

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité-Travail-Progrès



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,
DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION**



**GUIDE DE SUIVI-EVALUATION DU PLAN
DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET
SOCIAL (PDSS) 2022 - 2026**

Novembre 2022

AVANT- PROPOS

Le présent document, fruit d'un travail d'équipe, fait partie intégrante du Plan de Développement Sanitaire et social (PDSS 2022-2026) du Niger.

Il constitue un cadre de référence pour les actions de suivi et évaluation au cours des cinq (05) ans que durera le PDSS 2022-2026.

Ce cadre est un outil qui vise à mettre en cohérence les différents éléments pour apprécier les progrès dans la mise en œuvre du PDSS 2022-2026, à partir d'indicateurs clés sélectionnés et clairement définis.

Ce document devra être évalué annuellement et mis à jour, au fur et mesure de la mise en œuvre du PDSS 2022-2026. C'est dire qu'il doit rester flexible et répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs en matière d'appréciation des performances et des résultats du PDSS 2022-2026.

Il est donc important que tous les acteurs du secteur de la santé s'approprient de manière effective ce guide pour une plus grande synergie dans la réalisation des objectifs du PDSS d'ici 2026.

Membres du comité de pilotage de l'élaboration du GSE :

Président : Ministre de la Santé Publique, de la Population et de l'Action sociale : **Dr Illiassou IDI MAINASSARA**

Comité de suivi de l'élaboration du GSE :

- **Dr Ibrahim Souley**, Secrétaire Général du MSP/P/AS ;
- **M. Assoumana Hadja Malam Bacharou**, Directeur des Etudes et de la Programmation (DEP/ MSP/P/AS) ;
- **Dr Seydou Malam Ekoye**, Conseiller Technique (CT) Fonds Commun (FC) d'Appui au PDSS
- **M. Mamadou Malam Adam**, Chef de Division Programmation, DEP/ MSP/P/AS) ;
- **M. Jean François Caremel** ; PH4 au MSP/P/AS
- **Dr Aida Mounkaila**, Directrice des Statistiques du MSP/P/AS ;
- **M. Issa Ibrahim**, Ministère du Plan ;
- **M. Abdou Dan Baskoré**, Chef de Division Statistiques DS/MSP/P/AS) ;
- **M. Ibrahim Moussa**,; Chef de Division Suivi et Evaluation DS/MSP/P/AS) ;
- **M. Bizo Moussa**, OMS ;
- **Dr Fatimata Zampaligré**, OMS ;
- **M. Abi Sapu**, UNFPA.

Relecture et mise en pages :

M. Adakal Aboubacar, CT Projet CHISU/USAID Niger,

M. Chaibou Begou Aboubacar, OL/GFF/Niger,

Consultante : **Dr GUERO Maimouna H.DOUDOU**, MD, MPH, PEDs, PhD, Université Privée Africaine pour le développement.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTES DES FIGURES	V
SIGLES α ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION	1
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
1.2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	1
1.3. OBJECTIFS DU GUIDE	2
1.4. STRUCTURE ET CONTENU	2
PARTIE I : DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE SUIVI ET EVALUATION	3
2.1. LIMITES DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE SUIVI-EVALUATION EXISTANT	3
2.1.1. ORGANES DE SUIVI-EVALUATION	3
2.1.2. STRUCTURES D'APPUI A LA MISE EN ŒUVRE DU SUIVI-EVALUATION	5
2.1.3. COMITE DE PILOTAGE DU SUIVI-EVALUATION	5
2.2. DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION DU NOUVEAU PDSS 2022-2026	6
2.2.1. AU NIVEAU CENTRAL	6
2.2.2. AU NIVEAU DECENTRALISE	6
2.2.3. ROLES ET RESPONSABILITES DES DIFFERENTS ORGANES (POLITIQUE, STRATEGIQUE ET TECHNIQUE) DU MSP/P/AS DANS LE SUIVI-EVALUATION DU PDSS 2022-2026	7
2.2.4. ROLES ET RESPONSABILITES DES STRUCTURES CENTRALES ET DES RESPONSABLES DES PROGRAMMES IMPLIQUES DANS LE SECRETARIAT PERMANENT EN MATIERE DE S&E	9
2.2.5. ROLES ET RESPONSABILITES DES DIFFERENTS ORGANES DU NIVEAU DECENTRALISE	10
PARTIE III : SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION ET CADRE DE REFERENCE	15
3.1. FONCTIONS DU SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION	15
3.2. PRINCIPES DE BASE DU SUIVI	16
3.2.1. L'EFFICACITE	16
3.2.2. LA PORTEE	16
3.2.3. LA RESPONSABILITE	17
3.3. FONCTION DU SUIVI	17
3.4. OUTILS/INSTRUMENTS ET MECANISMES DE SUIVI	18
3.4.1. INSTRUMENTS, OUTILS DE COLLECTE ET SYSTEME DE GESTION DE DONNEES	18
3.4.2. MECANISMES DE SUIVI	19
3.5. PRINCIPE DE BASE DE L'EVALUATION	24
3.5.1. LA PLURALITE	24
3.5.2. LA DISTANCIATION	25

3.5.3.	LA COMPETENCE	25
3.5.4.	LE RESPECT DES PERSONNES	25
3.5.5.	LA TRANSPARENCE	25
3.5.6.	LA RESPONSABILITE	25
3.6.	FONCTION DE L'EVALUATION	25
3.7.	PROCEDURE DE CONDUITE DES EVALUATIONS	26
3.7.1.	PREPARATION DE L'EVALUATION	26
3.7.2.	LES CRITERES D'EVALUATION	28
3.8.	CADRE DE REFERENCE DU GUIDE DE SUIVI EVALUATION DU PDSS 2022-2026	29
3.8.1.	ORIENTATIONS DU PDSS	29
✓	VISION	29
✓	OBJECTIFS	29
✓	RESULTATS ATTENDUS DU PDSS 2022-2026	29
✓	CADRE LOGIQUE DU PDSS 2022-2026	30
PARTIE IV : SUIVI ET L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE		31
4.1.	MESURE DE LA PERFORMANCE DU PDSS 2022-2026	31
4.2.	PERFORMANCE DU PDS 2017-2021	32
4.3.	CRITERES DE CHOIX DES INDICATEURS DU PDSS 2022-2026	33
4.4.	CADRE DE MESURE DES RESULTATS DU PDSS 2022-2026	34
PARTIE V : EXPLOITATION DES DONNEES DE SUIVI ET D'EVALUATION		35
5.1.	GESTION DES INFORMATIONS DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION DU PDSS	35
5.1.	CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE DU NIGER	35
5.2.	PROCEDURE DE RETOUR DE L'INFORMATION ET DE DIFFUSION	36
5.3.	GESTION AXEE SUR LES RESULTATS ET GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION DU S&E DU PDSS	36
5.4.	CAPITALISATION ET GESTION DES CONNAISSANCES	36
PARTIES VI : PLAN DE SUIVI-EVALUATION		38
6.1.	ACTIVITES POUR LE SUIVI-EVALUATION DU PDSS 2022-2026	38
6.2.	BUDGET	39
CONCLUSION		40
GLOSSAIRE		41
ANNEXES		I
ANNEXE 1 : MISSIONS, ROLES ET RESPONSABILITES, MODE DE FONCTIONNEMENT ET COMPOSITION DES ORGANES POLITIQUE ET STRATEGIQUE		2
ANNEXE 2 : MATRICE DU CADRE LOGIQUE DU PDSS 2022-2026		15

ANNEXE 3 : CADRE DE MESURE DES RESULTATS DU PDSS 2022-2026	25
ANNEXE 4 : RELATION DES INDICATEURS AVEC LES PROGRAMMES ET ASPECTS GENERAUX	40
ANNEXE 5 : SYNTHESE DES INDICATEURS PAR PROGRAMME	56
ANNEXE 6 : MODALITES DE CALCULS DES INDICATEURS	57
ANNEXE 7 : LISTE DES INDICATEURS CLES 2022-2026 ET LEURS VALEURS CIBLES	85
ANNEXE 8 : LISTE DES MOLECULES ESSENTIELLES RETENUES PAR NIVEAU DANS LE PDSS 2022-2026	87
ANNEXE 9 : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PDSS 2022-2026	90
ANNEXE 10 : BUDGET DU PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PDSS	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Dysfonctionnement des cadres de concertation existants du niveau central	3
Tableau 2 : Dysfonctionnement des cadres de concertation existants du niveau décentralisé.....	4
Tableau 3 : Rôles et responsabilités des différents organes du PDSS 2020-2026	8
Tableau 4 : Rôles et responsabilités des structures déconcentrées.....	12
Tableau 5 : Mécanismes de suivi.....	19
Tableau 6 : Relation des organes stratégique et de décision	23
Tableau 7 : But, la portée et le calendrier des évaluations.....	26
Tableau 8 : Structure programmatique du PDSS 2022-2026	29
Tableau 9 : Résultats et effets de la mise en œuvre par programme du PD (source Evaluation externe à mi-parcours du PDS 2017-2021 : Rapport final).....	32
Tableau 10 : Nombre d'indicateurs du PDSS 2022-2026.....	33
Tableau 11 : Nombre d'indicateurs pour les résultats à moyen terme du PDSS.....	34
Tableau 12 : Planification des études, des évaluations, des missions et des revues du PDSS 2022-2026	39

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Dispositif de suivi et évaluation du PDSS 2022-2026	15
Figure 2 : Critères d'évaluation du PDSS	28
Figure 3 : Dimensions de la mesure de la performance.....	31
Figure 4 : Notation représentant le niveau de réalisation des objectifs d'un produit	31
Figure 5 : Circuit de l'information sanitaire du Niger	35

SIGLES α ABREVIATIONS

ARV	Anti rétroviraux
CCM	Country Coordinating Mechanism
CCS	Comité communal de Santé
CHR	Centre Hospitalier Régional
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNS	Conseil National de Santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGEST	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CRS	Comité Régional de Santé
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CS	Case de Santé
CSD	Comité de Santé de District
CSI	Centre de Santé Intégrée
CSME	Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant
CT	Comité Technique
CTC	Comité Technique du CSI
CTCS	Comité Technique Communal de Santé
CTNS	Comité Technique National de Santé
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
CTSD	Comité Technique de Santé du district
CUS	Couverture Universelle en Santé
CV	Charge virale

DAIDRP	Direction des archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DHIS	District Health Information Software
DIES	Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires
DISS	Déchets Issus de Soins de Santé
DL	Direction de la Lutte Contre la Maladie
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DPPD	Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRSP/P/AS	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DS	Direction des Statistiques
DSRE	Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
ECD	Equipe Cadre de District
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger
ENAFEME	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPST	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technique
FCFA	Franc des Colonies Françaises d'Afrique
FGF	Fibroblast Growth Factor
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle
GSE	Guide de Suivi et Evaluation

Hbts	Habitants
HD	Hôpital de District
HNR	Hôpital National de référence
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Information, Education et Communication
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
KM	Kilomètre
MC	Médecin Chef
MCD	Médecin Chef du District
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales
MTN	Maladies Tropicales Négligées
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
NV	Naissances Vivantes
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA	Plan d'Action Annuel
PAD	Pression Artérielle Diastolique

PAP	Projet Annuel de Performance
PAP/PA	Plan d'Action Prioritaire Pluri Annuel
PAS	Pression Artérielle Systolique
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDSS	Plan de Développement Sanitaire et Social
PENTA	Vaccin Pentavalent
PF	Planification Familiale
PH	Personnes Handicapées
PM	Pour Mémoire
PNSN	Politique Nationale de la Sécurité Nutritionnelle
PPA	Plan Pluri Annuel
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PV	Procès-verbal
PVH	Papilloma Virus Humain
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
QUIBB	Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être
RAP	Rapport Annuel de Performance
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
S&E	Suivi et Evaluation
SAF	Service Administratif et Financier
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SG	Secrétariat Général
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

SNU	Système des Nations Unies
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP	Secrétariat Permanent
SPIS	Service de Programmation et d'Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
SRMNIA-Nut	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescente et la Nutrition
STEPS	Approche intégrée de surveillance / prévention / prise en charge des MNT
TB/TBC	Tuberculose
TBS	Tableau de Bord Santé
Td2	Vaccin anti-tétanos
TdR	Termes de Référence
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TMM5	Taux de Mortalité des Moins de cinq (5) ans
TO	Télégramme Officiel
TPI	Traitement Prophylactique Intermittent
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAR	Vaccin contre la rougeole
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 est arrivé à terme et a fait l'objet d'une évaluation externe à mi-parcours en 2019 aux fins d'apprécier les résultats obtenus d'une part, et de tirer les enseignements appris pour la préparation et la mise en œuvre du nouveau PDSS 2022-2026 d'autre part.

Malgré les efforts louables dans la mise en œuvre du PDS 2017-2021, les capacités en suivi-évaluation demeurent encore faibles et ne permettent pas de disposer des informations pertinentes en temps réel pour la prise de décision en vue de servir à mieux orienter et concevoir les nouveaux documents de planification.

Dans la logique d'améliorer le système de suivi-évaluation pour le nouveau PDSS 2022-2026, le MSP/P/AS a engagé l'élaboration de ce guide de suivi-évaluation selon une approche dynamique et participative.

Pour opérer cette réorientation stratégique, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) a besoin d'un cadre solide et cohérent de suivi et d'évaluation favorisant un pilotage adéquat des programmes du PDSS 2022-2026 grâce à la collecte et l'analyse d'informations pertinentes, quantitatives et qualitatives, par un suivi de la réalisation des activités, des résultats obtenus et une évaluation des effets et de l'impact.

Le processus de développement du nouveau PDSS 2022-2026 y compris son guide de suivi-évaluation est marqué par une série de réformes et de rénovations conduites par le MSP/P/AS visant essentiellement à rendre plus performant le système sanitaire dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux. Ce processus a été réalisé selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et l'approche budget programme conformément aux documents nationaux, notamment le guide méthodologique d'élaboration de plan stratégique au niveau ministériel et celui d'élaboration des cadres stratégiques sectoriels qui ont été élaborés par le Ministère du Plan.

Ce guide de suivi-évaluation est en étroite cohérence avec le dispositif de suivi-évaluation du Plan de Développement Economique et Social (PDES) du Niger. Il devra apporter à temps les ajustements nécessaires dans sa mise en œuvre afin de permettre d'impulser de nouvelles orientations et fournir une information précise et objective rendue à temps aux partenaires techniques et financiers.

1.2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Pour l'élaboration du présent guide de suivi-évaluation du PDSS 2022-2026, le MSP/P/AS avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) a recruté un consultant qui a travaillé en étroite collaboration avec un comité technique mis en place à cet effet. Le comité était présidé par le Directeur des Etudes et de la Programmation (DEP) en présence des cadres des directions et structures du MSP/P/AS et des PTFs. Plusieurs séances de travail ont été organisées, validant à chaque étape le draft

proposé par le consultant. Ce qui a permis de faire un consensus sur l'ensemble du contenu du document.

A l'image du PDSS, la réalisation de ce présent guide a été l'effort de tous les acteurs selon une approche participative et multisectorielle et constitue le cadre unique de référence pour le système de suivi évaluation du PDSS 2022-2026. Il est dynamique, et peut être révisé en fonction des modifications que recommanderaient les résultats issus des différentes revues ou évaluations du PDSS.

1.3. OBJECTIFS DU GUIDE

Le guide de suivi-évaluation a pour objectif d'améliorer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du nouveau Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS 2022-2026) par :

- Le fonctionnement régulier du dispositif institutionnel mis en place à cet effet afin de produire des informations statistiques de qualité ;
- Le renforcement du mécanisme de suivi - évaluation existant axé sur les résultats attendus du PDSS 2022-2026 en termes d'effets, de changements et d'impacts ;
- Le suivi et l'évaluation de la performance pour alimenter les décisions et contribuer à l'atteinte des objectifs du PDSS 2022-2026 ;
- L'exploitation des données de suivi et d'évaluation pour permettre et faciliter la production régulière des rapports, la dissémination et l'organisation des revues ;
- L'établissement d'un plan de suivi-évaluation.

1.4. STRUCTURE ET CONTENU

Le guide se compose de cinq parties :

La **première partie** présente le dispositif institutionnel actuel de suivi et d'évaluation du PDSS 2022-2026 axés sur les résultats. Les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du guide de suivi-évaluation du PDS 2017-2021 ont permis de proposer des voies d'amélioration du présent dispositif.

La **deuxième partie** constitue le corps du guide. On y trouvera :

- Les principes de base du suivi, les méthodes et instruments ;
- La procédure de conduite des évaluations ainsi que les acteurs et les critères.

Cette section présente également l'orientation pratique sur le cadre de suivi et évaluation du PDSS 2022-2026, qui définit : (i) les liens entre les ressources (intrants) nécessaires qui seront utilisées, les activités à mener (processus), les résultats (effets/produits) attendus et l'impact ; (ii) les liens entre les différents éléments du cadre logique définis dans le PDSS.

La **troisième partie** examine la mesure de la performance et le système d'indicateurs de mesure des résultats comprenant la liste des indicateurs incluant les indicateurs d'intrants (inputs), d'activités (processus), de résultats (effets/produits/extrants/outputs) et d'impact (outcome) du PDSS 2022-2026.

La quatrième partie concerne l'exploitation des données de suivi et d'évaluation tout en précisant :

- La procédure de remontée et de validation de l'information ;
- La procédure de diffusion et de feedback de l'information ;
- La procédure d'élaboration et de validation des rapports.

La cinquième partie fait focus sur le plan de suivi – évaluation du PDSS 2022-2026.

PARTIE I : DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE SUIVI ET EVALUATION

2.1. LIMITES DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE SUIVI-EVALUATION EXISTANT

Le dispositif institutionnel de suivi-évaluation des PDS passés (2005-2010, 2011-2016 et 2017-2021) était organisé de manière symétrique aux cadres de mise en œuvre, de pilotage et de coordination qu'il alimente. Il est déployé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et comprend :

- Les organes techniques et de prise de décision ;
- Les structures d'appui à la mise en œuvre du suivi-évaluation ;
- Le comité de pilotage.

2.1.1. Organes de suivi-évaluation

Au niveau central, le Conseil National de Santé (CNS) et le Comité Technique National de Santé (CTNS) ont été mis en place en 2006. Mais ces derniers sont actuellement en déphasage avec l'évolution du contexte international et national. Leur rôle dans le suivi-évaluation des PDS passés a été insuffisant. L'organisation actuelle reste caractérisée par un morcèlement et une multiplication des groupes de travail, ce qui ne favorise pas le dialogue et la concertation autour des thématiques importantes. De plus la multiplication des instances de décision liées à certaines thématiques (CCIA, CCM, One Health, commissions et groupes techniques de travail, Comité Technique de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (CT-PNSN), Groupe Technique Nutrition...) fragmente le dialogue mais aussi la prise de décision entre le MSP/P/AS et ses partenaires.

Les principaux problèmes que posent ces cadres de concertation existants sont synthétisés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Dysfonctionnement des cadres de concertation existants du niveau central

Organes et attributions (Pour le suivi-évaluation)	Dysfonctionnements constatés
Comité National de la Santé (CNS) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre la planification des régions ; ▪ Suivre et évaluer les PDS ; ▪ Monitorer les indicateurs ; ▪ Tenir les revues semestrielles ; ▪ Suivre la mobilisation des ressources ; ▪ Suivre et contrôler le budget ; ▪ Suivre la coordonner des actions des PTF. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les organes n'étaient pas des cadres formels de redevabilité interne au MSP/P/AS, mais aussi pas de cadre de redevabilité et responsabilité mutuelle incluant les PTFs ; ➤ Ils ne permettent pas le suivi des engagements entre le MSP et les PTFs tels que définis dans le Compact (appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats) ; ➤ Les revues annuelles de ces organes ne font pas le suivi des réformes des finances publiques mise en place au sein du MSP/P/AS ; ➤ Les organes ne permettent pas de dialogue entre le MSP/P/AS et les autres acteurs (PTFs, OSC, secteur privé etc.) faute d'instances formelles de dialogue dans le CNS et CTNS
Comité Technique National de santé (CTNS) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre l'élaboration du PDS et des PAA au niveau central ; ▪ Suivre et évaluer les PDS ; ▪ Monitorer les indicateurs ; ▪ Tenir les revues semestrielles ; ▪ Suivre et contrôler le budget ; ▪ Assurer les audits et les évaluations. 	

Organes et attributions (Pour le suivi-évaluation)	Dysfonctionnements constatés
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Multiplication des instances de coordination liée à certaines thématique (fragmentation du dialogue, mais aussi de la prise de décision)

Au niveau décentralisé, les organes techniques et de prise de décision et les différents dysfonctionnements sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Dysfonctionnement des cadres de concertation existants du niveau décentralisé

Niveau	Organes et attributions dans le cadre du SE	Dysfonctionnements constatés
Niveau Région	Comité Régional de Santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre et évaluer les PAA ; ▪ Faire le Suivi et le contrôle budgétaire ; ▪ Assurer le suivi de la coordination des actions de PTF ; ▪ Assurer le suivi et évaluation des activités de santé ; ▪ Commanditer des audits. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'existence des cadres de concertation mis en place en 2006 sont en déphasage avec l'évolution du contexte national ; ➤ La périodicité des réunions des différents Organes n'est pas respectée et donc non efficace pour les prises de décision ;
	Comité Technique Régional de Santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer les plans d'Actions Annuels ; ▪ Faire le monitoring des indicateurs ; ▪ Organiser les revues semestrielle et annuelle des PAA ; ▪ Suivre et contrôler le budget ; ▪ Proposer les priorités au niveau régional ; ▪ Commanditer les audits ; ▪ Assurer l'application des recommandations des audits ; ▪ Produire les rapports techniques et financiers 	
Niveau District	Comité de Santé du District <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre la mise en œuvre des PAA ; ▪ Approuver les résultats de l'évaluation des PAA ; ▪ Suivre la coordination des actions de PTF ; ▪ Faire le monitoring des indicateurs et organiser les revues semestrielle et annuelle des PAA ; ▪ Approuver les comptes de l'ensemble du district. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les Comités de Santé ont arrêté leur fonctionnement par suite de l'arrêt de financement de tel ou tel autre partenaire au développement. Seuls 19 sur 164 Comités de Santé fonctionnent et tous sur ressources extérieures.
	Comité Technique de Santé du District <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre et évaluer la mise en œuvre des PAA et des programmes de santé ; ▪ Faire le monitoring des indicateurs et organisation des revues semestrielles et annuelles des PAA ; ▪ Suivre la coordination des actions des partenaires. 	
	Comité Communal de Santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valider les PAA ▪ Suivre la mise en œuvre des PAA, ▪ Approuver les résultats de l'évaluation des PAA ▪ Suivre la coordination des actions de PTF ▪ Faire le monitoring des indicateurs et organiser les revues semestrielle et annuelle des PAA ▪ Approuver les comptes de l'ensemble du district ▪ Plaider pour la mobilisation des ressources 	<p>Le renouvellement des COSAN et CT des CSI et des communes devrait se faire tous les deux ans mais existants actuellement étaient en place depuis plus de 10 ans ; Certains membres ne sont plus sur place et de ce fait les rencontres prévues ne se tiennent plus</p>
	Comité Technique Communal de Santé	

Niveau	Organes et attributions dans le cadre du SE	Dysfonctionnements constatés
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Veiller à l'identification des problèmes de l'aire de santé de la commune ;</i> ▪ <i>Soumettre à son comité communal de santé, au Conseil Communal et à l'Equipe Cadre du District, des décisions qui relèvent de leurs compétences respectives ;</i> ▪ <i>Elaborer les programmes d'actions sanitaires dans les autres domaines relevant de son champ de compétences (hygiène, IEC,) ;</i> ▪ <i>Elaborer le projet du plan communal de santé Suivre et évaluer les micros plans des CSI de la commune ;</i> ▪ <i>Effectuer le monitoring des indicateurs</i> ▪ <i>Produire les rapports techniques et financiers ;</i> ▪ <i>Plaider pour la mobilisation des ressources.</i> <p data-bbox="260 701 659 734">Comité de Santé du CSI – COSAN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Approuver le micro plan du CSI</i> ▪ <i>Approuver les rapports techniques et financiers</i> ▪ <i>Suivre et évaluer le micro plan y compris le partenariat</i> ▪ <i>Plaider pour la mobilisation des ressources</i> ▪ <i>Assurer le suivi et le contrôle pour le respect de la qualité des soins et services dispensés par le CSI.</i> <p data-bbox="260 972 563 1005">Comité Technique du CSI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Identifier les problèmes de l'aire de santé ;</i> ▪ <i>Elaborer, suivre et évaluer le projet du micro plan ;</i> ▪ <i>Assurer le monitoring des indicateurs ;</i> ▪ <i>Produire les rapports techniques et financiers ;</i> ▪ <i>Plaider pour la mobilisation des ressources ;</i> ▪ <i>Promouvoir la participation communautaire.</i> 	

2.1.2. Structures d'appui à la mise en œuvre du suivi-évaluation

Au niveau central, quatre (4) structures ont joué un rôle prépondérant dans le suivi-évaluation des PDS passés. Il s'agit du Secrétariat Général, de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP), de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et de la Direction des Statistiques (DS). Cependant, il a été constaté en matière de suivi-évaluation un chevauchement des attributions particulièrement entre la DEP et la DS. Dans le guide de suivi-évaluation du PDS 2017-2021, il a été bien défini le rôle régalien de ces structures centrales mais leur rôle dans le suivi-évaluation, n'a pas été explicité. Le même constat a été fait au niveau des structures décentralisées.

2.1.3. Comité de pilotage du suivi-évaluation

Il est censé être la structure permanente d'appui au suivi évaluation du PDS qui répond aux besoins en information des décideurs (Gouvernement et PTF), des DRSP/P/AS, des Districts et de tous les acteurs intervenant sur le terrain. Mais des insuffisances ont été constatées dans son fonctionnement d'autant plus que ses attributions ne sont pas claires et les réunions ne sont pas régulières. Il est composé de la DEP, le représentant des PTF, la Direction des Statistiques et la DRFM.

Pour renforcer le leadership du MSP/P/AS dans la prise de décisions en matière de politique sanitaire et veiller à la redevabilité des acteurs au regard des changements et réformes en cours dans le secteur de santé, le MSP/P/AS et ses partenaires ont défini un nouveau cadre conjoint de coordination et de concertation. A cet effet, un atelier sur la réforme des mécanismes de coordination s'est tenu du 1-3 décembre 2021 et les participants se sont mis d'accord sur le dispositif qui décrit ce nouveau dispositif de dialogue en gestation, qui consiste en une réforme du Comité National de la Santé (CNS) et du Comité Technique National de la Santé (CTNS) autour de 3 organes (organes décisionnel, stratégique et techniques).

2.2. DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION DU NOUVEAU PDSS 2022-2026

2.2.1. Au niveau central

Dans la nouvelle réforme des instances de coordination du PDSS 2022-2026, le MSP/P/AS a mis en place les organes suivants :

1. **Le Comité National de la Santé (CNS)** qui est l'organe politique et de décision et qui a pour mission d'approuver les orientations politiques en matière de santé et de promouvoir la multisectorialité en faveur du secteur de la santé ;
2. **Le Comité Technique National de la Santé (CTNS)** qui est l'organe stratégique et de coordination du secteur de la santé dont la mission consistera à valider les documents stratégiques du secteur de la santé et à préparer les réunions du CNS ;
3. **Le Secrétariat Permanent (SP)** dont sa mission consiste à impulser le dialogue sectoriel autour de la Politique Nationale de la Santé (PNS) et du PDSS et des engagements de la PNSN sous la redevabilité du MSP/P/AS, à assurer la cohérence des documents stratégiques produits par les commissions techniques et à préparer les réunions du CSNS ;
4. **Les Commissions Techniques (CT)** qui ont pour mission d'impulser le dialogue sous sectoriel autour des thématiques telle que le financement de la santé, les ressources humaines pour la santé, etc. et d'apporter leurs appuis aux quatre Programmes du MSP/P/AS dans la réalisation de leurs missions.

En plus du suivi de la mise en œuvre du PDSS à travers les revues annuelles et semestrielles, ces instances de coordination seront des espaces de dialogue et de concertations entre les différentes parties prenantes. Leurs missions, rôles et responsabilités, mode de fonctionnement et composition sont présentés en annexe 1. Il est important de s'assurer que les mécanismes de coordination qui seront issus de cette réforme fonctionnent sur ressources domestiques pour assurer la pérennité et l'efficacité de l'ensemble du dispositif de coordination à tous les niveaux du système de santé.

2.2.2. Au niveau décentralisé

La discussion relative à la réforme des mécanismes de coordination au niveau décentralisé a été lancée lors de l'atelier du 1-3 décembre 2021 relatif à la réforme des mécanismes de coordination au sein du MSP/P/AS. Les avis des uns et des autres sont divergents quant au contenu de cette réforme, certains participants pensent que l'on doit mettre en place un Secrétariat Permanent au niveau régional et départemental, d'autres estiment que cela n'est pas nécessaire. Ces derniers soutiennent que la réunion de staff qui se fait à ce niveau-là suffit. Il convient de signaler que l'une des raisons qui militent pour la mise en place du SP est d'impulser le dialogue structuré avec les partenaires qui interviennent dans le secteur de la santé, mais aussi de s'assurer d'une bonne coordination des comités thématiques existantes. La réunion de staff n'inclut pas les partenaires qui interviennent à ce niveau.

