage des utilisateurs des services satisfaits par rapport aux prestations	ND	100%
	8. Taux de guérison des tuberculeux	60%	80%
	9. Pourcentage de femmes ayant reçu un traitement préventif intermittent contre le paludisme durant leur dernière grossesse	ND	70%
	10. Pourcentage de femmes ayant reçu du fer durant leur dernière grossesse	ND	?
	11. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire simple ou imprégnée	17%	40%
	12. Taux de prévalence du VIH/SIDA dans les sites sentinelles	ND	< 1%
	13. Taux de prévalence du VIH/SIDA	0,87%	< 1%
2. Santé de la reproduction	14. Pourcentage d'hôpitaux de district pratiquant les soins obstétricaux d'urgence complets	26%	70%
	15. Taux de couverture CPN	42%	70%
	16. Taux de couverture CPON	24%	40%
	17. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	16%	25%
	18. Taux de prévalence contraceptive	4%	15%
	19. Taux de couverture DTC3	62%	90%
	20. Taux de couverture VAR	74%	90%
	21. Taux de déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA)	72%	25%
	22. Couverture en Organes offrant des soins obstétricaux d'urgence de base	65%	100%
	23. Taux de complications obstétricales prises en charge	4,4%	12%
	24. Taux de césariennes	0,8%	3%
	25. Taux de mortalité maternelle intrahospitalière	2,2%	< 1%
	26. Taux de mortalité périnatale intrahospitalière	8%	4%
	27. Taux de récupération des MPE	29%	50%
	28. Pourcentage des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2,5 kg	12%	8%
	29. Pourcentage des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge	17%	50%
		30. Pourcentage des enfants de 24 à 59 mois souffrant de retard de croissance	ND
3. Renforcement de la décentralisation	31. Proportion du budget de la santé alloué aux régions et DS	20%	60%
	32. Taux de réalisation des activités des plans d'actions par niveau	ND	80%
	33. Taux de réalisation des réunions de coordination par niveau	50%	80%
4. Participation communautaire	34. Pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un microplan annuel	35%	80%
	35. Pourcentage de comité de santé fonctionnel par district	20%	80%

5. Capacités de gestion et compétences institutionnelles	36. Proportion du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	7,3%	15%
	37. Taux d'exécution des budgets par niveau	ND	90%
	38. Taux de réalisation des supervisions par niveau	50%	90%
	39. Pourcentage de Organes sanitaires gérées selon l'approche basée sur la performance	0%	100%
6. Gestion stratégique des ressources humaines	40. Pourcentage de formations sanitaires disposant de personnel de santé selon les normes : CSI, HD, CHR	ND	90%
	41. Pourcentage de personnel de santé formé par an par spécialité par rapport aux besoins : chirurgie, gynéco-obstétrique, pédiatrie, SP, aides- anesthésistes, aides-chirurgiens	ND	90%
	42. Pourcentage de professionnels (fonctionnaires et contractuels) par rapport aux besoins identifiés par la gestion prévisionnelle du personnel	ND	90%
7. Gestion des infrastructures et des ressources matérielles	43. Pourcentage de DS qui disposent d'un atelier polyvalent de maintenance fonctionnel	2%	70%
	44. Proportion des centres de santé et des hôpitaux disposant des moyens essentiels pour bien gérer les déchets médicaux	20%	100%
8. Disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité	45. Taux de rupture de six médicaments essentiels aux niveaux CSI, HD et CHR	20%	0%

ANNEXE 3 TABLEAU 3 :SYNTHESE DES COUTS DU SECTEUR PUBLIC ET PARA-PUBLIC DE LA SANTE IDENTIFIES POUR LA PERIODE 2005-2009. (SOURCE PDS 2005-2010)

Récapitulatif dépenses de santé (MSP)

millions de FCFA	2005	2006	2007	2008	2009	Total 2005-9	% sur Total	Evolution annuelle projetée				
								05/04	06/05	07/06	08/07	09/08
Frais de personnel (y/c pers, Suppl.)	8 877	12 967	13 852	13 959	14 264	63 919	18,8%	46,9%	46,1%	6,8%	0,8%	2,2%
Frais médicaux	269	305	238	205	212	1 228	0,4%	32,0%	13,6%	-22,1%	-13,9%	3,7%
Fonctionnement	850	890	932	976	1 022	4 671	1,4%	34,4%	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%
Matériel technique (y/c entretien)	2 075	2 189	2 291	2 392	2 500	11 448	3,4%	201,2%	5,5%	4,7%	4,4%	4,5%
Eau-Elect,-Télécom,							0,0%	n,a	n,a	n,a	n,a	n,a
Alimentation/habill,t	840	881	924	969	1 017	4 631	1,4%	-1,1%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%
Entretien bâtiments	950	1 051	1 133	1 154	1 204	5 491	1,6%	65,8%	10,6%	7,8%	1,9%	4,3%
Frais de transport	2 331	2 499	2 525	2 546	2 568	12 469	3,7%	131,7%	7,2%	1,0%	0,8%	0,9%
Médicaments	887	1 387	1 148	1 159	1 093	5 674	1,7%	26,8%	56,3%	-17,2%	0,9%	-5,7%
Réactifs / consommables labo	164	235	276	290	310	1 275	0,4%	n,a	n,a	n,a	n,a	n,a
Vaccins (PEV)	904	1 010	1 121	1 239	1 363	5 636	1,7%	50,6%	11,7%	11,1%	10,5%	10,0%
vaccins d'urgence (épidémies)	800	800	800	800	800	4 000	1,2%	53,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subventions EPA / transferts	4 155	4 403	4 710	5 077	5 304	23 649	7,0%	2%	6,0%	7,0%	7,8%	4,5%
Autres (sur fonds PPTE) (1)	243	255	267	281	295	1 340	0,4%	-44%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
TOTAL FONCTION,T (sur base 2004)	23 344	28 871	30 217	31 046	31 952	145 431	42,8%	43%	23,7%	4,7%	2,7%	2,9%
Activités complémentaires (PDS)	2 119	2 346	1 749	1 727	1 745	9 686	2,9%	n,a	10,7%	-25,4%	-1,3%	1,1%
TOTAL FONCTION,T MSP	25 463	31 217	31 966	32 773	33 697	155 117	45,7%	n,a	22,6%	2,4%	2,5%	2,8%
INVESTISSEMENTS MSP	5 972	11 994	10 777	3 628	6 970	39 340	11,6%	-27%	100,8%	-10,1%	-66,3%	92,1%
Total MSP	31 435	43 211	42 743	36 401	40 667	194 456	57,3%	28%	37,5%	-1,1%	-14,8%	11,7%
Fonctionnement hors MSP	15 529	15 269	17 177	18 376	19 255	85 605	25,2%	67%	-1,7%	12,5%	7,0%	4,8%
Total Fonction,t sur fin,t Etat	40 992	46 485	49 143	51 149	52 952	240 722	70,9%	60%	13,4%	5,7%	4,1%	3,5%
Investissements hors MSP	1 577	1 827	1 563	1 416	1 376	7 758	2,3%	-62%	15,9%	-14,5%	-9,4%	-2,8%
Total Inv,ts sur financ,t Etat	7 548	13 821	12 339	5 043	8 346	47 098	13,9%	-39%	83,1%	-10,7%	-59,1%	65,5%

Total Santé (Etat)	48 541	60 306	61 482	56 192	61 299	287 820	84,8%	28%	24,2%	2,0%	-8,6%	9,1%
Fonctionnement public hors Etat	6 704	7 315	7 830	8 254	8 555	<u>38 659</u>	11,4%	45%	9,1%	7,0%	5,4%	3,6%
Investissements publics hors Etat	3 547	4 476	1 703	1 771	1 542	<u>13 039</u>	3,8%	759%	26,2%	-62,0%	4,0%	-12,9%
TOTAL FONCTION, T SECTEUR	47 697	53 801	56 973	59 403	61 507	279 381	82,3%	58%	12,8%	5,9%	4,3%	3,5%
TOTAL INVEST, TS SECTEUR	11 096	18 297	14 042	6 814	9 888	60 136	17,7%	-13%	64,9%	-23,3%	-51,5%	45,1%
TOTAL SANTE (secteur public)	58 792	72 098	71 015	66 218	71 395	339 517	100,0%	37%	22,6%	-1,5%	-6,8%	7,8%

(1) prise en charge des pécules des agents de santé communautaire et d'environ 500 contractuels (1.083 millions en 2004), d'un appui à la lutte contre le paludisme (231 millions) et de la formation des agents communautaires (200 millions).

Cadre Logique valorisé, 2005-2009

RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	Montants (en milliers de FCFA)							
		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
1.1 : L'accessibilité des services de santé offerts par le PMA/PCA a augmenté	1.1.1 Transformer les cases de santé en CSI (50 par an de 2006 à 2009)		3 775 000	3 775 000	3 775 000		11 325 000	11 325 000	
	1.1.1.1 Travaux de transformation des CS en CSI		2 250 000	2 250 000	2 250 000		6 750 000	6 750 000	
	1.1.1.2 Equipement de CSI		750 000	750 000	750 000		2 250 000	2 250 000	
	1.1.1.3 Dotation en motos		125 000	125 000	125 000		375 000	375 000	
	1.1.1.4 Dotation en BLU		150 000	150 000	150 000		450 000	450 000	
	1.1.1.5 Dotation en équipements solaires		500 000	500 000	500 000		1 500 000	1 500 000	
	1.1.2 Mener des activités foraines à partir des CSI	28 800	48 000	57 600	67 200	76 800	278 400		278 400
	1.1.3 Rendre fonctionnelles et développer des équipes mobiles expérimentales dans 5 DS	250 000	350 000	230 000	230 000	230 000	1 290 000	300 000	990 000
	1.1.4 Délimiter les aires de santé des CSI à travers la microplanification	42 000	42 000				84 000	84 000	
	1.1.5 Mettre en place des mutuelles de santé auprès des corps constitués et de la communauté	50 000	30 000	40 000	40 000	40 000	200 000		200 000
	1.1.6 Transformation de 4 HD conformément aux normes			370 000	475 000	740 000	1 585 000	1 585 000	
1.1.6.1 Transformation de 4 HD			220 000	300 000	440 000	960 000	960 000		
1.1.6.2 Equipement de 4 HD			150 000	175 000	300 000	625 000	625 000		
	SOUS-TOTAL RESULTAT 1.1 :	370 800	4 245 000	4 472 600	4 587 200	1 086 800	14 762 400	13 294 000	1 468 400
1.2 : L'utilisation des services par la population a augmenté	1.2.1 Rendre le personnel disponible selon les normes								
	1.2.2 Former les agents dans les domaines prioritaires en intégrant les programmes verticaux								
	1.2.3 Introduire l'approche centrée sur le patient dans les soins de santé dans 20 DS, 80 CSI, les CHR et les maternités de référence (soit 108 structures au total : 23 en 2005, 23 en 2006, 22 en 2007, 20 en 2008 et 2009. Coût estimé à 1 million de FCFA par structure)	23 000	23 000	22 000	20 000	20 000	108 000	108 000	
	1.2.4 Développer l'intégration des soins								
	1.2.5 Introduire le management pour la qualité dans la gestion des services								

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	1.2.6 Elaborer et mettre en œuvre une politique de sécurité des injections	705 640	695 640	445 640	195 640	195 640	2 238 200	1 250 000	988 200
	1.2.6.1 Elaborer et adopter la politique	10 000					10 000		10 000
	1.2.6.2 Doter toutes les formations sanitaires publiques en seringues	195 640	195 640	195 640	195 640	195 640	978 200		978 200
	1.2.6.3 Dotation de 250 CSI en incinérateurs	500 000	500 000	250 000			1 250 000	1 250 000	
	1.2.7 Doter les CSI ruraux en énergie solaire pour améliorer les conditions de travail et motiver les agents : éclairage, ventilation, réfrigérateur	125 000	500 000	500 000	250 000	250 000	1 625 000	1 625 000	
	1.2.8 Elaborer et appliquer des instructions opérationnelles pour le préventif au niveau CSI	5 000	5 000				10 000		10 000
	1.2.9 Elaborer et appliquer des protocoles de prise en charge niveau HD, CHR et maternités de référence	10 000	10 000				20 000		20 000
	1.2.10 Rendre l'équipement disponible selon les normes dans les FS								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 1.2 :	868 640	1 233 640	967 640	465 640	465 640	4 001 200	2 983 000	1 018 200
	1.3 : Le dépistage et la prise en charge correcte des tuberculeux sont effectifs	1.3.1 Renforcer la mise en oeuvre du programme de lutte contre la tuberculose	197 625	233 625	267 625	273 625	280 625	1 253 125	312 500
1.3.1.1 Décentraliser le dépistage des malades tuberculeux au niveau CSI (<i>Doter 125 CSI en microscope (25 CSI par an à 2,5 millions FCFA par unité) et en réactifs</i>)		62 625	62 625	62 625	62 625	62 625	313 125	312 500	625
1.3.1.2 Décentraliser la prise en charge des malades tuberculeux au CSI (<i>rendre disponibles les antituberculeux et adapter le DOTS au contexte de faible accessibilité des services</i>)		135 000	171 000	205 000	211 000	218 000	940 000		940 000
SOUS-TOTAL RESULTAT 1.3 :		197 625	233 625	267 625	273 625	280 625	1 253 125	312 500	940 625
1.4 : Des approches de prise en charge des maladies chroniques et héréditaires sont développées	1.4.1 Elaborer des stratégies de prise en charge de l'HTA, de l'épilepsie de la drépanocytose et du diabète : dépistage, traitement, suivi, référence	10 000	10 000				20 000	20 000	
	1.4.2 Expérimenter les stratégies de prise en charge dans 5 HD et 10 CSI		54 000				54 000		54 000
	1.4.2.1 HTA		18 000				18 000		18 000
	Outils de prise en charge								
	Médicaments		12 000				12 000		12 000
	Examen		6 000				6 000		6 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t	
	1.4.2.2 Epilepsie		6 000				6 000		6 000	
	Outils de prise en charge									
	Médicaments		6 000				6 000		6 000	
	Examen									
	1.4.2.3 Diabète		30 000				30 000		30 000	
	Outils de prise en charge									
	Médicaments		24 000				24 000		24 000	
	Examen		6 000				6 000		6 000	
	1.4.3 Etendre les stratégies en fonction des résultats obtenus				108 000	162 000	216 000	486 000		486 000
	1.4.4 Rendre disponibles les médicaments de prise en charge									
	1.4.5 Poursuivre le mise en œuvre des programmes :	820 500	708 500	768 000	989 500	923 000	4 209 500		4 209 500	
	1.4.5.1 Santé mentale	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000		150 000	
	1.4.5.2 Cécité	15 000	18 000	22 000	26 500	31 500	113 000		113 000	
	1.4.5.3 Bilharziose	514 000	319 000	290 000	422 000	286 000	1 831 000		1 831 000	
	1.4.5.4 Dévolution Oncho	34 500	41 500	47 000	53 000	58 500	234 500		234 500	
	1.4.5.5 Tabagisme	50 000	70 000	100 000	130 000	150 000	500 000		500 000	
	1.4.5.6 Nutrition	177 000	230 000	279 000	328 000	367 000	1 381 000		1 381 000	
	1.4.6 Elaborer et mettre en oeuvre les programmes	1 499 000	1 948 000	2 367 000	2 781 000	3 115 000	11 710 000		11 710 000	
	1.4.6.1 Hygiène et assainissement	1 000 000	1 400 000	1 600 000	1 800 000	2 000 000	7 800 000		7 800 000	
	1.4.6.2 IEC/CCC	499 000	548 000	767 000	981 000	1 115 000	3 910 000		3 910 000	
SOUS-TOTAL RESULTAT 1.4 :	2 329 500	2 720 500	3 243 000	3 932 500	4 254 000	16 479 500	20 000	16 459 500		
1.5 : Les centres de référence nationaux et régionaux sont rendus accessibles	1.5.1 Mettre en oeuvre la réforme hospitalière	40 000	25 000				65 000	50 000	15 000	
	1.5.1.1 Elaborer les projets d'établissement	5 000					5 000		5 000	
	1.5.1.2 Mettre en place un mécanisme d'audits médicaux									
	1.5.1.3 Elaborer les normes en personnel, équipements et infrastructures	5 000					5 000		5 000	
	1.5.1.4 Elaborer les schémas directeurs des 2 Maternités et 5 CHR (recruter un bureau d'étude architecturale)	25 000	25 000				50 000	50 000		
	1.5.1.5 Evaluer les besoins en ressources humaines et en équipements	5 000					5 000		5 000	