Tous les participants à l'atelier sont d'accord sur le fait que des discussions approfondies avec le niveau décentralisé (régional et départemental) sont nécessaires pour arriver à mettre en place à ce niveau des mécanismes de coordination qui prennent en compte les besoins liés à la fois à l'évolution du contexte international et national mais aussi local (décentralisation, réforme organique du MSP/P/AS, etc.) qui sont en cours à ce niveau départemental.

Dans ce guide de suivi-évaluation, nous avons reconduit le dispositif existant.

2.2.3. Rôles et responsabilités des différents organes (politique, stratégique et technique) du MSP/P/AS dans le suivi-évaluation du PDSS 2022-2026

Le tableau 3 donne un aperçu global du dispositif institutionnel du suivi-évaluation du PDSS 2020-2026 et les liens entre les différentes composantes.

Tableau 3 : Rôles et responsabilités des différents organes du PDSS 2020-2026

Niveau	Organes*	Responsables	Rôles dans le S&E du PDSS 2022-2026
Primature	Organe politique et de décision	CNS Instance présidée par le Premier Ministre et le secrétariat assuré par le SG du MSP/P/AS appuyé par le Secrétariat Permanent (SP).	<ul style="list-style-type: none"> - Apprécier et valider le S&E de la mise en œuvre du PDSS permettant d'alimenter le Rapport Annuel de Performance (RAP) du PDES comprenant l'exécution technique, financière et budgétaire ; - Valider le calendrier annuel du MSP/P/AS comprenant l'ensemble des réunions, ateliers du secteur liés au cycle de planification depuis le niveau central jusqu'au district sanitaire. - Faire le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PDSS et examiner le niveau de mise en œuvre des réformes ; - Valider la programmation du Projet Annuel de Performance (PAP) sectoriel et assurer le suivi et contrôle budgétaire ; - Présenter l'évolution des indicateurs du PDSS et les disparités éventuelles entre régions et entre catégories de population ; - Proposer des orientations pour les interventions à venir.
MSP/P/AS		CTNS Instance présidée par le MSP/P/AS et le secrétariat assuré par le SP du MSP/P/AS	
SG du MSP/P/AS	Organe stratégique	SP Cet organe est présidé par le SG assisté par les responsables des programmes, la DEP, la DS, la DRFM et la DL	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner la mise en œuvre du PDSS et garantir le cycle de planification (organiser les réunions du CTNS et du CNS, le rapportage de la mise en œuvre du PDSS (RAP) ; - Assurer le suivi et contrôle budgétaire ; - Présenter la situation, la hauteur et la tendance des indicateurs-clé des priorités de santé et recommandations intersectorielles ; - Proposer la commande d'audits, des évaluations à mi-parcours et finale du PDSS et la réalisation des enquêtes ; - Assurer la capitalisation des bonnes pratiques.
Directions du MSP/P/AS	Organes techniques	CT Le Directeur dont la direction a la thématique dans ses responsabilités Coprésidées par un expert d'une organisation des PTFs	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'exécution et la gestion du PDSS afin d'assurer le S&E (y compris l'analyse des performances) ; - Assurer de la production effective des livrables, dans les délais ; - Produire une matrice des résultats qu'elles se fixent, avec le niveau d'avancement et un calendrier des activités et assurer le monitoring des indicateurs ; - Etablir une communication soutenue entre toutes les parties prenantes par la diffusion régulière de l'information à chaque étape des travaux, par la vulgarisation et l'appropriation des productions.

*(Composition en annexe 1)

2.2.4. Rôles et responsabilités des structures centrales et des responsables des programmes impliqués dans le secrétariat permanent en matière de S&E

Au niveau central, quatre (4) structures jouent un rôle prépondérant dans le suivi-évaluation du PDSS. Il s'agit de :

- Secrétariat Général ;
- Direction des Etudes et de la Programmation (DEP) ;
- Direction des Statistiques (DS) ;
- Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM).

Les programmes sont au nombre de quatre (4) dont les responsables doivent jouer un rôle prépondérant dans le secrétariat permanent :

- Programme 1 : Amélioration de la gouvernance en santé et du financement ;
- Programme 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales ;
- Programme 3 : Renforcement de la protection sociale en santé de la population et des groupes vulnérables ;
- Programme 4 : Amélioration de la maîtrise de la fécondité.

2.2.4.1. Secrétariat Général du MSP/P/AS

Le Secrétariat Général est la structure technique du MSP/P/AS, qui joue le rôle de secrétariat du Comité National de Santé (CNS) et Comité Technique National de santé (CTNS). Il assure la présidence du secrétariat permanent du PDSS. Il organise pendant le quatrième trimestre de chaque année civile, une revue conjointe d'évaluation des 12 mois précédents (Octobre N-1 à septembre N) et la programmation de l'année civile suivante (N+1) à laquelle sont invités tous les membres du CTNS et ceux du CN. L'organisation de cette revue se fait de manière conjointe par le MSP/P/AS et ses PTFs.

2.2.4.2. Direction des Etudes et de la Programmation

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

La DEP est membre du secrétariat permanent et va contribuer à l'élaboration des outils de programmation et d'évaluation des PAA, participe à la révision des indicateurs et à l'élaboration des outils de collecte des données, coordonne l'élaboration des rapports semestriels et annuels et consolide et analyse les résultats des revues à mi-parcours et annuelle, des évaluations et de la programmation de l'ensemble des structures du MSP/P/AS ;

2.2.4.3. Direction des Statistiques

La Direction des Statistiques (DS) est membre du secrétariat permanent et va coordonner les activités de suivi-évaluation du PDSS, la collecte des données, le traitement, l'analyse et de la diffusion des données à travers la plateforme du District Health Information Software (DHIS).

Il transmet aux responsables des programmes pour en vérifier la qualité et en faire l'analyse. Elle met en place le cadre de suivi des indicateurs pour l'évaluation du PDSS et comportant des données pour la programmation, la gestion et le suivi évaluation et contribue à leur archivage.

La DS assure le suivi des tableaux de bord comportant les indicateurs pertinents et prioritaires à chaque niveau, pour l'analyse de la situation sanitaire du pays.

La DS organise en collaboration avec la DEP, l'organisation des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires et prestataires de soins et rend compte aux responsables des programmes.

2.2.4.4. Responsables de chaque programme

Ils participent au dialogue de gestion et coordonnent le travail des commissions techniques qui dépendent d'eux. Ils s'assurent du bon déroulement des travaux dans les commissions, et de la finalisation des travaux/productions des commissions. Ils globalisent les tableaux de bord des différentes commissions. Ils font la mise en commun des produits des commissions avant les réunions du Secrétariat Permanent.

En réunion du SP, les responsables des programmes exposent chacun l'état d'avancement de la mise en œuvre de leur programme et des travaux des commissions techniques qui leurs sont rattachées.

2.2.5. Rôles et responsabilités des différents organes du niveau décentralisé

2.2.5.1. Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

Elle est responsable au niveau régional pour l'élaboration et la mise en œuvre des PAA. A ce titre, la DRSP/P/AS :

- Elabore et met en œuvre le PAP et le PAA de sa structure ;
- Assure le suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre des PAP et des PAA des structures rattachées ;
- Assure la coordination de toutes les interventions au niveau régional ;
- Assure la gestion de l'information sanitaire (collecte, contrôle la qualité de l'information sanitaire, analyse et transmission des données au niveau central selon les calendriers convenus et monitoring des indicateurs) ;
- 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 ;
- Etablit les rapports nécessaires dans le cadre du suivi-évaluation pour le comité de santé régional, le MSP/P/AS, les PTF et les autorités politiques et administratives régionales ;
- Assure la rétro information ;
- Fournit les justificatifs de dépenses dans les délais impartis et suivi budgétaire au niveau de la région.

2.2.5.2. Equipe Cadre de District (ECD)

- Coordonne l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PAA du district ;
- Appuie l'élaboration et suit la mise en œuvre des micros plans des CSI ;
- Assure la gestion de l'information sanitaire (collecte et contrôle de qualité de l'information sanitaire, l'analyse et la transmission des données au niveau régional selon les calendriers convenus et monitoring des indicateurs) ;
- Assure la préparation des réunions 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 ;
- Etablit 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 partenaires.

2.2.5.3. Equipe du Centre de Santé Intégré (CSI)

Dans le cadre de la mise en œuvre du PAP, l'équipe du CSI :

- Elabore, exécute et évalue le micro plan annuel du CSI en collaboration avec le comité de santé du CSI ;
- Assure la gestion de l'information sanitaire (collecte et contrôle de qualité de l'information sanitaire, l'analyse et la transmission des données au niveau district selon les calendriers convenus et monitoring des indicateurs) ;
- Prépare les réunions du comité technique du CSI ;
- Participe à la préparation de réunions du comité de santé du CSI ;
- Elabore les rapports dans le cadre du suivi-évaluation pour l'ECD ;
- Participe aux réunions du comité communal de santé ;
- Fournit les justificatifs de dépenses dans les délais impartis.

Tableau 4 : Rôles et responsabilités des structures déconcentrées

Niveau	Organes*		Responsables	Rôles dans le SE du PDSS 2022-2026
DRSP/P/AS	Organe politique et de décision	Comité régional de la santé	Instance présidée par le Président du Conseil régional / Conseil de Ville (Niamey)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approuver les plans d'actions annuels (PAA) ; ▪ Suivre et évaluer les PAA ; ▪ Plaidoyer pour la mobilisation des ressources ; ▪ Faire le suivi et le contrôle budgétaire ; ▪ Assurer le suivi de la coordination des actions des PTFs ; ▪ Assurer le suivi et évaluation des activités de santé de la région ; ▪ Mobiliser les ressources pour le financement des activités de santé ; ▪ Promouvoir le partenariat ; ▪ Commanditer des audits ; ▪ Donner les orientations en matière de santé au niveau de la région, conformément à la politique sectorielle de santé ; ▪ Coordonner les actions de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé intervenant dans la région.
	Organes techniques	Comité Technique Régional de Santé	Instance présidée par le Secrétaire Général du Gouvernorat de la région	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer les PAA ; ▪ Faire le monitoring des indicateurs ; ▪ Organiser les revues semestrielle et annuelle des PAA ; ▪ Suivre et contrôler le budget ; ▪ Proposer les priorités au niveau régional ; ▪ Commanditer les audits ; ▪ Assurer l'application des recommandations des audits ; ▪ Produire les rapports techniques et financiers.
District sanitaire	Organe de décision	Comité de Santé du District	Instance présidée par le préfet du département	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valider les PAA ; ▪ Suivre la mise en œuvre des PAA ; ▪ Approuver les résultats de l'évaluation des PAA ; ▪ Suivre la coordination des actions de PTFs ; ▪ Faire le monitoring des indicateurs et organiser les revues semestrielle et annuelle des PAA ; ▪ Approuver les comptes de l'ensemble du district ; ▪ Plaider pour la mobilisation des ressources.
	Organes techniques	Comité Technique de	Instance présidée par le Médecin chef de District	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer les PAA ; ▪ Suivre et évaluer la mise en œuvre des PAA et des programmes de santé ;

Niveau	Organes*		Responsables	Rôles dans le SE du PDSS 2022-2026
		Santé du District		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire le monitoring des indicateurs et organisation des revues semestrielles et annuelles des PAA ; ▪ Suivre la coordination des actions des PTFs ; ▪ Approuver les comptes de l'ensemble du district sanitaire ;
Commune	Organe de décision	Comité Communal de Santé	Instance présidée par le Maire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approuver les PAA ; ▪ Suivre et évaluer les PAA ; ▪ Plaidoyer pour la mobilisation des ressources ; ▪ Faire le suivi et le contrôle budgétaire ; ▪ Assurer le suivi de la coordination des actions de PTFs ; ▪ Assurer le suivi et évaluation des activités de santé de la région ; ▪ Mobiliser les ressources pour le financement des activités de santé ; ▪ Promouvoir le partenariat ; ▪ Commanditer des audits ; ▪ Donner les orientations en matière de santé au niveau de la région, conformément à la politique sectorielle de santé ; ▪ Coordonner les actions de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé intervenant dans la région.
	Organes techniques	Comité Technique Communal de Santé	Instance présidée par l'équipe cadre de district	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à l'identification des problèmes de l'aire de santé de la commune ; ▪ Soumettre à son comité communal de santé, au conseil communal et à l'équipe cadre du district sanitaire, des décisions qui relèvent de leurs compétences respectives ; ▪ Elaborer les programmes d'actions sanitaires dans les autres domaines relevant de son champ de compétences (hygiène, IEC...) ; ▪ Elaborer le projet du plan communal de santé, suivre et évaluer les micros plans des CSI de la commune ; ▪ Effectuer le monitoring des indicateurs ; ▪ Produire les rapports techniques et financiers ; ▪ Plaider pour la mobilisation des ressources.
CSI	Organe de décision	Comité de Santé du CSI – COSAN	Instance présidée par le Président du COSAN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approuver le micro plan du CSI ; ▪ Approuver les rapports techniques et financiers ; ▪ Suivre et évaluer le micro plan y compris le partenariat ; ▪ Plaider pour la mobilisation des ressources ; ▪ Assurer le suivi et le contrôle pour le respect de la qualité des soins et services dispensés par le CSI ;

Niveau	Organes*		Responsables	Rôles dans le SE du PDSS 2022-2026
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les problèmes de l'aire de santé ; ▪ Elaborer, suivre et évaluer le projet du micro plan ; ▪ Assurer le monitoring des indicateurs ; ▪ Produire les rapports techniques et financiers ; ▪ Plaider pour la mobilisation des ressources ; ▪ Promouvoir la participation communautaire.
	Organes techniques	Comité Technique du CSI	Instance présidée par le chef CSI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les problèmes de l'aire de santé ; ▪ Elaborer, suivre et évaluer le projet du micro plan ; ▪ Assurer le monitoring des indicateurs ; ▪ Produire les rapports techniques et financiers ; ▪ Plaider pour la mobilisation des ressources ; ▪ Promouvoir la participation communautaire.

PARTIE III : SYSTEME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION ET CADRE DE REFERENCE

3.1. FONCTIONS DU SYSTEME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le système de suivi et évaluation du PDSS 2022-2026 est bâti sur les orientations contenues dans le document du PDSS à travers les instances de coordination mises en place (figure 1).

L'objectif opérationnel du dispositif de suivi et évaluation est de permettre l'appréciation de sa mise en œuvre conformément aux orientations, principes et directives définis dans le PDSS. L'animation de ce dispositif relève de la responsabilité du secrétariat permanent qui assure la coordination de la mise en œuvre des activités de suivi et évaluation. En outre, elle réalise le suivi des résultats et est responsable de la préparation et la commande de l'évaluation du PDSS.

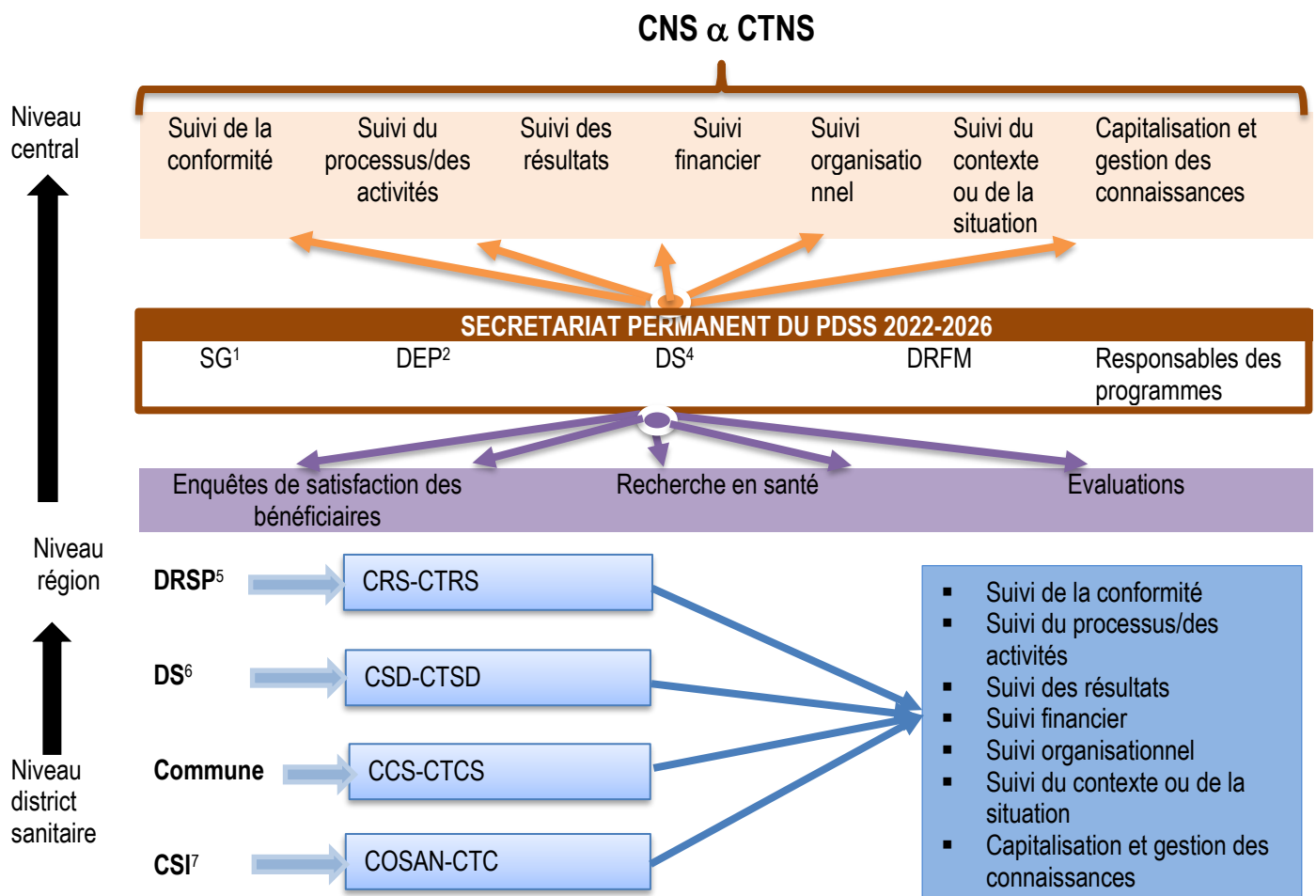


Figure 1 : Dispositif de suivi et évaluation du PDSS 2022-2026

3.2. PRINCIPES DE BASE DU SUIVI

La gestion axée sur les résultats (GAR) est au centre du processus du suivi évaluation du PDSS 2022-2026. Il s'agit d'une stratégie ou méthode de gestion selon laquelle le MSP/P/AS veille à ce que ses procédés, produits et services contribuent à la réalisation de résultats clairement définis. La GAR définit le « suivi optimal » comme étant un suivi continu impliquant les partenaires et axé sur les progrès réalisés dans la poursuite des effets.

Le système de suivi du PDSS va se baser sur les principes suivants : (i) l'efficacité, (ii) la portée et (iii) la responsabilité.

3.2.1. L'efficacité

Elle va consister à :

- Mettre l'accent sur **les résultats et le suivi**. Identifier les progrès réalisés dans la poursuite des résultats prévus, ce qui « marche bien » et ce qui « ne marche pas ». Consigner ensuite les résultats de ces observations dans des rapports, faire des recommandations pour améliorer la situation, puis leur donner suite en prenant des décisions et des mesures appropriées.
- Prévoir **des supervisions régulières** des équipes techniques de mise en œuvre du PDSS et le suivi des activités axées sur les résultats pour vérifier et valider les progrès réalisés.
- Organiser **des visites terrains et/ou les revues périodiques** à chaque niveau de la pyramide sanitaire pour évaluer les progrès réalisés, obtenir une vue d'ensemble et identifier les domaines à problème.
- Rassembler régulièrement **les informations actualisées** sur les résultats obtenus et les problèmes qui se posent et ne pas attendre le dernier moment pour essayer de se rappeler ce qui est arrivé.
- Choisir des **mécanismes participatifs** pour assurer l'engagement, l'appropriation, le suivi et le retour de l'information. Il est indispensable de tenir compte, dans l'évaluation des progrès, des activités entreprises par les partenaires dans le cadre du même résultat
- Évaluer **la pertinence, la performance et le succès des interventions** en matière d'atteinte des objectifs pour donner également plus de portée au suivi
- Tirer **les enseignements** du suivi, assurer l'apprentissage, adapter les stratégies et éviter de répéter les mêmes erreurs.

3.2.2. La portée

Toutes les activités de suivi et d'évaluation devraient, au minimum, porter sur :

- **Les progrès réalisés dans la poursuite des effets** : ce qui signifie notamment analyser périodiquement les progrès réalisés dans la poursuite des effets et identifier ceux qui sont atteints ;

- **Les facteurs favorisant ou ralentissant la poursuite de l'effet** : ce qui oblige à tenir compte de la situation nationale et son évolution économique, sociale, politique et autre ;
- **La stratégie de partenariat** : ce qui implique d'analyser la forme donnée aux stratégies de partenariat, ainsi que la composition et le fonctionnement des accords conclus. Il est ainsi possible de s'assurer que les PTFs ayant le même objectif ont une approche commune des problèmes et des besoins et qu'ils appliquent une même stratégie de façon synchronisée.

3.2.3. La responsabilité

Les rôles et responsabilités dans le cadre du suivi du PDSS sont définis à chaque niveau de la pyramide sanitaire et en fonction de chaque programme. Cette responsabilité est renforcée par la participation et l'appropriation par les parties prenantes dans la mise en œuvre de l'activité de suivi et évaluation.

3.3. FONCTION DU SUIVI

Les fonctions essentielles attribuées au système de Suivi-Evaluation du PDSS 2022-2026 sont :

- **Suivi de la conformité** : Vérification de la conformité avec les résultats attendus et les règlements des PTF, les conditions requises dans les contrats et pour les subventions, les lois et réglementations gouvernementales locales, et les normes éthiques ;
- **Suivi du processus/des activités** : Vérification de l'utilisation des apports et des ressources, le progrès des activités et la réalisation des produits. Il examine comment les activités sont exécutées – l'efficacité en termes de temps et de ressources ;
- **Suivi des résultats/effets** : Suivi des extrants, des effets et des impacts – relève tout progrès vers la réalisation des résultats escomptés ainsi que tout impact non prévu potentiel (positif ou négatif). Le suivi et évaluation du PDSS étant basé sur l'approche GAR, le suivi des effets est d'une importance capitale et consiste à la collecte et l'analyse continues et systématiques de données afin de mesurer l'efficacité des interventions.
- **Suivi financier** : Vérification des comptes, contrôle à priori de l'éligibilité des dépenses par rapport aux activités planifiées selon les catégories de dépenses prédéfinies ;
- **Suivi organisationnel** : Examen de la viabilité, du développement institutionnel et le renforcement des capacités dans le cadre d'une intervention et au niveau de ses partenaires ;
- **Suivi du contexte** : Surveillance de l'environnement dans lequel les interventions évoluent, en particulier son influence sur les risques identifiés et les hypothèses, mais aussi d'éventuels événements inattendus. Ce suivi porte sur le champ de l'intervention, mais aussi, plus largement, sur le contexte politique, économique, social, institutionnel et financier influant ;
- **Suivi des bénéficiaires** : Vérification de la perception que les bénéficiaires ont des prestations. Il comprend la satisfaction ou les réclamations des bénéficiaires par rapport à l'offre des services, à propos notamment de leur participation, de la façon dont ils ont été traités, de l'accès aux ressources et de leur perception globale de ce qui a changé ;
- **Capitalisation et gestion des connaissances** : La mise en œuvre du PDSS intègre, dans son volet suivi et évaluation, la capitalisation et la gestion des connaissances qui est considérée comme un résultat issu de l'activité globale de suivi et évaluation. A cet effet, la capitalisation et la gestion des connaissances consiste à capturer et valoriser les savoirs acquis (enseignements et leçons apprises) en termes de succès ou d'échec en vue de faciliter la mise en œuvre de nouveaux plans opérationnels ou stratégiques.

3.4. OUTILS/INSTRUMENTS ET MECANISMES DE SUIVI

3.4.1. Instruments, outils de collecte et système de gestion de données

Dans le système sanitaire du Niger, la collecte et le traitement des données se font à l'aide des fiches de collecte des données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) permettant de saisir les données sur la plateforme du DHIS2.

La gestion des données sanitaires s'appuie sur les procédures et les directives contenues dans un manuel des Procédures Opératoires Standards (POS) du MSP/P/AS. Ces directives fournissent un cadre pour la collecte, le traitement, le stockage, l'analyse et le partage cohérent des données reposant sur des normes et entièrement intégrées à d'autres domaines de travail essentiels de la gouvernance de l'information sanitaire.

3.4.1.1. Fiches de collecte des données du système national d'information sanitaire (SNIS)

But : les fiches de collecte des données sont de fournir aux utilisateurs de l'information sanitaire, des données fiables et essentielles pour leurs actions de gestion du système de santé ou pour tout autre domaine de promotion.

Types : le recueil se fait sur des fiches standardisées qui sont :

- Registres/cahiers de consultation/hospitalisations ;
- Fiches de Télégramme Officiel (TO) ;
- Cahier de rapport Maladies à déclaration obligatoire (MDO).

Calendrier : Les données proviennent du recueil quotidien au niveau de la communauté, des structures publiques (centres de santé intégrés, des hôpitaux, des laboratoires) mais également des structures privées (Polycliniques, Cliniques, cabinets médicaux, des laboratoires privés). Ces données vont servir à alimenter le DHIS2 et à produire les différents rapports.

3.4.1.2. District Health Information Software

But : DHIS2 est une plate-forme logicielle open source destinée essentiellement à la gestion des données sanitaires de routine pour tous les programmes de santé. Il permet de disposer des données en temps réel.

Circuit de l'information et calendrier : Les données des relais communautaires (premier niveau de production des données) sont envoyées au plus tard le 05 du mois prochain à la case de santé ou au CSI de rattachement.

Les données des cases de santé et des structures privées de l'aire de santé sont transmises au niveau du CSI de rattachement plus tard le 10 du mois prochain pour vérification et retro information, puis saisies dans la plateforme DHIS.

Au niveau du CSI, les données MDO sont saisi dans le DHIS2 chaque lundi au plus tard à Midi suivant la semaine du rapportage MDO. Et les rapports mensuels du CSI au plus tard le 15 du mois suivant.

Les données des hôpitaux, centres hospitaliers, maternités, centres de références et centres spécialisés sont transmises au niveau du responsable du centre de surveillance épidémiologique (CSE) ou du système de programmation et d'information sanitaire (SPIS) respectifs pour vérification et retro information, puis saisies dans la plateforme DHIS. Les données des structures privées sont transmises au niveau de leur chargé de la gestion des données pour vérification et retro information, puis saisies dans la plateforme DHIS. Les rapports MDO sont saisis chaque lundi au plus tard à Midi suivant la semaine du rapportage MDO, les rapports mensuels au plus tard le 15 du mois suivant le mois du rapport et les formulaires annuels au plus le 15 janvier de l'année en cours.

Une fois les rapports sont saisis dans la plateforme, ils peuvent être accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire après validation du niveau supérieur hiérarchique immédiat et les feedbacks peuvent provenir aussi de tous les niveaux.

3.4.2. Mécanismes de suivi

Dans le tableau 5 les mécanismes de suivi possibles sont répartis en trois catégories selon leur caractéristique dominante.

Tableau 5 :: Mécanismes de suivi

Visite terrain	Tableaux de bord	Rapports	Reuves
<ul style="list-style-type: none"> ■ Supervisions : • Supervision du CSI vers les cases de santé et les relais communautaires ; • Supervision du district vers les CSI /structures privées ; • Supervision du DRSP/P/AS vers les DS/HD/structures privées ; • Supervision du MSP/P/AS vers les DRSP /CHR/structures privées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tableau de bord stratégique ▪ Tableau de bord opérationnel ✓ Tableau de bord CSI ; ✓ Tableau de bord DS/HD ; ✓ Tableaux de bord des structures de santé du niveau Région ; ✓ Tableau de bord des structures de santé du niveau central 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports mensuels ; ▪ Rapports trimestriels ; ▪ Rapports annuels ; ▪ Annuaire statistiques ; ▪ Bulletins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue mensuelle des données sanitaires ; ▪ Revue à mi-parcours ▪ Revue annuelle ▪ Revue conjointe
Mission conjointe MSP/P/AS et PTF vers les structures de santé.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports annuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue annuelle

3.4.2.1. Visites sur le terrain

Les visites sur le terrain à travers les supervisions et les missions conjointes sont fréquemment utilisées comme mécanisme de suivi.

3.4.2.1.1. Supervision

La supervision se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Dans le cadre de suivi-évaluation, cette supervision est importante pour la validation des résultats fournis par les structures sanitaires.

But : Toutes les formations sanitaires périphériques, districts sanitaires, structures de santé régionale et centrale doivent bénéficier des interactions personnelles lors des visites régulières des superviseurs pour permettre d'améliorer la qualité des données, de résoudre les problèmes, et d'introduire de nouvelles politiques, programmes et approches dans leur système d'offre de service.

Il permet aussi de vérifier les données manquantes dans tous les outils de collecte de données, de rechercher les incohérences ou des erreurs dans les différentes sources de données en faisant des croisements intra ou inter support, de vérifier l'état de classement et de l'archivage des dossiers de patients, des registres, de vérifier la saisie de la plateforme DHIS, et de vérifier la mise en œuvre des recommandations de la précédente supervision. La supervision est faite à travers des fiches pré établies à cet effet.

Calendrier : la supervision est semestrielle du niveau central vers les régions, trimestrielle des régions vers les districts sanitaires et des districts sanitaires vers les CSI, et mensuelle des CSI vers les cases de santé.