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	1.5.2 Elaborer les DAO et exécuter les marchés/travaux et fournitures		585 000	390 000			975 000	975 000	
	1.5.2.1 Approuver les DAO								
	1.5.2.2 Lancer l 'AO travaux								
	1.5.2.3 Dépouiller, analyser, attribuer et exécuter les travaux		360 000	240 000			600 000	600 000	
	1.5.2.4 Lancer l'AO Equipements								
	1.5.2.5 Dépouiller, analyser, attribuer et exécuter les marchés		225 000	150 000			375 000	375 000	
	1.5.3 Affecter le personnel complémentaire								
	1.5.4 Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie	170 000	175 000	180 000	185 000	190 000	900 000		900 000
	1.5.5 Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement de chaque établissement								
	1.5.6 Attribuer des subventions suffisantes aux EPA spécialisés du secteur (Centre Dialyse et Centre Radioprotection)	465 000	488 250	512 663	538 296	565 210	2 569 419		2 569 419
	SOUS-TOTAL RESULTAT 1.5 :	675 000	1 273 250	1 082 663	723 296	755 210	4 509 419	1 025 000	3 484 419
1.6 : les centres de référence nationaux et régionaux sont rendus accessibles	1.6.1 Faire respecter le système de référence	5 000					5 000		5 000
	1.6.2 Mettre en place un fonds social de prise en charge des indigents	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000		250 000
	1.6.3 Appliquer des tarifs accessibles pour la population								
	1.6.4 Renforcer l'autonomie de gestion du personnel								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 1.6 :	55 000	50 000	50 000	50 000	50 000	255 000		255 000
1.7 : Des initiatives privées de qualité sont développées	1.7.1 Adapter et appliquer les textes sur le secteur privé								
	1.7.2 Mener une étude sur les établissements privés	10 000					10 000	10 000	
	1.7.3 Définir le paquet d'activités par type d'établissement privé	5 000					5 000		5 000
	1.7.4 Faire une étude sur la faisabilité de l'installation des médecins en milieu rural	20 000					20 000	20 000	

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	1.7.5 Selon les résultats de l'étude, appuyer l'installation d'établissements privés en milieu rural (5 médecins et infirmiers(ières) par an à partir de 2006 à un coût forfaitaire de 25 millions de FCFA par an, pour compléter leurs ressources propres. Apport sous forme de crédit éventuellement.)		125 000	125 000	125 000	125 000	500 000	500 000	
	1.7.6 Selon les résultats de l'étude, financer l'installation de jeunes médecins en privé (5 médecins par an à partir de 2006, à un coût forfaitaire de 20 millions de FCFA pour compléter leurs ressources propres. Apport sous forme de crédit éventuellement.)		100 000	100 000	100 000	100 000	400 000	400 000	
	SOUS-TOTAL RESULTAT 1.7 :	35 000	225 000	225 000	225 000	225 000	935 000	930 000	5 000
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 1	4 531 565	9 981 015	10 308 528	10 257 261	7 117 275	42 195 644	18 564 500	23 631 144
2.1 : La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est renforcée	2.1.1 Rendre opérationnels progressivement les blocs opératoires des HD	420 000	360 000	120 000			900 000	900 000	
	2.1.1.1 Travaux complémentaires au niveau de 4 HD	200 000					200 000	200 000	
	2.1.1.2 Equipements complémentaires au niveau des 4 HD	100 000					100 000	100 000	
	2.1.1.3 Réhabilitation de locaux au niveau des 20 HD	60 000	180 000	60 000			300 000	300 000	
	2.1.1.4 Remise en état des équipements au niveau des 24 HD	60 000	180 000	60 000			300 000	300 000	
	2.1.2 Réaffecter les médecins formés en chirurgie de district dans les HD avec bloc équipé								
	2.1.3 Former les médecins à la chirurgie de district en 9 mois	18 000	18 000	12 600			48 600	48 600	
	2.1.4 Former les aide-anesthésistes en 6 mois	12 000	12 000	7 200			31 200	31 200	
	2.1.5 Former les aide-chirurgiens en 6 mois	12 000	12 000	4 800			28 800	28 800	
	2.1.6 Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie	85 000	219 000	293 000	313 000	346 000	1 256 000		1 256 000
2.1.7 Rendre disponible la transfusion sanguine dans les HD	8 000	20 000	26 000	27 000	29 000	110 000		110 000	
2.1.8 Assurer les soins post-natals									
2.1.9 Equiper et rendre fonctionnel les services de néonatalogie (8 services)	40000.	40 000				80 000	80 000		

	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.1 :	595 000	681 000	463 600	340 000	375 000	2 454 600	1 088 600	1 366 000
--	----------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	------------------	-----------	-----------

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
2.2 : Le système de référence contre référence au niveau du district est fonctionnel	2.2.1 Renouveler les ambulances des HD (29 ambulance à 30 millions de FCFA par voiture, en 2009)					870 000	870 000	870 000	
	2.2.2 Doter les CSI ruraux et HD de radios BLU (275) (75 CSI et HD équipés en 2005, 2006 et 2007, 50 en 2008; coût unitaire de 3 millions FCFA)	225 000	225 000	225 000	150 000		825 000	825 000	
	2.2.3 Elaborer et mettre en place les outils pour la référence contre référence	5 000					5 000	5 000	
	2.2.4 Former les matrones, les ASC des cases de santé et les relais à la reconnaissance des signes de danger lors de l'accouchement	20 000	27 500	12 500	10 000	10 000	80 000	80 000	
	2.2.5 Créer dans les HD un fonds de prise en charge des évacuations	8 000	12 000	6 000	1 000	2 000	29 000		29 000
	2.2.6 Créer dans les CSI un fonds de prise en charge des évacuations	60 500	93 000	31 500	3 500	10 000	198 500		198 500
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.2 :	318 500	357 500	275 000	164 500	892 000	2 007 500	1 780 000	227 500
2.3 : Le plan national d'éradication de la fistule est mis en oeuvre	2.3.1 Prendre en charge l'intervention chirurgicale pour 2.500 femmes fistuleuses (500 femmes par an à un coût de 100.000 FCFA par femme)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000		250 000
	2.3.2 Appuyer la réinsertion socio-économique des femmes fistuleuses (500 femmes par an à un coût de 100.000 FCFA par femme).	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000		250 000
	2.3.3 Communication pour le changement de comportement	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	100 000	100 000	
	2.3.3.1 Amener les femmes fistuleuses traitées à témoigner de leur cas dans les villages et sur les radios de proximité (Changement de comportement)								
	2.3.3.2 Sensibiliser les agents de santé à référer les cas de grossesses précoces à terme vers un centre de prise en charge chirurgico- obstétricale								
	2.3.3.3 Intégrer la sensibilisation sur la fistule dans les centres d'alphabétisation								
	2.3.3.4 Renforcer la prévention de la fistule obstétricale à travers la sensibilisation sur le mariage précoce en utilisant les radios de proximité								

	2.3.3.5 Impliquer les autorités administratives et les leaders dans la sensibilisation sur la fistule								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.3 :	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	600 000	100 000	500 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
2.4 : Les activités en planification familiale sont renforcées	2.4.1 Rendre disponible les services de PF dans les CSI et les cases de santé								
	2.4.2 Créer des services de PF à base communautaire	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000	50 000	
	2.4.3 Garantir l'approvisionnement des contraceptifs (<i>dépenses courantes du programme estimées à 30 millions par an + coût des préservatifs à 100 FCFA par mois et par femme engagée dans le programme, avec un taux de couverture passant de 4 à 15% des femmes en âge de procréer entre 2004 et 2009</i>)	190 000	261 000	337 000	451 000	573 000	1 812 000		1 812 000
	2.4.4 Assurer le suivi de la prévalence contraceptive	50 000				50 000	100 000		100 000
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.4 :	250 000	271 000	347 000	461 000	633 000	1 962 000	50 000	1 912 000
2.5 : Les activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition de l'enfant sont renforcées	2.5.1 Réviser et mettre en œuvre le plan national de lutte contre la malnutrition	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000	150 000	
	2.5.2 Réaliser deux enquêtes nationales sur la malnutrition l'une en 2005, l'autre en 2009	50 000				50 000	100 000		100 000
	2.5.3 Créer un groupe d'action pour la nutrition	46 600	20 400	20 400	20 400	20 400	128 200	26 240	101 960
	2.5.4 Rendre fonctionnels les CRENI au niveau de 29 HD et 5 CHR (<i>13 centres en 2005, 12 en 2006, 6 en 2007, 1 en 2008 et 2 en 2009. Coût de 6 millions par an par CRENI</i>).	78 000	150 000	186 000	192 000	204 000	810 000		810 000
	2.5.5 Rendre fonctionnels les CRENA au niveau de 5 CSI par district dans 29 districts sanitaires (<i>8 DS en 2005, 12 supplémentaires en 2006, 6 en 2007, et 3 en 2009, pour un total de 145 CSI dans 29 DS, à un coût de 1 million de FCFA</i>).	40 000	100 000	130 000	130 000	145 000	545 000		545 000
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.5 :	244 600	300 400	366 400	372 400	449 400	1 733 200	176 240	1 556 960
2.6 : Les soins curatifs et	2.6.1 Poursuivre la mise œuvre du programme national de lutte contre le paludisme	3 000 000	3 500 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	18 500 000		18 500 000