3.4.2.1.2. Mission conjointe MSP/P/AS et PTF vers les structures de santé

La mission conjointe est dirigée par le MSP/P/AS. Il est accompagné par le SG et les responsables des programmes, des directions et des services techniques. Ces visites sont réalisées conjointement avec plusieurs partenaires et portent sur plusieurs programmes et projets consacrés à un effet commun dans une zone géographique donnée.

But : Les visites communes constituent souvent un moyen efficace d'obtenir une vue d'ensemble précise des progrès réalisés. L'accent est mis sur les progrès réalisés dans la poursuite des résultats (effets et produits) qui aident à atteindre les objectifs du cadre de résultats stratégiques.

Cependant, les objectifs de la mission doivent être clairement défini dès le départ parce que tous les indicateurs du suivi-évaluation ne nécessitent pas le temps et les efforts qu'exige une visite annuelle sur le terrain comme on peut le voir dans les cas suivants :

- Un suivi au jour le jour peut suffire pour certains indicateurs de processus ;
- Un suivi basé sur des rapports et des contacts réguliers peut être aussi efficace qu'une inspection annuelle dans le cas de certains indicateurs ;
- Si une évaluation récente des objectifs a été discutée à la revue semestrielle ou annuelle regroupant toutes les parties prenantes et que le CNS a pris ensuite certaines décisions, il faut reporter la mission pour laisser écouler assez de temps pour qu'une suite puisse être donnée aux recommandations

Calendrier : une visite sur terrain organisée par le MSP/P/AS en collaboration avec les PTF peut se dérouler à n'importe quel moment de l'année. Si elle a lieu au cours du premier semestre, juste après la réalisation de la revue semestrielle, elle sera orientée plutôt sur la validation des résultats. Si elle a lieu au cours du deuxième semestre, elle fournira des informations actualisées sur les progrès enregistrés dans la préparation du rapport annuel. Les rapports des visites sur le terrain sont concrets et relativement brefs. Ils doivent être présentés une semaine au plus tard après le retour de visite.

3.4.2.2. Tableaux de bord

Chaque établissement de santé doit disposer et afficher le tableau de bord santé (TBS) extrait du DHIS2. Le S&E du PDSS 2022-2026 prévoit deux types de tableaux de bord : le tableau de bord stratégique et le tableau de bord opérationnel.

3.4.2.2.1. Tableau de bord stratégique

Il est tenu par la Direction en charge de la gestion des données statistiques du MSP/P/AS. Il est conçu comme un tableau synoptique d'analyse progressive pour présenter de façon systématique le niveau d'atteinte des résultats prévus.

But : Ils fournissent aux décideurs du MSP/P/AS des informations nécessaires à la prise des mesures correctives permettant d'améliorer la performance. Ils se focalisent et regroupent des indicateurs clés qui rendent compte de l'évolution de la mise en œuvre des programmes vers l'atteinte des résultats stratégiques du PDSS.

Calendrier : Le tableau de bord stratégique est mis à jour semestriellement.

3.4.2.2.2. Tableau de bord opérationnel

Il est tenu par les responsables CSE, SPIS et chef CSI. Il est aussi conçu comme un tableau synoptique d'analyse progressive pour présenter de façon systématique le niveau d'atteinte des résultats prévus.

But : le tableau de bord au niveau opérationnel est constitué des indicateurs prioritaires extraits du DHIS2 des établissements de santé avec des analyses complètes précises et opportunes. Il a pour principales vocations d'anticiper les évolutions prévisibles et d'inciter les responsables à prendre des décisions. Le modèle du tableau de bord comporte sur toute la période de mise en œuvre, la valeur de référence, la valeur cible, la valeur atteinte chaque année et la valeur en 2022.

Calendrier : Le tableau de bord opérationnel actualisé tous les mois.

3.4.2.3. Rapports

Les rapports de suivi de la mise en œuvre du PDSS serviront de guide aux différents acteurs pour communiquer sur la base d'informations utiles et nécessaires pour la prise de décisions. Leur utilité est de pouvoir démontrer à quel point les résultats obtenus sont conformes aux prévisions, de dégager les écarts et de proposer les mesures correctrices. Les critères d'un bon rapport sont la pertinence, la concision, la simplicité, la praticabilité, l'objectivité, la fiabilité, la validité et la promptitude.

Les différents types de rapports dans le cadre du suivi du PDSS sont les rapports mensuels, les rapports trimestriels, les rapports annuels, les rapports de visite terrain, l'annuaire statistique et les bulletins.

3.4.2.3.1. Rapports mensuels

But : le rapport mensuel d'analyse va montrer l'exactitude, la complétude et la cohérence des données ainsi que la promptitude des rapports, les tendances des indicateurs, les données aberrantes éventuelles et les voies de correction doit être produit. Il doit vérifier et assurer la concordance des données entre le rapport mensuel hard et celles saisies dans le DHIS2.

Préparation : les responsables des rapports mensuels sont par niveau, les chefs CSI, les responsables des CSE et SPIS au niveau central par la DS. A la fin de chaque mois, un canevas de rapport mensuel d'activité standardisé est renseigné par chaque établissement de santé, public comme privé, civil et militaire sur la base des données collectées. Après une validation du rapport en interne au niveau de l'établissement, celui-ci est saisi sur la plateforme DHIS2 qui est la base de gestion des données sanitaires de routine.

3.4.2.3.2. Rapports trimestriels

But : Ce rapport est un rapport d'étape, un instrument de communication d'information sur la performance et les progrès dans la réalisation des résultats. Le rapport trimestriel sert à présenter les progrès et problèmes et à mesurer les écarts par rapport aux prévisions en vue d'identifier les situations et de tirer les enseignements des expériences et les meilleures pratiques

Préparation : les responsables des rapports trimestriels sont à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.4.2.3.3. Rapports annuels

But : C'est un rapport d'auto-évaluation qui ne demande pas une préparation importante en interne au MSP/P/AS. L'analyse de la compilation des rapports annuels peuvent remplacer l'évaluation interne planifiée dans les guides antérieures dont la mise en œuvre demande beaucoup de ressources (temps, humaine et financière). Il peut être utilisé, tel quel, comme point de départ pour un dialogue avec les partenaires. Il est établi chaque année jouant un rôle essentiel dans la poursuite des effets du cadre de résultats stratégiques ?

Il devrait fournir un bilan exact des résultats de l'année, identifier les principaux problèmes et proposer des orientations. Il fournit des éléments lors de la revue annuelle, l'analyse des raisons sous-jacentes au manque de progrès aide le MSP/P/AS à tirer les enseignements de l'expérience et à prendre les mesures qui s'imposent pour améliorer la suite de la mise en œuvre du PDSS.

Préparation : les membres du secrétariat permanent ont la charge de l'élaboration du rapport annuel. C'est un rapport d'information en interne et aux autres parties prenantes. Il pourrait être utilisé, en fonction de son contenu et de son orientation pour :

- L'évaluation de la performance lors de la revue annuelle ;
- L'apprentissage : le rapport de projet annuel fournit des informations sur ce qui a bien marché, ce qui a échoué et explique pourquoi. Ces enseignements peuvent être tirés sous la forme de bonnes et mauvaises pratiques, de possibilités de succès ou de recommandations pour le suivi lorsque nécessaire. Le rapport de projet annuel peut également être utilisé pour discuter des résultats et des problèmes avec les bénéficiaires, les partenaires et les parties prenantes et pour connaître leurs réactions ;
- Les prises de décision : les partenaires peuvent se servir du rapport de projet annuel pour planifier leurs futures stratégies d'action et de mise en œuvre, pour mesurer les progrès réalisés dans l'exécution des produits et l'efficacité de « l'appui conseil » et pour faire le bilan des partenariats et des alliances.

3.4.2.3.4. Annuaire statistiques

But : C'est un outil essentiel pour la gestion de l'information sanitaire, de la planification du suivi et de l'évaluation des programmes et projet de santé. Il constitue le document officiel en matière de partage de l'information sanitaire à partir des données de routine et de campagnes de masse auprès des structures publique et privée du pays dans le but d'apprécier leurs performances.

Préparation : Il est élaboré chaque année par les cadres du MSP/P/AS en collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les cadres de l'institut national de la statistique (INS). C'est un recueil des données produits sur la base du la plateforme DHS12. L'annuaire statistique doit être générer de façon que les informations puissent alimenter les rapports annuels.

3.4.2.3.5. Bulletins d'information en santé

Des bulletins de santé sont émis par certaines structures. Ils constituent un canal de communication pour diffuser en temps opportun des informations de santé publique fiables, faisant autorité, précises, objectives et utiles, y compris les recommandations destinées au public et aux professionnels de la santé. Ces bulletins sont diffusés en version hard ou électronique. La périodicité varie selon la structure et la disponibilité du financement.

3.4.2.4. Revues

Tableau 6 : Relation des organes stratégique et de décision

National	Comité Stratégique National de Santé Revue annuelle	Comité National de Santé Revue annuelle
Région	Comité Technique Régional de Santé Revue semestrielle	Comité Régional de Santé Revue semestrielle
District sanitaire	Comité Technique de Santé du District Revue semestrielle	Comité de Santé du District Revue semestrielle
Commune	Comité Technique Communal de Santé Revue Trimestrielle	Comité Communal de Santé Revue trimestrielle
Centre de Santé Intégré –CSI	Comité Technique du CSI Réunion mensuelle	Comité de Santé Réunion trimestrielle

3.4.2.4.1. Revue Annuelle

La revue annuelle est un processus qui s'inscrit dans le suivi et la planification de la mise en œuvre du PDSS au niveau central. Elle fournit une base commune pour comprendre les problèmes et les priorités en santé.

But : la Revue Annuelle a pour but général de permettre aux parties prenantes d'acquérir une compréhension partagée des progrès dans le secteur de la santé et de définir les questions les plus prioritaires qui doivent être abordées pour améliorer la performance. Elle devrait garantir le fondement du dialogue politique dans le secteur sur un cadre commun de référence. Plus spécifiquement la revue annuelle en santé va permettre :

- Redevabilité du gouvernement quant à la mise en œuvre des plans ;
- Redevabilité des partenaires du développement pour leurs engagements en faveur de la santé ;
- Développement de consensus sur les obstacles au progrès ;
- Analyse des progrès et tendances comme base pour réviser les objectifs actuels du PDSS et comme analyse de situation pour le prochain plan stratégique de la santé ;
- Révision des priorités, du plan de travail et du budget pour l'année suivante.

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. Il s'agira de passer en revue de manière coordonnée et concertée les aspects ci-après :

- L'état d'avancement de la mise en œuvre du PDS (indicateurs de processus) ;
- Le suivi du niveau d'évolution des indicateurs du PDS (indicateurs d'effets/couvertures) ;
- L'utilisation des fonds affectés au financement des PAA ;
- La planification des activités de l'année suivante ;
- La mission terrain conjointement organisée avec les PTF.

Plusieurs documents sont produits à l'issue des revues notamment le Rapport d'Exécution du PDS (REP) et l'Aide-Mémoire Conjoint.

Organisation : La préparation de ces documents et 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 seront assurés dans le cadre des nouvelles réformes par le Secrétaire permanent du MSP qui exerce les fonctions de Secrétaire Exécutif du Comité National de Santé (CNS). Les rapports annuels serviront de bases pour les revues annuelles. La compilation des rapports annuels et des comptes rendus des revues permettra de nourrir les évaluations t externe à mi-parcours et finale du PDSS.

Calendrier : Le Secrétariat permanent organise pendant le quatrième trimestre de chaque année civile, comme prévu dans le Compact Niger, une revue conjointe d'évaluation des 12 mois précédents (Octobre N-1 à septembre N) et la programmation de l'année civile suivante (N+1) à laquelle sont invités tous les membres du Comité Technique National de santé (CSNS) et ceux du Comité National de Santé (CNS). L'organisation de cette revue se fait de manière conjointe ministère de la Santé Publique et ses Partenaires Techniques et Financiers.

3.4.2.4.2. Revue semestrielle

La revue semestrielle est un processus qui s'inscrit dans le suivi et la planification de la mise en œuvre des plans d'action au niveau régional et département.

But : La revue semestrielle permet de faire le suivi des activités des PAA et des niveaux de performance, et de proposer des solutions aux problèmes de mise en œuvre.

Organisation : Elles seront organisées par niveau par les DRSP/P/AS et les équipes cadres de district en collaboration avec les partenaires techniques.

Calendrier : ces revues sont deux fois dans l'année et le deuxième doit se réalisée avant la revue annuelle du niveau central.

3.5. PRINCIPE DE BASE DE L'EVALUATION

Les principes de l'évaluation dans le système de SE du PDSS 2022-2026 sont :

3.5.1. La pluralité

La prise en compte de la pluralité des points de vue se traduit – chaque fois que possible – par l'association des différentes parties prenantes au processus d'évaluation, ou par tout autre moyen approprié.

3.5.2. La distanciation

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les experts participant à l'évaluation informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel. Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision.

3.5.3. La compétence

Les experts participant au processus d'évaluation mettent en œuvre des compétences spécifiques en matière de conception et de conduite de l'évaluation, de qualité de la commande, de méthodes de collecte de données et d'interprétation des résultats. Elles ont le souci d'améliorer et de mettre à jour leurs compétences. Elles s'appuient sur des méthodes reconnues, notamment celles en usage dans la communauté internationale de l'évaluation. Elles utilisent ces méthodes en explicitant leurs limites.

3.5.4. Le respect des personnes

Les participants au processus d'évaluation respectent les droits, l'intégrité et la sécurité de toutes les parties concernées. Ils s'interdisent de révéler l'origine nominative des informations ou opinions recueillies, sauf accord des personnes concernées.

3.5.5. La transparence

La présentation des résultats d'évaluation s'accompagne d'un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui conduisent à ces résultats. Les règles de diffusion des résultats sont établies dès le départ. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

3.5.6. La responsabilité

La répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation est établie dès le départ de façon que toutes les fonctions de celle-ci soient bien prises en charge (définition du mandat, pilotage du processus, enquêtes et analyses, formulation du jugement et des recommandations, diffusion des résultats). Les personnes et institutions impliquées dans le processus d'évaluation mobilisent les moyens appropriés et fournissent les informations nécessaires à la conduite de l'évaluation.

3.6. FONCTION DE L'ÉVALUATION

L'évaluation PDSS consiste à mesurer les résultats atteints du fait de la mise œuvre des programmes. La comparaison s'établit entre les informations recueillies par des techniques de questionnement ou d'observation et un ensemble de normes, règles ou repères, appelé référentiel. Pour les PDS antérieurs, deux évaluations ont été prévues : une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale. Mais dans la pratique, la réalisation de ces évaluations semble être très lourde en raison des ressources à mobiliser en termes de temps et de financement. Pour plus d'efficacité, il sera proposé pour :

- **L'Évaluation à mi-parcours** : qu'elle soit jumelée à la revue annuelle de 2024. Elle sera alimentée par les rapports annuels de 2022 à 2024 et les comptes rendus de 2022 et 2023 et au besoin

des enquêtes ou des études complémentaires peuvent être organisées pour des compléments d'informations pour l'évaluation des progrès du PDSS. Les objectifs visés essentiellement sont :

- Évaluer les progrès accomplis, tirer les premières conclusions en vue de la gestion du programme et formuler des recommandations pour la suite des opérations
 - Réorienter ou renforcer au besoin les actions prioritaires ou interventions à haut impact et vérifier l'exécution des premiers produits ;
 - Ajuster la planification N+1
 - Permettre de dégager les premiers enseignements.
- **Evaluation finale** sera réalisée par des experts externes en 2026 pour mesurer les résultats obtenus (produits, effets et impact) du PDS et tirer les leçons pour améliorer le prochain plan de développement sanitaire. Elle est effectuée à la fin du PDSS afin de :
 - Mesurer les résultats ;
 - Indiquer l'efficacité et la pertinence des interventions et stratégies ;
 - Indiquer les premiers signes d'impact ;
 - Recommander les interventions à encourager ou à abandonner ;
 - Tirer les leçons pour la gestion des connaissances et le renforcement des capacités.

En plus des résultats de suivi du PDSS, les évaluations seront alimentées par les différentes études/enquêtes réalisées pendant la durée du PDSS. Il s'agit entre autres :

- Des enquêtes de satisfaction
- Des études sur la mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile, MILDA
- Des études de prévalence contraceptive,
- Des études STEPS, SARA etc.
- Des études sur la survie de l'enfant (nutrition, allaitement exclusif, enfants complètement vaccinés, CPN 4, SONUC, SONUB, VIH/Sida)
- Etc.

3.7. PROCEDURE DE CONDUITE DES EVALUATIONS

La conduite de l'évaluation du PDSS va se faire en deux phases : (i) phase de préparation et (ii) phase de gestion de l'évaluation.

3.7.1. Préparation de l'évaluation

■ **But, portée et calendrier**

Le but, la portée et le calendrier sont résumés dans le tableau 7

Tableau 7 : But, la portée et le calendrier des évaluations

Calendrier	But et portée	Durée
Au milieu du cycle : Années 2–3	But : définir les ajustements à mi-parcours à faire dans l'exécution des produits Portée : <ul style="list-style-type: none"> ■ Pertinence des effets ■ Rôle stratégique des acteurs clés y compris les partenaires ■ Exécution des produits 	Moyen terme

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer au besoin les actions prioritaires ou interventions à haut impact 	
A la fin du cycle : Années 4–5	<p>But : tirer les enseignements pour la formulation du prochain PDSS</p> <p>Portée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Situation des effets et facteurs sous-jacents ■ Pertinence du résultat/des produits ■ Rôle stratégique des acteurs clés y compris les partenaires ■ Exécution des produits 	Long terme

■ **Participation des partenaires et des parties prenantes** : Le S&E du PDSS mettant l'accent sur les résultats, va nécessiter l'implication des partenaires clés (*les structures nationales, les organisations de la société civile, les ONG nationales et internationales, les Organismes des Nations Unies, le secteur privé, les autres donateurs et les établissements universitaires*) à chaque étape de l'évaluation d'effet. Bien que ces partenaires s'engagent à des degrés différents aux diverses étapes de l'évaluation. Cette évaluation dite participative peut positivement influencer le degré de maîtrise des résultats de l'évaluation et leur durabilité.

■ **Rédaction des termes de références** : Les termes de référence (TdR) contiennent les éléments suivants :

- ✓ Introduction : une brève description du sujet de l'évaluation ;
- ✓ Objectifs : les raisons et la liste des principaux partenaires ;
- ✓ Portée : les questions, sujets, domaines et période couverts par l'évaluation ;
- ✓ Produits prévus de l'évaluation : les constatations, recommandations et enseignements, système de notation de la performance, une liste des « choses à faire » ;
- ✓ Méthodologie ou approche : la méthodologie proposée à l'équipe d'évaluation ;
- ✓ Equipe d'évaluation : sa composition et ses domaines de compétence ;
- ✓ Arrangements relatifs à l'exécution : le partage des responsabilités et l'organisation de l'évaluation

■ **Budget** : les ressources prévues pour l'évaluation sont déjà prévues dans le budget global du PDSS.

■ **Documentation** : Une fois que la portée de l'évaluation a été définie, toute la documentation de base requise (Rapports, tableaux de bord, compte rendu des revues et des travaux du secrétariat permanent, etc. ...) sera mise à la disposition de l'équipe d'évaluation. Ce travail de recherche théorique préliminaire est nécessaire pour recueillir des informations sur les activités et les produits exécutés.

■ **Équipe d'évaluation** : Le choix des évaluateurs est déterminant pour l'efficacité de l'évaluation. L'équipe doit interagir avec le secrétariat permanent du PDSS.

Les domaines de compétence requis pour les membres de l'équipe sont notamment :

- Une connaissance technique et une expérience concrète des domaines thématiques, avec Une spécialisation correspondant au thème spécifique de l'évaluation ;
- Une connaissance de la situation et du contexte national ;
- Des compétences dans la gestion axée sur les résultats ;
- Des compétences dans le renforcement des capacités ;
- L'indépendance de l'équipe et absence de conflit d'intérêt ;
- Une diversité des membres de l'équipe en termes de profils et d'expertise

3.7.2. Les critères d'évaluation

Selon les objectifs poursuivis par le PDSS, les différentes évaluations du PDSS seront basées sur les critères suivants (figure 2) :

- La pertinence : l'intervention répond-elle au problème ? c'est-dire le lien entre les besoins identifiés et les objectifs poursuivis ;
- La cohérence : l'intervention s'accorde-t-elle avec les autres interventions menées ? c'est-à-dire le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre ;
- L'efficacité : l'intervention atteint-elle ses objectifs ? c'est-à-dire la relation entre les objectifs poursuivis et les résultats obtenus ;
- L'efficience : Les ressources sont-elles utilisées de manière optimale ? c'est-à-dire la relation entre les ressources attribuées et les résultats obtenus,
- L'impact : Quelle différence l'intervention fit-elle ? c'est-à-dire les effets autres que ceux observés sur la population cible : ceux observés sur les acteurs ou sur l'environnement ;
- La viabilité / durabilité : Les bénéfices seront-ils durables ?

Certains critères pour l'évaluation doivent être aussi comme les critères de fonctionnalité des normes et standards : est-ce que la structure évaluée répond aux critères de fonctionnalité ? quel résultat est obtenu au regard de cette évaluation fonctionnelle ? (Peut-être qu'une structure ne répondant pas à 100% aux critères de fonctionnalité peut tout de même afficher des bons résultats grâce à (i) des innovations, (ii) des bonnes pratiques, etc.).

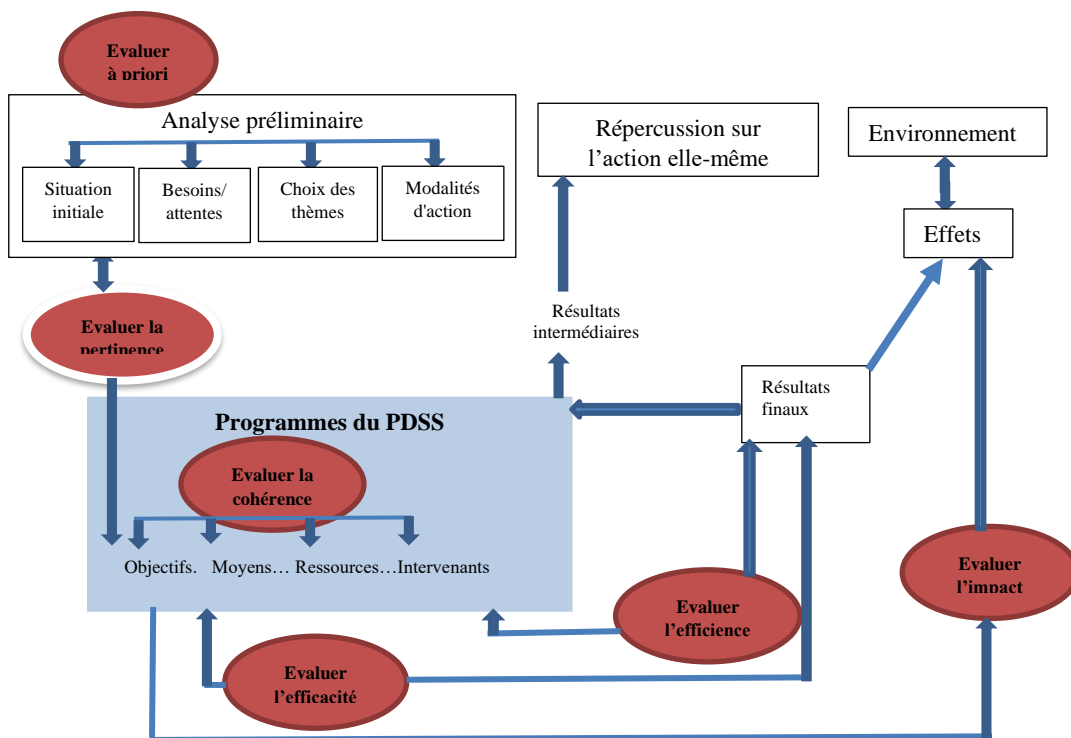


Figure 2 : Critères d'évaluation du PDSS

3.8. CADRE DE REFERENCE DU GUIDE DE SUIVI EVALUATION DU PDSS 2022-2026

Les cadres de référence du guide de suivi-évaluation du PDSS sont constitués : (i) des orientations du PDSS, (ii) la structure programmatique, (iv) le dispositif de mise en œuvre, de coordination et de suivi et évaluation, (v) le cadre logique (vi) le cadre de mesure des résultats et (vii) le plan de suivi des indicateurs.

3.8.1. Orientations du PDSS

Les orientations du PDSS sont constituées de la vision, des objectifs et des résultats.

✓ Vision

Le Niger aspire être une nation moderne et émergente où les populations bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation.

✓ Objectifs

L'objectif global du PDSS 2022-2026 est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des populations et de la transition démographique.

L'objectif spécifique vise à améliorer l'accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité.

✓ Résultats attendus du PDSS 2022-2026

Les résultats stratégiques se déclinent en un (1) impact, quatre (4) effets et vingt-deux (23) produits.

L'impact final attendu de la mise en œuvre du PDES 2022-2026 est « le bien-être des populations nigériennes est amélioré ».

Les programmes ainsi que les stratégies d'intervention du PDSS sont résumés dans le tableau qui suit :

Tableau 8 : Structure programmatique du PDSS 2022-2026

Programmes	Stratégies d'intervention
Amélioration de la gouvernance en santé et du financement	Rationalisation et augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé Les budgets programmes mis en place sont opérationnels Renforcement de la coordination intra et intersectorielle Renforcer la multisectorialité en faveur de la santé Renforcement de la redevabilité mutuelle
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales	Revitalisation des Soins de Santé Primaires Renforcement des plateaux techniques des hôpitaux à tous les niveaux Amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé

	Renforcement de la gestion des épidémies et autres urgences sanitaires
Renforcement de la protection sociale en santé des populations et des groupes vulnérables	Mise en place des programmes d'autonomisation des groupes vulnérables Mise en place d'une assurance maladie universelle Mise en place d'une assistance médicale Réduction des barrières socio-culturelles aux services de santé et sociaux de qualité
Amélioration de la maîtrise de la fécondité	Renforcement de la prise en compte des variables démographiques dans la formulation des politiques publique ; Renforcement de la capacité des leaders d'opinion sur les questions de population Amélioration de la prise de conscience sur les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations.

✓ **Cadre logique du PDSS 2026-2026**

Le cadre logique du PDSS définit les liens entre les ressources (intrants) nécessaires qui seront utilisées, les activités à mener, les résultats (effets/produits) attendus et l'impact de la mise en œuvre (Annexe 2). Les liens entre les différents éléments du cadre doivent guider au choix des indicateurs traceurs du PDSS. La liste des indicateurs du PDSS comporte donc des indicateurs de moyens (inputs), d'activités (processus), de résultats (effets/produits/extrants/outputs) et d'impact (out come).

Au total, on dénombre quatre (4) programmes dans le PDSS. Ces derniers sont subdivisés en vingt-trois (23) sous programmes qui seront développés dans les Plans d'Actions Prioritaires et les Plans d'Actions Annuels à tous les niveaux.

PARTIE IV : SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

4.1. MESURE DE LA PERFORMANCE DU PDSS 2022-2026

Les dimensions de la mesure de la performance du PDSS sont résumées dans la figure 3

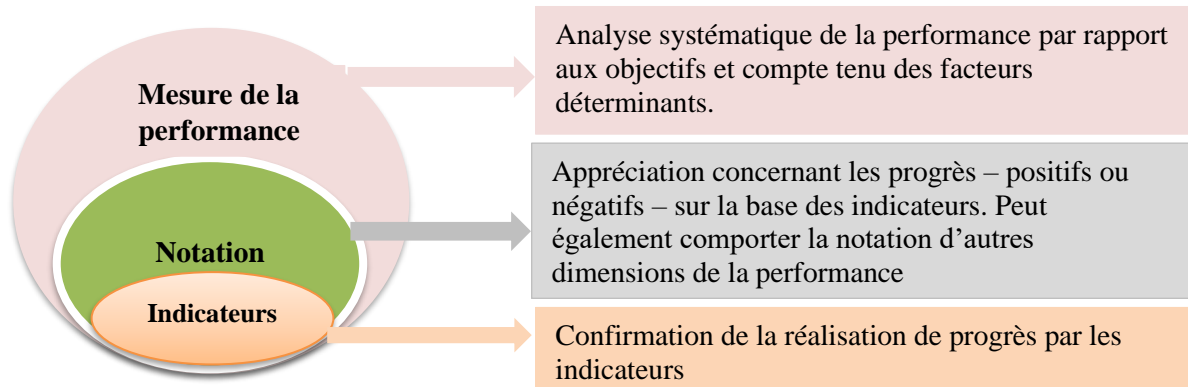


Figure 3 : Dimensions de la mesure de la performance

- **Les indicateurs** font partie de la mesure de la performance. Pour évaluer la performance, il faut connaître davantage que les réalisations soient effectives, comment les réalisations ont été obtenues et quels facteurs ont exercé une influence positive ou négative.
- Dans le cas des effets, la **notation** présente trois points par rapport à la réalisation de l'effet.
 - Changement positif – écart positif à partir du point de référence vers l'objectif du cadre de référence, mesuré par le ou les indicateurs d'effet ;
 - Changement négatif – retour à un niveau inférieur au point de référence, mesuré par le ou les indicateurs d'effet ;
 - Pas de changement – pas de changement perceptible entre le point de référence et l'objectif du cadre de référence mesuré par le ou les indicateurs d'effet.

Dans le cas des produits, la notation présente également trois points : non réalisé, partiel réalisé et oui réalisé. Les trois notations représentent le niveau de réalisation des objectifs d'un produit. Le niveau atteint de réalisation par rapport à l'objectif visé sera catégorisé présenter sous forme de pourcentage (figure 4).

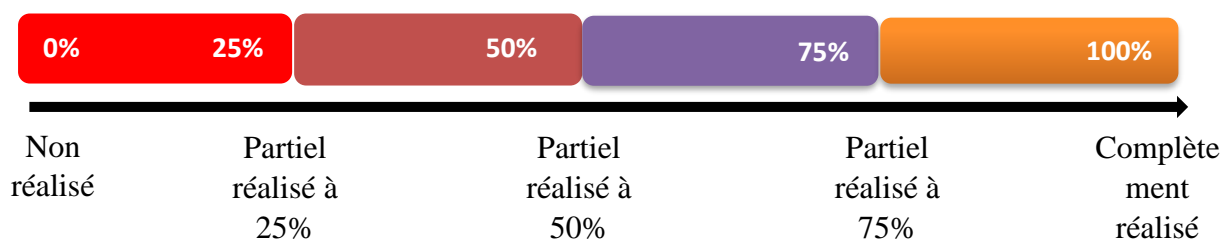


Figure 4 : Notation représentant le niveau de réalisation des objectifs d'un produit

4.2. PERFORMANCE DU PDS 2017-2021

Les impacts et effets de la mise en œuvre du PDS sont mesurés à travers des indicateurs du guide de suivi-évaluation. Les résultats issus de l'évaluation externe du PDS 2017-2021 et la partie analyse situationnelle du nouveau PDSS 2022-2026 ont permis donner le tableau ci-dessous qui présente l'appréciation des performances.

Tableau 9 : Résultats et effets de la mise en œuvre par programme du PD (source Evaluation externe à mi-parcours du PDS 2017-2021 : Rapport final)

Appréciation de la performance

- Progression de 2017 à 2021 et atteinte de l'objectif 2021
- Progression de 2017 à 2021 et non atteinte de l'objectif 2021
- Pas de progression de de 2017 à 2021 et non atteinte de l'objectif

Indicateurs clés	Evolution des indicateurs clés par programme du PDS 2017-2021			
	Niveau de base 2016	2017	2021	Objectifs en 2021
Programme 1. Gouvernance et leadership				
1. Taux de réalisations financières des PAA		75,5	61,73	80,00
2. Taux d'exécution physique des PAA		55,57	71,39	80,00
3.1. Taux de supervision central vers les DRSP		50,00	100,00	80,00
3.2. Taux de supervision du CSI vers les CS :		72,07	78,43	80,00
3.3. Taux de supervision du DS vers les CSI		77,13	84,21	80,00
3.4. Taux de supervision du DRSP vers les DS		69,92	81,94	80,00
4. Densité du personnel de santé pour mille habitants	0,4	0,17	0,45	0,80
5. Répartition des RH		ZU : 68,0 ZR : 32,0	ZU : 56,0 ZR : 44,0	
Programme 2. Accès aux soins de santé				
6. de la population ayant accès au CSI dans un rayon de 5 km	47,48	50,13	53,21	65
7.1. Taux de rupture des molécules retenues CS		2,22	8,30	0,0
7.2. Taux de rupture des molécules retenues CSI	2	2,58	5,77	0,0
7.3. Taux de rupture des molécules retenues HD	1,14	0,34	0,78	0,0
7.4. Taux de rupture des molécules retenues CHR		0,47	0,50	0,0
7.5. Taux de rupture des molécules retenues CSME		0,47	1,00	0,0
8. Taux d'utilisation des soins curatifs	54,92	52,1	47,04	75
9. Taux de couverture en penta chez les enfants de 0-11mois	68	93,0	100	95
10. Taux d'utilisation des méthodes modernes de PF	13,4	31,01	45,59	50
11. Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	40,26	40,07	39,74	60
12. Taux d'utilisation de CPN4		34,85	34,34	60
13. Mortalité néonatale précoce intra hospitalière		0,41	0,49	0,3
14. Létalité obstétricale intra hospitalière		0,20	0,17	0,09
15. Taux de succès thérapeutique tuberculose		82,63	85,75	88,6
16. Taux d'incidence du paludisme pour 1 000 hbts		159,6	172,2	67,00

4.3. CRITERES DE CHOIX DES INDICATEURS DU PDSS 2022-2026

Les critères de choix des indicateurs du PDSS a été basé sur :

- Les objectifs poursuivis par le PDSS ;
- La disponibilité des données de base ;
- La typologie des indicateurs (quantitatif ou qualitatif, impact, effet)
- La contribution des acteurs clés

A = le sens de l'indicateur est clair et d'intérêt

B = Facilité de collecte

C = Disponibilité dans le SNIS/DHSI2

D = Ressources requises

Le suivi axé sur les résultats de la performance suppose l'examen des résultats au niveau des produits, des effets et de l'impact.

Les **indicateurs de produit** sont liés à l'exécution des programmes, des projets et des actions relevant du PDSS. Il s'agit donc d'indicateurs traduisant l'effectivité des réalisations liées aux activités.

Renseignés essentiellement par les maîtres d'œuvre, ils reflètent de même la multiplicité et la diversité des activités menées, d'où un nombre de 36 indicateurs retenus.

Tableau 10 : Nombre d'indicateurs du PDSS 2022-2026

Résultats à court terme (Produits)	Nombre d'indicateurs	Classement des indicateurs			
		A	B	C	D
Produit 1 : Le cadre institutionnel est renforcé	4	X	X	X	X
Produit 2 : La coordination du système de santé est renforcée	2				
Produit 3 : Les mécanismes de régulation du secteur sont renforcés					
Produit 4 : La qualité des soins et services de santé et sociaux est améliorée	2	X	X	X	X
Produit 5 : Les plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux sont renforcés	7	X	X	X	X
Produit 6 : La gestion des épidémies et autres urgences sanitaire est renforcée					
Produit 7 : Les soins de santé primaires sont revitalisés	4	X	X	X	X
Produit 8 : Les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé sont développées					
Produit 9 : La communication institutionnelle est développée					
Produit 10 : La multisectorialité est renforcée					
Produit 11 : La décentralisation et la déconcentration sont effectives					
Produit 12 : La planification et le suivi-évaluation sont renforcés	2	X	X	X	X
Produit 13 : Le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales est renforcé	5	X	X	X	X

Produit 14 : La gestion de l'information sanitaire est perfectionnée	2	X	X	X	X
Produit 15 : La gestion de la recherche est renforcée	1	X	X	X	X
Produit 16 : La dynamique communautaire dans la gestion des services de santé est développée	1	X	X	X	X
Produit 17 : Les barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites					
Produit 18 : Les barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites					
Produit 19 : Les droits des groupes vulnérables sont promus	4	X	X	X	X
Produit 20 : L'Autonomisation des groupes vulnérables est renforcée					
Produit 21 : L'offre et de l'accès aux services de PF est améliorée					
Produit 22 : La capacité des leaders d'opinion sur les questions de population est renforcée					
Produit 23 : Les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations sont pris en compte	2	X	X	X	X

Les **indicateurs d'effets**, au nombre de 31 (tableau 11), traduisent les résultats directs consécutifs à la mise en œuvre des activités. Ces indicateurs, renseignés essentiellement par les différents responsables, traduisent les niveaux de performance atteints ;

Tableau 11 : Nombre d'indicateurs pour les résultats à moyen terme du PDSS

Résultats à moyen terme (Effet)	Nombre d'indicateurs	Classement des indicateurs			
		A	B	C	D
Effet 1 : La population utilise régulièrement les services sanitaires et sociaux de qualité	13	X	X	X	X
Effet 2 : Les populations sont moins exposées aux maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition	14	X	X	X	X
Effet 3 : Les groupes vulnérables sont plus résilients	3	X	X	X	X
Effet 4 : Les populations nigériennes maîtrisent leur fécondité	1	X	X	X	X

Les **indicateurs d'impacts** sont liés aux résultats stratégiques attendus de la mise en œuvre du PDSS. Un nombre de cinq (6) indicateurs est retenu

4.4. CADRE DE MESURE DES RESULTATS DU PDSS 2022-2026

Le cadre de mesure des résultats est l'outil utilisé pour planifier la collecte des données pertinentes sur les indicateurs tout au long de la mise en œuvre du PDSS afin de mettre en évidence les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats attendus et faciliter l'évaluation du PDSS. Le cadre de mesure des résultats est présenté dans le tableau Annexe 3 indique pour chaque indicateur sa valeur et l'année de référence, les cibles de 2022 à 2026 et en précise les sources et les modalités de collecte des données.

PARTIE V : EXPLOITATION DES DONNEES DE SUIVI ET D'EVALUATION

5.1. GESTION DES INFORMATIONS DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION DU PDSS

5.1.1. Circuit de l'information sanitaire du Niger

La procédure de remontée et de validation, feedback et de l'exploitation de l'information sur le suivi de la mise en œuvre du PDSS est schématisée dans la figure 5.

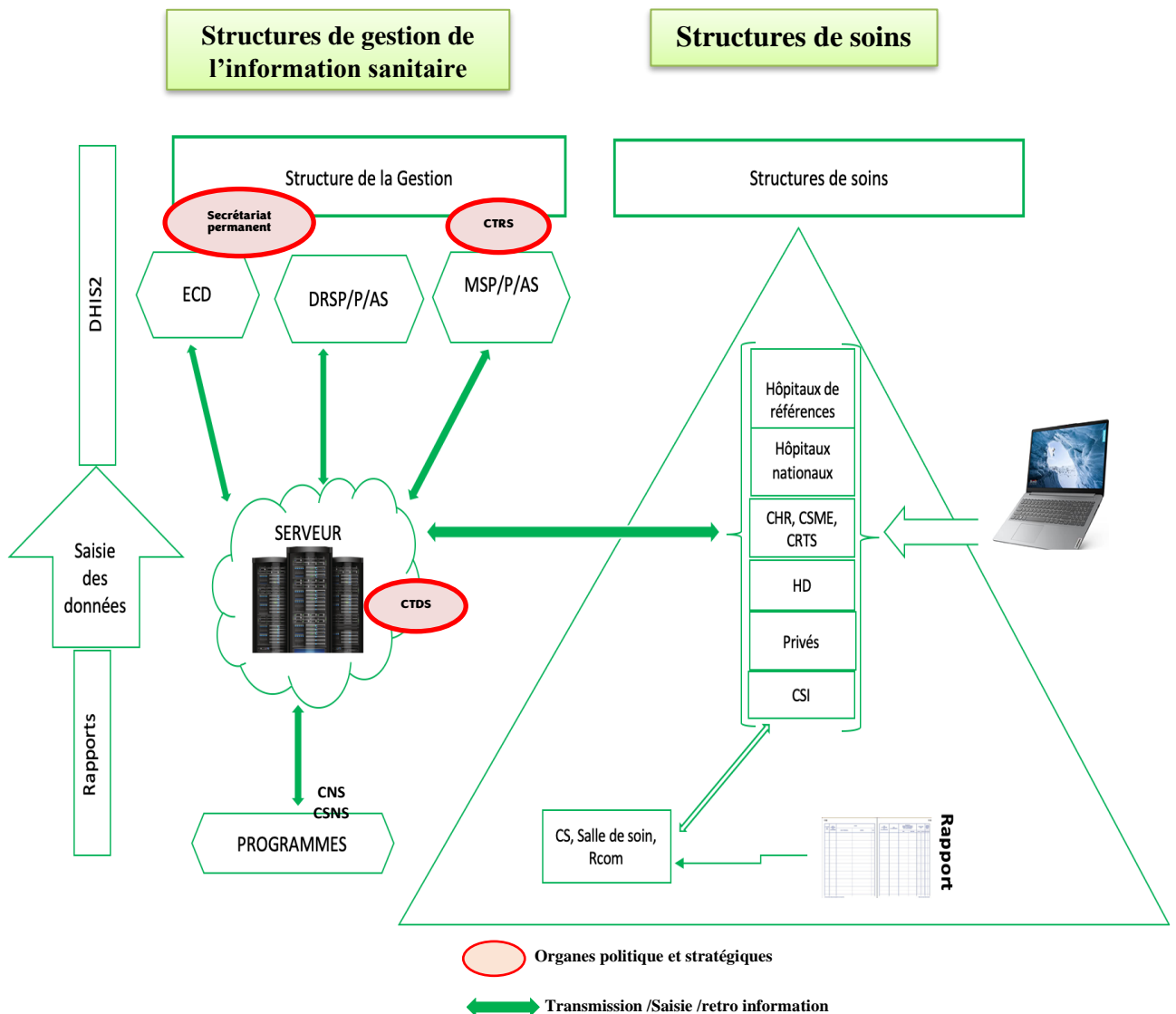


Figure 5 : Circuit de l'information sanitaire du Niger

5.2. Procédure de retour de l'information et de diffusion

Dans le cadre du PDSS, le suivi devrait être multifonctionnel de façon que l'information produite à un niveau soit utile au niveau suivant. En outre, le suivi ne devrait pas être limité à vérifier si les éléments se déroulent comme prévu. Il importe d'examiner régulièrement la qualité du mouvement bidirectionnel d'information à tous les niveaux, de même que la circulation de l'information à l'intérieur même des différentes directions du MSP/P/AS. Sans retour d'information sûr et régulier, le suivi et l'évaluation ne sauraient atteindre leurs buts.

Cette retro-information dans le cadre du PDSS doit se faire au moyen d'entretiens périodiques, de recommandations, de l'examen de rapports annuels et autres rapports de programme et de projet, ou grâce des séances de formation et ateliers à l'intention des utilisateurs.

La diffusion des résultats de l'évaluation est aussi importante que leur publication. Ce n'est que grâce à un système efficace de diffusion que les bénéficiaires visés recevront le retour d'information concernant l'évaluation dont ils ont besoin.

5.3. Gestion axée sur les résultats et gestion du système d'information du S&E du PDSS

La gestion axée sur les résultats suppose implicitement, en permanence, la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation afin de gérer les résultats et de tirer les enseignements de l'expérience. Il faut pour cela renforcer les interactions entre parties prenantes et institutions en ce qui concerne les résultats. Il s'agit également d'appliquer les mécanismes de communication et d'information pour rendre compte de l'apprentissage et faciliter la circulation du savoir, de l'information et des ressources. Et ceci doit être un des rôles du secrétariat permanent.

L'information issue du suivi-évaluation du PDSS doit être mise à la disposition des utilisateurs éventuels afin de se transformer en savoir. Le suivi et l'évaluation fournissent des informations et des données factuelles qui, une fois acceptées et assimilées, se transforment en savoir qui favorise l'apprentissage. L'apprentissage vient compléter la mesure de la performance en rehaussant la qualité des évaluations. Même si les indicateurs liés aux résultats sont médiocres ou obscurs, il est toujours possible de tirer des enseignements et d'utiliser ce savoir pour améliorer le processus.

Si le suivi contribue à dégager les premières leçons concernant l'effet, le programme ou projet, l'évaluation a pour objet de tirer des enseignements de l'expérience de façon à pouvoir identifier des questions générales aussi bien que particulières et à élaborer des solutions de rechange.

Les résultats de l'évaluation devraient être publiés selon une présentation claire, dans un souci d'équité, afin de dégager des conclusions convaincantes et d'exclure toute ambiguïté. L'information peut être présentée selon diverses techniques d'analyse. L'essentiel est toutefois que l'information provenant des évaluations et du suivi soit d'utilisation facile, d'accès aisé et utile.

5.4. CAPITALISATION ET GESTION DES CONNAISSANCES

Le suivi et l'évaluation fournissent des informations et des données factuelles qui, une fois acceptées et assimilées, se transforment en savoir qui favorise l'apprentissage. L'apprentissage doit donc être incorporé au cycle global de programmation au moyen d'un mécanisme efficace de retour d'information. L'information doit être diffusée et mise à la disposition de ses utilisateurs éventuels afin de se transformer en savoir appliqué.

L'apprentissage vient compléter la mesure de la performance en rehaussant la qualité du suivi-évaluation. Même si les indicateurs liés aux résultats sont médiocres ou obscurs, il est toujours possible de tirer des enseignements et d'utiliser ce savoir pour améliorer le processus. L'apprentissage est aussi un outil clé de gestion, si bien que la stratégie d'application du savoir tiré de l'évaluation est un puissant moteur de réalisation des effets. Les effets sont une entreprise plus ambitieuse et complexe que le simple apport d'intrants et la simple production de produits.

Pour mieux capitaliser les connaissances ; il faut veiller à ce que l'accent soit mis sur les résultats suivants :

- Planifier les PAA, les projets et programmes fondés sur les effets visés du PDSS ;
- Déterminer, en plus des données quantitatives, les données qualitatives pouvant mieux expliquer les facteurs déterminants positifs ou négatifs ;
- Définir, pour chaque niveau de personnel et les partenaires, l'objet de la production de connaissances ou d'information applicables à la prise de décisions ainsi que leur portée ;
- Introduire un calendrier des changements futurs dans la programmation ;
- Documenter, analysez et examinez différentes expériences en matière de conception de programme, de partenariat, d'activités de suivi et d'évaluation ;
- Élaborer, en consultation avec les utilisateurs, des formats appropriés et apprenez au personnel à les utiliser ;
- Solliciter les points de vue de toutes les parties prenantes clés, y compris les bénéficiaires.

PARTIES VI : PLAN DE SUIVI-EVALUATION

6.1. ACTIVITES POUR LE SUIVI-EVALUATION DU PDSS 2022-2026

Le plan de S&E est en annexe 5. Afin de pouvoir gérer tous ces outils de collecte de données annoncés plus haut et produire régulièrement et à temps tous les tableaux de bords et rapports à tous les niveaux, il est indispensable de mettre l'accent sur :

La validation du présent guide de suivi évaluation du PDSS 2022-2026 par :

1. Un atelier de validation pour une bonne compréhension commune des indicateurs et une meilleure appropriation par tous les acteurs ;

Le renforcement des capacités

1. Des membres du secrétariat permanent du PDSS en matière de gouvernance et particulièrement en planification et suivi-évaluation ;
2. Plus précisément de la DEP et de la DS du MSP/P/AS en matière de formation en suivi évaluation et surtout en gestion de l'information sanitaire et de son utilisation.
3. Au niveau décentralisé des responsables de la gestion de l'information sanitaire sur la planification, le suivi évaluation, la supervision et la gestion des connaissances et du savoir ;
4. Des membres des organes de gestion à tous les niveaux afin de faire fonctionner correctement les différentes instances ;

Le renforcement du système de reporting et de diffusion de l'information par :

1. La mise à jour régulier du DHS12 afin de renforcer le reporting axé sur les résultats du PDSS ;
2. Un suivi régulier des tableaux de bord à différents niveaux pour une prise de décision adéquate ou un réajustement en temps opportun ;
3. La documentation des expériences, des leçons apprises et des bonnes pratiques ;

L'identification des facteurs de succès et de motivation par :

1. Le classement des districts sur la base de la performance en matière de gestion des données (complétude, exactitude, promptitude, traitement et analyse des données), de la pertinence des mesures de mitigation mise en place et de la documentation des bonnes pratiques ;
2. L'organisation des sessions d'apprentissage pour une discrimination positive des districts performants (en présence des paires) en matière de suivi-évaluation.

Le respect du calendrier des études, des évaluations, des missions et des revues

Ci-dessous (tableau 12) la planification des études, des évaluations, des missions et des revues du PDSS 2022-2026.

Tableau 12 : Planification des études, des évaluations, des missions et des revues du PDSS 2022-2026

#	Instances	Année				
		2022	2023	2024	2025	2026
1	Organiser des missions annuelles conjointes (MSP/P/AS-PTF-OSC) de suivi de mise en œuvre du PDSS	X	X	X	X	X
2	Organiser des revues semestrielles conjointes à tous les niveaux		X	X	X	X
3	Organiser les revues annuelles conjointes à tous les niveaux	X	X	X	X	X
4	Elaborer le rapport annuel de performance du ministère (élaboration, validation & diffusion)	X	X	X	X	X
5	Elaborer l'annuaire des statistiques sanitaires	X	X	X	X	X
6	Produire trimestriellement les bulletins d'information de suivi des indicateurs de mise en œuvre du PDSS	X	X	X	X	X
7	Faire l'évaluation à mi-parcours du PDSS			X		
8	Faire l'évaluation finale du PDSS					X
9	Enquête CAP*					
10	Enquête de couverture*					
11	Enquête STEPS*					
12	Monitoring SONU*	X	X	X	X	X
13	Enquête SARA*	X	X	X	X	X
14	Compte de la Santé (CS)*	X	X	X	X	X
15	Enquêtes SMART**					
16	Enquête EDSN**					
17	Enquête QUIBB**					
18	Enquête MICS**					

*Enquêtes/études réalisées par le secteur de la santé

** Enquêtes/études d'envergure nationale (ou multisectorielles)

6.2. BUDGET

L'estimation du budget du plan d'action est en annexe 6

CONCLUSION

Le cadre de suivi et d'évaluation contenu dans le présent guide devrait évoluer et s'améliorer avec l'expérience de son application.

Certains des éléments appellent des changements dans l'attitude mentale et le comportement du personnel, si bien que l'organisation doit s'attendre à continuer de tirer des enseignements de ce nouveau cadre au cours des années à venir.

En bref, ce cadre représente des changements novateurs, non seulement pour ce qui est de la simplification, mais aussi en ce qui concerne les méthodes de suivi et d'évaluation axées sur les résultats.

Enfin, des partenariats et des cadres de collaboration doivent être développés pour le S&E du PDSS 2022-2026 pour mieux renseigner certains indicateurs du cadre de performance.

Par exemple avec les instituts et centres de recherche en lien avec la santé :

- L'institut national de la statistique pour les résultats d'enquêtes ;
- L'office national de la population pour les questions du dividende démographique ;
- Le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire pour le suivi de l'évolution de la lutte contre le paludisme et certaines maladies parasitaires.
-

La plupart des termes et expressions apparaissant dans le présent Guide sont d'un usage courant dans le cadre du suivi et de l'évaluation.

A

Activités : Actions menées dans le contexte de la programmation qui sont nécessaires et suffisantes et par lesquelles des apports (financiers, humains, techniques et matériels) sont mis en œuvre pour donner des produits particuliers ou contribuer aux résultats, Les activités peuvent également être définies comme des « interventions de développement ».

Apport : Moyen mis en œuvre pour exécuter des activités de programme ou de projet, c'est-à-dire des ressources financières, humaines et matérielles.

Auto-évaluation : Évaluation effectuée par les gestionnaires d'un programme ou projet sur le terrain.

B

Bénéficiaires : Particuliers ou institutions dont la situation est censée s'améliorer (groupe cible) ainsi que d'autres dont la situation pourrait s'améliorer. Renvoie aussi à un groupe limité de parties prenantes qui profiteront directement ou indirectement du programme.

But : Énoncé général du résultat à atteindre au cours d'une période donnée. Le terme but est approximativement équivalent à Résultat stratégique. Par souci de précision technique, il est recommandé d'utiliser plutôt objectif spécifique).

C

Cadre logique (matrice) : Il s'agit d'une mise en forme des résultats de la planification d'une intervention, en les présentant de manière plus logique. Cette mise en forme n'est possible qu'après une analyse de la situation, notamment l'analyse des problèmes et des objectifs. D'ailleurs c'est à partir de l'arbre des objectifs qu'on construit la première colonne (hiérarchie des objectifs) du cadre logique. C'est un ensemble de concepts corrélés décrivant d'une façon opérationnelle et sous forme de matrice les aspects les plus importants d'une intervention (hiérarchie des objectifs, les indicateurs, les sources de vérification et les hypothèses). Cette description permet de vérifier si l'intervention a été bien instruite, un suivi plus facile et une évaluation plus correcte. Il est important de garder à l'esprit que le cadre logique n'est qu'un outil méthodologique de planification qui reflète le résultat d'une analyse faite à un certain moment.

Cadre de résultats : Cette expression générique désigne l'hypothèse de développement englobant les résultats nécessaires à la réalisation d'un objectif stratégique, leurs relations de cause à effet ainsi que les hypothèses sous-jacentes. Ce cadre organise la mesure, l'analyse et la communication des résultats de l'entité opérationnelle. Il sert également d'outil de gestion et est donc axé sur les résultats fondamentaux qui doivent être suivis afin d'indiquer le progrès.

Critère : Point de référence ou norme permettant une comparaison des progrès ou réalisations. Le critère désigne aussi un objectif intermédiaire permettant de mesurer les progrès à une période donnée.

D

Données de référence (ou de base) : Données décrivant la situation sur laquelle doit porter un programme ou projet et qui servent de point de départ de la mesure de l'efficacité dudit programme ou projet. Une étude de référence donnerait la description de la situation préalable à la fourniture de l'aide, qui sert à déterminer les résultats et réalisations d'une activité donnée et constitue une importante référence d'évaluation.

Données : Informations ou faits précis d'ordre quantitatif et qualitatif

Durabilité : Viabilité des résultats positifs d'un programme ou d'un projet après l'achèvement de la coopération technique canalisée au moyen dudit programme ou projet ;

E

Effet : Modification effective ou recherchée de la situation que les interventions du PDSS cherchent à soutenir.

Efficacité : La mesure dans laquelle un résultat est réalisé au moyen des interventions. La mesure dans laquelle un programme ou projet réalise les résultats prévus, c'est-à-dire les buts, effets et produits, et contribue aux effets.

Efficience : Transformation optimale d'apports en produits.

Enquête : Collecte systématique d'information auprès d'une population définie, généralement par le jeu d'entretiens ou de questionnaires appliqués à un échantillon d'unités de population (particuliers, bénéficiaires, adultes).

Enseignement tiré : Leçon dégagée de l'expérience qui est applicable à une situation générale plutôt qu'à des conditions particulières.

Équipe d'évaluation : Groupe de spécialistes chargés de la planification détaillée et de la conduite d'une évaluation. L'équipe d'évaluation rédige le rapport d'évaluation.

Évaluateur : Personne qui intervient à tous les stades de l'évaluation, de la définition du mandat et de la collecte et analyse des données à la formulation des recommandations et à la prise de mesures correctives ou à l'introduction d'améliorations.

Évaluation à mi-parcours : Type d'évaluation effectuée au cours de l'exécution d'un projet ou programme. Elle vise essentiellement à évaluer les progrès accomplis, tirer les premières conclusions en vue de la gestion du programme ou projet et formuler des recommandations pour la suite des opérations. Elle porte sur les questions opérationnelles ainsi que sur la performance et permet de dégager les premiers enseignements. Est parfois qualifiée d'évaluation continue.

Évaluation d'impact : Type d'évaluation axée sur l'impact ou les résultats globaux à plus long terme, intentionnels ou non, d'un programme ou effet. Par exemple, une évaluation d'impact pourrait montrer qu'une baisse du taux de mortalité infantile global d'une communauté donnée est la conséquence directe d'un programme de soins prénatals et postnatals de qualité et d'accouchement assurés par des spécialistes de la santé.

Évaluation de la performance : Évaluation extérieure ou auto-évaluation par unités de programme, qui supposent le suivi d'effets, programmes, projets ou particuliers, des études, des rapports de fin d'année et de fin de projet, des évaluations institutionnelles ou études spéciales.

Évaluation des effets : Évaluation couvrant un ensemble de projets, programmes et stratégies visant à réaliser un certain effet. Il s'agit d'évaluer comment et pourquoi les effets sont atteints ou ne le sont pas. Sert également à préciser les facteurs sous-jacents de la réalisation ou non des effets ; à souligner les effets involontaires – positifs et négatifs – des interventions ; à recommander des mesures afin d'améliorer l'efficacité des futurs cycles de programmation et de tirer des enseignements.

Évaluation externe : Évaluation effectuée par un ou plusieurs évaluateurs qui ne participent pas directement à la formulation, à l'exécution ou à la gestion de l'objet de l'évaluation. Effectuée normalement par des personnes n'appartenant pas aux organisations concernées. (Synonyme : « évaluation indépendante »).

Évaluation finale : Évaluation effectuée une fois que l'intervention est en place depuis un certain temps ou vers la fin d'un projet ou programme afin de mesurer les résultats ; indique l'efficacité et la pertinence des interventions et stratégies ; indique les premiers signes d'impact et recommande les interventions à encourager ou à abandonner.

Évaluation interne : Évaluation effectuée par les membres de l'organisation qui sont liés aux programmes, projets ou questions à évaluer.

F

Fiabilité : Cohérence et qualité des données rassemblées grâce à l'application répétée d'un instrument scientifique ou d'une procédure de collecte des données dans des conditions identiques.

G

Gestion axée sur les résultats (GAR) : Stratégie ou méthode de gestion appliquée par une organisation pour veiller à ce que ses procédures, produits et services contribuent à la réalisation de résultats clairement définis. La gestion axée sur les résultats offre un cadre cohérent de planification et de gestion stratégique en améliorant l'apprentissage et la responsabilité. Il s'agit aussi d'une vaste stratégie de gestion visant à apporter d'importants changements dans le mode de fonctionnement des organismes, l'amélioration de la performance et la réalisation de résultats étant l'orientation centrale, par la définition de résultats réalistes, le suivi du progrès dans la réalisation des résultats escomptés, l'intégration des enseignements tirés dans les décisions de gestion et la communication d'information au sujet de la performance.