préventifs pour les enfants sont renforcés	2.6.2 Etendre la couverture de la PCIME dans 23 districts sanitaires (<i>coûts prévisionnels du programme pour : formation, logistique, recherche, supervision, médicaments et matériel; il difficile de faire la distinction entre investissement et fonctionnement : nous le divisons en 2 de façon conservatrice</i>).	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	7 500 000	3 750 000	3 750 000
--	---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	2.6.3 Intégrer la composante communautaire de la PCIME dans 40 districts								
	2.6.4 Développer le PEV de routine	1 028 649	1 509 663	1 621 325	1 488 893	1 612 634	7 261 164	1 625 000	5 636 164
	2.6.4.1 Rendre disponibles les vaccins et matériels de vaccinations	903 649	1 009 663	1 121 325	1 238 893	1 362 634	5 636 164		5 636 164
	2.6.4.2 Doter 325 CSI en réfrigérateur solaire pour la conservation des vaccins	125 000	500 000	500 000	250 000	250 000	1 625 000	1 625 000	
	2.6.5 Surveiller la polio (<i>surveillance des PFA et vaccination de circonstance</i>)	800 000	700 000	600 000	500 000	400 000	3 000 000		3 000 000
	2.6.6 Contrôler la rougeole (<i>campagne nationale en 2005</i>)	2 000 000					2 000 000		2 000 000
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.6 :	8 328 649	7 209 663	7 721 325	7 488 893	7 512 634	38 261 164	5 375 000	32 886 164
2.7 : Les adolescents et les jeunes ont accès à des services de SSRAJ adaptés à leurs besoins	2.7.1 Intégrer dans deux CSI par district rural des prestations répondant aux besoins en SSRAJ (centres amis des jeunes)	15 000	30 000	30 000	15 000	15 000	105 000		105 000
	2.7.2 Intégrer dans 4 CSI par commune urbaine des prestations répondant aux besoins en SSRAJ	15 000	15 000	15 000	15 000		60 000		60 000
	2.7.3 Former et utiliser 7500 pairs éducateurs dans les quartiers et les villages pour sensibiliser au niveau des fadas, des foyers et des groupement féminins (<i>ici coûts de formation</i>)	5 000	10 000	15 000	20 000	25 000	75 000	75 000	
	2.7.4 Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les "attitudes et comportements qui sauvent", notamment la promotion du préservatif	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
	2.7.5 Communication pour le changement du comportement	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	175 000		175 000
	2.7.6 Impliquer les radios de proximité dans le cadre de la sensibilisation	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000		125 000

2.7.7 Développer, rendre disponible et utiliser du matériel éducatif adapté									
2.7.8 Développer le partenariat avec la société civile	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000		75 000	
SOUS-TOTAL RESULTAT 2.7 :	120 000	140 000	145 000	135 000	125 000	665 000	75 000	590 000	

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
2.8 : La prévention et la prise en charge des cas de IST et VIH/SIDA sont renforcées	2.8.1 Décentraliser la prise en charge du VIH/SIDA au niveau DS (<i>activité spécifique au MSP/LCE pour assurer la mise en oeuvre décentralisée du programme de lutte contre le VIH/sida en périphérie</i>)	40 000	60 000	30 000	5 000	10 000	145 000	145 000	
	2.8.1.1 Former le personnel à la prise en charge								
	2.8.1.2 Mettre en place un système de référence des malades								
	2.8.2 Prendre en charge de façon globale les malades du SIDA avec les ARV (<i>à un coût complet de 80.000 FCFA par mois et par personne 1000 personnes en 2005 puis 1000 supplémentaires chaque année</i>).	960 000	1 920 000	2 880 000	3 840 000	4 800 000	14 400 000		14 400 000
	2.8.3 Mettre en œuvre le programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA (<i>autres coûts de fonctionnement</i>)	3 120 000	3 240 000	3 360 000	2 980 000	2 600 000	15 300 000		15 300 000
	2.8.3.1 Garantir la sécurité transfusionnelle à tous les niveaux								
	2.8.3.2 Renforcer le dépistage volontaire du VIH/SIDA à travers les FS								
	2.8.3.3 Augmenter la couverture en PTME								
	2.8.3.4 Rendre opérationnels 16 sites de sero surveillance et publier les résultats								
	2.8.3.5 Renforcer le partenariat avec les communautés, les ONG et associations								
	2.8.3.6 Sensibiliser les groupes à haut risque et les jeunes								
	2.8.3.7 Rendre le préservatif disponible dans et en dehors des formations								
2.8.3.8 Renforcer le dépistage et la prise en charge des IST									
SOUS-TOTAL RESULTAT 2.8 :	4 120 000	5 220 000	6 270 000	6 825 000	7 410 000	29 845 000	145 000	29 700 000	

2.9 : L'approche genre est intégrée dans tous les programmes de SR	2.9.1 Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures communautaires pour la sensibilisation en genre	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000		125 000
	2.9.2 Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement (<i>Impliquer plus les hommes dans les activités de SR, Former les leaders politiques, religieux et les chefs traditionnels en genre</i>)	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	175 000		175 000
	2.9.3 Adapter les supports éducatifs pour prendre en compte le genre	10 000	10 000				20 000		20 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	2.9.4 Appuyer les ONG et Associations de lutte contre les mutilations génitales féminines et les violences faites aux femmes	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
	2.9.5 Intégrer le genre dans les activités de supervision des agents de santé								
	2.9.6 Intégrer le genre dans les curricula des écoles de formation		10 000				10 000		10 000
	2.9.7 Intégrer l'aspect genre dans les normes et procédures en SR	10 000					10 000		10 000
	2.9.8 Appuyer le plan de mise en œuvre de la CEDEF								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.9 :	90 000	90 000	70 000	70 000	70 000	390 000		390 000
2.10 : Un environnement favorable à la SR est créé en collaboration avec le MDS/P/PF/P E	2.10.1 Finaliser et mettre en œuvre le programme national de SR (<i>nouveau programme, en plus de ce qui est déjà budgété dans les lignes du MSP/LCE</i>)	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	1 000 000		1 000 000
	2.10.2 Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
	2.10.3 Créer un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000		150 000
	2.10.4 Créer et mettre en œuvre un cadre juridique favorable à la SR								
	2.10.5 Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
	2.10.6 Créer des activités régénératrices de revenus pour les femmes et les jeunes (<i>MDS/P/PF/PE</i>)								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 2.10 :	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000	1 250 000		1 250 000
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 2	14 436 749	14 639 563	16 028 325	16 226 793	17 837 034	79 168 464	8 789 840	70 378 624

3.1 : La gestion des ressources est décentralisée au niveau de la DRSP et du district sanitaire	3.1.1 Décentraliser la gestion des ressources financières de fonctionnement								
	3.1.2 Encadrer l'élaboration de budget intégré au niveau des districts		2 000	2 000	2 000	2 000	8 000		8 000
	3.1.3 Appuyer la planification au niveau du district PDS (10 millions FCFA prévus pour chaque district)	420 000					420 000		420 000
	3.1.4 Appuyer la planification au niveau du district PAA (1 million FCFA par DS)	42 000	42 000	42 000	42 000	42 000	210 000		210 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	3.1.5 Décentraliser la formation continue des agents au niveau district								
	3.1.6 Doter les districts de salle de formation (11 districts équipés en 2005, autant en 2006, à un coût de 15 millions de FCFA chacun)	165 000	165 000				330 000	330 000	
	3.1.7 Equiper les districts de matériel didactique (11 districts équipés en 2005, autant en 2006, à un coût de 6 millions de FCFA chacun)	66 000	66 000				132 000	132 000	
	3.1.8 Organiser 4 sessions de formations/an /DS en intégrant les programmes verticaux (4 x 42 x 1.500 par an)	252 000	252 000	252 000	252 000	252 000	1 260 000	1 260 000	
	3.1.9 Mettre en place une documentation au niveau des DS et CSI (Bibliothèque Bleue de l'OMS + reproduction de certains documents)		420 000				420 000	420 000	
	SOUS-TOTAL RESULTAT 3.1 :	945 000	947 000	296 000	296 000	296 000	2 780 000	2 142 000	638 000
3.2 : Les capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP sont renforcées	3.2.1 Renforcer l'encadrement de proximité des ECD et des DRSP	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	40 000		40 000
	3.2.2 Appuyer le fonctionnement du district de formation de Ouallam	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
	3.2.3 Mettre en place deux districts de formation et de démonstration		50 000	50 000			100 000	100 000	
	3.2.4 Former les ECD et les équipes de DRSP en pédagogie de l'adulte	100 000	100 000	50 000			250 000	250 000	
	3.2.5 Encadrer les activités de recherche au niveau des districts (1 million de FCFA par district)	42 000	42 000	42 000	42 000	42 000	210 000		210 000