Gestion de la performance : Création d'une demande de gestion concernant l'information sur la performance, et son exploitation et son application à une amélioration permanente. Recouvre la « mesure de la performance ».

Groupes cibles ! Principaux bénéficiaires d'un programme ou projet, segments de la population qu'un programme ou projet cherche à atteindre afin de répondre à leurs besoins selon des considérations de sexe et sur la base de leurs caractéristiques socioéconomiques.

I

Impact ! Effet global et à long terme d'une intervention. Résultats d'un programme ou projet qui sont évalués en regard des objectifs de développement ou des buts à long terme dudit programme ou projet ; changement dans une situation, prévu ou non, positif ou négatif, qu'un programme ou projet contribue à apporter. L'impact est le résultat à plus long terme ou résultat final attribuable à une intervention de développement, contrairement aux produits et aux effets, qui représentent les résultats plus immédiats de l'intervention.

Indicateur de performance : Caractéristique ou dimension particulière servant à mesurer les changements recherchés définis par un cadre de résultats d'une entité. Les indicateurs de performance servent à observer le progrès et à mesurer les résultats effectifs par rapport aux résultats escomptés. Ils permettent de déterminer si et dans quelle mesure une entité progresse dans la réalisation de ses objectifs au lieu de répondre au pourquoi concernant ces progrès. Les indicateurs de performance sont généralement exprimés sous une forme quantifiable et devraient être objectifs et mesurables (exemple : chiffres, pourcentages, notations et indices).

Indicateur : Témoin de progrès (ou de l'absence de progrès) dans la réalisation d'objectifs ; moyen de mesurer les réalisations effectives au regard des prévisions sur les plans de la quantité, de la qualité et de la rapidité. Il s'agit d'une variable quantitative ou qualitative qui permet d'évaluer de manière simple et fiable la réalisation, le changement ou la performance.

M

Meilleures pratiques : Pratiques de planification ou opérationnelles dont l'efficacité a été confirmée dans des conditions données. Les meilleures pratiques servent à démontrer ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas et à constituer et appliquer des connaissances au sujet des fonctionnements dans des situations et contextes différents.

Mesure de la performance : Collecte, interprétation et communication de données servant aux indicateurs de performance mesurant à quel point les programmes ou projets fournissent des produits et contribuent à la réalisation de desseins supérieurs (buts et effets). Les mesures de la performance sont surtout utiles pour établir des comparaisons dans le temps ou entre entités exécutant des tâches analogues.

O

Objectif : Est un état futur désirable et réalisable qui est jugé satisfaisant. Ce terme est approximativement équivalent à la solution à un problème dans l'analyse des problèmes

Objectif du programme ou du projet : Objectif recherché ou attendus par la réalisation du projet.

Outils d'analyse : Instruments et techniques utilisés pour traiter et interpréter l'information durant les différentes étapes d'une évaluation.

Outils pour la collecte de données : Instruments et techniques utilisés pour identifier des sources d'information et les rassembler au cours de l'évaluation. Remarque : par exemple, enquêtes formelles ou informelles, observation directe et participative, interviews de communautés, groupes de contrôle, avis d'experts, études de cas et recherche de documentation.

P

Partenariat : Collaboration entre institutions à la réalisation de buts et objectifs communs et convenus faisant appel aux forces individuelles et maximisant les synergies. Des partenariats efficaces, où l'apport de chaque partenaire est bien compris, sont au centre de la réalisation de résultats.

- Parties prenantes :** Particuliers, groupes ou entités intéressés directement aux objectifs et à l'exécution d'un programme ou projet : communautés dont le programme cherche à modifier la situation ; personnel de terrain exécutant des activités ; responsables de projet et de programme qui supervisent l'exécution ; donateurs et autres décideurs qui déterminent la conduite à tenir en ce qui concerne le programme ; partisans, critiques et autres personnes qui jouent un rôle dans l'environnement du programme. Dans le cas de l'évaluation participative, les parties prenantes jouent un rôle de plus en plus actif dans l'évaluation en formulant les questions, en planifiant l'évaluation, en réunissant les données et en réglant les problèmes.
- Pertinence :** Mesure dans laquelle les objectifs d'un programme ou projet demeurent valables tels qu'ils ont été prévus au départ ou modifiés ultérieurement à cause d'un changement de conditions dans le contexte immédiat et l'environnement extérieur de ce programme ou projet. S'agissant d'un effet, la mesure dans laquelle il répond aux priorités nationales fondamentales et bénéficie de l'appui des principaux partenaires.
- Plan de travail :** Récapitulation annuelle ou pluriannuelle de tâches, calendriers et responsabilités. Constitue un outil de suivi pour assurer la réalisation de produits et des progrès dans la production d'effets.
- Produits :** Produits concrets (y compris les services) d'un programme ou projet qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs de ce dernier. Les produits concernent l'achèvement (plutôt que l'exécution) d'activités et constituent le type de résultats sur lesquels les responsables exercent une forte influence.

R

- Rapport annuel :** Principal instrument de communication d'information sur la performance et les progrès dans la réalisation des résultats
- Recommandation :** Suggestion de mesures à prendre dans des conditions données, les exécutants étant désignés.
- Référence (Étalon) :** Norme permettant d'apprécier la performance ou les résultats obtenus.
Remarque : la référence se rapporte à des résultats obtenus dans le passé récent par d'autres organisations comparables, ou à ce qu'on pensait pouvoir atteindre raisonnablement dans un contexte donné.
- Renforcement des capacités :** Opération par laquelle des particuliers, groupes, organismes renforcent, améliorent et organisent leurs systèmes, ressources et connaissances apparaissant dans leur aptitude à remplir des fonctions, résoudre des problèmes et fixer et réaliser des objectifs, individuellement et collectivement.

Retour d'information : Organisation et conditionnement des informations pertinentes provenant d'activités de suivi et d'évaluation, diffusion de cette information auprès de ses destinataires et surtout exploitation de cette information en vue de la prise de décisions et de la promotion de l'apprentissage dans une organisation. En tant que produit, le retour d'information désigne l'information produite au moyen du suivi et de l'évaluation et communiquée aux parties intéressées. Peut comporter constatations, conclusions, recommandations et enseignements tirés de l'expérience.

Revue : La revue est un processus qui s'inscrit dans le suivi et la planification de la mise en œuvre du PDSS. Elle fournit une base commune pour comprendre les problèmes et les priorités en santé.

S

Suivi des effets : Collecte et analyse de données en vue de mesurer la performance d'un programme ou projet pour ce qui est de la réalisation de effets au niveau du pays. Un ensemble d'indicateurs définis est élaboré pour suivre régulièrement les principaux aspects de la performance. La performance reflète l'efficacité dans la transformation d'apports en produits, résultats et impacts.

Suivi : Fonction continue visant essentiellement à donner aux responsables et principales parties prenantes un retour d'information régulier et de premières indications concernant les progrès ou l'absence de progrès dans la réalisation des effets visés. Il s'agit de suivre l'exécution ou la situation par rapport au projet ou attente sur la base de normes prédéterminées. Le suivi suppose généralement la collecte et l'analyse de données sur les procédures, stratégies et résultats de l'exécution ainsi que la recommandation de mesures correctives.

Stratégie : C'est un ensemble de mesures, d'actions et de dispositifs devant permettre d'atteindre des objectifs prédéterminés. C'est un ensemble de méthodes pour gérer un projet ou un programme de développement. Elle consiste principalement à combiner trois éléments clés que sont les options prioritaires, les acteurs privilégiés et les ressources (hommes, capitaux, techniques). En matière de planification du développement, la stratégie cherche en principe à déterminer les voies et moyens requis pour atteindre les objectifs qui sont définis par la politique.

Système de notation : Instrument permettant de former et de confirmer un jugement quant à la pertinence, à la performance et au succès d'un programme ou projet au moyen d'une échelle de codes numériques, alphabétiques ou descriptifs.

T

Termes de référence : Définition des travaux et du calendrier à exécuter par l'équipe d'évaluation. Rappelle le contexte et précise la portée de l'évaluation, indique les principales raisons de l'évaluation et les questions posées. Récapitule les connaissances disponibles, ébauche une méthode d'évaluation et décrit la répartition des tâches et des responsabilités entre les participants à l'évaluation. Précise les qualifications requises des équipe ou particuliers ainsi que les critères à appliquer pour constituer une équipe d'évaluation.

V

Validité : Précision de la mesure ou du test. Pour être valides, les évaluations doivent tenir compte de tous les facteurs pertinents, étant donné le contexte global de l'évaluation, et leur accorder le poids qu'il convient au cours de la formulation des conclusions et recommandations.

ANNEXE 1 : MISSIONS, ROLES ET RESPONSABILITES, MODE DE FONCTIONNEMENT ET COMPOSITION DES ORGANES POLITIQUE ET STRATEGIQUE

ANNEXE 2 : MATRICE DU CADRE LOGIQUE DU PDSS 2022-2026

ANNEXE 3 : CADRE DE MESURE DES RESULTATS DU PDSS 2022-2026

ANNEXE 4 : RELATION DES INDICATEURS AVEC LES PROGRAMMES ET ASPECTS GENERAUX

ANNEXE 5 : SYNTHESE DES INDICATEURS PAR PROGRAMME

ANNEXE 6 : MODALITES DE CALCULS DES INDICATEURS

ANNEXE 7 : LISTE DES INDICATEURS CLES 2022-2026 ET LEURS VALEURS CIBLES

ANNEXE 8 : LISTE DES MOLECULES ESSENTIELLES RETENUES PAR NIVEAU DANS LE PDSS 2022-2026

ANNEXE 9 : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PDSS 2022-2026

ANNEXE 10 : BUDGET DU PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PDSS

ANNEXE 1 : Missions, rôles et responsabilités, mode de fonctionnement et composition des organes politique et stratégique

COMITE NATIONAL DE LA SANTÉ (CNS)			
Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Le CNS est l'organe de coordination et de décision ayant pour mission de valider les orientations en matière de politique sanitaire et de renforcer leadership du ministre de la Santé Publique sur l'ensemble du secteur et de promouvoir la multisectorialité en faveur du secteur de la santé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approuver la PNS, le PDSS et toutes les orientations stratégiques du ministère 2. Adopter et approuver les rapports de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PDSS 3. Assurer un dialogue sur la politique sectorielle et l'avancement des réformes du secteur 4. Mobiliser les acteurs et les ressources en faveur du secteur de la santé 5. Approuver la planification et la programmation Budgétaire 6. Entériner les réformes prioritaires et apprécier leur niveau de mise en œuvre 	<p>Le CNS se réunit 2 fois par an sur convocation du Président. La première du CNS sera consacrée à la validation du RAP du PDSS y compris la partie santé du rapport annuel du Plan de Développement Economique et Social (PDES) et la seconde, en fin d'année pour valider le PAP de l'année suivante. L'ordre du jour sera préparé par le Comité Stratégique National de Santé. Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date de la session.</p> <p>En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.</p>	<p>Le CNS est présidé par le Premier Ministre</p> <p>Sont membres délibératifs (CNS) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le ministre de la Santé, de la population et des affaires sociales 2. Le Ministre en charge des Finances ; 3. Le Ministre en charge du Plan ; 4. Le Ministre en charge de la Fonction Publique ; 5. Le Ministre en charge de l'emploi et Protection sociale 6. Le Ministre en charge de l'hydraulique et assainissement ; 7. Le Ministre en charge de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant 8. Un Représentant de l'Assemblée nationale ; 9. Les Ambassadeurs ou attachés de coopération des pays impliqués dans le secteur de la Santé 10. Le représentant Résident de l'OMS, 11. Les représentants des partenaires multilatéraux non SNU (Banques et Fonds, partenariats 12. Le chef de file des PTF/Santé 13. Le Ministre en charge de l'Aménagement du Territoire et du Développement communautaire ; 14. Le Ministre en charge de l'Intérieur 15. Le Ministre en charge du transport ; 16. Le Ministre en charge de l'Enseignement Supérieur ; 17. Le Ministre en charge de l'enseignement professionnel 18. Le Ministre en charge de l'Education Nationale ; 19. Le Ministre en charge de la Communication et NTIC ;

			<p>20. Le Ministre en charge en charge de la Défense Nationale ;</p> <p>21. Le Ministre en charge de l'environnement ;</p> <p>22. Le Ministre en charge de l'Elevage ;</p> <p>23. Le Ministre en charge de l'Agriculture ;</p> <p>24. Les représentants pays de de l'UNICEF, de l'UNFPA, de ONUSIDA, de l'UNHCR, de OCHA</p> <p>25. Le Président de l'Association des Chefs Traditionnels du Niger</p> <p>26. Les responsables des programmes budgétaires</p> <p>27. Un représentant du Conseil Economique, Social et Culturel ;</p> <p>28. Un représentant par ordre professionnel de santé</p> <p>29. Un représentant des Associations islamiques ;</p> <p>30. Un représentant des Communautés chrétiennes ;</p> <p>31. Une représentante des Associations Féminines</p> <p>32. Un représentant du secteur privé de la santé</p> <p>33. Un responsable des services de santé des armées</p> <p>34. Un représentant de l'association de la médecine traditionnelle</p> <p>35. Un représentant du conseil national des jeunes</p> <p>36. Un représentant des services de santé des armées</p>
COMITE TECHNIQUE NATIONAL DE LA SANTÉ (CTNS)			
Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
Le CTNS est un organe stratégique qui a pour mission valider les documents de planification stratégique, programmatiques, de suivi-évaluation et de préparer les réunions du	<p>Les rôles et responsabilités du CTNS sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valider la PNS, les PDSS et les stratégies sectorielles 2. Valider les documents programmatiques (DPPD, PAP) sectoriels 	Le CTNS se réunit sur un rythme trimestriel, dont une première réunion de validation du RAP de l'année n-1, une deuxième réunion pour actualiser le Document de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD), une troisième réunion pour valider le PAP de	<p>Le CTNS est présidé par le ministre de la Santé, de la Population et des Affaires Sociales</p> <p>Sont membres du CTNS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le secrétaire général du MSP 2. Les responsables des programmes budgétaires du MSP 3. Les directeurs généraux, centraux et responsables des programmes et projets du MSP/P/AS, centres de référence, EPA, EPIC, EPST ;

Comité National de la Santé	<ol style="list-style-type: none"> 3. Examiner le niveau de mise en œuvre des réformes ; 4. Examiner les résultats de l'évaluation du PAP du secteur de la santé (RAP) ; 5. Faire le suivi de la mise en œuvre des décisions et orientations du CNS 6. Faire le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PDSS 7. Evaluer les questions spécifiques à apporter à l'appréciation du CNS 8. Exécuter les décisions du CNS 	<p>l'année n+1, et une quatrième réunion pour valider les documents techniques¹.</p> <p>L'ordre du jour est préparé par le Secrétariat Permanent.</p> <p>A la première réunion de l'année, il sera présenté la synthèse du draft de RAP y compris les valeurs des indicateurs du Guide de Suivi et Evaluation (GSE) atteint au terme de l'exercice annuel.</p> <p>Les responsables des programmes rendent compte des résultats attendus de leurs programmes et des réformes portées par ces derniers et des ressources mises à leur disposition. La présentation de ces résultats se fera sur base des indicateurs du GSE du PDSS. Ils proposent des orientations pour les interventions à venir.</p> <p>A la seconde réunion de l'année, il sera présenté les priorités retenues du PAP de l'année suivante. Les responsables des programmes présentent chacun son PAP avec les activités retenues et le budget.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Les Directeurs Régionaux de la Santé Publique, 5. Les SG des ministères partenaires (Finances, Plan, Environnement, hydraulique, agriculture, élevage, promotion de la femme, intérieur (décentralisation), développement communautaire, éducation Nationale, enseignement supérieur, Formation professionnelle. 6. Le chef de file des PTF santé 7. Un représentant de l'OMS 8. Le présidium du CCM 9. Le présidium du CCIA 10. Les responsables des programmes santé et PTF 11. Le point focal du Fond Commun 12. Un représentant par syndicat de la santé ; 13. Trois représentants des ONG et Associations du secteur de la santé 14. Les présidents des comités de santé (COSAN) ; 15. Un médecin chef de district par région ; 16. Les directeurs des Centres de santé mère enfant ; 17. Les directeurs des Centres hospitaliers régionaux ; 18. Deux représentants des écoles de santé (1 publique et 1 privée) 19. Un représentant de la faculté des sciences de la santé ; 20. Deux (2) représentants du secteur privé de la santé 21. Un représentant de l'INS 22. Un représentant des services de santé des armées
-----------------------------	--	--	--

LE SECRETARIAT PERMANENT

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
Le Secrétariat Permanent (SP) est la structure	1. Il coordonne les différents acteurs pour une mise en œuvre efficace et efficiente du PDSS.	Le SP se réunit tous les deux mois. Il peut organiser d'autres réunions selon	Sont membres du Secrétariat Permanent :

<p>permanente chargée d'assurer le dialogue et la concertation sectoriels avec toutes les parties prenantes sur la mise en œuvre du PDSS en vue d'améliorer la coordination sectorielle. Elle assure la continuité des différents organes de concertation du MSP/P/AS.</p>	<p>A ce titre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il s'assure de l'appropriation par la partie nationale de la PNS et du PDSS et de toutes les réformes sectorielles ■ Il coordonne l'alignement des partenaires nationaux et internationaux sur les priorités nationales ■ Il met en place la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé ■ Il assure la négociation, l'élaboration, le suivi de la mise en œuvre du compact-santé ; ■ Il met en place les mécanismes de redevabilité mutuelle et de responsabilité dans le secteur de la santé et du social. <p>2. Il coordonne le travail des commissions techniques. A ce titre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il négocie les plans de travail et les livrables périodiques de chaque commission dans un délai imparti. ■ Il s'assure du respect des engagements et du respect des délais et échéances des travaux des commissions (tableaux de bord et calendrier). ■ Il analyse et donne son approbation sur les travaux et propositions des commissions techniques et assure la conformité aux programmes budgétaires avant de les soumettre pour validation au CTNS et l'approbation au CNS. ■ Il garantit la synergie et la complémentarité entre les productions (travaux) des commissions <p>3. Il coordonne les travaux de préparation des réunions du CTNS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il examine et prépare tous les documents qui doivent être présentés au CTNS. ■ Il organise les réunions ordinaires et extraordinaires du CTNS ; 	<p>les besoins et à la demande du SG ou des Partenaires Techniques et Financiers.</p> <p>L'ordre du jour est arrêté de commun accord au moins une semaine avant la tenue de la réunion ;</p> <p>Le compte rendu des réunions est élaboré dans les 3 jours qui suivent la réunion, partagé aux autres membres du SP pour amendements, puis finalisé et partagé à tous les membres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le Secrétaire Général de la santé qui en est le responsable ; ■ Le Secrétaire Général Adjoint de la santé ; ■ Les responsables des Directions Générales du MPS/P/AS ■ Les responsables des programmes budgétaires du PDSS ; ■ Les Directeurs de la DEP, la DAIDRP, de la DL, la DS, la DRFM, la DRH, la DMP, la DIES ; <p>Pour le compte des partenaires, sont membres du Secrétariat Permanent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le chef de file des PTF Santé : Co facilitateur ■ Le Point focal du Fonds Commun ■ Le président du CCM et du CCIA ■ Un représentant du secteur Privé ■ Un représentant de la Société Civile
--	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il coordonne les processus d'élaboration de documents de politiques et stratégies du secteur santé. 4. Il assure le suivi de la mise en œuvre des réformes sectorielles, des audits et des recommandations des réunions du CTNS et du CNS. 5. Il élabore de manière consensuelle, un calendrier annuel à soumettre au CTNS. 		
--	---	--	--

COMMISSIONS THEMATIQUES

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Les CT sont des interfaces fonctionnelles dont la mission est d'animer le dialogue et la concertation de toutes les parties prenantes autour thématiques sous sectorielles prioritaires (ressources humaines, financement de la santé, médicaments, etc.) en vue de renforcer la coordination dans le secteur de la santé.</p>	<p>Au début de chaque année, en concertation avec le responsable du programme budgétaire auquel la CT est rattachée, elles définissent les réformes prioritaires sur lesquelles elles vont travailler, et élaborent leur cahier des charges (ou TDR) pour l'année</p> <p>Elles peuvent apporter des conseils pour la mise en œuvre opérationnelle et technique des décisions et orientations du SP, du CTNS et du CNS</p> <p>Elles développent des analyses/investigations sur les problèmes prioritaires et proposent des options de solutions dans les domaines qui les concernent, y compris des nouveaux documents normatifs et réglementaires.</p> <p>Elles appuient les structures organiques dans la mise en œuvre des recommandations du CTNS et les décisions du CNS.</p> <p>Elles appuient la mise en œuvre des réformes sectorielles et des recommandations des revues annuelles de performance du secteur de la santé</p> <p>Elles contribuent à l'organisation des missions conjointes de terrain</p> <p>Elles rendent compte de la mise en œuvre de leurs plans au secrétariat permanent</p>	<p>Les CT se réunissent chaque mois. Elles sont présidées par les Directeurs responsables des thématiques concernées. Les CT sont coprésidés par un expert d'une organisation PTF. Elles choisissent en leur sein deux rapporteurs dont l'un remplit le rôle de secrétaire de la CT. Elles rendent compte au responsable du programme du PDSS selon leurs thèmes de responsabilités, qui eux même font partie du SP.</p>	<p>La liste des CT doit être arrêtée en début de chaque PDSS. En attendant le nouveau PDSS, le MSP compte déjà sur</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CT Information sanitaire Gouvernance ■ Financement de la santé Ressources humaines ■ Infrastructures, Equipement, logistique ■ Médicaments et autres produits de santé ; ■ Prestation de service ; ■ CT santé Communautaire <p>Chacune des CT doit savoir de quelles réformes elles sont porteuses. En début d'année, elles doivent élaborer leur cahier des charges en accord avec le responsable du programme. Les groupes de travail existants seront rattachés aux différentes Commissions Techniques.</p>

ORGANES DE DECISION ET ORGANES TECHNIQUES DU NIVEAU DECENTRALISE

COMITE RÉGIONAL DE SANTÉ			
Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Le Comité Régional de Santé (CRS) est l'organe de coordination et de décision ayant pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre des orientations en matière de politique sanitaire et sociale au niveau régional, de renforcer le leadership de la direction régionale de la Santé Publique et promouvoir la multisectorialité en faveur du secteur de la santé et social au niveau de la Région.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approuver le Plan d'action prioritaire pluriannuel de santé et social de la région ; ■ Valider et adopter le rapport annuel de performance de la région ; ■ Assurer un dialogue sur la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et social dans la région ; ■ Assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes du secteur au niveau régional ; ■ Mobiliser les acteurs et les ressources en faveur du secteur de la santé et social dans la région ■ Assure la mise en œuvre des recommandations du CNS 	<p>Le CRS se réunit deux fois par an sur convocation du Président. La première réunion du CRS sera consacrée à la validation des résultats des rapports de l'évaluation à mi-parcours. Quant à la seconde, elle sera consacrée à la validation du rapport annuel et la programmation de l'année suivante. Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date la tenue de la session.</p> <p>En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.</p>	<p>Le CRS est présidé par le Président du Conseil Régional</p> <p>Sont membres délibératifs du CRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le Directeur Régional de la santé, de la population et des affaires sociales ■ Un représentant régional du ministère des Finances ; ■ Le Directeur Régional du Plan l'Aménagement du Territoire et du Développement communautaire ; ■ Le Directeur Régional de la Fonction Publique ; Le Directeur Régional de l'emploi et Protection sociale ■ Le Directeur Régional de l'hydraulique et assainissement ; ■ Le Directeur Régional du transport ; ■ Le Directeur Régional de l'enseignement professionnel et technique ■ Le Directeur Régional de l'environnement ; ■ Le Directeur Régional de l'Élevage ; ■ Le Directeur Régional de l'Agriculture ; ■ Le Directeur Régional de l'éducation Nationale ; ■ Le Directeur Régional de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ■ Un Représentant du Conseil Régional ; ■ Le représentant des projets financés par les partenaires internationaux ■ Un représentant des organisations non gouvernementales ouvrant dans le secteur de la santé dans la région ■ Un représentant de l'OMS,

			<ul style="list-style-type: none"> ■ Un représentant des institutions de recherche (Université, Centres et Instituts) ; ■ Un représentant de Forces de défense et de sécurité ; ■ Un représentant de l'association des chefs traditionnels ; ■ Une représentante des Associations Féminines ; ■ Un représentant de la direction régionale de la jeunesse ■ Un représentant du conseil régional des jeunes ■ Un représentant de la société civile ; ■ Un Représentant des ordres nationaux de santé. ■ Un représentant des syndicats de la santé et du social. <p>Le Directeur Régional de la Santé appuyé par le Secrétariat Permanent en assure le secrétariat</p>
--	--	--	--

COMITE TECHNIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Le Comité technique régional de santé (CTRS) est un organe stratégique qui a pour mission d'élaborer les documents de mise en œuvre des orientations en matière de politique sanitaire et social au niveau régional, d'en assurer le suivi et l'évaluation et de préparer les réunions du Comité Régional de la Santé.</p>	<p>Les rôles et responsabilités du CTRS sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valider les plans de Développement Sanitaire et Social de la Région ; ■ Valider les documents programmatiques (DPP, PAP) sectoriels de la Région ■ Examiner le niveau de mise en œuvre des réformes sectorielles au niveau régional ; ■ Examiner les résultats de l'évaluation du PAP du secteur de la santé et du social (RAP) ; ■ Faire le suivi de la mise en œuvre des décisions et orientations du CRS ; ■ Faire le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan de Développement 	<p>Le CTRS se réunit deux fois par an sur convocation du Président. La première réunion du CTRS sera consacrée à l'élaboration du projet d'évaluation à mi-parcours. Quant à la seconde, elle sera consacrée à l'élaboration du rapport annuel et la programmation de l'année suivante. L'ordre du jour est préparé par le Secrétariat Permanent</p> <p>Les responsables des programmes rendent compte des résultats attendus de leurs programmes et des réformes portées par ces derniers et des ressources mises à leur disposition. La présentation de ces résultats se fera sur base des</p>	<p>Le Comité technique régional de santé est présidé par le Secrétaire Général du Gouvernorat.</p> <p>Sont membres du CTRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le Directeur Régional du MSP/P/AS ■ Les Chefs services de la Direction régionale du MSP/P/AS ■ Les Responsables des Commissions Techniques Régionales ■ Le Directeur général de L'école nationale de santé publique de la région et un représentant des écoles privées de santé de la région ■ Les Médecins chefs de districts sanitaires ■ Les Directeurs régionaux sectoriels (Finances, Plan, Environnement, hydraulique, agriculture, élevage, promotion de la femme, intérieur (décentralisation), développement communautaire, éducation Nationale,

	<p>Sanitaire et Social au niveau de la Région ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluer les questions spécifiques à apporter à l'appréciation du CRS ; ■ Exécuter les décisions du CRS. 	<p>indicateurs du GSE du PDSS. Ils proposent des orientations pour les interventions à venir.</p> <p>Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date de la tenue de la session.</p> <p>En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.</p>	<p>enseignement supérieur, Formation professionnelle, jeunesse et sport, l'urbanisme, le transport) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le chef de file régional des PTF santé ; ■ Un représentant de l'OMS ■ Les partenaires techniques et financiers (PTFs) ; ■ Le comptable du Fonds Commun ■ Un représentant par syndicat de la santé et de l'action sociale ; ■ Trois représentants des ONG et Associations du secteur de la santé et du social ■ Le président du comité de santé (COSAN) régional ■ Les présidents départementaux des comités de santé (COSAN) ; ■ Le directeur du Centre de santé mère enfant ; ■ Le directeur du Centre hospitalier régional ; ■ Le responsable du centre de transfusion sanguine ■ Deux (2) représentants du secteur privé de la santé ■ Un représentant de l'Institut national de la santé ■ Un représentant des services de santé des armées
--	--	---	--

SECRETARIAT PERMANENT AU NIVEAU REGIONAL

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Le Secrétariat Permanent est une structure chargée d'assurer le dialogue et la concertation sectoriels avec toutes les parties prenantes sur la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social de la Région en vue d'améliorer la coordination sectorielle. Il</p>	<p>1. Il coordonne les différents acteurs pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Plan de Développement Sanitaire et Social de la Régional.</p> <p>A ce titre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il s'assure de l'appropriation par le niveau régional de la PNS et du PDSS et de toutes les réformes sectorielles ■ Il coordonne l'alignement des partenaires nationaux et internationaux qui 	<p>Le SP se réunit tous les deux mois. Il peut organiser d'autres réunions selon les besoins et à la demande du SG de la région ? ou des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans la Région.</p> <p>L'ordre du jour est arrêté de commun accord au moins une semaine avant la réunion ;</p>	<p>Le Secrétariat permanent est présidé par le Directeur Régional de la Santé Publique (DRSP)</p> <p>Sont membres du Secrétariat Permanent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les président des Commissions Techniques ■ Les chefs des divisions/services de ■ la Direction Régionale de la Santé ■ Les coprésidents des Commissions Techniques

<p>assure la continuité des différents organes de concertation (CRS et CTRS).</p>	<p>interviennent dans la Région sur les priorités nationales et régionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il met en place la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé et du social ■ Il met en place les mécanismes de redevabilité mutuelle et de responsabilité dans le secteur de la santé au niveau de la Région <p>2. Il coordonne le travail des commissions techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il négocie les plans de travail et les livrables périodiques de chaque commission dans un délai imparti ■ Il s'assure du respect des engagements et des délais et échéances des travaux des commissions (tableaux de bord et calendrier). ■ Il analyse et donne son approbation sur les travaux et propositions des commissions techniques avant de les soumettre pour la validation au CRS et CTRS ■ Il garantit la synergie et la complémentarité entre les productions des commissions <p>3. Il coordonne les travaux de préparation des réunions du CRS et CTRS :</p>	<p>Le compte rendu des réunions est élaboré dans les 3 jours qui suivent et partagé aux autres membres du SP pour amendements, puis finalisé et distribué à tous les membres.</p>	
---	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il examine et prépare tous les documents qui doivent être présentés au CRS et CTRS. ■ Il organise les réunions extraordinaires du CRS et ordinaires ? ■ Il assure le suivi de la mise en œuvre des réformes sectorielles, des audits/inspections et des recommandations des réunions du CRS du CTRS. 		
--	--	--	--

COMITE DEPARTEMENTAL DE SANTÉ

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Le Comité départemental de santé (CDS) est l'organe de coordination et de décision ayant pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre des orientations en matière de politique sanitaire et social au niveau départemental, de renforcer le leadership de la direction départementale de la Santé Publique, d'impulser le dialogue sectoriel et promouvoir la multisectorialité en faveur du secteur de la santé et social au niveau du département</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approuver le Plan d'action prioritaire pluriannuel de santé ; ■ valider et adopter le rapport annuel de performance ; ■ Assurer un dialogue sur la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et sociale au niveau départemental ; ■ Assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes du secteur au niveau départemental ; ■ Mobiliser les acteurs et les ressources en faveur du secteur de la santé et du secteur social ■ Assurer le suivi de recommandations du CTRS et du CRS. 	<p>Le CDS se réunit deux fois par an sur convocation du Président. La première réunion du CDS sera consacrée à la validation des résultats des rapports de l'évaluation à mi-parcours. Quant à la seconde, elle sera consacrée à la validation du rapport annuel et la programmation de l'année suivante. Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date de la tenue de la session.</p> <p>En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont</p>	<p>Le Comité de Santé du Département (CSD) est présidé par Un maire élu désigné par ses pairs.</p> <p><u>Sont membres délibératifs</u> du CSD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le médecin Chef de District (MCD) ; ■ Un représentant département du ministère des Finances ; ■ Le Directeur Départemental du Plan de l'Aménagement du Territoire et du Développement communautaire ; ■ Le Directeur Départemental de la Fonction Publique ; ■ Le Directeur Départemental de l'emploi et Protection sociale ■ Le Directeur Départemental de l'hydraulique et assainissement ; ■ Le Directeur Départemental de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ■ Un Représentant du Conseil Communal ; ■ Le représentant du programme, des projets et ONGs, ■ Le Directeur Départemental du transport ; ■ Le Directeur Départemental de l'enseignement professionnel et technique

		prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le Directeur Départemental de l'éducation Nationale ; ■ Un représentant de FDS ; ■ Le Directeur Départemental de l'environnement ; ■ Le Directeur Départemental de l'Elevage ; ■ Le Directeur Départemental de l'Agriculture ; ■ Un représentant de la chefferie traditionnelle ; ■ Une représentante des Associations Féminines ; ■ Un représentant de la direction Départementale de la jeunesse ■ Un représentant du conseil Départemental des jeunes ■ Un représentant de la société civile ; ■ Un Représentant des ordres nationaux de santé. ■ Un représentant des syndicats. ■ Un représentant du secteur privé de santé ■ Le Maire appuyé par le médecin chef de district assure la présidence du comité.
--	--	--	--

COMITE TECHNIQUE DEPARTEMENTAL DE SANTÉ

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
Le Comité technique départemental de la santé (CTDS) est un organe stratégique qui a pour mission d'élaborer les documents de mise en œuvre des orientations en matière de politique sanitaire au niveau départemental, d'en assurer le suivi et évaluation, et de préparer les réunions du Comité Départemental de la Santé.	<p>Les rôles et responsabilités du Comité technique départemental de santé sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valider les plans de Développement Sanitaire et Social du département. ■ Valider les documents programmatiques (DPP, PAP) sectoriels du département ■ Examiner le niveau de mise en œuvre des réformes sectorielles au niveau départemental ; ■ Examiner les résultats de l'évaluation du PAP du secteur de la santé (RAP) au niveau départemental 	Le CTSD se réunit deux fois par an sur convocation du Président. La première réunion du CTSD sera consacrée à l'élaboration du projet d'évaluation à mi-parcours. Quant à la seconde, elle sera consacrée à l'élaboration du rapport annuel et la programmation de l'année suivante. Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date de la tenue de la session.	<p>Le Comité technique de santé du département est présidé par le Secrétaire Général de la Préfecture.</p> <p>Sont membres du CTSD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le MCD ; ■ Les membres de l'équipe cadre du district (ECD) ■ Les chefs des Centres de Santé Intégrée (CSI) ■ Les Directeurs Départementaux (Finances, Plan, Environnement, hydraulique, agriculture, élevage, promotion de la femme, intérieur (décentralisation), développement communautaire, éducation Nationale, enseignement supérieur, Formation professionnelle, jeunesse et sport, génie rural, le transport) ; ■ Les partenaires techniques et financiers (PTFs) ; ■ Un représentant par syndicat de la santé ;

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire le suivi de la mise en œuvre des décisions et orientations du CDS ■ Faire le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social du département ■ Evaluer les questions spécifiques à apporter à l'appréciation du CDS ■ Exécuter les décisions du CDS. 	<p>En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trois représentants des ONG et Associations du secteur de la santé ■ Le président du comité de santé (COSAN) du département ; ■ Les présidents des comités de santé (COSAN) des CSI ; ■ Un représentant de l'hôpital de district ; ■ Un (01) représentant du secteur privé de la santé ■ Un représentant de FDS
--	---	---	--

COMITE COMMUNAL DE SANTÉ

Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
<p>Le Comité de Santé de la Commune est l'organe de coordination et de décision ayant pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre des orientations en matière de politique sanitaire et sociale au niveau communal, de renforcer le leadership des responsables de la santé et du secteur social, <i>d'impulser le dialogue sectoriel</i> et promouvoir la multisectorialité en faveur du secteur de la santé et social au niveau communal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approuver le Plan d'action prioritaire pluriannuel de santé ; ■ Valider et adopter le rapport annuel de performance ; ■ Assurer un dialogue sur la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et sociale ; ■ Assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes du secteur au niveau communal ; ■ Mobiliser les acteurs et les ressources en faveur du secteur de la santé et social. 	<p>Le CS de la Commune se réunit deux fois par an sur convocation du Président. La première réunion du CS de la Commune sera consacrée à la validation des résultats des rapports de l'évaluation à mi-parcours. Quant à la seconde, elle sera consacrée à la validation du rapport annuel et la programmation de l'année suivante.</p> <p>Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date de la session. En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont</p>	<p>Le Comité de Santé de Commune (CSC) est présidé par le maire élu.</p> <p>Sont membres délibératifs du CSC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les infirmiers/médecins responsables des CSI ■ Les Chefs Services Communaux (Du Plan de l'Aménagement du Territoire et du Développement communautaire ; De l'enseignement professionnel et technique ; de l'éducation Nationale ; de l'environnement ; de l'Elevage ; de l'Agriculture) ; ■ Un Représentant de la sous-commission santé de la commune ; ■ Les représentants des ONGs, ■ Un représentant de la chefferie traditionnelle ; ■ Une représentante des Associations Féminines ; ■ Un représentant du conseil communal des jeunes ■ Un représentant de la société civile ; ■ Un représentant des syndicats. <p>Le Maire assure la présidence du comité.</p>

		prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.	
COMITE TECHNIQUE COMMUNAL DE SANTÉ			
Mission	Rôles et responsabilités	Mode de fonctionnement	Composition
Le Comité technique de santé de la commune (CTSC) est un organe stratégique qui a pour mission d'élaborer les documents de mise en œuvre des orientations en matière de politique sanitaire au niveau communale, d'en assurer le suivi et évaluation et de préparer les réunions du Comité de Santé de la Commune	Les rôles et responsabilités du Comité technique de santé de la Commune sont ■ de préparer les projets des documents suivants : Du Plan d'action prioritaire pluriannuel de santé ; Du rapport annuel de performance ; De mise en œuvre de la politique sectorielle de santé ; Du suivi de la mise en œuvre des réformes du secteur au niveau régional ; De mobilisation des acteurs et les ressources en faveur du secteur de la santé	Le CTSC se réunit deux fois par an sur convocation du Président. La première réunion du CTSC sera consacrée à l'élaboration du projet d'évaluation à mi-parcours. Quant à la seconde, elle sera consacrée à l'élaboration du rapport annuel et la programmation de l'année suivante. Les documents de travail et la convocation doivent être transmis aux membres au moins une semaine avant la date de la session. En cas d'absence d'un membre, ce dernier sera représenté par son intérimaire. Les sessions sont sanctionnées obligatoirement par un rapport signé par le président et le rapporteur. Les décisions sont prises par consensus et à défaut par un vote à la majorité simple.	Le Comité technique de santé de la Commune est présidé par le Secrétaire Général de la Mairie Sont membres du CTSC : ■ L'infirmier ou médecin chef/responsable du CSI ■ Les Chefs Services Communaux (du Plan l'Aménagement du Territoire et du Développement communautaire ; de l'éducation Nationale ; de l'environnement ; de l'Elevage ; de l'Agriculture, de l'enseignement professionnel et technique) ; ■ Les représentants des ONGs, ■ Un représentant de la chefferie traditionnelle ; ■ Une représentante des Associations Féminines ■ Un Représentant de la sous-commission santé de la commune ; ■ Un représentant du conseil communal des jeunes ■ Un représentant de la société civile ; ■ Un représentant des syndicats. Le SG de la Commune assure la présidence du comité

ANNEXE 2 : MATRICE DU CADRE LOGIQUE DU PDSS 2022-2026

Objectif global : contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des populations et de la transition démographique			
Objectif spécifique : améliorer l'accès des populations aux soins et services de santé et sociaux de qualité			
Résultats	Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques
Résultats à long terme (Impact) : Le bien-être sanitaire et social des populations nigériennes est amélioré	Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 NV) Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000 NV) Taux de mortalité néo natale (pour 1000 NV) Indice synthétique de fécondité (ISF). Indice de couverture des essentiels de la CSU Indice des dépenses catastrophiques	EDSN MICS Enquête	Hypothèse : Priorité accordée à la santé Risques : <ul style="list-style-type: none"> - Crise politique - Crise sociale - Crise sécuritaire - Résistance de certaines communautés à accepter les interventions - Non-respect des engagements entre l'Etat et ses partenaires
Résultats à moyen terme (Effet) 1 : La population utilise régulièrement les services sanitaires et sociaux de qualité	Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois ; Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois % enfants moins d'un an ayant bénéficié de conseil de nutrition et ayant une fiche de croissance à jour	Annuaire statistique	

	<p>Taux de couverture en Td2+ chez les femmes enceintes ; Taux d'utilisation de la CPNR (soins prénatals) 4 ; Taux de natalité des adolescentes 10-19 ans, Couverture des services de santé essentiels ; Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, Taux d'utilisation de la PF ; Besoins non satisfaits en méthodes modernes de PF Taux de mortalité néonatale précoce intra hospitalière ; Taux de létalité obstétricale intra hospitalière ; Taux de mortalité intra hospitalière ; Taux de l'hémorragie de la délivrance intra hospitalière</p>		<p>Hypothèse 1 : Stabilité socio politique</p> <p>Risques :</p>
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 2 : Les populations sont moins exposées aux maladies transmissibles et non transmissibles y compris la malnutrition</p>	<p>Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans ; Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans ; Prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ; Taux de retard de croissance des enfants de moins de 5 ans Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000) ; % de femmes enceintes dormant sous MIILDA, Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDA Taux de succès thérapeutique de nouveaux cas de TB,</p>	<p>Enquête SMART Annuaire statistique Rapport enquête</p>	<p>- <i>Crise politique</i></p> <p>- <i>Crise sociale</i></p> <p>- <i>Crise sécuritaire</i></p> <p>Hypothèse 2 Stabilité du cadre macroéconomique</p> <p>Risques :</p> <p>- <i>Inflation</i></p>

	<p>Incidence de l'hépatite B pour 100000/hbts,</p> <p>Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH ;</p> <p>Proportion d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV</p> <p>Proportion des PV VIH sous ARV ;</p> <p>Prévalence du diabète,</p> <p>Prévalence de la drépanocytose,</p> <p>Prévalence de l'Hypertension artérielle (HTA).</p>		<p>- Chute des recettes fiscales</p> <p>Hypothèse 3 : Accès à l'eau potable</p> <p>Risque : Recours à l'eau non potable</p> <p>Hypothèse 4 : Environnement salubre</p>
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 3 :</p> <p>Les groupes vulnérables sont plus résilients</p>	<p>Proportion des familles vulnérables appuyées ;</p> <p>Nombre de mutuelles sociales mises en place ;</p> <p>Proportion de ménages vulnérables ayant adhéré à une mutuelle sociale ;</p>	<p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p>	<p>Risques ;</p> <p>- Pollution de l'air</p> <p>- Pollution de l'eau</p>
<p>Résultats à moyen terme (Effet) 4 : Les populations nigériennes maîtrisent leur fécondité</p>	<p>Prévalence de la contraception moderne ;</p> <p>Le taux de croissance démographique ;</p>	<p>Enquête</p>	
<p>Résultats à court terme (Produit) 1 :</p> <p>Le cadre institutionnel est renforcé</p>	<p>Taux de réalisation de la supervision intégrée par niveau avec rapport ;</p>	<p>Annuaire statistique</p>	
<p>Résultats à court terme (Produit) 2 :</p>	<p>Proportion de réunions de concertation MSP/P/AS-PTFs tenues selon le cadre prévu ;</p>	<p>Rapports</p>	

La coordination du système de santé est renforcée	Nombre de recommandations issues des réunions de concertation mises en œuvre		<p>Hypothèse 5 : Adhésion de la population aux actions du PDSS</p> <p>Risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réticence de la population vis-à-vis de certaines actions de santé - Refus de collaborer de la population
Résultats à court terme (Produit) 3 : Les mécanismes de régulation du secteur sont renforcés	<p>Nombre d'inspections réalisés par niveau</p> <p>Nombre d'audits réalisés par niveau</p> <p>Nombre de contrôles réalisés par niveau</p>	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 4 : La multisectoralité est renforcée	Proportion de réunions de concertation avec les autres secteurs (One Health, 3N, CSU, ...) tenues selon le cadre prévu	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 5 : La communication institutionnelle est développée	<p>Pourcentage des structures du MSP/P/AS (administration centrale, DRSP/P/AS, DDS/P/AS) connectées à la plateforme et l'utilisant pleinement.</p> <p>Nombre de bulletins publiés</p>	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 6 : Les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé sont développées			
Résultats à court terme (Produit) 7 :			

La décentralisation et la déconcentration sont effectives			
Résultats à court-terme (Produit) 8 : La planification et le suivi-évaluation sont renforcés	Nombre de revue annuelle tenue ;	Rapports	Hypothèse 6 : Mobilisation suffisante des ressources domestiques Risques :
Résultats à court terme (Produit) 9 : Le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales est renforcé	Part du budget de la santé par rapport au budget global ; Nombre de Revues des Dépenses Publiques réalisées (annuelle) ; Nombre de revues des Comptes de la Santé Réalisées ; Proportion de partenaire adhérant au Compact ; Nombre de PTF qui adhère au Fonds Commun,	Rapports	Allocation insuffisante des ressources du secteur Non-respect des engagements pris dans le financement de la santé Retard dans la libération des crédits Hypothèse 7 : Accompagnement des PTF Risques : - Suspension des appuis - Retrait de certains PTF
Résultats à court terme (Produit) 10 :		Annuaire statistique	

<p>La gestion de l'information sanitaire est perfectionnée</p>	<p>Taux de promptitude de rapports SNIS ;</p> <p>Taux de complétude de rapports SNIS ;</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la justification des fonds - <i>Non prévisibilité des financements des partenaires</i> - Retard dans le déblocage des fonds
<p>Résultats à court terme (Produit) 11 :</p> <p>La gestion de la recherche est renforcée</p>	<p>Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle</p> <p>Pourcentage des recherches action réalisées</p>		<p>Hypothèse 8 : Poursuite du soutien des Partenaires sociaux</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 12 :</p> <p>La dynamique communautaire dans la gestion des services de santé est développée</p>	<p>Proportion des CSI qui élaborent de micro plan,</p> <p>Proportion des CSI qui exécutent et évaluent des micros plans</p>	<p>Rapports</p>	<p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grèves - <i>Setting</i> <p>Hypothèse 9 : Participation du privé</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 13 :</p> <p>Les soins de santé primaires sont revitalisés</p>	<p>% de structures qui offrent les SONUC</p>	<p>Rapports d'enquêtes et Annuaire statistique</p>	<p>Risques ;</p> <p>Refus de collaboration</p>

	<p>% de SONUB fonctionnels</p> <p>% audit des décès maternels réalisés</p> <p>Taux de césarienne</p> <p>Nombres FGF opérés</p> <p>Taux de succès réparation FGF</p> <p>Taux de notification de nouveaux cas de TB</p> <p>Toutes formes confondues (p.100.000),</p> <p>Nombre de campagnes de distribution de masse de MILDA ;</p> <p>Taux de succès thérapeutique TB ;</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent des services de diagnostic et de prise en charge du diabète ;</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent des services de diagnostic et de prise en charge de l'HTA ;</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent les services de dépistage du cancer ;</p> <p>Proportion des personnes vivant avec le VIH sous ARV ;</p> <p>Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant</p> <p>Proportion d'épidémies confirmées ayant fait l'objet de riposte selon les directives de l'OMS ;</p> <p>Taux de couverture des MTN ;</p>	<p>Hypothèse 10 : Préparation et ripostes aux urgences sanitaires et catastrophes</p> <p>Risques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Survenue des urgences sanitaires - Survenue des catastrophes <p>Hypothèse 11 : Dépolitisation de l'administration</p> <p>Risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventionnisme politique dans la gestion du personnel - Favoritisme dans l'attribution des marchés - Fuite des cerveaux - Impunité <p>Hypothèse 12 : Disponibilité des ressources humaines de qualité</p>
--	---	---

<p>Résultats à court terme (Produit) 14 :</p> <p>Les plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux sont renforcés</p>	<p>% de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;</p> <p>% de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),</p> <p>% des formations sanitaires qui offrent les services de santé de la reproduction adaptés aux jeunes et aux adolescents ;</p> <p>Nombre des centres construits en faveur des Personnes handicapées (PH) ;</p> <p>Nombre des centres réhabilités en faveur des PH ;</p> <p>Nombre de centre récréatif des personnes âgées qui sont construits</p> <p>Pourcentage de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée</p> <p>Niveau d'équipements clé par structure</p> <p>Disponibilité des équipements clés</p>	<p>Rapports d'enquêtes et Annuaire statistique</p>	<p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuite des cerveaux - Non recrutement des cadres - Mauvaise répartition du personnel - Faible qualité des produits issus des écoles de formation <p>Hypothèse 13 : sécurité alimentaire</p>
<p>Résultats à court terme (Produit) 15 :</p> <p>La qualité des soins et services de santé et sociaux est améliorée.</p>	<p>Densité du personnel de santé pour 1000 hbts</p> <p>Proportion du personnel selon le milieu de résidence</p> <p>Nombre de formation sanitaire disposant de personnel selon les normes.</p> <p>% de produits traceurs disponibles au point de dispensation</p> <p>Nombre moyen de jours de rupture des produits traceurs dans le mois au niveau des PPS</p> <p>Nombre de mois de stock des produits traceurs disponibles et utilisable au niveau des PPS</p> <p>% de structures sanitaires ayant fourni le rapport trimestriel de gestion logistique à temps</p>	<p>Annuaire statistique</p> <p>Rapports</p>	<p>Risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crise alimentaire - Crise nutritionnelle <p>Hypothèse 14 : Satisfaction des usagers</p>

	Taux de rapportage des formations sanitaires Taux de satisfaction des commandes des produits au niveau d'un établissement de soins La consommation/distribution des produits traceurs au niveau des PPS		Risques : <ul style="list-style-type: none"> - Mauvais accueil - Faible disponibilité des services de qualité - Temps d'attente long dans la prise en charge des soins
Résultats à court terme (Produit) 16 : Les la gestion des épidémies et autres urgences sanitaire est renforcée.	Taux d'utilisation des services curatifs	Annuaire statistique	
Résultats à court terme (Produit) 17 : Les barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites	Taux d'utilisation des services curatifs	Annuaire statistique	
Résultats à court terme (Produit) 18 : Les barrières financières à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites	Proportion de la pop couverte par le régime d'assistance médicale Taux de couverture de la population en régime assurantiel	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 19 : Les droits des groupes vulnérables sont promus	Proportion de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale Proportion des personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées et les personnes démunies) pris en charge sur le plan médical.	Enquêtes	
Résultats à court terme (Produit) 20 :	Nombre des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels pour l'autonomisation des Personnes handicapées (PH)	Rapports	

L'Autonomisation des groupes vulnérables est renforcée	Proportion des personnes handicapées recrutées à la fonction publique ;		
Résultats à court terme (Produit) 21 : L'offre et de l'accès aux services de PF est améliorée	Nombre nouvelles acceptrices PF Nombre méthodes de longue durée PF insérées	Annuaire statistique	
Résultats à court terme (Produit) 22 : La capacité des leaders d'opinion sur les questions de population est renforcée	Nombre de leaders d'opinion appuyés sur les questions de population ;	Rapports	
Résultats à court terme (Produit) 23 : Les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations sont pris en compte	Couple année protection	Annuaire statistique	

ANNEXE 3 : CADRE DE MESURE DES RESULTATS DU PDSS 2022-2026

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
IMPACT :												
Résultats à long terme (Impact) : Le bien-être sanitaire et social des populations nigériennes est amélioré	1. Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 nv.)	%o		123	2021	INS, 2021, Enquête ENAFEME	76	72	69	65	62	Ciblage prenant en compte les données du RGPH 2012, EDSN 2012, ENAFEME 2021 l'hypothèse d'un ISF de 6,1 en 2026
	2. Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000 nv)	/100 000		520	2015	Note de synthèse SRMNIA-Nut MSP.P.AS 2022	338	319	300	282	264	
	3. Taux de mortalité néo natale (pour 1000 nv)	%o		43	2021	INS, 2021, Enquête ENAFEME	36,6	30,2	23,8	17,4	10,96	
	4. Indice synthétique de fécondité (ISF).	Indice (Enfants/ femme)		6,2	2021	INS, 2021, Enquête ENAFEME	6,2	6,17	6,15	6,13	6,1	Ciblage prenant en compte les données du RGPH 2012, EDSN 2012, ENAFEME 2021 et l'hypothèse d'un ISF de 6,1 en 2026

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
	5. Indice de couverture des services de la CSU	%		37	2019		37	44	51	58	65	
	6. Indice de dépenses catastrophiques	%		6,5	2021		6,5	5,6	4,8	3,9	3	
EFFET												
Résultats à moyen terme (Effet) 1 : La population utilise régulièrement les services sanitaires et sociaux de qualité	7. Taux d'utilisation des services curatifs	%		49,50	2021	Annuaire 2021	58,90	64,00	69,10	74,20	79,30	Ciblage effectué sur la base de l'évolution attendu par le Ministère de la Santé
	8. Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	%		100	2021	Annuaire 2021	100	100	100	100	100	Ciblage effectué sur la base de la tendance actuelle de l'indicateur en routine mais à confirmer avec la DI
	9. Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois	%		37,64	2021	Annuaire 2021	40%	50%	60%	70%	80%	Ciblage effectué sur la base de la tendance actuelle de l'indicateur en routine mais à confirmer avec la DI
	10. Taux de couverture en Td2+ chez les femmes enceintes ;	%		74,31	2021	Annuaire 2021	75	76	77	78	80	Ciblage effectué sur la base de la tendance actuelle de l'indicateur en routine mais à

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
												confirmer avec la DI
	11. Taux d'utilisation de la CPNR (soins prénatals) 4	%		34,34	2021	Annuaire 2021	38,35	40,32	42,29	44,26	46,23	Ciblage effectué sur la base de l'évolution de l'indicateur sur la période 2019 - 2020
	12. Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	%		39,74	2021	Annuaire 2021	40,74	41,74	42,74	43,74	44,74	Ciblage effectué sur la base de l'évolution attendu par MSP/P/AS
	13. Taux d'utilisation de la PF	%		18,31	S1/2022	DHIS2	19,3	24,3	29,3	34,3	39,3	Ciblage effectué sur la base de l'évolution de l'indicateur sur la période 2017 - 2020
	14. Taux des besoins non satisfaits en méthodes modernes de PF			19,70	2021	INS, 2021, Enquête ENAFEME	12	11	10	9	8	Ciblage effectué sur la base de l'évolution attendue du taux d'utilisation de la PF sur la période 2022 - 2022
	15. Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes	%		5,0	2021	INS, 2021, Enquête ENAFEME	7,5	10	12,5	15	17,5	Ciblage effectué sur la base de l'évolution de l'indicateur sur la

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
	âgées de 15-19 ans (%)											période 2017 - 2020
	16. Taux de mortalité néonatale précoce intra hospitalière	%		0,49	2021	Annuaire 2021	0,45	0,41	0,37	0,33	0,29	Ciblage effectué sur la base de l'évolution de l'indicateur sur la période 2018 - 2020
	17. Taux de létalité obstétricale intra hospitalière	%		0,17	2021	Annuaire 2021	0,21	0,18	0,15	0,12	0,09	Ciblage effectué sur la base de l'évolution attendu par le ministère de la Santé
	18. Taux de décès intra hospitaliers dans les 24 premières heures d'arrivée	%		8,3	2021	Annuaire 2021	7,48	6,66	5,84	5,02	4,2	
	19. Taux de l'hémorragie de la délivrance intra hospitalière	%		1,65	2021	Annuaire 2021	1,6	1,55	1,5	1,45	1,4	Ciblage effectué sur la base de la tendance actuelle de l'indicateur en routine Proposition DS
Résultats à moyen terme (Effet) 2 : Les populations sont moins exposées aux maladies transmissibles et non	20. Taux de césarienne	%		1,97	2021	Annuaire 2021	3,05	4,085	5,12	6,155	7,19	
	21. Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de						67,6	73,2	78,8	83,4	90	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
transmissibles y compris la malnutrition	rupture de produits contraceptifs les 3 derniers mois (%)											
	22. Taux de rupture des molécules essentielles par niveau (CSI)	%			5,77	Fichier des indicateurs PDS	3,06	2,42	1,78	1,14	0,5	
	23. Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans	%		12,50	2021	Enquête SMART	11,70	10,70	9,70	8,70	7,70	Ciblage effectué par la DN (PNSN)
	24. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans	%		43,50	2021	INS, 2021, Enquête SMART	43,70	42,30	40,90	38,70	30,10	Ciblage effectué par la DN (PNSN)
	25. Prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	%		59,00	2021	INS, 2021, Enquête SMART	54,48	50,56	46,64	42,72	38,80	Ciblage effectué par la DN (PNSN)
	26. Prévalence de l'anémie chez les enfants de 0-5 ans	%		71,80	2021	INS, 2021, Enquête SMART	67,88	63,96	60,04	56,12	52,20	Ciblage effectué par la DN (PNSN)
	27. Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000)	‰ habitant s		172,2	2021	Annuaire 2021	187,43	184,28	181,13	177,98	174,83	
	28. Taux de succès thérapeutique de	%		84,91	2020	Annuaire 2021	86,11	87,31	88,51	89,71	90	Ciblage effectué sur la base de