3.2.6	Affecter un 2 ^{ème} médecin de santé publique dans chaque DRSP (sur la base de 210.000 FCFA par mois, 5 médecins recrutés dès 2005, passant à 8 à partir de 2006)	20 360	32 576	32 576	32 576	32 576	150 664		150 664
3.2.7	Affecter un gestionnaire comptable dans chaque district	31 000	30 800	28 800	28 800	28 800	148 200	4 200	144 000
	3.2.7.1 Former à la comptabilité analytique les 22 gestionnaires hospitaliers déjà disponibles dans les districts (formés à Lomé) puis les 20 autres gestionnaires à recruter (estimation de 2 mois de formation à un coût unitaire de 100.000 FCFA)	2 200	2 000				4 200	4 200	
	3.2.7.2 Recruter 20 autres gestionnaires pour couvrir l'ensemble des districts (à 150.000 FCFA de coût salarial par mois, recrutés en 2005)	28 800	28 800	28 800	28 800	28 800	144 000		144 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	3.2.9 Affecter un ingénieur au niveau DRSP (4 ingénieurs affectés dès 2005, puis 8 à partir de 2006, à 175.000 FCFA de coût salarial par mois)	8 400	16 800	16 800	16 800	16 800	75 600		75 600
	3.2.10 Mettre en place un Service Technique Biomédical Régional au niveau DRSP (voir aussi point 7.2.2 pour la valorisation)								
	3.2.11 Mettre un technicien polyvalent de maintenance au niveau district (à 75.000 FCFA en coût mensuel; 8 techniciens en 2005, 20 en 2006, 26 en 2007, 27 en 2008, 29 en 2009)	7 200	18 000	23 400	24 300	26 100	99 000		99 000
	SOUS-TOTAL RESULTAT 3.2 :	226 960	308 176	261 576	162 476	164 276	1 123 464	354 200	769 264
3.3 : Les maternités de référence et les CHR assurent la formation en chirurgie de district	3.3.1 Créer 5 centres de formation en chirurgie de district : Dosso Maradi, Tahoua, Niamey et Zinder	198 000	98 000	98 000	98 000	98 000	590 000	100 000	490 000
	3.3.1.1 Doter les centres en infrastructures et équipements pour la formation (15 millions de FCFA par centre)	75 000					75 000	75 000	
	3.3.1.2 Soutenir les centres en médicaments et consommables de chirurgie (10 millions de FCFA par centre)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000		250 000
	3.3.1.3 Equiper les centres en matériel didactique (5 millions de FCFA par centre)	25 000					25 000	25 000	

3.3.1.4	Octroyer un budget pour l'encadrement de la formation (4 personnes par centre, à 200.000 FCFA de coût salarial par mois)	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	240 000		240 000
3.3.2	Former les médecins, aide-anesthésistes et aide-chirurgiens par équipe								
3.3.3	Mettre en place un système de suivi après formation	76 500	1 500	1 500	1 500	1 500	82 500	75 000	7 500
	3.3.3.1 Véhicule (15 millions de FCFA x 5 véhicules)	75 000					75 000	75 000	
	3.3.3.2 Carburant	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	7 500		7 500
3.3.4	Poursuivre la concertation entre le ministères de l'Enseignement Supérieur et le MSP afin d'instituer un diplôme pour ces formations de district								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 3.3 :	274 500	99 500	99 500	99 500	99 500	672 500	175 000	497 500
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 3	1 446 460	1 354 676	657 076	557 976	559 776	4 575 964	2 671 200	1 904 764

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
4.1 : Les comités de santé sont fonctionnels	4.1.1 Réactualiser les textes sur la participation communautaire	10 000					10 000		10 000
	4.1.2 Choisir démocratiquement les membres des comités (2 millions de FCFA par comité, 21 comités en 2005, autant en 2006).	42 000	42 000				84 000		84 000
	4.1.3 Impliquer les ONG et Associations dans la formation et l'encadrement des membres des comités	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000		250 000
	4.1.4 Développer l'alphabétisation fonctionnelle des membres des comités	6 000	8 500	8 500	8 500	6 000	37 500	37 500	
	4.1.5 Renforcer l'autonomie de gestion des comités de santé								
	4.1.6 Consolider le Recouvrement des Coûts (RC) (formations, suivi, études)	55 000	5 000	5 000	5 000	55 000	125 000	125 000	
	4.1.7 Etudier les possibilités d'octroyer des primes aux agents de santé et aux membres des comités de gestion sur le RC en fonction des performances	10 000					10 000	10 000	
	4.1.8 Selon les résultats de l'étude, octroi de primes aux agents de santé et aux membres des comités de gestion	108 000	117 000	126 000	135 000	135 000	621 000		621 000
	4.1.9 Prendre en charge les frais de réunions des comités de santé (20.000 FCFA par réunion, 4 fois / an. 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009)	48 000	52 000	56 000	60 000	60 000	276 000		276 000
	4.1.10 Mettre en place des mécanismes de prise en charge des indigents	10 000					10 000		10 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	SOUS-TOTAL RESULTAT 4.1 :	339 000	274 500	245 500	258 500	306 000	1 423 500	172 500	1 251 000
4.2 : Une micro-planification des activités est appliquée au niveau CSI par les comités	4.2.1 Appuyer l'élaboration de microplans par les CSI (30.000 FCFA et par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).	18 000	19 500	21 000	22 500	22 500	103 500		103 500
	4.2.2 Appuyer le financement des microplans des CSI (200.000 FCFA par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).	120 000	130 000	140 000	150 000	150 000	690 000		690 000
	4.2.2.1 Impliquer les comités de santé dans la délimitation des aires de santé								
	4.2.2.2 Impliquer les comités de santé dans les activités foraines : choix des centres forains, prise en charge carburant de la moto, restauration de l'agent, organisation des activités...								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 4.2 :	138 000	149 500	161 000	172 500	172 500	793 500		793 500
4.3 : Une politique de santé urbaine est élaborée et mise en application	4.3.1 Elaborer la politique de santé urbaine	10 000					10 000		10 000
	4.3.2 Elaborer un plan directeur d'implantation des infrastructures en milieu urbain en impliquant les structures privées (Carte sanitaire)								
	4.3.3 Impliquer les populations dans le choix des sites des CSI								
	4.3.4 Créer des CSI et redéployer le personnel (45 millions FCFA par CSI, 4 CSI par an entre 2006 et 2009)		180 000	180 000	180 000	180 000	720 000	720 000	
	4.3.5 Créer des centres de santé communautaire à titre expérimental (Centres auto-financés, 2 centres créés par an entre 2006 et 2008, à 45 millions FCFA chacun)		90 000	90 000	90 000		270 000	270 000	
	4.3.6 Mettre en place des comités de santé		600	600	600	400	2 200		2 200
	SOUS-TOTAL RESULTAT 4.3 :	10 000	270 600	270 600	270 600	180 400	1 002 200	990 000	12 200
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 4	487 000	694 600	677 100	701 600	658 900	3 219 200	1 162 500	2 056 700
5.1 : Les capacités de conception et de gestion du MSP sont renforcés	5.1.1 Réaliser un audit organisationnel du Ministère en Charge de la Santé	30 000					30 000	30 000	
	5.1.2 Rendre effective la coordination des partenaires techniques et financiers								
	5.1.3 Doter le MSP d'une cellule d'audit interne financière et organisationnelle	25 000	10 000	10 000	10 000	10 000	65 000		65 000
	5.1.4 Adopter une politique de concertation et de travail en équipe								