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
	nouveaux cas de TB											l'évolution de l'indicateur sur la période 2016 - 2019
	29. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN dépistés séropositifs au VIH par la PCR <=2mois	%		46,67	2021	Annuaire 2021	23,00	20,00	17,00	14,00	11,00	Ciblage fait à partir du spectrum
	30. Proportion des PV VIH sous ARV	%		80,82	2021	Annuaire 2021	82,66	84,49	86,33	88,16	90	
	31. Prévalence du diabète	%		2,3	2021	STEPS Niger 2021	2,19	2,07	1,96	1,84	1,73	
	32. Prévalence de la drépanocytose	%		0,20	2018	MSP/P/AS, 2019, Enquête	0,18	0,15	0,13	0,10	0,08	
	33. Prévalence de l'Hypertension artérielle (HTA).	%		27,4	2021	MSP/P/AS, 2021, STEPS	26,03	24,66	23,29	21,92	20,55	
Résultats à moyen terme (Effet) 3 : Les groupes vulnérables sont plus résilients	34. Taux de couverture de la population en régime assurantiel	%		4			5	6	11,5	15	20	
	35. Proportion de personnes vulnérables bénéficiant d'une	%		0,27			0,27	0,3	0,33	0,36	0,4	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
	assistance médicale;											
	36. Proportion de la population couverte par le régime d'assistance médicale	%	0,2	6,50		Rapport 2021 OMS	0,27	0,37	0,48	0,59	0,69	
Résultats à moyen terme (Effet) 4 : Les populations nigériennes maîtrisent leur fécondité	37. Prévalence de la contraception moderne	%		10	2021	ENAFEME 2021	12,5	15	17,4	19,9	22,4	
Résultats à court terme (Produit) 1 : Le cadre institutionnel est renforcé	38. Taux réalisation de la supervision niveau Case de santé avec rapport (CSI)	%		71,5	2021	MSP/P/AS, 2021, Indicateurs PDS	72	78	85	95	100	
	39. Taux réalisation de la supervision niveau CSI avec rapport (ECD)	%		75,8	2021	MSP/P/AS, 2021, Indicateurs PDS	76	81	87	93	100	
	40. Taux réalisation de la supervision niveau DS avec rapport (DRSP)	%		68,78	2021	MSP/P/AS, 2021, Indicateurs PDS	72	78	85	95	100	
	41. Taux réalisation de la supervision des DRSP avec rapport (SG)	%		50	2021	MSP/P/AS, 2021, Indicateurs PDS	50	100	100	100	100	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
Résultats à court terme (Produit) 2 : La coordination du système de santé est renforcée	42. Taux de réalisation physique des PAA	%		63%	2021	MSP/P/AS, 2021, Indicateurs PDS	63%	67%	71%	75%	79%	
	43. Taux de réalisation financière des PAA	%		65%	2021	MSP/P/AS, 2021, Indicateurs PDS	65%	69%	73%	77%	81%	
Résultats à court terme (Produit) 3 : Les mécanismes de régulation du secteur sont renforcés												
Résultats à court terme (Produit) 4 : La qualité des soins et services de santé et sociaux est améliorée	44. Densité du personnel de santé pour 1000 hbts	Personnel pour mille habitants		0,45	2021	Annuaire 2021	0,45	0,54	0,63	0,72	0,80	Ciblage effectué sur la base de l'évolution attendu par le Ministère de la Santé
	45. Taux d'adhésion aux normes de personnel par type de formation sanitaire.			ND				60	65	70	80	
Résultats à court terme (Produit) 5 :	46. % de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;	%		53,21	2021	Annuaire 2021	55,28	57,35	59,42	61,49	63,56	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
Les plateaux techniques des FOSA à tous les niveaux sont renforcés	47. % de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),	%		50,08	2021	Fichier des Indicateurs PDS	56,3	61,8	67,3	72,8	78,3	
	48. Nombre des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels pour l'autonomisation des Personnes handicapées (PH)			0			0	1	1	0	1	
	49. Pourcentage de CSI disposant d'une source d'eau améliorée, source d'énergie et de couverture GSM	%		38,74	2021	DHIS2	40,76	42,77	44,79	46,81	48,82	
	50. Proportion des établissements de santé avec dispositif adéquat d'élimination (zone à déchets + incinérateur) des déchets Issus de Soins de Santé (DISS)	%		81,00			84,00	87,00	90,00	92,00	95,00	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
	51. % des formations sanitaires qui offrent des services HEARTS (CSI)/WHOPEN (Hôpitaux)			ND				20	35	40	50	
	52. Proportion des établissements de santé disposant des toilettes ou latrines améliorées fonctionnelles (UTILISABLE)	%		70,00			72,00	75,00	78,00	80,00	85,00	
Résultats à court terme (Produit) 6 : La gestion des épidémies et autres urgences sanitaire est renforcée.												
Résultats à court terme (Produit) 7 : Les soins de santé primaires sont revitalisés	53. % de structures qui offrent les SONUC			52,00	2019	Enquête SARA 2019	57,6	63,2	68,8	74,4	80	
	54. % de SONUB fonctionnels			78,00	2019	Enquête SARA 2019	80,4	82,8	85,2	87,6	90	
	55. Nombre méthodes de longue durée PF insérées			85727	2021	Annuaire 2021	90120	96047	101975	107903	113831	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
	56. Nombre nouvelles utilisatrices PF	Nombre		487 858	2021	Annuaire 2021	500665	533597	566529	599461	632393	
Résultats à court terme (Produit) 8 : La communication institutionnelle est développée												
Résultats à court terme (Produit) 9 : La multisectorialité est renforcée												
Résultats à court terme (Produit) 10 : La décentralisation et la déconcentration sont effectives												
Résultats à court-terme (Produit) 11 : La planification et le suivi-évaluation sont renforcés	57. Pourcentage de formations sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé	%		39	2021		47	55	63	70	75	
	58. Pourcentage de structures qui ont un tableau de bord à jour par niveau	%		ND			ND	100	100	100	100	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
Résultats à court terme (Produit) 12 : Le système de financement de la santé, de la population et des affaires sociales est renforcé	59. Proportion de Paiement direct des ménages	%					44	43	42	41	40	
	60. Part des dépenses de l'Etat consacrée à la santé	%		7,21	2020	MSP/P/AS, 2021, Comptes nationaux de la santé	7	8	8	8	9	
	61. Taux de mobilisation des recettes propres par niveau, HD, CSME, CHR, HN	%		80	2020	MSP/P/AS, 2021, Comptes nationaux de la santé	80	82	83	85	87	
	62. Proportion de partenaire adhérent au Compact	%		ND				30	45	55	70	
	63. Nombre de PTF qui adhère au Fonds Commun,	Nombre						5	6	7	8	9
Résultats à court terme (Produit) 13 : La gestion de l'information sanitaire est perfectionnée	64. Taux de promptitude de rapports SNIS CSI	%		54,63	2021	Annuaire 2021	55	60	65	70	75	
	65. Taux de complétude de rapports SNIS CSI	%		97,90	2021	Annuaire 2021	98	100	100	100	100	
Résultats à court terme (Produit) 14 :	66. Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle	Nombre					ND	2	3	4	5	

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
La gestion de la recherche est renforcée												
Résultats à court terme (Produit) 15 : Les technologies innovantes du numérique dans le secteur de santé sont développées												
Résultats à court terme (Produit) 16 : La dynamique communautaire dans la gestion des services de santé est développée	67. Proportion des CSI qui évaluent des micros plans	%		ND			70	75	85	90		
Résultats à court terme (Produit) 17 : Les barrières socio-culturelles à l'accès aux services de santé et sociaux sont réduites												
Résultats à court terme (Produit) 18 : Les barrières financières à l'accès												

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
aux services de santé et sociaux sont réduites												
Résultats à court terme (Produit) 19 : L'Autonomisation des groupes vulnérables est renforcée												
Résultats à court terme (Produit) 20 : Les droits des groupes vulnérables sont promus	68. Nombre de personnes âgées pris en charge sur le plan médical	Nombre	978625				576410	576410	676230	726140	776050	
	69. Nombre de personnes handicapées pris en charge sur le plan médical	Nombre	12807				7543	8196	8850	9503	10156	
	70. Nombre des cas sociaux pris en charge sur le plan médical	Nombre	5151				3034	3297	3559	3822	4085	
	71. Nombre des mutuelles de santé mises en place ;	Nombre	ND									
Résultats à court terme (Produit) 21 : L'offre et de l'accès aux services de PF est améliorée												

Résultats	Indicateurs de résultats	Unités	Populations Cibles	Référence			Valeurs cibles					Observations
				Valeur	Année	Source de données	2022	2023	2024	2025	2026	
Résultats à court terme (Produit) 22 : La capacité des leaders d'opinion sur les questions de population est renforcée												
Résultats à court terme (Produit) 23 : Les enjeux de la maîtrise de la fécondité par les populations sont pris en compte	72. Couple année protection	Nombre					1041737	1069999	1098261	1126523	1154785	
	73. Nombre de leaders d'opinion appuyés sur les questions de population	Nombre					1756	2256	2756	3256	3756	

ANNEXE 4 : RELATION DES INDICATEURS AVEC LES PROGRAMMES ET ASPECTS GENERAUX

Indicateurs de résultats	Définition	But visé/intérêt/utilité	Méthode (méthodologie) de collecte des données	Fréquence de collecte	Numérateur	Dénominateur	Institutions responsables du suivi de l'indicateur
Indicateurs généraux d'impact							
Résultats à long terme (Impact) : Le bien-être sanitaire et social des populations nigériennes est amélioré							
1. Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 nv.)	Le taux de mortalité infanto juvénile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.	- Il révèle le comportement en matière d'éducation des enfants, des conditions d'hygiène et de santé qui règnent dans les collectivités à risque et du degré de développement socio-économique d'une région. Il mesure les résultats du développement	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre d'enfants décédés avant 5 ans multiplié par 1000	Ensemble de la population pour cette même tranche d'âge	INS
2. Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000 nv)	Le ratio de mortalité liée à la maternité est le nombre des femmes qui meurent pendant la grossesse et l'accouchement par 100 000 naissances en vie.	Contribuer à la promotion du bien-être social de la population	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre de décès maternels, directs et indirects, observés en une année	Nombre de naissances vivantes de la même année, exprimé pour 100.000 naissances vivantes.	INS
3. Taux de mortalité néo natale (pour 1000 nv)	Le nombre de décès néonataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant la même année.	Il joue un rôle dans le développement socio-économique et la qualité des soins préventifs et curatifs existants dans le pays	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre d'enfants qui décèdent pendant les 28 premiers jours de vie sur une année	Nombre de naissance vivantes la même année pour 1000 naissances vivantes	INS

4. Indice synthétique de fécondité (ISF).	Le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie féconde si les conditions du moment demeurent constantes au cours de la vie de procréation	Il permet de mesurer la tendance d'une population à augmenter ou à diminuer naturellement	Enquête	Tous les 10 ans	Somme des taux de fécondité par âge	Multipliée par amplitude des groupes d'âge	INS
5. Indice de couverture des services de la CSU	L'indice de couverture des services (ICS) est élaboré à partir de 14 indicateurs organisés autour de quatre composantes de couverture des services de la SRMNE (PF, CPNR et Accouchement, Vaccination des enfants et Prise en charge de certaines affections de l'enfants)	Il permet d'apprécier le niveau de la couverture des services d'un pays	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre d'habitants d'une zone effectivement couverts par les services SRMNE	Nombre total d'habitants de la zone	
6. Indice de dépenses catastrophiques	Les dépenses sont dites catastrophiques lorsque les dépenses directes de santé du ménage sont supérieures à 10 % de ses dépenses ou de son revenu total, ODD 3.8.2)	Permet d'apprécier d'exposition du ménage au risque financier	Enquête	Tous les 5 ans	Montant total des dépenses directes de santé du ménage	Revenu total du ménage	
Programme 1 : Amélioration de la gouvernance en santé							
Résultats à moyen terme (Effet) 1 : La population utilise régulièrement les services sanitaires et sociaux de qualité							

7. Paiement direct des ménages	On entend par « paiement direct par les ménages » un paiement direct pour des biens et des services de santé prélevé sur les revenus principaux ou les économies du ménage, lorsque le paiement est effectué par l'utilisateur au moment d'acheter les biens ou d'utiliser les services.	Déterminant majeur des dépenses catastrophiques pour les familles	Enquête	Annuelle	Paiement direct pour des biens et des services de santé prélevé sur les revenus principaux ou les économies du ménage	-	
8. Part des dépenses de l'Etat consacrée à la santé	La contribution de l'Etat consacrée à la santé par rapport à l'ensemble des dépenses de l'Etat	Il permet d'estimer la contribution des ressources domestiques consacrée à la santé, afin de faire un document de plaidoyer et mobiliser davantage des ressources de l'Etat Il permet d'évaluer l'intérêt porté au secteur de la santé par l'Etat	Compte santé	Annuelle	Somme totale dépensée pour la santé par l'Etat	Somme totale dépensée par l'Etat	DEP/MSP/P/AS
9. Taux de mobilisation des recettes propres par niveau HD, CSME, CHR, HN, HGR, MIG	La contribution des recettes propres par niveau consacrée à la santé par rapport au budget global	Il permet d'estimer la contribution des recettes propres par niveau consacrée à la santé, afin de faire un document de plaidoyer et mobiliser davantage des ressources	Compte santé	Trimestrielle/semestrielle/annuelle	Somme totale des recettes propres par niveau consacrée à la santé pour une période	Budget global par niveau pour la même période	DEP/MSP/P/AS

10. Taux de réalisation Physique des PAA	C'est l'ensemble des activités réalisées pour une période divisée par l'ensemble des activités pour la même période	Il permet de faire la comparaison entre la prévision des activités dans le PAA et la réalisation de ces activités. Il permet d'évaluer la performance de la structure	Routine	Trimestrielle/semestrielle/annuelle	Nombre d'activités réalisées pour une période	Nombre total d'activités programmées	DEP/MSP/P/AS
11. Taux de réalisation financière des PAA	C'est l'ensemble des dépenses effectuées pour le PAA pour une période divisée par l'ensemble du budget programmé dans le PAA pour la même période	Il permet de faire la comparaison entre le montant mobilisé et dépensé dans le PAA et le budget global du PAA. Il permet d'évaluer la performance de la structure	Routine	Trimestrielle/semestrielle/annuelle	Le montant total mobilisé et dépensé du PAA pour une période	Le budget global du PAA	DEP/MSP/P/AS
12. Proportion de partenaires adhérant au Compact	C'est l'ensemble des partenaires adhérant au Compact par rapport à l'ensemble des partenaires de la santé	Il permet d'apprécier le degré de mobilisation des partenaires pour le financement de la santé	Routine	Annuelle	Nombre des partenaires adhérant au Compact	Nombre total des partenaires de la santé	DEP/MSP/P/AS
13. Nombre partenaires adhérant au Fonds Commun	Nombre partenaires adhérant au Fonds Commun	Il permet d'apprécier le degré de mobilisation des partenaires pour le financement de la santé	Routine	Annuelle	Nombre partenaires adhérant au Fonds Commun	-	
14. Proportion des CSI qui évaluent des micros plans	Nombre des CSI qui évaluent des micros plans rapporté au nombre total de CSI	Il permet d'apprécier la qualité de la planification des activités au niveau des CSI	Routine	Annuelle	Nombre des CSI qui évaluent des micros plans	Nombre total des CSI	
15. Taux réalisation de la supervision niveau Case de santé avec rapport (CSI)	Nombre de visites de supervision niveau Case de santé avec rapport réalisé rapporté au nombre prévu	Il permet d'apprécier la capacité des CSI à renforcer les compétences des agents des CS		Trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de supervisions réalisées avec rapport du CSI vers les Cases de santé	Nombre de supervisions programmées	

16. Taux réalisation de la supervision niveau CSI avec rapport (ECD)	Nombre de visites de supervision niveau CSI avec rapport réalisé rapporté au nombre prévu	Il permet d'apprécier la capacité des ECD à renforcer les compétences des agents des CSI		Trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de supervisions réalisées avec rapport par les ECD vers les CSI	Nombre de supervisions programmées	
17. Taux réalisation de la supervision niveau DS avec rapport (DRSPPAS)	Nombre de visites de supervision niveau DS avec rapport réalisé rapporté au nombre prévu	Il permet d'apprécier la capacité des DRSP à renforcer les compétences des agents des DS		Trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de supervisions réalisées avec rapport du DRSP vers les DS	Nombre de supervisions programmées	
18. Taux réalisation de la supervision des DRSP avec rapport (SG)	Nombre de visites de supervision niveau DRSP avec rapport réalisé rapporté au nombre prévu	Il permet d'apprécier la capacité SG à renforcer les compétences des agents des DRSP		Trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de supervisions réalisées avec rapport par le SG vers les DRSP	Nombre de supervisions programmées	
19. Taux de promptitude de rapports SNIS	Nombre de rapports transmis à temps au cours d'une période rapporté au nombre rapport attendus au cours de la période	Il permet d'apprécier le respect des délais dans la transmission des rapports d'activités et d'évaluer la performance du système d'information	Routine DHS2	Hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de rapports transmis à temps	Nombre de rapports attendus	DS
20. Taux de complétude de rapports SNIS	Nombre de rapports transmis au cours d'une période rapporté au nombre rapport attendus au cours de la période	Il permet d'apprécier le niveau d'exhaustivité des rapports d'activités et d'évaluer la performance du système d'information	Routine DHS2	Hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de rapports transmis	Nombre de rapports attendus	DS
21. Pourcentage de formations sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé	Nombre de formation sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé par rapport au nombre total de formation sanitaires	Il permet d'apprécier la qualité du système de monitoring	Routine DHS2	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de formation sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé	Nombre total de formation sanitaires	
22. Pourcentage de structures qui ont un tableau de bord à jour	Nombre de structures qui ont un tableau de bord à jour par rapport au nombre total de structures	Il permet d'apprécier la planification et le suivi des indicateurs clés dans les structures	Routine DHS2	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de formation sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé	Nombre total de formation sanitaires	

23. Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle	Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle	Il permet d'apprécier la capitalisation des bonnes pratiques et la gestion du savoir	Routine	Annuelle	Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle	Ensemble des bonnes pratiques de recherche recensées	
Programme 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales							
24. Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans	Proportion des cas de malnutrition aiguë modérée et malnutrition aiguë sévère par rapport à l'ensemble de la population de 0-5ans	Reflète une situation nutritionnelle préoccupante des enfants alors qu'ils sont prioritaires dans l'alimentation familiale	Enquête nutrition	Annuelle	Nombre d'enfants 0-5ans atteints par la malnutrition Aigue modérée et sévère d'une année donnée	L'ensemble de la population 0-5 ans de la même année	
25. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans	Proportion des cas de malnutrition chronique (petite taille par rapport à l'âge) par rapport à l'ensemble de la population de 0 à 5 ans	Il permet d'estimer la qualité des soins pédiatrique dans un pays	Enquête nutrition	Annuelle	Nombre d'enfants 0-5ans atteints par la malnutrition Chronique d'une année donnée	L'ensemble de la population 0-5 ans de la même année	
26. Prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	Proportion de la population touchée par l'anémie chez les femmes en âge de procréer par rapport à l'ensemble des femmes en âge de procréer	Il permet de développer des stratégies d'intervention adaptées pour prévenir les conséquences de l'anémie comme la mortalité et la morbidité de la mère et du nouveau-né, les risques d'interruption de grossesse, de mortinatalité, de prématurité et d'insuffisance pondérale à la naissance.	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre de femmes en Total femmes en âge de procréer ayant un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl	Nombre total femmes en âge de procréer testées	

27. Prévalence de l'anémie chez les enfants de 0-5 ans	Proportion des enfants de 0-5ans touchée par l'anémie par rapport aux enfants de 0-5ans	Il permet de prendre des mesures adéquates pour prévenir les conséquences de l'anémie chez les enfants affectant le rendement scolaire, le développement cognitif, la croissance, la réflexion et empêche autrement dit le développement et l'épanouissement normal de l'enfant.	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre d'enfants de 0-5ans touchés par l'anémie	Nombre total des enfants 0-5ans	
28. Prévalence du diabète	Proportion de personnes présentant une glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dl) ou suivant un traitement hypoglycémiant	Renseigne sur l'ampleur du diabète	Rapport d'enquête	Tous les 3 ans	Nombre total de personnes souffrant de diabète	Nombre total de personnes enquêtées) x100	
29. Prévalence de la drépanocytose	Proportion de personnes porteuses d'un gène hémoglobine pathologique par rapport à la population totale	Renseigne sur l'Ampleur de la drépanocytose	Enquête	Tous les 3 ans	Nombre total de personnes porteuses d'un gène hémoglobine pathologique	Nombre total de la Population	
30. Prévalence de l'Hypertension artérielle (HTA).	Proportion des personnes atteintes d'une élévation des chiffres de la tension (pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg et/ou de la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg) par rapport à la population totale	Renseigne sur l'Ampleur de l'hypertension artérielle	Enquête	Tous les 3 ans	Nombre total de personnes souffrant de l'hypertension artérielle	Nombre total de la Population	

31. Taux d'utilisation des services curatifs	Il permet d'évaluer l'efficacité globale de la chaîne de production des services de santé et d'exprimer la qualité de la réponse apportée aux besoins et aux demandes de soins	Suivi de l'amélioration du bien-être et de la santé des populations ; Si les services offerts sont efficaces et efficients et que la population en fasse l'usage rationnel.	Routine	Mensuelle	Nombre de nouveaux consultants au curatif	Population totale	
32. Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	Pourcentage des enfants de 0-11 mois ayant reçu la troisième dose de Penta au sein de la population cible 0-11 mois	Renseigne sur le niveau de couverture vaccinale en penta 3 dans la population cible ; Étudie les difficultés influençant la couverture adéquate en penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	Routine	Mensuelle	Nombre d'enfants 0 - 11 mois ayant reçu Penta 3 de la période	Nombre d'enfants 0-11 mois attendus de la période correspondante	
33. Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois	Proportion des enfants 16-23 mois ayant reçue la deuxième dose de VAR rapportée à la population cible de 0-11 mois	Prévenir les épidémies et éliminer la rougeole,	Routine	Mensuelle	Nombre d'enfants 16 - 23 mois ayant reçu VAR 2 de la période	Nombre d'enfants 16 - 23 mois attendus de la période correspondante	
34. Taux de couverture en Td2+ chez les femmes enceintes ;	Proportion des femmes enceintes ayant reçue le Td2	Renseigne sur le niveau de couverture en Td2 chez la femme enceinte et étudie les difficultés influençant la couverture	Routine	Mensuelle	Nombre de femmes enceintes ayant reçu Td2	Nombre total de grossesses attendues	
35. Taux d'utilisation de la CPNR (soins prénatals) 4	Nombre de femmes enceintes vues pour la quatrième fois en consultation prénatale au cours d'une période rapporté au nombre de grossesses attendues	Il permet d'évaluer la couverture adéquate des soins prénatals offerts aux femmes enceintes	Routine	Mensuelle	Nombre de femmes enceintes ayant fait la 4ème visite à la CPNR	Nombre total de grossesses attendues	

36. Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié par rapport à l'ensemble d'accouchement pour la période considérée	Il permet d'apprécier l'efficacité du système de la santé de reproduction du pays	Routine	Mensuelle	Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Nombre total d'accouchement pour la période considérée	
37. Taux de mortalité néonatale précoce intra hospitalière	Nombre de décès d'enfants survenus dans les 6 premiers jours de vie rapportés au nombre de naissances vivantes enregistrées au cours de la période	Il permet d'apprécier la qualité de la prise en charge des enfants dans leur première semaine de vie	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de décès d'enfants survenus dans les 6 jours de vie	Nombre de naissances vivantes enregistrées	
38. Taux de létalité obstétricale intra hospitalière	Nombre total de décès de femme au cours de la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent l'interruption de la grossesse ou imputable à toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle rapporté au nombre total de parturientes	Il permet d'apprécier la qualité de la prise en charge des grossesses et de leurs complications obstétricales dans les structures hospitalières	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de décès maternels	Nombre de parturientes	
39. Taux de l'hémorragie de la délivrance intra hospitalière	Nombre total de femme admise pour hémorragie de la délivrance rapporté au nombre total de parturientes	Il permet d'apprécier la qualité de la prise en charge des grossesses et de leurs complications obstétricales dans les structures hospitalières	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre d'hémorragie de la délivrance	Nombre de parturientes	
40. Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000)	Nombre de cas de paludisme simple et nombre de cas de paludisme grave déclarés par les FS durant une période rapporté à la population totale	Il permet d'apprécier le risque pour une population donnée de contracter la maladie au cours d'une période donnée	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de cas de paludisme simple et nombre de cas de paludisme grave déclarés par les FS durant une période	Population totale	

41. Taux de succès thérapeutique de nouveaux cas de TB	Proportion des nouveaux cas déclarés guéris rapportée au total des nouveaux cas enregistrés	Renforcer la stratégie de lutte pour baisser de façon significative l'incidence de la tuberculose.	Routine	Trimestrielle	Nombre de nouveaux cas de TB guéris	Total de nouveaux cas	
42. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN dépistés séropositifs au VIH par la PCR <=2mois	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN dépistés séropositifs au VIH par la PCR <=2mois rapporté au nombre de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN ayant bénéficié d'une PCR <=2mois	Il permet d'apprécier la qualité de dépistage du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives dépistés au VIH et aussi la qualité de la PTME	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN dépistés séropositifs au VIH par la PCR <=2mois	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN ayant bénéficié d'une PCR <=2mois	
43. Proportion des PV VIH sous ARV	Nombre de personnes VIH+ enrôlées dans la file active dont l'état de santé nécessite un traitement par les ARV et qui sont effectivement sous traitement ARV rapporté au nombre de personnes VIH+ enrôlées dans la file active dont l'état de santé nécessite un traitement par les ARV	Il permet d'apprécier la couverture du traitement par les ARV des patients enrôlés dans la file active et nécessitant un traitement par les ARV	Routine	Annuelle	Nombre de personnes VIH + enrôlées dans la file active justifiables de traitement ARV et qui sont sous ARV au cours d'une période	Nombre total de personnes VIH + enrôlées dans la file x 0,15	
44. Densité du personnel de santé pour 1000 hbts	Principaux professionnels de santé pour 1 000 habitants : médecins, autres cliniciens, infirmiers autorisés, et sages-femmes	L'indicateur « densité de professionnel médicaux » renseigne sur la disponibilité en ressource humaines pour le système de santé et prend en compte les principaux professionnels de soins de santé	Routine	Trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre d'agents (médecins, autres cliniciens, infirmiers autorisés, et sages-femmes) d'une zone multiplié par 1000	Population totale de la zone considérée	

45. Taux d'adhésion aux normes de personnel par type de formation sanitaire.	Nombre des formations sanitaires disposant du personnel minimum requis pour un fonctionnement optimum	Il permet d'apprécier l'adhésion aux normes en personnel des formations sanitaires publiques	Routine	Trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre de formation sanitaire disposant de personnel selon les normes.	Nombre total des formations sanitaires	
46. Proportion de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;	Population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM rapporté à la population totale de la localité	Il permet d'apprécier la couverture en formations sanitaire	Routine	Annuelle	Population habitant à 0-5 km d'un CSI	Population totale du CSI	
47. Proportion de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),	Populations couvertes par les stratégies foraines et mobiles rapporté à la Population de plus de 5 km	Il permet d'apprécier la couverture en formations sanitaire	Routine	Annuelle	Populations couvertes par les stratégies foraines et mobiles	Population de plus de 5 km Population Foraine : 6 - 15 Kms. Population Mobile	
48. Proportion des établissements de santé disposant des toilettes ou latrines améliorées fonctionnelles (UTILISABLE)	Etablissements de santé qui disposent des toilettes ou latrines améliorées rapportés au nombre total des établissements de santé	Il permet d'apprécier	Routine	Annuelle	Etablissements de santé qui disposent des toilettes ou latrines améliorées	Nombre total des établissements de santé	
49. Pourcentage de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée, source d'énergie et de couverture GSM	Nombre de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée, source d'énergie et de couverture GSM rapporté au nombre total de formations sanitaires	Il permet d'apprécier la disponibilité de source d'eau améliorée, de source d'énergie et de couverture GSM au sein des formations sanitaires	Routine	Annuelle	Nombre de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée, d'énergie et de couverture GSM	Nombre total de formations sanitaires	

50. % des formations sanitaires qui offrent des services HEARTS (CSI)/WHOPEN (Hôpitaux)	Formations sanitaires qui offrent le diagnostic et la prise en charge des HTA et autres maladies non transmissibles rapportées au nombre total des formations sanitaires	Il permet d'apprécier la disponibilité des intrants de lutte contre les MNT	Routine	Annuelle	Nombre de formations sanitaires qui disposent des moyens de diagnostic et de PEC des HTA et autres maladies non transmissibles	Nombre total de formations sanitaires	
51. Proportion des établissements de santé avec dispositif adéquat d'élimination (zone à déchets + incinérateur/Bruleur) des déchets Issus de Soins de Santé (DISS) par niveau	Établissements de santé avec dispositif adéquat d'élimination (zone à déchets + incinérateur/Bruleur) des déchets Issus de Soins de Santé (DISS) par niveau rapportés au nombre total d'établissements de santé	Il permet d'apprécier le dispositif d'élimination des déchets issus des soins					
52. Taux de rupture des molécules essentielles par niveau	Formations sanitaires avec une disponibilité de médicaments et une gestion rationnelle, efficace et efficiente	Il permet d'apprécier la disponibilité des médicaments essentiels	Routine	Semestrielle, annuelle	Nombre de produits traceurs disponibles au point de dispensation	Nombre total de formations sanitaires	
53. Pourcentage de structures qui offrent les SONUC	Nombre de structures qui offrent les SONUC rapporté au nombre total de structures	Il permet d'apprécier la capacité des formations sanitaires à fournir des SONUC	Routine	Annuelle	Nombre de structures offrant des Soins Obstétricaux Néonataux	Nombre des Structures qui devraient offrir SONUC	
54. Pourcentage de SONUB fonctionnels	Nombre de structures qui offrent les SONUB fonctionnels rapporté au nombre total de structures	Permet d'apprécier la capacité des formations sanitaires à fournir des SONUB	Routine	Annuelle	Nombre de structures qui offrent les SONUB fonctionnels	Nombre des Structures qui devraient offrir SONUB	
55. Taux de césarienne	Nombre total annuel des césariennes rapportées au nombre d'accouchements qui ont eu lieu durant la même période.		Routine	Annuelle	Nombre de césariennes pour une période donnée	Nombre total d'accouchements durant la même période	

56. Taux de décès intra hospitaliers dans les 24 premières heures d'arrivée	Nombre total de décès intra hospitalier dans les 24 premières heures d'arrivée rapporté au nombre total de malades	Il permet d'apprécier la qualité de la prise en charge dans les structures hospitalières	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle	Nombre total de décès intra hospitalier dans les 24 premières heures d'arrivée	Nombre total de malades	
Programme 3 : Renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables							
57. Nombre des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels pour l'autonomisation des Personnes handicapées (PH)	Nombre des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels au profit des handicapés pour leur autonomisation		Routine	Annuelle			
58. Taux de couverture de la population en régime assurantiel	Nombre de personnes qui adhère au régime d'assurance maladie par rapport à la population cible	Il permet d'apprécier l'adhésion de la population au système d'assurance maladie	Routine	Annuelle			
59. Proportion de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale	Nombre de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale rapporté au nombre de personnes vulnérables	Il permet d'apprécier la prise en charge des cas sociaux et indigents	Routine	Annuelle	Nombre de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale	Nombre de personnes vulnérables	
60. Nombre de personnes âgées pris en charge sur le plan médical	Nombre de personnes âgées pris en charge sur le plan médical	Il permet d'apprécier la prise en charge des personnes âgées	Routine	Annuelle	Nombre de personnes âgées pris en charge sur le plan médical		
61. Nombre de personnes handicapées pris en charge sur le plan médical	Nombre de personnes handicapées pris en charge sur le plan médical	Il permet d'apprécier la prise en charge des personnes handicapées	Routine	Annuelle	Nombre de personnes handicapées pris en charge sur le plan médical		