5.1.5 Renforcer le PENFORS en personnel pour un encadrement de proximité des ECD et des DRSP	9 600	19 200	24 000	24 000	24 000	100 800		100 800
5.1.6 Former le personnel du PENFORS	6 000	6 000	4 000			16 000	16 000	
5.1.7 Doter le MSP de ressources matérielles	185 000					185 000	185 000	
5.1.8 Doter le MSP de ressources financières de fonctionnement (<i>d'après évaluation budgétaire</i>)	638 700	662 200	686 800	712 600	739 800	3 440 100		3 440 100
5.1.9 Doter les DRSP de ressources financières de fonctionnement (<i>décentralisation de la gestion financière</i>)	4 170 300	4 450 400	4 704 200	4 899 300	5 132 600	23 356 800		23 356 800
5.1.10 Renforcer les capacités de contrôle et d'inspection des formations sanitaires (<i>un véhicule en 2005, bureautique en 2006</i>)	24 000	15 000				39 000	39 000	
5.1.11 Doter la DGRH et la DIEM d'outils modernes de gestion du personnel et des ressources matérielles (<i>logiciels</i>)	25 000	25 000				50 000	50 000	
SOUS-TOTAL RESULTAT 5.1 :	5 113 600	5 187 800	5 429 000	5 645 900	5 906 400	27 282 700	320 000	26 962 700

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
5.2 : La supervision et le suivi des activités sont renforcés à tous les niveaux	5.2.1 Doter le PENFORS de ressources financières et matérielles	84 000	41 000	5 000	5 000	5 000	140 000	115 000	25 000
	5.2.1.1 Doter le PENFORS de locaux adaptés	30 000					30 000	30 000	
	5.2.1.2 Doter le PENFORS de deux véhicules de supervision	24 000	24 000				48 000	48 000	
	5.2.1.3 Doter le PENFORS de matériels informatiques, bureautiques et mobiliers	25 000	12 000				37 000	37 000	
	5.2.1.4 Doter le PENFORS de budget de fonctionnement	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000		25 000
	5.2.2 Superviser semestriellement les DRSP	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500	22 500		22 500
	5.2.3 Instaurer la supervision, des HD par des spécialistes sur délégation de l'ECD	960	2 400	3 120	3 240	3 480	13 200		13 200
	5.2.4 Superviser trimestriellement les CSI (<i>25.000 FCFA par trimestre, par CSI. 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009</i>).	60 000	65 000	70 000	75 000	75 000	345 000		345 000
	5.2.5 Superviser semestriellement les ECD	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000		75 000
	5.2.6 Doter chaque district d'un véhicule de supervision (<i>à 15 millions de FCFA par véhicule, 15 districts dotés dès 2005, 15 autres en 2006, les 12 derniers en 2007</i>)	225 000	225 000	180 000			630 000	630 000	

	5.2.7 Doter chaque DRSP de deux véhicules de supervision (8 DRSP, dotées de véhicules format "familial" en 2005 à 24 millions de FCFA chacun, et de véhicules type "pick-up" à 15 millions chacun en 2006)	192 000	120 000				312 000	312 000	
	SOUS-TOTAL RESULTAT 5.2 :	581 460	472 900	277 620	102 740	102 980	1 537 700	1 057 000	480 700
5.3 : Le système d'information sanitaire est plus performant et assure la gestion des épidémies	5.3.1 Doter le SNIS de moyens de fonctionnement (Budget de fonctionnement : moyens supplémentaires par rapport à ce qui est disponible pour le moment)	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
	5.3.2 Doter le SNIS de ressources matérielles	61 500	25 000				86 500	86 500	
	5.3.2.1 Informatique	22 500					22 500	22 500	
	5.3.2.2 Véhicule	24 000	15 000				39 000	39 000	
	5.3.2.3 Bureautique	15 000	10 000				25 000	25 000	
5.3.3 Rendre disponibles les supports SNIS	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000		125 000	

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	5.3.4 Appuyer le système de collecte et de traitement des données au niveau DRSP (4 DRSP équipées en 2005, 4 autres en 2006; avec 3 ordinateurs - 1,5 millions de FCFA - et 2 photocopieurs - 3 millions - chacune).	42 000	42 000				84 000	84 000	
	5.3.5 Appuyer le système de collecte et de traitement des données au niveau DS (21 districts équipés en 2005, 21 autres en 2006; avec 2 ordinateurs - 1,5 millions de FCFA - et 1 photocopieur - 3 millions - chacun).	126 000	126 000				252 000	252 000	
	5.3.6 Mettre en place un fonds de gestion des épidémies	800 000	800 000	800 000	800 000	800 000	4 000 000		4 000 000
	5.3.5 Intégrer dans la collecte des données le secteur privé, les SSRAJ								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 5.3 :	1 064 500	1 028 000	835 000	835 000	835 000	4 597 500	422 500	4 175 000
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 5	6 759 560	6 688 700	6 541 620	6 583 640	6 844 380	33 417 900	1 799 500	31 618 400
6.1 : Le personnel est rendu disponible selon les normes	6.1.1 Elaborer et mettre en œuvre une politique de modernisation de la gestion des ressources humaines	110 500	10 000				120 500	120 500	
	6.1.1.1 Créer et mettre en place un logiciel de gestion des ressources humaines	40 000	10 000				50 000	50 000	
	6.1.1.2 Effectuer un recensement du personnel	20 000					20 000	20 000	
	6.1.1.3 Créer un fichier évolutif des postes	12 000					12 000	12 000	
	6.1.1.4 Mettre en place une stratégie d'acquisition des ressources humaines	20 000					20 000	20 000	
	6.1.1.5 Redéployer le personnel en fonction des besoins	3 000					3 000	3 000	

	6.1.1.6 Elaborer un plan de recrutement en fonction des besoins	3 000					3 000	3 000	
	6.1.1.7 Reformuler le cadre légal et réglementaire de l'ensemble du personnel	12 500					12 500	12 500	
	6.1.2 Recruter les agents en fonction des besoins (<i>coûts des personnels supplémentaires, sur budget du ministère et ressources PPTE</i>)	1 273 600	3 233 100	4 118 100	4 221 100	4 496 700	17 342 600		17 342 600
	SOUS-TOTAL RESULTAT 6.1 :	1 384 100	3 243 100	4 118 100	4 221 100	4 496 700	17 463 100	120 500	17 342 600
6.2 : Une politique de motivation des agents, affectés en périphérie est mise en place	6.2.1 Elaborer un plan de carrière pour le personnel	3 000					3 000	3 000	
	6.2.2 Assigner à tous les niveaux des contrats d'objectifs et des indicateurs de performance	3 000					3 000	3 000	
	6.2.3 Installer un système de primes et de pénalités	3 000					3 000	3 000	
	6.2.4 Définir les mécanismes de motivation non monétaires								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 6.2 :	9 000					9 000	9 000	

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
6.3 : Une politique de formation adaptée aux besoins du terrain est mise en place	6.3.1 Elaborer et adopter une politique et un plan de formation initiale	715 000	701 000	628 300	656 965	687 063	3 388 328	515 000	2 873 328
	6.3.1.1 Définir les priorités en matière de formation initiale								
	6.3.1.2 Finaliser les modules de formation des écoles de santé	20 000					20 000	20 000	
	6.3.1.3 Renforcer la formation pratique des médecins par la création d'un CHU regroupant les 2 HN de Niamey et la Maternité Gazobi	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000	250 000	
	6.3.1.4 Harmoniser les examens de fin d'année dans les écoles et instituts de santé	10 000					10 000	10 000	
	6.3.1.5 Intégrer la formation en chirurgie de district dans les curricula de la FSS								
	6.3.1.6 Intégrer l'approche centrée sur le patient dans le curriculum de formation des écoles	10 000					10 000	10 000	
	6.3.1.7 Renforcer l'équipement des écoles de formation, la bibliothèque et moyens informatiques dont l'accès à l'Internet	100 000	100 000				200 000	200 000	
	6.3.1.8 Développer une culture de maintenance dans les écoles de formation	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000	25 000	

	6.3.1.9 Attribuer des subventions suffisantes aux EPA spécialisés du secteur (ENSP, ISP)	520 000	546 000	573 300	601 965	632 063	2 873 328		2 873 328
	6.3.2 Elaborer et adopter une politique et un plan de formation continue	10 000					10 000	10 000	
	SOUS-TOTAL RESULTAT 6.3 :	725 000	701 000	628 300	656 965	687 063	3 398 328	525 000	2 873 328
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 6	2 118 100	3 944 100	4 746 400	4 878 065	5 183 763	20 870 428	654 500	20 215 928
7.1 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles est améliorée	7.1.1 Mettre en place une stratégie d'acquisition des équipements.	10 000					10 000		10 000
	7.1.2 Mettre en place une réglementation en matière d'importation, de don et legs d'équipements biomédicaux	5 000					5 000		5 000
	7.1.3 Restructurer les services techniques existants	10 000					10 000		10 000
	7.1.4 Définir les domaines à contractualiser dans le cadre du partenariat								