62. Nombre des cas sociaux pris en charge sur le plan médical	Nombre des cas sociaux pris en charge sur le plan médical	Il permet d'apprécier la prise en charge des cas sociaux et indigents	Routine	Annuelle	Nombre des cas sociaux pris en charge sur le plan médical		
63. Nombre de mutuelles sociales mises en place	Nombre de mutuelles sociales mises en place	Il permet d'apprécier la prise en charge des cas sociaux et indigents	Routine	Annuelle	Nombre de mutuelles sociales mises en place		
64. Proportion de la pop couverte par le régime d'assistance médicale	Le pourcentage d'individus qui, parmi une population donnée, bénéficient de la prise en charge d'un éventail de services de base	Il donne une idée de l'accès aux soins et de la protection financière offerte.	Enquête	Annuelle	Nombre d'individus qui, bénéficient de la prise en charge d'un éventail de services de base	Population donnée	
Programme 4 : Amélioration de la maîtrise de la fécondité							
65. Taux d'utilisation de la PF (%)	Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent au moins une méthode contraceptive au cours d'une période rapporté au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans	Il permet d'apprécier l'adhésion des femmes âgées de 15 à 49 ans à la planification familiale	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle	Nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives	Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans	
66. Taux des besoins non satisfaits en méthodes modernes de PF (%)	Lorsque des femmes et des jeunes filles sexuellement actives souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais n'utilisent pas de moyen de contraception moderne						
67. Taux de Prévalence de la contraception moderne (%)	Nombre de femmes de 15-49ans appliquant les méthodes modernes de contraception par rapport aux femmes en âge de procréer	Il permet d'apprécier l'adhésion des femmes âgées de 15 à 49 ans à la planification familiale	Enquête	Tous les 5 ans	Nombre de femmes sous contraception moderne	Nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans)	

68. Nombre nouvelles utilisatrices PF	Nombre des femmes qui adhèrent pour la toute première fois de leur vie à la planification familiale quel que soit la méthode choisie.	Il permet d'apprécier les nouvelles adhésions des femmes âgées de 15 à 49 ans à la PF	Routine	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle	Nombre des femmes qui adhèrent pour la toute première fois de leur vie à la planification familiale quel que soit la méthode choisie	-	
69. Nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes de longue durée PF	Nombre des femmes qui adhèrent pour la toute première fois de leur vie à la planification familiale pour des méthodes de longue durée PF.	Il permet d'apprécier les nouvelles adhésions des femmes âgées de 15 à 49 ans à la PF pour des méthodes de longue durée PF.	Routine		Nombre des femmes qui adhèrent pour la toute première fois de leur vie à la planification familiale pour des méthodes de longue durée PF.	-	
70. Couple année protection	Nombre de couples protégés par les méthodes contraceptives pendant une année	Il permet de mesurer la protection conférée par la planification familiale pendant un an, en fonction des méthodes offertes et de la quantité de contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clientes pendant cette même période		Annuelle	Nombre de couples protégés par -les méthodes contraceptives pendant une année	-	

71. Nombre de leaders d'opinion appuyés sur les questions de population	Nombre des personnes ou des organisations qui ont un statut social fort, leurs recommandations et leurs opinions sont écoutées lors de la prise de décisions importantes. De bons exemples de leaders d'opinion clés sont des personnalités politiques, des célébrités qui sont connus pour leur travail.	Influencer les prises de décisions à tous les niveaux sur les questions de la population			Nombre des personnes ou des organisations qui ont un statut social fort, leurs recommandations et leurs opinions sont écoutées lors de la prise de décisions importantes		
72. Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans (%)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union consensuelle utilisant n'importe quelle méthode moderne de contraception parmi le nombre de femmes de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union consensuelle		Enquête	Tous les cinq ans	Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union consensuelle utilisant n'importe quelle méthode moderne de contraception	Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union consensuelle	
73. Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de produits contraceptifs les 3 derniers mois (%)	Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de produits contraceptifs au cours des trois derniers mois rapportés au nombre total de formations sanitaires	Il permet d'apprécier la disponibilité de produits contraceptifs	Routine	Trimestrielle	Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de produits contraceptifs au cours du trimestre	Nombre total de formations sanitaires	

ANNEXE 5 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS PAR PROGRAMME

Statistique			Indicateurs communs avec le PDS 2017-2021	Clés	Type		
Programmes	Nombre	%			Impact	Résultat (effet)	Processus
OBJ.	6	8,2%	6	0	6	0	0
Programme 1	17	23,3%	12	8	0	0	17
Programme 2	33	45,2%	28	6	0	25	8
Programme 3	8	11,0%	3	1	0	2	6
Programme 4	9	12,3%	7	2	0	6	3
Total	73	100,0%	56	17	6	33	34
			75,68%	23,29%	8,22%	45,21%	46,58%

Le programme 2 (Amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales) totalise **45,2%** des Indicateurs retenus, suivi de loin du programme 1 (amélioration de la gouvernance en santé) avec **23,3%**. Quant au programme 4, 3 et l'objectif, ils ont respectivement 12,3%, 11,0% et 8,22% des indicateurs.

ANNEXE 6 : MODALITES DE CALCULS DES INDICATEURS

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
1	Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 nv.)	Nombre d'enfants décédés avant 5 ans multiplient par 1000	Ensemble de la population pour cette même tranche d'âge	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Annuelle	X	X	X	X
2	Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000 nv)	Nombre de décès maternels, directs et indirects, observés en une année	Nombre de naissances vivantes de la même année, exprimé pour 100.000 naissances vivantes.	X	X	X		Rapport enquête	Communauté	Enquête		Tous les 5 ans		X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
3	Taux de mortalité néonatale (pour 1000 nv)	Nombre d'enfants qui décèdent pendant les 28 premiers jours de vie sur une année	Nombre de naissances vivantes la même année pour 1000 naissances vivantes	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Annuelle	X	X	X	X
4	Indice synthétique de fécondité (ISF).	Somme des taux de fécondité par âge	Multipliée par amplitude des groupes d'âge	X	X	X		Rapport enquête	Communauté	Enquête		Tous les 5 ans		X	X	X
5	Indice de couverture des services de la CSU	Nombre d'habitants d'une zone effectivement couverts par les services SRMNE	Nombre total d'habitants de la zone					Rapport enquête	Communauté	Enquête		Tous les 5 ans		X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
6	Indice de dépenses catastrophiques	Montant total des dépenses directes de santé du ménage	Revenu total du ménage	X	X	X		Rapport enquête	Communauté	Enquête		Tous les 5 ans		X	X	X
7	Paiement direct des ménages	Paiement direct pour des biens et des services de santé prélevé sur les revenus principaux ou les économies du ménage	Dépenses totales de santé	X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle /Annuelle	X	X	X	X
8	Part des dépenses de l'Etat consacrée à la santé	Somme totale dépensée pour la santé par l'Etat	Somme totale dépensée par l'Etat	X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle /Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
9	Taux de mobilisation des recettes propres par niveau HD, CSME, CHR, HN, HGR, MIG	Somme totale des recettes propres par niveau consacrée à la santé pour une période	Budget global par niveau pour la même période	X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle /Annuelle	X	X	X	X
10	Taux de réalisation Physique des PAA	Nombre d'activités réalisées pour une période	Nombre total d'activités programmées	X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	DEP	Semestrielle /Annuelle	X	X	X	
11	Taux de réalisation financière des PAA	Le montant total mobilisé et dépensé du PAA pour une période	Le budget global du PAA	X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	DEP	Semestrielle /Annuelle	X	X	X	
12	Proportion de partenaires	Nombre des partenaires adhérant au Compact	Nombre total des partenaires	X				Rapport	Central			Annuelle	X			

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
13	adhérant au Compact		s de la santé															
	Nombre partenaires adhérant au Fonds Commun	Nombre partenaires adhérant au Fonds Commun	-	X				Rapport	Central	MSP/P/AS			Annuelle	X				
	Proportion des CSI qui évaluent des micros plans	Nombre des CSI qui évaluent des micros plans	Nombre total des CSI	X	X	X	X	Rapport revue	CSI	Routine			Annuelle					X
15	Taux réalisation de la supervision niveau Case de santé avec rapport (CSI)	Nombre de supervisions réalisées avec rapport du CSI vers les Cases de santé	Nombre de supervisions programmées	X	X	X	X	Rapport des revues	CS	Routine			Semestrielle / Annuelle					X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
16	Taux réalisation de la supervision niveau CSI avec rapport (ECD)	Nombre de supervisions réalisées avec rapport par les ECD vers les CSI	Nombre de supervisions programmées	X	X	X	X	Rapport des revues	CSI	Routine		Semestrielle / Annuelle			X	
17	Taux réalisation de la supervision niveau DS avec rapport (DRSP)	Nombre de supervisions réalisées avec rapport du DRSP vers les DS	Nombre de supervisions programmées	X	X	X		Rapport des revues	CSI	Routine		Semestrielle / Annuelle		X		
18	Taux réalisation de la supervision des DRSP avec rapport (SG)	Nombre de supervisions réalisées avec rapport par le SG vers les DRSP	Nombre de supervisions programmées	X				Rapport des revues	CSI	Routine		Semestrielle / Annuelle		X		

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
19	Taux de promptitude de rapports SNIS	Nombre de rapports transmis à temps	Nombre de rapports attendus	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
20	Taux de complétude de rapports SNIS	Nombre de rapports transmis	Nombre de rapports attendus	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
21	Pourcentage de formations sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé	Nombre de formation sanitaires ayant effectuées le monitoring décentralisé	Nombre total de formation sanitaires	X	X	X	X	Rapports des revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle / Annuelle			X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
22	Pourcentage de structures qui ont un tableau de bord à jour	Nombre des formations sanitaires ayant leur TB à jour	Nombre total de formations sanitaires	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
23	Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle	Nombre des bonnes pratiques de recherche capitalisées et mises à échelle	Ensemble des bonnes pratiques de recherche recensées	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
24	Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans	Nombre d'enfants 0-5ans atteints par la malnutrition Aigue modérée et sévère d'une année donnée	L'ensemble de la population 0-5 ans de la même année	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
25	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans	Nombre d'enfants 0-5ans atteints par la malnutrition Chronique d'une année donnée	L'ensemble de la population 0-5 ans de la même année	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquête	SNIS	Annuelle				X
26	Prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	Nombre de femmes en Total femmes en âge de procréer ayant un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl	Nombre total femmes en âge de procréer testées	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquête	SNIS	Annuelle				X
27	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 0-5 ans	Nombre d'enfants de 0-5ans touchés par l'anémie	Nombre total des enfants 0-5ans	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquête	SNIS	Annuelle				X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
28	Prévalence du diabète	Nombre total de personnes souffrant de diabète	Nombre total de personnes enquêtées) x100	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquête	SNIS	Annuelle				X
29	Prévalence de la drépanocytose	Nombre total de personnes porteuses d'un gène hémoglobine pathologique	Nombre total de la Population	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquête	SNIS	Annuelle				X
30	Prévalence de l'Hypertension artérielle (HTA).	Nombre total de personnes souffrant de l'hypertension artérielle	Nombre total de la Population	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquête	SNIS	Annuelle				X
31	Taux d'utilisation des services curatifs	Nombre de nouveaux consultants au curatif	Population totale	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires							X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
32	Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	Nombre d'enfants 0 – 11 mois ayant reçu Penta 3 de la période	Nombre d'enfants 0-11 mois attendus de la période correspondante	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
33	Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois	Nombre d'enfants 16 – 23 mois ayant reçu VAR 2 de la période	Nombre d'enfants 0- 11 mois attendus de la période correspondante	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
34	Taux de couverture en Td2+ chez les femmes enceintes ;	Nombre de femmes enceintes ayant reçu Td2	Nombre total de grossesses attendues	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
35	Taux d'utilisation de la CPNR (soins prénatals) 4	Nombre de enceintes ayant fait la 4eme visite à la CPNR	Nombre total de grossesses attendues	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
36	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Nombre total d'accouchement pour la période considérée	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
37	Taux de mortalité néonatale précoce intra hospitalière	Nombre de décès d'enfants survenus dans les 6 jours de vie	Nombre de naissances vivantes enregistrées	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
38	Taux de létalité obstétricale	Nombre de décès maternels	Nombre de parturientes	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle /	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
39	intra hospitalière											Semestrielle / Annuelle				
	Taux de l'hémorragie de la délivrance intra hospitalière	Nombre d'hémorragie de la délivrance	Nombre de parturientes	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
40	Taux d'incidence du paludisme (p. 100 000)	Nombre de cas de paludisme simple et nombre de cas de paludisme grave déclarés par les FS durant une période	Population totale	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
41	Taux de succès thérapeutique de nouveaux cas de TB	Nombre de nouveaux cas de TB guéris	Total de nouveaux cas	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
42	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN dépistés séropositifs au VIH par la PCR <=2mois	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives suivi à la CN dépistés séropositifs au VIH par la PCR <=2mois	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives ayant bénéficié d'une PCR <=2mois	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
43	Proportion des PV VIH sous ARV	Nombre de personnes VIH + enrôlées dans la file active justifiables de	Nombre total de personnes VIH + enrôlées	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
44		traitement ARV et qui sont sous ARV au cours d'une période	dans la file x 0,15															
		Densité du personnel de santé pour 1000 hbts	Nombre d'agents (médecins, autres cliniciens, infirmiers autorisés, et sages-femmes) d'une zone multiplié par 1000	Population totale de la zone considérée	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X	
45	Taux d'adhésion aux normes de personnel par type de	Nombre de formation sanitaire disposant de personnel	Nombre total des formations sanitaires	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle /	X	X	X	X		

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
46	formation sanitaire.	selon les normes.																
	Proportion de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;	Population habitant à 0-5 km d'un CSI	Population totale du CSI	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Annuelle	X	X	X	X		
47	Proportion de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),	Populations couvertes par les stratégies foraines et mobiles	Population de plus de 5 km Population Foraine : 6 - 15 Kms. Population Mobile	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X		

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
48	Proportion des établissements de santé disposant des toilettes ou latrines améliorées fonctionnelles (UTILISABLE)	Etablissements de santé qui disposent des toilettes ou latrines améliorées	Nombre total des établissements de santé	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Annuelle	X	X	X	X
49	Pourcentage de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée, source d'énergie	Nombre de formations sanitaires disposant d'une source d'eau améliorée, d'énergie et de couverture GSM	Nombre total de formations sanitaires	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
	etde couverture GSM																	
50	% des formations sanitaires qui offrent des services HEARTS (CSI)/WHOP EN (Hôpitaux)	Nombre de formations sanitaires qui disposent des moyens de diagnostic et de PEC des HTA et autres maladies non transmissibles	Nombre total de formations sanitaires	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X		
51	Proportion des établissements de santé avec dispositif adéquat			X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X		

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
52	d'élimination (zone à déchets + incinérateur/ Bruleur) des déchets Issus de Soins de Santé (DISS) par niveau																	
	Taux de rupture des molécules essentielles par niveau	Somme des jours de rupture pour les molécules essentielles sur base des fiches de stocks	Nombre de jours de la période de calcul fois le nombre de molécules essentielles	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X		

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
53	Pourcentage de structures qui offrent les SONUC	Nombre de structures offrant des Soins Obstétricaux Néonataux	Nombre des Structures qui devraient offrir SONUC	X	X	X		DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
54	Pourcentage de SONUB fonctionnels	Nombre de structures qui offrent les SONUB fonctionnels	Nombre des Structures qui devraient offrir SONUB	X	X	X		DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
55	Taux de césarienne	Nombre de césariennes pour une période donnée	Nombre total d'accouchements durant la même période	X	X	X		DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
56	Taux de décès intra hospitaliers dans les 24 premières heures d'arrivée	Nombre total de décès intra hospitalier dans les 24 premières heures d'arrivée	Nombre total de malades	X	X	X		DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	
57	Nombre des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels pour l'autonomisation des personnes handicapées (PH)	Nombre total des centres socio-économiques construits, équipés et fonctionnels au profit des personnes handicapées pour leur autonomisation		X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle / Annuelle	X	X	X	

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
58	Taux de couverture de la population en régime assurantiel	Nombre de personne qui adhère au régime d'assurantiel	Population cible	X	X	X	X	Rapports d'Enquêtes	Communautaires	Enquête		Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
59	Proportion de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale	Nombre de personnes vulnérables bénéficiant d'une assistance médicale	Nombre de personnes vulnérables	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
60	Nombre de personnes âgées pris en charge sur le plan médical	Nombre de personnes âgées pris en charge sur le plan médical	L'ensemble des personnes âgées de la zone	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
61	Nombre de personnes handicapées pris en charge sur le plan médical	Nombre de personnes handicapées pris en charge sur le plan médical	L'ensemble des personnes handicapées de la zone	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
62	Nombre des cas sociaux pris en charge sur le plan médical	Nombre des cas sociaux pris en charge sur le plan médical		X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
63	Nombre de mutuelles sociales mises en place	Nombre de mutuelles sociales mises en place		X	X	X	X	Rapport des revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
64	Proportion de la pop couverte par le régime	Nombre d'individus qui, bénéficient de la prise en	Population cible	X	X	X	X	Rapport d'enquête	Communautaires	Enquête	SNIS	Semestrielle / Annuelle				X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
65	d'assistance médicale	charge d'un éventail de services de base																
	Taux d'utilisation de la PF (%)	Nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives	Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X		
66	Taux de besoins non satisfaits en méthodes modernes de PF (%)			X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquêtes	SNIS	Semestrielle / Annuelle					X	
67	Taux de Prévalence de la contraception moderne (%)	Nombre de femmes sous contraception moderne	Nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans)	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquêtes	SNIS	Semestrielle / Annuelle					x	

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
68	Nombre nouvelles utilisatrices PF	Nombre des femmes qui adhèrent pour la toute première fois de leur vie à la planification familiale quel que soit la méthode choisie	-	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
69	Nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes de longue durée PF	Nombre des femmes qui adhèrent pour la toute première fois de leur vie à la planification familiale pour des méthodes de longue durée PF.	-	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
70	Couple année protection	Nombre de couples protégés par les méthodes contraceptives pendant une année	-	X	X	X	X	DHIS2	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)			
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI
71	Nombre de leaders d'opinion appuyés sur les questions de population	Nombre des personnes ou des organisations qui ont un statut social fort, leurs recommandations et leurs opinions sont écoutées lors de la prise de décisions importantes	-	X	X	X	X	Rapports de revues	Formations sanitaires	Routine	SNIS	Semestrielle / Annuelle	X	X	X	X
72	Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans (%)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union consensuelle utilisant n'importe	Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Communautaires	Enquêtes	SNIS	Annuelle				x

Co de	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Désagrégation(*)				Collecte					Recueil (**)					
				C	R	D	CSI	Source	Lieu	Méthode	Support	Fréquence	C	R	D	CSI		
		quelle méthode moderne de contraception	consensuelle															
73	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de produits contraceptifs les 3 derniers mois (%)	Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de produits contraceptifs au cours du trimestre	Nombre total de formations sanitaires	X	X	X	X	Rapports d'enquêtes	Formations sanitaires	Enquêtes	SNIS	Mensuelle / Trimestrielle / Semestrielle / Annuelle	X	X	X	x		

ANNEXE 7 : LISTE DES INDICATEURS CLES 2022-2026 ET LEURS VALEURS CIBLES

N°	Indicateurs clés	Valeur de base	Cibles				
			2022	2023	2024	2025	2026
9	Taux de réalisation Physique des PAA	63%	63%	67%	71%	75%	79%
10	Taux de réalisation financière des PAA	65%	65%	69%	73%	77%	81%
15	Taux réalisation de la supervision niveau Case de santé avec rapport (CSI)	71,5%	72%	78%	85%	95%	100%
16	Taux réalisation de la supervision niveau CSI avec rapport (ECD)	75,8%	76%	81%	87%	93%	100%
17	Taux réalisation de la supervision niveau DS avec rapport (DRSP)	68,78	72%	78%	85%	95%	100%
18	Taux réalisation de la supervision des DRSP avec rapport (SG)	50%	50%	100%	100%	100%	100%
19	Taux de promptitude de rapports SNIS	54,63%	55%	60%	65%	70%	75%
20	Taux de complétude de rapports SNIS	97,9%	98%	100%	100%	100%	100%
37	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	39,74%	40,74%	41,74%	42,74%	43,74%	44,74%
57	Taux de décès intra hospitaliers des enfants de moins de 5 ans dans les 24 premières heures d'arrivée	8%	7,48%	6,66%	5,84%	5,02%	4,2%

45	Densité du personnel de santé pour 1000 hbts	0,45	0,45	0,54	0,63	0,72	0,80
47	% de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),	50,8%	56,3%	61,8%	67,3%	72,8%	78,3%
53	Taux de rupture des molécules essentielles par niveau	3,7%	3,06%	2,42%	1,78%	1,14%	0,5%
34	Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois	37%	40%	50%	60%	70%	80%
64	Proportion de la population couverte par le régime d'assistance médicale	20%	27%	37,75%	48,5%	59,25%	69,75%
65	Taux d'utilisation de la PF (%)	14,3%	19,3%	24,3%	29,3%	34,3%	39,3%
46	% de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;	53,21	55,28	57,35	59,42	61,49	63,56

Commentaires

Les cibles concernant les indicateurs d'impact ont été établies en fonction des données de couvertures des interventions introduites dans l'outil Onehealth pour l'estimation des coûts du PDS.

Les projections pour les autres indicateurs ont été effectuées sur la base de la méthode des moindres carrés ordinaires. On estime l'équation de la courbe d'ajustement à partir de laquelle seront déterminées les valeurs des années de projections. En fonction de la tendance, une courbe de type linéaire, ou polynôme a été utilisée. Si la cible existe déjà, la projection de type linéaire est appliquée.

ANNEXE 8 : LISTE DES MOLECULES ESSENTIELLES RETENUES PAR NIVEAU DANS LE PDSS 2022-2026

La liste des molécules à vérifier est fixée par niveau de soins à raison de six (6) molécules au CS, huit (8) au CSI, sept (7) à l'HD, cinq (5) au CHR et neuf (9) au CSME. Elle peut être révisée chaque année.

Critères de choix de molécules/dispositifs traceurs :

- Aspects Epidémiologiques
- Aspect santé publique
- Efficience
- Niveau socio-économique
- Facilité pour la collecte des indicateurs
- Pharmacovigilance
- Programme 4 du PDSS (Amélioration de la maîtrise de la fécondité)

Liste des molécules essentielles pour la Case de Santé

1. Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine **ACT** comprimés
2. Paracétamol, comprimés à 500 mg
3. SRO en sachets
4. ZINC
5. Amoxicilline
6. Chlorotétracycline 1%
7. Contraceptifs oraux

NB : Prioriser la disponibilité de la forme combinée SRO/Zinc

Liste des molécules essentielles pour le Centre de Santé Intégré

1. Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ACT comprimés
2. Paracétamol comprimé à 500 mg
3. Diazépam injectable 10 mg
4. SRO en sachets/Zinc
5. Ocytocine
6. Ampicilline, flacon injectable
7. Sulfate de magnésium
8. Artésunate injectable
9. Penta
10. Implants

Liste des molécules essentielles pour l'Hôpital de District

1. Ampicilline, flacon injectable à 1 g
2. Ocytocine injectable,
3. Salbutamol, flacon injectable, o, 5 mg/ml
4. Glucosé 10 %
5. Sulfate de magnésium
6. Sérum salé 0,9%
7. Clonidine
8. Artesunate
9. DIU

Liste des molécules essentielles pour le Centre Hospitalier Régional

1. Gentamycine injectable, 80 mg
2. Clonidine, flacon injectable, 0,15 mg/ml
3. Halothane inhalation, flacon
4. Diazepam
5. Sérum salé
6. Glucose 10%
7. Artésunate injectable
8. Fentanyl

Liste des Dispositifs médicaux traceurs pour le CHR

1. La radio
2. Réactifs de glycémie
3. Automate de numération

NB : Doter les CHR d'appareil d'anesthésie à deux cuves (Halothane/Isoflurane)

Liste des molécules essentielles pour le Centre de Santé de La Mère et de l'Enfant

1. Gentamycine injectable, 80 mg
2. Clonidine, flacon injectable, 0,15 mg/ml
3. Gluconate de calcium injectable, 90 mg/ml
4. Halothane inhalation, flacon
5. Ocytocine injectable, UI
6. Misoprostol
7. Sulfate de magnésium
8. Glucosé 10%
9. Artesunate
10. Sérum Salé 0,9%DIU

Liste des Dispositifs médicaux traceurs CSME

- 1 Appareil d'Echographie
- 2 Réactifs de glycémie
- 3 Automate de numération

Liste des molécules essentielles pour les Hôpitaux Nationaux:

1. Ceftriaxone injectable
2. Clonidine, flacon injectable, 0,15 mg/ml
3. Halothane inhalation
4. Diazépam
5. Sérum salé
6. Glucosé 10%
7. Artésunate injectable
8. Morphine injectable
9. Fentanyl

Liste des Dispositifs médicaux traceurs pour les HN :

1. La radiographie
2. Réactifs pour Ionogramme sanguin

3. Réactifs pour le dosage des hormones
4. Réactif pour la glycémie

Liste des molécules essentielles pour les Hôpitaux de Reference:

1. Ceftriaxone injectable
2. Clonidine, flacon injectable, 0,15 mg/ml
3. Isoflurane
4. Diazépam
5. Sérum salé
6. Glucosé 10%
7. Artésunate injectable
8. Morphine injectable
9. Fentanyl

Liste des Dispositifs médicaux traceurs pour les HR :

1. Scanner
2. Réactifs pour Ionogramme sanguin
3. Réactifs pour le dosage des hormones

ANNEXE 9 : PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PDSS 2022-2026

Activités	2022				2023				2024				2025				2026				Responsables
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Validation du présent guide de suivi évaluation du PDSS 2022-2026																					
Organiser un atelier de validation du guide de suivi évaluation du PDSS 2022-2026 pour une bonne compréhension commune des indicateurs et une meilleure appropriation par tous les acteurs																					Membres du secrétariat permanent du PDSS
Renforcement des capacités																					
Former les membres du secrétariat permanent du PDSS en matière de gouvernance particulièrement en planification et suivi-évaluation																					Membres du secrétariat permanent du PDSS
Former les cadres de la DEP et de la DS du MSP/P/AS en matière de formation en suivi évaluation et surtout en gestion de l'information sanitaire et de son utilisation.																					Membres du secrétariat permanent du PDSS
Former les responsables de la gestion de l'information sanitaire sur la planification, le suivi évaluation, la supervision et la gestion des connaissances et du savoir au niveau décentralisé																					DS DEP
Former les membres des organes de gestion à tous les niveaux afin																					

des paires) en matière de suivi-évaluation																			
Le respect du calendrier des études, des évaluations, des missions et des revues																			
Planifier toutes les études, les évaluations et les revues																			

T : trimestre

ANNEXE 10 : BUDGET DU PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PDSS

Activités	2022	2023	2024	2025	2026
Validation du présent guide de suivi évaluation du PDSS 2022-2026		25000000			
Organiser un atelier de validation du guide de suivi évaluation du PDSS 2022-2026 pour une bonne compréhension commune des indicateurs et une meilleure appropriation par tous les acteurs	7500000				
Renforcement des capacités					
Former les membres du secrétariat permanent du PDSS en matière de gouvernance particulièrement en planification et suivi-évaluation		5000000			
Former les cadres de la DEP et de la DS du MSP/P/AS en matière de formation en suivi évaluation et surtout en gestion de l'information sanitaire et de son utilisation.		12500000			

Former les responsables de la gestion de l'information sanitaire sur la planification, le suivi évaluation, la supervision et la gestion des connaissances et du savoir au niveau décentralisé		7500000	7500000		
Former les membres des organes de gestion à tous les niveaux afin de faire fonctionner correctement les différentes instances			12500000		
Le renforcement du système de reporting et de diffusion de l'information					
Mettre à jour régulièrement le DHS12 afin de renforcer le reporting axé sur les résultats du PDSS		5000000	5000000	5000000	7500000
Suivre régulièrement les tableaux de bord à différents niveaux pour une prise de décision adéquate ou un réajustement en temps opportun		1500000	1500000	1500000	1500000
Documenter les expériences, des leçons apprises et des bonnes pratiques		5000000	5000000	5000000	5000000
L'identification des facteurs de succès et de motivation par					
Classer les districts sur la base de la performance en matière de gestion des données (complétude, exactitude, promptitude, traitement et analyse des données), de la pertinence des mesures de mitigation mise en place et de la		3500000	3500000	3500000	3500000

documentation des bonnes pratiques					
Organiser des sessions d'apprentissage pour une discrimination positive des districts performants (en présence des paires) en matière de suivi-évaluation		12500000	12500000	12500000	12500000
Le respect du calendrier des études, des évaluations, des missions et des revues					
Planifier toutes les études, les évaluations et les revues			35000000		50000000