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	7.1.5 Définir et mettre en œuvre une approche de financement et d'exécution de la maintenance (Etat, collectivités, communauté, PTF)	10 000					10 000		10 000
	7.1.6 Mettre en place une banque de données des infrastructures et équipements (GMAO) à tous les niveaux	30 000					30 000	30 000	
	7.1.6.1 Acquérir des équipements informatiques pour chaque DRSP	18 000					18 000	18 000	
	7.1.6.2 Former les chefs SIEM et les chefs de DIEM sur le logiciel								
	7.1.6.3 Doter les SIEM de budget pour l'inventaire des infrastructures et des équipements	12 000					12 000	12 000	
	7.1.6.4 Saisir les données								
	7.1.7 Développer et mettre en place un mécanisme de programmation de réhabilitation des infrastructures et de remplacement des équipements et matériels obsolètes								
	7.1.7.1 Définir les critères de réhabilitation et de mise à niveau des infrastructures								
	7.1.7.2 Définir les critères de remplacement des équipements								

	7.1.7.3 Dresser la liste des infrastructures à réhabiliter sur la base des informations de la base de données								
	7.1.7.4 Dégager la quantité de véhicules et motos à renouveler sur la base des informations de la base de données								
	7.1.7.5 Dégager la liste des Equipements à renouveler sur la base des informations de la base de données								
	7.1.8 Réhabiliter les CSI dans 29 DS (50 CSI par an, de 2005 à 2007, à 15 millions de FCFA chaque)	750 000	750 000	750 000			2 250 000	2 250 000	
	7.1.9 Remplacer les équipements et matériels obsolètes au niveau des CSI (50 CSI par an, de 2005 à 2007, à 7,5 millions de FCFA chacun)	375 000	375 000	375 000			1 125 000	1 125 000	
	7.1.10 Renouveler les motos (en plus des dotations initiales; 5 millions FCFA par moto, 150 motos en 2005, 50 par an après).	375 000	125 000	125 000	125 000	125 000	875 000	875 000	

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	7.1.11 Rendre effective la décentralisation des budgets de maintenance aux régions et aux districts								
	7.1.12 Développer une culture de maintenance à tous les niveaux	13 150	3 150	3 150	3 150	3 150	25 750	25 750	
	7.1.12.1 Tenir un atelier sur la maintenance à l'échelle nationale	10 000					10 000	10 000	
	7.1.12.2 Tenir deux ateliers de sensibilisation /DRSP sur la Maintenance	3 150	3 150	3 150	3 150	3 150	15 750	15 750	
	7.1.12.3 Tenir deux séances de sensibilisation /an dans tous les FS								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 7.1 :	1 578 150	1 253 150	1 253 150	128 150	128 150	4 340 750	4 305 750	35 000
7.2 : Les capacités en matière de maintenance sont renforcées	7.2.1 Rendre opérationnels les SIEM (Services des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance) au niveau des DRSP	160 000	160 000				320 000	320 000	
	7.2.1.1 Recruter des ingénieurs chef SIEM (voir point 3.2)								
	7.2.1.2 Doter les SIEM de véhicule de dépannage (atelier ambulancier) (4 DRSP équipées par an en 2005 et 2006, à 15 millions de FCFA par véhicule)	60 000	60 000				120 000	120 000	

	7.2.1.3 Equiper le véhicule en outillage (4 véhicules équipés par an en 2005 et 2006, à 10 millions de FCFA par DRSP)	40 000	40 000				80 000	80 000	
	7.2.1.4 Doter les SIEM d'outils informatiques et bureautiques (4 DRSP équipées par an en 2005 et 2006, à 15 millions de FCFA chacun)	60 000	60 000				120 000	120 000	
	7.2.2 Rendre opérationnels les Services Techniques Biomédicaux Régionaux (STBR)	90 000	90 000				180 000	140 000	40 000
	7.2.2.1 Redéployer le personnel pour les STBR								
	7.2.2.2 Doter les STBR de motos de dépannage (1 par STBR à 2,5 millions de FCFA chacun)	10 000	10 000				20 000	20 000	
	7.2.2.3 Doter les STBR d'outillage (10 millions de FCFA par STBR)	40 000	40 000				80 000	80 000	
	7.2.2.4 Réhabiliter les ateliers des STBR (5 millions de FCFA par STBR)	20 000	20 000				40 000	40 000	
	7.2.2.5 Doter initiale les STBR de consommables pour les ateliers (5 millions de FCFA par STBR)	20 000	20 000				40 000		40 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	7.2.3 Rendre opérationnels les ateliers polyvalents des districts (8 DS en 2005, 12 en 2006, 6 en 2007, 1 en 2008, 2 en 2009)	152 000	228 000	114 000	19 000	38 000	551 000	507 500	43 500
	7.2.3.1 Redéployer / recruter le personnel pour les ateliers des DS								
	7.2.3.2 Doter les ateliers de motos de dépannage (à 2,5 millions de FCFA par DS)	20 000	30 000	15 000	2 500	5 000	72 500	72 500	
	7.2.3.3 Doter les ateliers des DS d'outillage (10 millions de FCFA par DS)	80 000	120 000	60 000	10 000	20 000	290 000	290 000	
	7.2.3.4 Construction atelier de maintenance polyvalent (5 millions de FCFA par DS)	40 000	60 000	30 000	5 000	10 000	145 000	145 000	
	7.2.3.5 Doter les ateliers de consommables (1,5 million de FCFA par DS)	12 000	18 000	9 000	1 500	3 000	43 500		43 500
	7.2.4 Appuyer les EPA pour une meilleure disponibilité des plateaux techniques (renforcement de la gestion et de la maintenance)	25 000	25 000				50 000	50 000	

7.2.5	Former et encadrer le personnel des services de maintenance.	15 000	64 500	79 500	42 000		201 000	201 000	
	7.2.5.1 Tenir deux ateliers de formation pour les techniques d'imagerie médicales (STBR)	5 000		5 000			10 000	10 000	
	7.2.5.2 Tenir deux ateliers de formation pour les techniques de laboratoires (STBR)	5 000		5 000			10 000	10 000	
	7.2.5.3 Tenir deux ateliers de formation pour les techniques de Stérilisation et Bloc (STBR)	5 000		5 000			10 000	10 000	
	7.2.5.4 Assurer le financement de la formation de Techniciens Biomédicaux (Dourbel)		22 500	22 500			45 000	45 000	
	7.2.5.5 Assurer la formation de Techniciens supérieurs Biomédicaux (Lyon)		18 000	18 000	18 000		54 000	54 000	
	7.2.5.6 Assurer la formation des Ingénieurs Hospitaliers (Compiègne)		24 000	24 000	24 000		72 000	72 000	
7.2.6	Elaborer et mettre en place des fiches techniques de suivi de la maintenance des équipements et de la logistique à tous les niveaux	500		500		500	1 500		1 500

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
7.2.7	Assurer le suivi de l'utilisation des ressources matérielles et financières de maintenance allouées aux régions et districts								
	7.2.7.1 Effectuer des supervisions semestrielles des SIEM								
	7.2.7.2 Effectuer des supervisions trimestrielles des STBR par les SIEM								
	7.2.7.3 Effectuer des supervisions trimestrielles des ateliers polyvalents par les STBR								
7.2.8	Tenir à jour la banque de données techniques et la documentation à tous les niveaux								
	7.2.8.1 Effectuer un inventaire semestriel au niveau des DS par les STRB								

	7.2.8.2 Suivi des inventaires semestriel au niveau des STBR par les SIEM et mise à jour de la banque de données								
	7.2.8.3 Contrôler annuellement l'inventaire au niveau des DRSP et mettre à jour la banque de données centrale								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 7.2 :	442 500	567 500	194 000	61 000	38 500	1 303 500	1 218 500	85 000
7.3 : Les infrastructures et les ressources matérielles sont acquises à moindre coût	7.3.1 Réviser et adapter les normes en infrastructures et équipements	10 000					10 000		10 000
	7.3.2 Elaborer la carte sanitaire	20 000					20 000		20 000
	7.3.3 Assurer le suivi des chantiers de construction des FS conformément aux normes	15 000	20 000	20 000	20 000	5 000	80 000	80 000	
	7.3.4 Assurer le suivi des installations des équipements au niveau des FS conformément aux normes	7 500	15 000	10 000	7 500	7 500	47 500	47 500	
	7.3.4 Assurer le suivi de l'exécution du plan de couverture conformément à la carte sanitaire								
	SOUS-TOTAL RESULTAT 7.3 :	52 500	35 000	30 000	27 500	12 500	157 500	127 500	30 000
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 7	2 073 150	1 855 650	1 477 150	216 650	179 150	5 801 750	5 651 750	150 000

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
8.1 : Les ME et les dispositifs médicaux sont disponibles dans les FS	8.1.1 Créer de 1 dépôt pharmaceutique régional à titre expérimental	185 000	85 000	10 000			280 000	150 000	130 000
	8.1.1.1 Construction ou réhabilitation	75 000	75 000				150 000	150 000	
	8.1.1.2 Appui technique et financier	10 000	10 000	10 000			30 000		30 000
	8.1.1.3 Dotation initiale	100 000					100 000		100 000
	8.1.2 Créer les conditions de l'extension du secteur pharmaceutique privé dans les régions								
	8.1.3 Recruter des pharmaciens régionaux nommés dans les DRSP (7 pharmaciens recrutés dès 2005, à un coût salarial de 200.000 FCFA par mois).	16 800	16 800	16 800	16 800	16 800	84 000		84 000
8.1.4 Evaluer les expériences en cours pour les pharmacies de cession (étude)	10 000					10 000	10 000		

8.1.5 Selon les résultats de l'évaluation, mettre en place des pharmacies de cession dans 4 CHR, les 2 maternités de référence, HN Zinder, HN Lamordé, maternité Gazobi	468 000						468 000	138 000	330 000
8.1.5.1 Aménagement et équipement des pharmacies (6 x 8.000, 3 x 15.000)	93 000						93 000	93 000	
8.1.5.2 Formation des vendeurs (y compris HNN)	35 000						35 000	35 000	
8.1.5.3 Formation comité de gestion (y compris HNN)	10 000						10 000	10 000	
8.1.5.4 Dotation initiale en ME (6 x 30.000, 3 x 50.000)	330 000						330 000		330 000
8.1.6 Attribuer au secteur hospitalier (CHR et maternités de référence) des subventions permettant de couvrir les besoins en produits spécifiquement hospitaliers hors pharmacies de cession									
8.1.7 Dotation initiale des pharmacies de cession dans les HD	80 000	120 000	60 000	10 000	20 000		290 000		290 000
8.1.8 Doter initialement en MEG les CSI nouvellement créés (50 cases de santé transformées en CSI par an de 2006 à 2008 + 16 CSI nouveaux, à 3 millions de FCFA par dotation initiale)		162 000	162 000	162 000	12 000		498 000		498 000
8.1.9 Evaluer la politique pharmaceutique nationale et du Plan Directeur Pharmaceutique et élaborer un nouveau Plan Directeur Pharmaceutique	10 000						10 000		10 000

	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
8.1.10 Former les agents de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à la rationalisation de la prescription : SPT et guide PCIME infirmiers - Formations spécifiques médecins - Documentation et guides de prescription.	250	250	250	250	200	1 200	1 200	
8.1.11 Rendre disponibles la documentation et les guides de prescription	250	250	250	250	200	1 200		1 200
8.1.12 Approvisionner en vaccins et matériel de vaccination en fonction des objectifs de couverture vaccinale fixés – PEV de routine (DTP, VAT, Polio oral, VAA, VAR) (voir points 2.4.5 et 2.4.6 pour évaluation des coûts)								
SOUS-TOTAL RESULTAT 8.1 :	770 300	384 300	249 300	189 300	49 200	1 642 400	299 200	1 343 200

8.2 : Le recours au marché informel illicite du médicament est limité	8.2.1 Mettre en application des textes réglementaires pharmaceutiques								
	8.2.2 Sensibiliser la population sur les dangers des médicaments de la rue et de l'automédication non rationnelle - Campagne radio télévisée massive et généralisée - Campagne d'affichage.	60 000	60 000	50 000	30 000	20 000	220 000		220 000
	8.2.3 Redynamiser l'Inspection Générale de la pharmacie	10 000	40 000	10 000	10 000	10 000	80 000	30 000	50 000
	8.2.3.1 Doter d'un véhicule (24 MFCFA) et de matériel bureautique (6 MFCFA)		30 000				30 000	30 000	
	8.2.3.2 Budget de fonctionnement	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		50 000
SOUS-TOTAL RESULTAT 8.2 :		70 000	100 000	60 000	40 000	30 000	300 000	30 000	270 000
8.3 : Le secteur de la biologie médicale est renforcé	8.3.1 Créer un Comité technique de réflexion sur la structuration du secteur autour du Réseau National des Laboratoires	5 000					5 000		5 000
	8.3.2 Opérationnaliser le Réseau National des Laboratoires	25 000	100 000	100 000	100 000	100 000	425 000	425 000	
	8.3.3 Attribuer des subventions suffisantes aux EPA spécialisés du secteur (CNTS, CRTS, CERMES, LANSPEX)	505 000	547 500	610 375	773 644	787 326	3 223 845		3 223 845
	8.3.4 Créer pour les hôpitaux une ligne budgétaire spécifique " Réactifs et Consommables de laboratoires" différenciée de la ligne Médicaments et attribuer des crédits suffisants pour l'approvisionnement en réactifs et consommables.	164 440	234 936	275 750	289 819	310 454	1 275 398		1 275 398

		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	INVEST.ts	FONCT.t
	8.3.5 Recruter et former du personnel spécialisé compétent pour les laboratoires de tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Ingénieurs, Techniciens, Biologistes)	285 000	279 500	249 500	229 500	37 500	1 081 000		1 081 000
	8.3.6 Mettre en place de 2 nouveaux CRTS : Tahoua et Maradi	205 000	205 000	205 000	205 000		820 000	820 000	
	SOUS-TOTAL RESULTAT 8.3 :	1 189 440	1 366 936	1 440 625	1 597 962	1 235 280	6 830 242	1 245 000	5 585 242
8.4 : La médecine traditionnelle	8.4.1 Définir le cadre de collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle	70 000	50 000				120 000		120 000
	8.4.2 Promouvoir la médecine traditionnelle	40 000	40 000	30 000	30 000	30 000	170 000		170 000

de qualité est intégrée à l'arsenal thérapeutique	8.4.3 Appuyer le développement d'unités locales de production artisanale de médicaments traditionnels améliorés en collaboration avec les tradipraticiens et communautés.	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000	50 000	
	8.4.4 Mener des recherches orientées sur la médecine traditionnelle	25 000	25 000	25 000	15 000	15 000	105 000	105 000	
	SOUS-TOTAL RESULTAT 8.4 :	145 000	125 000	65 000	55 000	55 000	445 000	155 000	290 000
	SOUS-TOTAL OBJECTIF 8 :	2 174 740	1 976 236	1 814 925	1 882 262	1 369 480	9 217 642	1 729 200	7 488 442
	Coûts totaux	34 027 323	41 134 541	42 251 123	41 304 246	39 749 758	198 466 992	41 022 990	157 444 002
						dont :			
						Biens de capital	32 021 500		
						Formations initiales	844 250		
						Études et recherches	294 000		
						Programmes	4 383 740		
						autres	3 479 500		

Pour des renseignements complémentaires sur le IHP+, veuillez contacter:

Robert Fryatt

Senior Advisor
Health Systems and Services

Nicole Klingen

Senior Health Specialist
Human Development Network

Chris Mwikisa

Director
Harmonisation for Health in Africa

Rudolph Knippenberg

Senior Health Advisor

World Health Organization

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: +41 22 791 2743
Mobile: +41 79 202 1837
Fax: +41 22 791 4881

Email: fryattr@who.int
<http://www.who.int>

The World Bank

1818 H Street N.W.
Washington DC 20433
USA

Tel: +1 202 458 7413
Mobile: +1 202 460 0157
Fax: +1 202 614 0148

Email: nklingen@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>

World Health Organization

Regional Office for Africa
PO Box 06 Brazzaville
Congo

Tel: +47 241 39100
Mobile: +41 79 516 3135
Fax: +47 241 395503

Email: mwikisac@who.int
<http://www.afro.who.int>

United Nations Children's Fund

UNICEF House
3 United Nations Plaza 10017
USA

Tel: +1 212 326 7000
Mobile: +1 917 605 1524
Fax: +1 212 887 7465

Email: rknippenberg@unicef.org
<http://www.unicef.org>

Mars 2008